

ادارة الخدمات الصحية

ADS405

تم التلخيص مع كتاب

(إدارة منظمات الرعاية الصحية)

المؤلف: فريد توفيق نصيرات

(الطبعة السابعة)

تم التحديد حسب الدكتور:

عمر الشرقي

الإدارة الصحية: المفهوم والأهمية والخصوصية

مقدمة

- ✓ أن المتتبع لقطاع الرعاية الصحية وما واجه ويواجهه من مشاكل وقضايا رئيسية وصعبة تعود لمواضيع: عدالة توزيع الخدمات الرعاية الصحية وجودتها وكفاءتها هذا إذا إلى يلاحظ اهتمام متزايد بموضوع الإدارة الصحية من قبل المهتمين والمشغلين بالقطاع الصحي من مخططين صحيين ومزودين لهذه الخدمات إضافة إلى المنتفعين.
- ✓ **المشاكل والقضايا الرئيسية والصعوبات التي يواجهها قطاع الرعاية الصحية تعود لمواضيع عدة أهمها:**
العدالة. والجودة والكفاءة.
- ✓ الاهتمام المتزايد من قبل المهتمين بالقطاع الصحي من مخططين صحيين ومزودين لهذه الخدمات إضافة إلى المنتفعين بها .
- ✓ يأتي التركيز على الإدارة الصحية كعنصر أساسي وجوهري في التغلب على هذه المشاكل ومواجهة التحديات الرئيسية التي تواجه المؤسسات الصحية
- ✓ المشكلتة الحقيقية التي تواجه المؤسسات الصحية بشكل عام والمستشفيات بشكل خاص هي مشكلتة إدارية أكثر من كونها مشكلتة إمكانات وموارد.
- ✓ وقد نما الاهتمام بموضوع الإدارة الصحية في كثير من الدول المتقدمة وخاصة أمريكا منذ عشرات السنين.
- ✓ كثير من الدول المتقدمة أصبحت تهتم وتدرس من خلال الجامعات كتخصص إداري شأنها شأن التخصصات.
- ✓ أصبحت الإدارة الصحية مهنة معترف بها ذات أهمية كبيرة شأنها شأن المهن العريقة المعرفة كالتب والهندسة والمحاماة.
- ✓ للأسف الشديد لم تحظ الإدارة الصحية بالاهتمام المستحق في العديد من الدول العربية رغم أهمية الدور الذي يمكن للإدارة الصحية القيام به في مجال التخطيط وتقديم الخدمات الرعاية الصحية بإطار عالي من الكفاءة والفاعلية.
- ✓ إذا انه لا تزال مهمة إدارة الأنظمة والمؤسسات الصحية تسند إلى الأطباء أو إلى الإداريين الغير متخصصون في الإدارة الصحية مما قلل فعالية الأنظمة الصحية ومؤسساتها وأيضاً من قدرة هذه المنظمات على توفير الخدمات الجيدة وبشكل يحافظ على مواردها الصحية المحدودة والمرتفعة التكلفة.
- ✓ الإدارة الصحية الجيدة تبرز الأولويات وتوائم الخدمات حسب الاحتياجات المتغيرة وتستخدم الموارد المحدودة المتوفرة لها بأقصى كفاءة ممكنة وترفع مستوى الخدمة ونوعيتها.

طبيعة الإدارة الصحية

- ✓ تعبر الإدارة الصحية هي فرعاً متخصصاً من العلوم الإدارية والصحية المتميزة.
- ✓ فهي علم تطبيقي اجتماعي يضم مزيج من علوم إدارة الأعمال والإدارة العامة والعلوم الطبية والصحة العامة والوبائيات والسياسات الصحية وعلم الأنظمة الصحية والبحوث الصحية وعلوم أخرى متخصصة في الإدارة الصحية كالبحوث الصحية أو أنظمة البحوث العلمية والتخطيط الصحي والثقافة الصحية وتقويم البرامج الصحية.
- ✓ النظام الصحي يعتبر من أعقد الأنظمة بسبب تعدد الخبرات والمهارات وعدم تجانسها.
- ✓ الإدارة الصحية علم وفن متغير ومتطور نتج عن التغير الدراماتيكي في التكنولوجيا الطبية وازدياد تكاليف الخدمات.
- ✓ الإدارة الصحية تقوم بتحديد الأهداف وتنسيق نشاطات القوى العاملة الإدارية والمهنية والطبية وغيرها من أجل تحقيق أهداف المنظمة او المؤسسة الصحية.
- ✓ **وهذا يتطلب معايير ومتطلبات لهذا الإداري الصحي أن يكون:**
 - ١- أن يكون مخططاً واستراتيجياً في بعض النواحي، ومنسقاً،
 - ٢- وقبل كل شيء قائداً وموجهاً للعنصر البشري.
 - ٣- يكون محفزاً ومراقباً للأعمال والأنشطة.
 - ٤- يكون قدوة ونموذجاً لكل العاملين.

- ٥. يكون صانعا للقرارات يستعمل كافة الموارد المتاحة له من البشرية والفنية بكفاءة وفعالية لإدارة المنظمة الصحية.
- ✓ تعتبر الإدارة الصحية فناً لأنها تستخدم الكثير من المهارات الإنسانية والاجتماعية والتي لا يمكن قياسها كيمياً كما هو الحال في العلوم التطبيقية الأخرى كالكيمياء والحيوية والفيزياء والطب والعلوم الطبيعية.
- ✓ الإدارة الصحية في جوهرها ذات طبيعة إنسانية فالإنسان هو الوسيطة والهدف وتتضمن مهارات اتصال فعال وتحفيز وقيادة وتوجيه واستشارة واستخدام مناهج إنسانية وأخلاقية ذات طبيعة شخصية وفردية.
- ✓ الإدارة الصحية تعتبر فناً متميزاً فهي أيضاً علماً متخصصاً له أصوله وقواعده وهذا يتطلب توظيف أساليب كمية ومنطقية في حل المشكلات واتخاذ القرارات.

من الأساليب الكمية التي يستخدمها الإداري الصحي عند ممارسته العملية الإدارية من أجل استعمال وتوظيف الموارد المتاحة بفاعلية وكفاءة هي:

- ✓ معدل دخول المرضى.
- ✓ معدل الإقامة للمريض.
- ✓ معدل الوفيات (الخام) في المستشفى.
- ✓ فترة الانتظار في العيادات الخارجية.
- ✓ مراقبة المخزون الطبي.
- ✓ مدى رضا المرضى عن الخدمة الصحية المقدمة وجودتها.

تعريف الإدارة الصحية

- ✓ عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحية بما يلي " الإدارة الصحية هي تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلب على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات وللمجتمع ككل.

هذا التعريف يتضمن عوامل مشتركة للإدارة الصحية مع التخصصات الإدارية الأخرى إلا أنه لا بد من التنبيه إلى اختلاف أساسي وجوهري في ميدان الممارسة والتطبيق الخاصة بالقطاع الصحي مثل:

- ١- تختلف الإدارة الصحية عن غيرها محدودية الموارد المتاحة وكلفتها العالية مقابل الطلب الكبير.
- ٢- التوقعات العالية لمستهلكي الخدمات الصحية.
- ٣- التصاعد المستمر في كلفة الخدمة وما يصاحبه من عدم رضا من جانب ممول الخدمات الصحية.
- ٤- تدمير وعدم رضا من جانب مقدم الخدمات الصحية بسبب ضغط العمل وزيادة الطلب على الخدمة وتدني الأجور.
- ٥- التجاوز عن الكفاءة والعوامل الاقتصادية بسبب قيود الاعتبارات الإنسانية والأخلاقيات الاجتماعية والمهنية والتي تضع قيود ومعوقات أمام التركيز على الكفاءة والاعتبارات الاقتصادية للخدمات الصحية.

خصوصية الإدارة الصحية: الخصائص المميزة للقطاع الصحي:

١. الطبيعة الفردية للخدمة الصحية: بمعنى أنه لا بد وأن تكييف الخدمة الصحية وتخطيطها وتقديمها وفقاً لحاجة كل فرد على حدة. أيضاً لا يمكن أخضاع الخدمة الصحية لمفهوم الإنتاج الكبير ومن ثم بيعها كما هو الحال في السلع المادية
٢. صعوبة التنبؤ والقياس للخدمة الصحية يعني عدم وجود معايير مستمرة وعمومية تنطبق على الجميع الأمر الذي إزاء إلى تشعب الخدمة
- ٣-أنسانية الخدمة أو الطبيعة البشرية أي أن تقديم الخدمة يتم بشكل رئيسي عن طريق الإنسان وليس الآلة.

- ٤- الدرجة العالية من التمهّن والتخصّص في القطاع الصحي يعطي هؤلاء المهنيين وخاصة الأطباء نفوذاً وسلطة كبيرة تجعل الفئات الأخرى المرتبطة برعاية المرضى مسئولون أمامهم.
- ٥- تعدد المؤسسات الصحية والجهات التي تقدم الخدمات داخل البلد الواحد يتطلب مداخل إدارية مختلفة ومتعددة لا يوجد مثيلاً لها في القطاعات الأخرى.
- ٦- إن الطلب على الخدمات الصحية والحاجة لها يزداد بزيادة درجة التطور الحضاري لأي مجتمع فكلما ارتفعت ثقافة المجتمع زادت الطلب على الخدمات الصحية وتنوع مستواها كمن وكافنا.
- ٧- عدم خضوع الخدمات الصحية لقانون العرض والطلب، لأن العرض في القطاع الصحي يولد الطلب وهذه قد تكون حقيقتنا الاقتصادية إلا أنها تختلف عن القوانين الاقتصادية المتعلقة بالعرض والطلب وذلك بسبب التفوق المستمر للطلب على الخدمات الصحية مقارنة بمقارنتنا بما هو معروض منها.

إن على المدير الصحي الاسترشاد والالتزام بما يسمى بالإنجليزية (3Rs) وهي :

- أ- الاستجابة Responsiveness لحاجات وطلبات مستعملي ومستهلكي الخدمات الصحية.
- ب- المسؤولية Responsibility عن وظائف التخطيط والتنظيم والرقابة وتنسيق الخدمات.
- ج- الإصلاح والتوفيق Reconciliation بين المعارف المتعددة الضخمة والمواقف والمهارات التي تتفاعل في تشغيل النظام الصحي ومؤسساته .

مكونات نظام الإدارة الصحية

- ❖ أفضل طريقة لتوضيح العلاقة بين الإدارة الصحية ومكونات النظام الصحي؛ هي بالنظر الى الوظائف الإدارية داخل النظام الصحي باستعمال نظرية النظم العامة.
- ❖ يمكن النظر الى الوظائف الإدارية في النظام الصحي كعملية يتم من خلالها تحويل مجموعة من المدخلات الى مجموعة من المخرجات.
- ❖ تتأثر المدخلات وعملية التحويل والمخرجات بعدة عوامل بيئية (اجتماعية واقتصادية وثقافية وسياسية وفنية)
- ❖ وتتألف المدخلات في نظام الإدارة الصحية من:

١- الحاجة لخدمات الرعاية الصحية والطلب عليها كما تحدده العملية الإدارية من خلال التخطيط والتحليل والتقييم والموارد المطلوبة لتقديم الخدمات بما في ذلك لعنصر البشري والأموال والتكنولوجيا الضرورية، المتغيرات السلوكية للفرد والمجتمع والقيم والعادات والتقاليد المؤثرة على استعماله الخدمات.

٢- القيم المجتمعية تؤثر على مخرجات النظم الصحية وأساليب تمويل وتوزيع الخدمات.

٣- التشريعات واللوائح والأنظمة الموضوعية من قبل النظام السياسي والأطراف ذات العلاقة والإبداع الإداري والتنظيمي.

❖ وتتطلب عملية تحويل المدخلات إلى المخرجات المرغوبة عن طريق:

١- تنظيم الإمكانيات المتاحة (العنصر البشري، والأموال والمواد التكنولوجية) من خلال مجموعة من الإجراءات الرسمية وغير الرسمية من أجل تقديم الخدمات الصحية.

٢- وعملية التحويل تتأثر عملية التحويل عادة بدرجة فعالية وكفاءة الجهاز الإداري.

٣- أما المخرجات فتتمثل بالخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات وما يرتبط من نتائج نهائية تنعكس على الصحة والمستوى الصحي .

العوامل البيئية المؤثرة على نظام الإدارة الصحية:

- ١- قوى البيئة الكلية وهي تعتبر عامّة خارجية؛ البيئة القانونية، البيئة السياسية، البيئة الثقافية، العوامل الاجتماعية، والعوامل الاقتصادية.

٢. قوى البيئة الصحية وهي الخاصة أو الداخلية، الصحة العامة، المستوى الصحي، البحث، والتعليم والتكنولوجيا

مفاهيم أساسية Basic Concepts			
عدد	الكلمة بالانجليزية	ترجمتها	نطقها بالعربي
١	Health Administration	الإدارة الصحية	
٢	Health Services	الخدمات الصحية	
٣	Health Organizations	المنظمات الصحية	
٤	Nature of Health Administration	طبيعة الإدارة الصحية	
٥	Health Administrator	الإداري الصحي	
٦	Health Administration Characteristics	خصوصية الإدارة الصحية	
٧	Health System	النظام الصحي	
٨	Inputs & Outputs	المدخلات والمخرجات	
٩	Feedback	التغذية الراجعة	
١٠	Internal Factors	العوامل (القوي) الداخلية	
١١	External Factors	العوامل (القوي) الخارجية	
١٢	Environmental Factors	العوامل البيئية	

الفصل الثاني: العملية الإدارية في المنظمة الصحية

مقدمة عن العملية الإدارية في المنظمة الصحية

- ✓ توفير وتقديم الرعاية الصحية لمحتاجيها وطالبيها أصبح محل اهتمام كبير من قبل الجهات ذات العلاقة بهذه الخدمات.
- ✓ لم يقتصر الاهتمام على الجهات المسؤولة عن تخطيطها وتوفيرها وتقديمها بل تعداه إلى المواطن العادي كطالب لهذه الخدمات ومستهلك لها .
- ✓ ويعود هذا الاهتمام من قبل المواطن العادي إلى:
 - ١- ارتفاع تكلفة هذه الخدمات حالياً.
 - ٢- الاتجاه المتصاعد لهذه التكلفة ومستوى ونوعية هذه الخدمات.
 - ٣- أن القسم الأعظم من التكلفة الكلية والبالغ ٦٠-٧٠% لهذه الخدمات يذهب كأجور ومرتببات للعنصر البشري.
 - ٤- يأتي التركيز والاهتمام بقطاع المستشفيات كمزود رئيسي لهذه الخدمات بغرض تحسين وزيادة فعالية العملية الإدارية بما يضمن حسن استغلال الموارد المتاحة لها وخاصة العنصر البشري العامل فيها.
 - ٥- المشكلة الحقيقية التي تواجه المنظمات الصحية هي توفر إدارة فعالة وكفؤة تستطيع بإطار من الكفاءة والفعالية تحقيق الأهداف المنوطة بها.
 - ٦- وبالتالي يمكن أن نصل نتيجة أن المشكلة التي تواجه المنظمات الصحية هي إدارية أكثر من كونها مشكلة أمكانيات وموارد.

المدير الصحي يضمن أن يكون ذا كفاءة وفعالية عالية لأنه يتحمل مسؤولية مزدوجة تتمثل في:

- 1- التأكد وضمان أن المرضى الحاليين والمتوقعين يحصلون على أفضل رعاية صحية.
- 2- أن الموارد المتاحة تكون منظمة ومستغلة ضمن إطار من الكفاءة المتحركة التي تساهم التقدم التكنولوجي.
- 3- يتطلب من المدير المعرفة والتفهم والانتباه المستمر للعناصر الأساسية للعملية الإدارية ومبادئها المعروفة.

الخصائص المميزة للمدير الصحي

هناك علامتان مميزتان للمدير وبدونهما لا يمكن أن يكون مديراً بالمعنى الحقيقي لكلمة المدير وهما :

- 1- امتلاكه للمهارات الإدارية التي تمكنه بالقيام بالواجبات منصبه الوظيفي وتحمله لمسئولية وتشمل هذه المهار من تطبيق الوظائف الإدارية المعروفة من (التخطيط، تنظيم، توظيف، توجيه، ورقابة).
- 2- امتلاكه للسلطة والصلاحيات التي تمكنه من القيام بمهام وواجبات مركزه الإداري الذي يشغله.

أنواع المدراء في المؤسسة الصحية:

يصنف المدراء في المؤسسات الصحية في ثلاثة مستويات إدارية كما يلي:

- 1- مدراء الإدارة العليا ويضم هذا المستوى المدراء الذين يتعاملون مع قضايا تتعلق بالسياسة العليا للمنظمة تمتد مسؤوليتهم لتشمل كافة المنظمة الصحية.
- 2- مدراء الإدارة الوسطى ويعرف بالمستوى الإداري والتنسيقي وتقتصر مسؤوليتهم على أجزاء من المنظمة على مستوى الأقسام.
- 3- مدراء الإدارة التنفيذية أو الإشرافية ويعرف بمستوى التشغيل وتقتصر مسؤوليتهم على مستوى الشعبة أو جماعة العمل.

والمدراء الصحيون على اختلاف مواقعهم في الهيكل التنظيمي تجمعهم قواسم وصفات مشتركة هي:

- ✓ لديهم سلطة رسمية تخولهم حق التصرف واتخاذ القرار.
- ✓ توجيه الآخرين بإصدار التعليمات والأوامر.
- ✓ هؤلاء المدراء يتحملوا مسؤولية استعمال الموارد المتاحة للمؤسسة.
- ✓ المدراء هم مسئولون أمام الإدارة الأعلى عن نتائج أعمالهم.

هناك ثلاثة أنواع من المهارات الضرورية لممارسة العمل الإداري وهي:

- 1- المهارات الفكرية: تزداد حاجة المدير لها كلما ارتقى في مركزه الإداري.
- 2- المهارات الإنسانية: يحتاجها المدراء من أجل التحفيز وقيادة المرؤوسين والاتصال معهم.
- 3- المهارات الفنية: يحتاجها المدير كلما انخفض موقعه في الهيكل الإداري.

العملية الإدارية في المنظمة الصحية:

تعرف الإدارة في المنظمة الصحية بأنها عملية تتضمن القيام بوظائف ذات طبيعة فنية واجتماعية وأنشطة وإدوار مرتبطة بهذه الوظائف والتي تحدث في بيئة الرسمية من أجل تحقيق أهداف مستقبلية، ويتضمن هذا المفهوم ما يلي:

- 1- الإدارة العلمية تتضمن القيام بوظائف وأنشطة ذات طبيعة مستمرة ومتفاعلة.
- 2- الإدارة العلمية تعني تحقيق مجموعة من الأهداف المحددة.
- 3- تحقيق الأهداف من خلال استعمال الموارد البشرية والمادية لتحقيق الأهداف.
- 4- تحدث في بيئة رسمية يحكمها عوامل نظامية وقانونية ورسمية لنجاح دور هذه المنظمة.

إن مجموعة الوظائف الأساسية التي تتضمنها العملية الإدارية في المؤسسة الصحية هي:

١. التخطيط.
٢. اتخاذ القرار.
٣. التنظيم والتوظيف.
٤. التوجيه.
٥. الرقابة.

بالإضافة تحتاج الى التكامل والتنسيق بين هذه الوظائف وهذه الوظائف الأساسية يقوم بها كل المدراء الصحيين بغض النظر عن موقعه في الهيكل.

التخطيط:

- ١- تعتبر وظيفة التخطيط:
- ٢- الوظيفة الأساسية والأولى التي يقوم بها المدير.
- ٣- الوظيفة التي تحدد وبشكل مسبق ما يجب عمله.
- ٤- الوظيفة التي تضع الأساس لعملية التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي.
- ٥- تتألف من تحديد الأهداف ووضع السياسات والإجراءات وأساليب تنفيذ أنشطة التنظيم.
- ٦- التخطيط وظيفته ذات طبيعة فنية. ٣٤ صفحة
- ٧- وظيفة التخطيط مستمرة لا تنتهي بمجرد انتقال المدير للقيام بوظيفة إدارية أخرى.

أهمية التخطيط في منظمات الرعاية الصحية

وظيفة التخطيط من أكثر الوظائف أهمية في المنظمات الصحية للأسباب التالية:

- ١- تركيز الانتباه على الأهداف.
- ٢- تقليل عنصر المخاطرة وعدم التأكد.
- ٣- احتواء التكلفة وتحقيق اقتصاديات التشغيل.
- ٤- تسهيل عملية الرقابة.

التنظيم:

- ✓ يعرف التنظيم بأنه تجميع العناصر البشرية والمادية المتاحة ضمن وحدات ودوائر تنظيمية يمكن توجيهها باتجاه تحقيق أهداف التنظيم.
- ✓ ينصب المدير الصحي على تطوير التنظيم القادر على تنفيذ هذه الخطط بما يحقق الأهداف المرسومة.
- ✓ يحدد التنظيم الأنشطة المختلفة التي يجب القيام بها ويجمع هذه الأنشطة في مجموعات متميزة على شكل إدارات، أقسام، فرق عمل أو أية وحدات تنظيمية أخرى.

وظيفة التنظيم تتألف من :

- ١- تصميم الهيكل التنظيمي وتحديد الواجبات الوظيفية للمراكز.
- ٢- تحديد خطوط السلطة والمسؤولية والعلاقات بين المرؤوسين بشكل واضح.
- ٣- تفويض مقدار من السلطة لعناصر التنظيم لكي يتمكنوا من القيام بواجباتهم ومسؤوليتهم.

التوظيف:

✓ يعني مسؤولية المدير عن حشد واستخدام الموظفين الجدد المؤهلين لملئ المراكز الوظيفية المتعددة والمختلفة في التنظيم.

✓ هذه الوظيفة لا تقتصر على الاختيار والانتقاء بل تشمل كذلك على:

- تدريب الموظفين وتنمية قدراتهم وكفاءاتهم.
- تشمل الترقية وتقييم الأداء وتوفير الفرص لتنميتهم وتطويرهم.
- تتضمن هذه الوظيفة وضع نظام مناسب للأجور والمرتبات.

التوجيه:

✓ هو توجيه الجهود وحفز العاملين لتنفيذ الخطط وتتضمن هذه الوظيفة:

- حفر المرؤوسين لتحقيق الأهداف المرسومة لوظائفهم.
- توجيه وإرشاد المرؤوسين.
- الإشراف على تنفيذ الأنشطة.

✓ وظيفة التوجيه هي:

- الوظيفة التي تدور حولها كافة أنشطة التنفيذ.
- هي جوهر كافة عمليات التشغيل.
- تتضمن معنويات العاملين وإشباع احتياجاتهم وإنتاجيتهم وقيادتهم.
- تتضمن الاتصالات بين أعضاء التنظيم لخلق المناخ المناسب لتحقيق رغبات واحتياجات العاملين وتحقيق أهداف المنظمة الصحية.

الرقابة:

✓ تتضمن الأنشطة الضرورية للتأكد من أن الأعمال تسير كما هو مخطط لها وأن الأهداف المرسومة قد تم إنجازها. وتتألف

هذه الوظيفة من ثلاثة خطوات:

١. وضع المقاييس والمعايير.
٢. قياس الإنجازات ومقارنة النتائج الفعلية مع المقاييس والمعايير.
٣. تصحيح الانحرافات عن المعايير.
٤. مراجعة وتنقيح الخطط والأهداف إذا تطلبت الضرورة ذلك

ترابط وتداخل الوظائف الإدارية

✓ إن الوظائف الإدارية الخمسة المذكورة سابقاً:

- تتداخل مع بعضها فكل منها يصب في الأخرى وتؤثر فيها.
- حصيلة كل منها تشكل مدخلات للوظيفة اللاحقة، كالدائرة إدارية غير منفصلة.
- ليس باستطاعة المدير أن يحدد مقداراً من الوقت كل يوم للقيام بواحدة أو أكثر من هذه الوظائف.
- من الضروري النظر إلى هذه الوظائف كعناصر تشكل نظاماً متكاملاً.
- الوقت والجهد الذي يصرف يختلف حسب موقع المدير في السلم الإداري.

عمومية الوظائف الإدارية

✓ يقصد بعمومية الوظائف الإدارية هنا كونها وظائف عامة لكافة المدراء بغض النظر عن المراكز الوظيفية التي يشغلونها داخل التنظيم

✓ كل مدير لا بد له أن يقوم بهذه الوظائف الإدارية بمجملها فالمدير يمارس هذه الوظائف الإدارية الخمسة الا انا الفرق يكون فقط في الوقت والجهد الذي يصرفه كل منهم على هذه الوظائف وهذا يعتمد على موقع المدير ومركزه في السلم الإداري للتنظيم

الأدوار التي يقوم بها المدير الصحي

✓ ويمكن وضع أدوار المدراء في ثلاث مجموعات رئيسية:

١- أدوار تتعلق بالعلاقات بين الأشخاص Interpersonal Roles:

أ- الرئاسة الرمزية. Figurehead. ويتمثل عندما يقوم المدير بأدوار احتفالية ورمزية مثل قص شريط ، استقبال وفد ، أو ترأس حفلة

ب- ضابط الارتباط Liaison عن طريق التنسيق بين الدوائر والاتصال مع المنظمات الأخرى والمنظمات المهنية. مثل النقابات

ج- دور القائد Leader عن طريق حض وقيادة المرؤوسين والتأثير على سلوكيات المرؤوسين وتغييرها إيجابياً بصفته القدوة لهم.

٢- دور صانع القرارات Decision maker ويشمل الأدوار التالية:

أ- عراب أو مهندس التغيير. change agent حيث يقوم بالتخطيط لإدخال التغييرات للتنظيم

ب- حلال المشاكل Disturbance handler يقول بحل الخلافات والصراع بين العناصر العاملة بالتنظيم

ج- موزع الموارد والإمكانات Resource allocator . توزيع الموارد المالية والبشرية والمادية بين الأقسام والدوائر

د- المفاوض مع الأقسام ومراكز القوى وحل المشاكل والصراعات عند توزيع الإمكانيات والموارد والتفاوض عند حل المشاكل والصراعات والتفاوض مع الدوائر والأقسام عند ادخال التغييرات.

٢- دور مصدر أو مركز المعلومات Information role.

أ- الرقيب. Monitor بحكم اتصالاتهم داخل وخارج التنظيم يصبح المدراء عادة مصدر المعلومات في التنظيم

ب- ناشر المعلومات Disseminator عن طريق ما يلي:

١- شبكة الاتصالات داخل التنظيم

٢- اتصالاته الخارجية بحكم كونه ضابط الارتباط والمنسق الخارجي

٣- نظام المعلومات الرئيسي بالتنظيم

ج- الناطق الرسمي Spokesman role . حيث يقوم المدراء عادة بإلقاء الخطب والمحاضرات في المجتمع الخارجي

النموذج الإداري لمنظمة الرعاية الصحية وعناصره

✓ يقوم المدارس الصحيون بالوظائف والعمليات الإدارية.

➤ من أجل تحقيق أهداف المنظمة.

➤ من خلال التوظيف الأمثل لموارد الطاقة البشرية واستخدام الموارد الأخرى في المنظمة الصحية.

➤ من منظور عملية تحويل المدخلات إلى المخرجات المرغوبة والتي تتسق مع نظرية النظر.

عملية التحويل بمنظور النظم

✓ إن منظمات الخدمة الصحية هي الإطار الذي يتم فيه تحويل المدخلات إلى المخرجات المرغوبة وذلك من خلال عمليات التحويل.

- ١- إن المنظمة الصحية هيئة رسمية تنتج فيها المخرجات (تحقيق الأهداف) من خلال استخدام وتوظيف (عمليات التحويل) للمدخلات (الموارد).
- ٢- المدراء في المنظمة الصحية هم العامل المساعد الذي يحول المدخلات إلى المخرجات المرغوبة من خلال ممارسة العملية الإدارية.
- ✓ وتتم هذه العملية ضمن السياق الثقافي للمنظمة الصحية.
- ✓ العملية الإدارية تتأثر بالمدخلات التي يمارسها أصحاب المصالح.
- ٣- يتفاعل ويتأثر المدراء بالبيئة الخارجية والتي تتكون من قوى ومؤثرات متعددة.
- ٤- تعتمد المنظمة الصحية على البيئة الخارجية للحصول على المدخلات المطلوبة كي يتم ضخ المخرجات في البيئة الخارجية وتؤثر فيها إيجاباً أو سلباً.

عناصر النموذج الإداري للمنظمة الصحية

١- المدخلات.

- يبين محتوى المدخلات بأن المدخلات تستخدم من أجل إنتاج المخرجات المرغوبة.
- إن الأهداف يتم إنجازها من خلال العاملين.
- تتضمن هذه المدخلات (موارد الطاقة البشرية ، المواد ، التكنولوجيا ، الأجهزة الطبية والمعدات ، المعلومات ، رأس المال ، والمرضى ...) .
- إن المعلومات التي يحتاجها المدير لاتخاذ القرارات تشمل:
 - ١) معلومات داخلية عن المرضى، والتقارير اليومية للأنشطة، والبرامج، والموازنات العامة، والخطط العملياتية والإستراتيجية.
 - ٢) معلومات خارجية مثل التشريعات الحكومية، السياسة الصحية للدولة، آراء المستثمرين والمستفيدين، المعلومات الاقتصادية، الخطط المستقبلية.
- البيئة المباشرة للمنظمة الصحية هي النظام الصحي الكلي الذي تعمل ضمنه المنظمة الصحية كنظام صحي فرعي ، ويتضمن كذلك الرقابة الحكومية ، والبيئة التنافسية، وشركات التأمين الصحي والقوانين والتشريعات الصحية وغيرها.
- تتضمن المصادر المالية المنشآت المالية كالمصارف والمخصصات المالية.
- يعتبر المرضى المادة الخام التي يراد تحويلها إلى مجموعة من الأصحاء حيث تقدم لهم الرعاية الصحية للوقاية من المرض وحفظ الصحة من العجز والتردي.
- إن هذه المواد ضرورية جداً للمنظمة أي خلل أو ضعف من هذه المدخلات قد يعرض فعالية المنظمة الصحية إلى الخطر فارتفاع أسعار المواد الطبية يؤثر على المخرجات بازدياد تكلفة الرعاية الصحية والأجهزة الطبية الغير فعالة تؤثر على نوعية الرعاية الصحية أيضاً وعدم على القوي العامل تؤثر على الاستفادة من بعض الخدمات الصحية

٢- المخرجات:

- ✓ يظهر محتوى المخرجات نتائج أداء الأفراد والمنظمة الصحية.
- ✓ المخرجات في المؤسسة الصحية يمكن أن تكون على مستويين:
 - نتائج أداء الأفراد.
 - نتائج أداء المنظمة الصحية ككل.

٣- عملية التحويل والتكامل Conversion / Integration:

- ✓ إن عملية تحويل المدخلات إلى المخرجات المرغوبة هي:
- ✓ نشاط إداري داخلي يحدث في بيئة المنظمة الرسمية.
- ✓ ذا طبيعة فكرية ومنطقية لتحقيق التكامل والدمج بين الموارد المتعددة المتاحة للمنظمة حيث تتأثر بالإبداع والقدرات الإدارية للمدراء.
- ✓ تحدث عملية التحويل عندما يقوم المدراء بإحداث التكامل والدمج بين العناصر الأربعة التي تتألف منها عناصر التحويل والتكامل وهي:
 - ١- الهيكل التنظيمي.
 - ٢- التكنولوجيا.
 - ٣- المهام المراد إنجازها.
 - ٤- العنصر البشري.

٤- التغيير والتحسين المستمر Change and Continuous improvement

- ✓ ربط عناصر التحويل وإحداث التكامل بينها بما يحقق المهام والأهداف المحددة.
- ✓ فعند ممارسة وظيفة التخطيط تتحدد الأهداف الفردية وأهداف المنظمة والأعمال المحددة لتحقيقها ويمكن الإدارة من معرفة كم ونوع الموارد المطلوبة لتحقيقها والعمل على الحصول على هذه الموارد.
- ✓ وعندما يقوم المدراء بوظيفة التنظيم فإنهم يحددوا العلاقات بين الهيكل والتكنولوجيا والمهام والعناصر البشرية ويقومون بتوظيف وتدريب العناصر البشرية وتحديد علاقات السلطة والمسؤولية ونظام الاتصالات.
- ✓ وعند ممارسة التوجيه يبدأ تنفيذ المهام والأنشطة ويتم قيادة كافة الجهود والأنشطة وتوجيهها نحو تحقيق الأهداف المحددة.
- ✓ عند ممارسة الوظيفة الرقابية يقوم المدراء برقابة الأداء الفردي والتنظيمي ومقارنته مع المعايير (الأهداف) المحددة لتحديد فيما إذا كانت الأهداف قد تحققت أم لا.
- ✓ يقوم المدراء بالتغيير من خلال التغذية الراجعة عند عدم مطابق النتائج مع الأهداف.
- ✓ ينصب التغيير على عملية التحويل أو على المدخلات أو كليهما.
- ✓ وعند تحقيق الأهداف فإن فلسفة التحسين المستمر في الخدمات الصحية تتطلب الاستمرار في تقويم أنشطة وعمليات المنظمة الصحية لضمان التحسين المستمر للنتائج ولعملية التحويل وللمدخلات.

٥- البيئة الخارجية External Environment

تعتبر المنظمة الصحية نظام اجتماعي مفتوح، والمنظمات الصحية تعمل ضمن البيئة الخارجية الكلية والتي تتألف من:

- ✓ البيئة العامة Macro Environment
- ✓ البيئة الصناعية الصحية. Task Environment
- ✓ تتأثر المنظمات الصحية بالبيئة الخارجية حيث تزودها بالمدخلات المطلوبة وتؤثر في بيئتها الخارجية حيث تصب مخرجاتها فيها.
- ✓ يمكن لمدراء أن يؤثروا ويغيروا في البيئة الخارجية وذلك من الاتصال الفعال وعمل الاتفاقيات مع الممولين والمنتفعين ومع شركات التأمين.

٦- البيئة الكلية (Macro Environment)

- ✓ تتكون من النظم الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والأخلاقية / والقانونية والسياسية والبيئة العامة (مثل المستثمرون والمستفيدون Stakeholders والجماعات المهنية والأعلام والنقابات) وكلها تؤثر على النظام الصحي.

٧- بيئة الرعاية الصحية البيئة الصناعية الصحية Health Care Environment

- ✓ تعتبر من أكثر البيئات أهمية وتأثيراً مباشراً على المنظمة الصحية.
- ✓ تؤثر على المدراء وعلى كيفية إدارتهم لمنظمتهم.
- ✓ من القوى الهامة المؤثرة في بيئة الرعاية الصحية، أ- التنظيمات النقابية والمهنية للأطباء والممرضات والصيدلانية وجمعيات المستشفيات.

المعطيات والظروف الذي يعمل المدير الصحي فيها معقدة وصعبة بها كثير من التحديات والعقبات والتغيرات والتطورات والمستجدات ولي هذا يبقي الابداع والتميز الإداري هو الجوهر والاساس للتغلب على هذه التحديات والصعاب

Basic Concepts مفاهيم أساسية			
عدد	الكلمة بالانجليزية	ترجمتها	نطقها بالعربي
١	Administrative Process	العملية الإدارية	
٢	Administrative Functions	الوظائف الإدارية	
٣	Top Management	الإدارة العليا	
٤	Middle Management	الإدارة الوسطى	
٥	Executive Management	الإدارة التنفيذية	
٦	Conceptual Skills	المهارات الفكرية	
٧	Human Relations Skills	مهارات العلاقات الإنسانية	
٨	Technical Skills	المهارات الفنية	
٩	Managerial Roles	أدوار المدراء	
١٠	Interpersonal Roles	أدوار العلاقات بين الأشخاص	
١١	Decisional Roles	أدوار صانع القرار	
١٢	Informational Roles	أدوار مصدر المعلومات	

الفصل الثالث

نظام خدمات الرعاية الصحية

مقدمة:

- ✓ تولي الدول الحديثة أهمية فائقة لموضوع الصحة والرعاية الصحية لمواطنيها نتيجة لعنصرين أساسيين ظهراً في المجتمعات الحديثة:
- ١- اعتراف الدول الحديثة بالصحة وخدمات الرعاية الصحية كحق أساسي لكل مواطن وتبنيها لذلك عملياً.
- ✓ الاعتراف بالصحة كحق لكافة المواطنين ومحاولة توفير خدمات الرعاية الصحية للجميع وبشكل عادل ومتوازن هو نتيجة للاتجاه الفكري والحضاري الذي يؤكد على أن توفير خدمات الرعاية الصحية وضمان الوصول لها والانتفاع بها من قبل كافة أفراد المجتمع هو حق أساسي لكل مواطن كما أكدت على ذلك منظمة الصحة العالمية في اجتماعها في عام ١٩٧٨ في المآته في الاتحاد السوفيتي
- ٢. رسوخ القناعة الأكيدة لدى الأفراد والمسؤولين بالارتباط القوي بين صحة الفرد والرفاه العام للمجتمع.
- ✓ هنالك علاقة وترابط قوي بين صحة الفرد وصحة المجتمع حيث يعتمدان على بعضهما البعض ويؤثر كل منهما في الآخر.
- ✓ العلاقة القوية بين التنمية الصحية والتنمية الشاملة.
- ✓ ولذلك ادركت أهمية التنمية الصحية كمتطلب سابق وأساسي لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية المنشودة.
- ✓ وتختلف الأنظمة الصحية باختلاف نظمها وبيئاتها السياسية والاقتصادية والاجتماعية.
- ✓ كما تتأثر بالقيم والمعتقدات المجتمعية والدينية السائدة وبالموارد والإمكانات المتوفرة والمتاحة لها في هذا المجال.
- ✓ تتفاعل هذه المؤثرات مع بعضها وتؤثر على تحديد المعالم الكلية للنظام الصحي بما في ذلك:
 - السياسات والبرامج الصحية المعتمدة لتحقيق الأهداف الصحية،
 - الفلسفة التي تقوم عليها عملية تخطيط وتوفير وتقديم الخدمات
 - أسلوب إدارة النظام الصحي وتركيبته التنظيمية وطرق تمويله.

النظام الصحي

تعريفات النظام الصحي

- " يعرف بمجموعة من العناصر المترابطة والتي عندما تعمل مع بعضها البعض ككل متكامل تنتج عن حدوث شيء ما " .
- " بمجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل معاً لتحقيق هدف النظام الصحي والمتمثل بضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار".
- " بمجموعة من العناصر الإنتاجية، الصيانة، التكيف، الإدارة المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل معاً لتحقيق هدف النظام الصحي والمتمثل بضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار".

مكونات النظام الصحي Components of the Health System

يتكون النظام الصحي شأنه شأن أي نظام اجتماعي من أربعة مكونات أساسية يشكل كل منها نظاماً فرعياً ضمن النظام الصحي الكلي هذه المكونات هي:

١- نظام الإنتاج Production:

يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم على إنتاج وتقديم خدمات الرعاية الصحية والطبية للأفراد والجماعات والمجتمع ككل وتشمل خدمات الصحة العامة والصحة الشخصية.

٢- نظام الصيانة Maintenance:

إدامة النظام الصحي وويتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام بإعداد وتعليم وتدريب وتأهيل العاملين الصحيين للقيام بالأدوار المحددة لهم ومكافأتهم على ما يقومون به وتمويل أنشطة النظام الصحي الكلي.

٣- نظام التكيف Adaptive:

يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم على رصد ومتابعة التغيير الحاصل في النظام الاجتماعي الكلي كالتغيير في

➤ أنماط انتشار المرض Morbidity.

➤ تكنولوجيا العلاج.

➤ طرق تمويل الخدمات الصحية.

➤ طرق إنتاج وتقديم الخدمات.

➤ توقعات وحاجات المتعاملين مع النظام الصحي والعمل على الاستجابة لهذه التغييرات وتبنيها في عمليات النظام.

٤- نظام الإدارة Management System

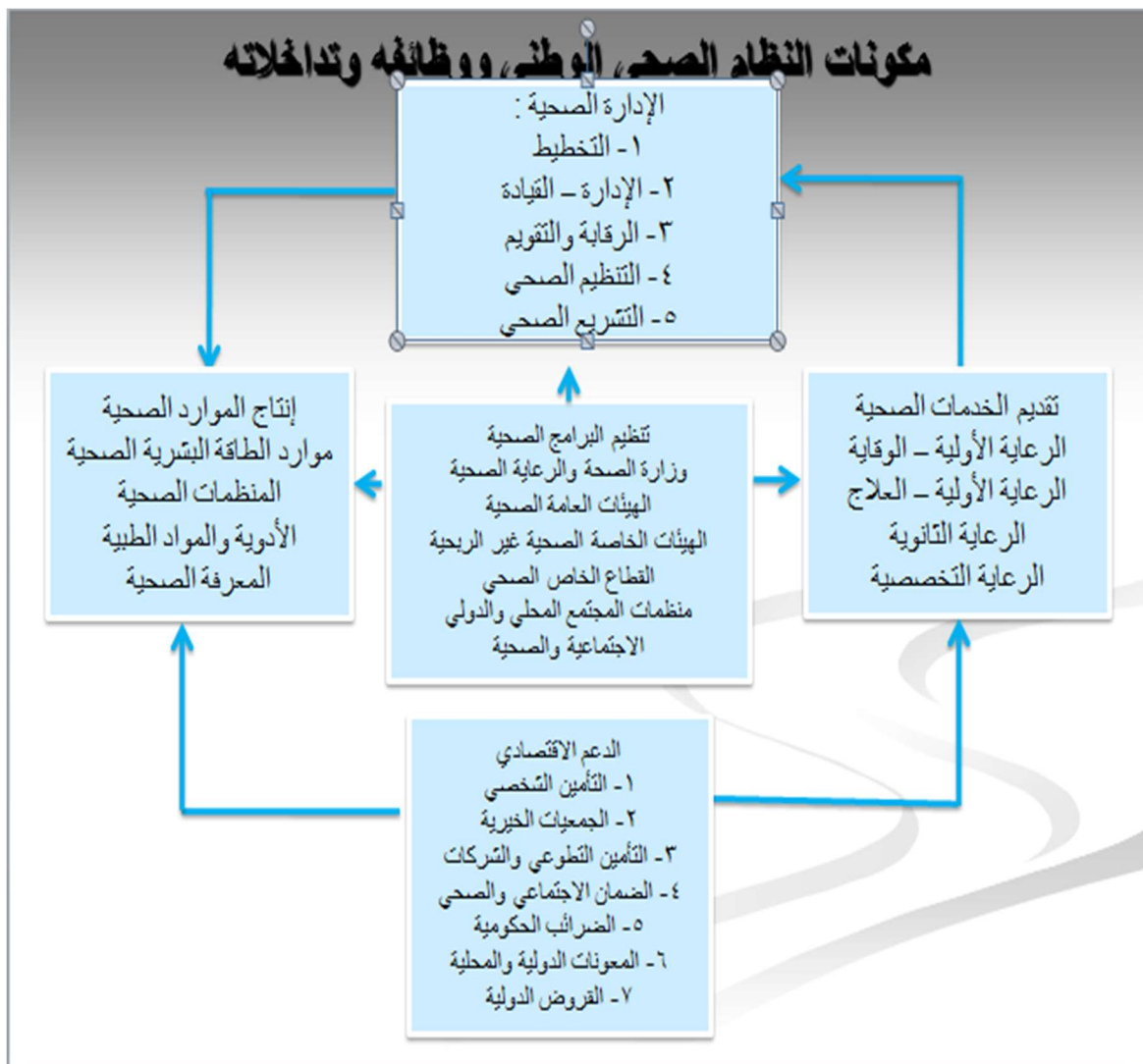
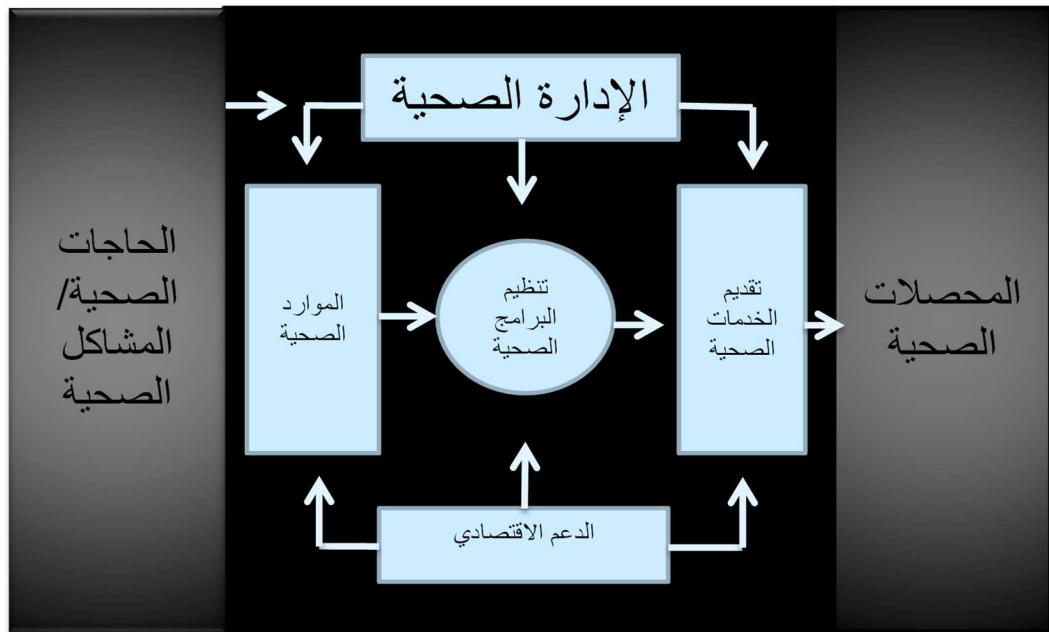
✓ يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم بمهام تنسيق وضبط وتوجيه أنشطة المنظمات التي تنطوي تحت الأنظمة الفرعية الثلاث السابق ذكرها.

✓ درجة نضج وتطور هذه الأنظمة الفرعية الأربعة ووجودها يختلف من مجتمع لآخر بل من منظمة صحية إلى أخرى.

✓ العلاقة بين هذه الأنظمة في عالم الواقع يعتبر مشكلة كما هو الحال بالنسبة لدرجة تطورها.

✓ العلاقات التفاعلية والتبادلية بينها تتصف بالضعف رغم احتفاظ كل منها بهويته واستقلاليتها نسبياً.

نموذج النظام الصحي الوطني وتظهر مكوناته وعلاقاته مع الوضع الصحي



تابع مكونات النظام الصحي

١- إنتاج الموارد الصحية:

- ✓ لكل نظام صحي موارده الصحية المختلفة، فلا بد أن يكون لديه موارد طاقة بشرية صحية متطورة.
- ✓ أن يكون لديه أدوية ومعدات وأجهزة طبية ومواد لرعاية المرضى.
- ✓ أن يكون لديه المعرفة لتطبيقها في تشغيل النظام كالبحوث الصحية من أجل تحقيق أهداف علاجية ووقائية.
- ✓ المعرفة الصحية يمكن الحصول عليها عن طريق البحوث والدراسات الاستقصائية وبحوث النظم الصحية وغيرها.

٢- تنظيم البرامج الصحية:

تقوم بها وزارات الصحة الوطنية والوزارات والهيئات الحكومية الأخرى كوزارات الدفاع والهيئات العسكرية وبرامج الضمان الاجتماعي والمنظمات الخيرية والتطوعية والنقابات واتحادات العمال والقطاع الخاص. هيئة التخصصات وجمعية العلماء العلمية

٣- الدعم الاقتصادي:

إن مصادر التمويل الصحي تتضمن:

- المصادر العامة كالضرائب والجمارك
- برامج التأمين الصحي الحكومي والعسكري وموظفي الشركات ونشاطات المجتمع المحلي التي لا تهدف إلى الربح،
- المساعدات والمنح والهبات الخارجية الحكومية والخيرية،
- التأمينات الشخصية والتأمين التطوعي.

٤- الإدارة الصحية للنظام الصحي:

- ✓ تقوم بالتخطيط الاستراتيجي.
- ✓ تقويم البرامج الصحية.
- ✓ تدريب طلاب الطب والمهن الطبية الأخرى.
- ✓ القيام بالبحوث الصحية.
- ✓ قيادة النظام الصحي.
- ✓ وضع معايير الرقابة على الأداء وتحسن مخرجات وعمليات ومدخلات النظام الصحي.
- ✓ تنظيم الظروف البيئية وترخيص واعتماد المهن الطبية والمؤسسات الصحية.
- ✓ إصدار التشريعات الصحية وتنظيم القوى الصحية العاملة وتقويم الجودة وتحسينها.

٥- إنتاج وتقديم الخدمات الصحية:

يسعى النظام الصحي لتقديم خدمات صحية من خلال المستويات الثلاث:

- الأوليّة
- الثانويّة
- التخصصيّة

وظائف النظام الصحي وخدماته

الهدف الرئيسي لأي نظام صحي هو ضمان وتوفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع وذلك بالقيام بوظيفتين رئيسيتين هما:

١- ضمان تقديم خدمات طبية نوعية Quality medical services للأفراد.

- ضمان توفرها في أماكن تواجدهم حيثما أمكن ذلك وفي متناول طالبيها ومحتاجيها دون أية عوائق تحد من الوصول إليها.
- تشكل الخدمات العلاجية من وجهة نظر المستهلك الأولوية الأولى.
- يحكم على كفاءة النظام الصحي ونجاحه من خلال قدرته على توفير خدمات طبية نوعية.

٢- التركيز على إنقاص معدلات الوفيات ومعدلات حدوث الأمراض والحوادث والإعاقات في المجتمع .

- على المستوى الفردي تقوم وحدات تقديم الخدمات العلاجية بهذه المهمة من خلال ما تقدمه من خدمات الرعاية الطبية.
- أما على المستوى الجماعي فإن مسؤولية تحقيق هذا الهدف تقع على عاتق مؤسسات خدمات الرعاية الصحية الأخرى كمؤسسات خدمات الصحة العامة وصحة البيئة وخدمات ترقية الصحة من خلال البرامج الصحية الموجهة نحو خدمات المجتمع.

خدمات النظام الصحي

لتمكين النظام من القيام بهاتين الوظيفتين وتحقيق الهدف المرسوم له لابد من ضمان توفير وتقديم مجموعتين رئيسيتين من الخدمات الصحية:

١- خدمات وبرامج الصحة العامة الموجهة نحو خدمة المجتمع، وتشمل ما يلي:

أ- خدمات الارتقاء بالصحة: وهي خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية إيجابية لدى الافراد وخاصة فيما يتعلق بأهمية الغذاء وممارسة التمارين الرياضية البدنية.

ب- خدمات الصحة العامة وتهتم هذه الخدمات بصحة الافراد كمجموعات وتشمل الخدمات التالية:

- السيطرة على الأمراض السارية والمعدية والقضاء عليها.
- وعزل الحالات المصابة بالأمراض وعلاجها
- وخدمات رعاية الأم والطفل
- والإحصاءات الحيوية والصحية
- وتقييم وتنمية الموارد المتاحة
- والأبحاث العلمية في المجال الصحي

ج- خدمات صحة البيئة.

هي خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد وتهتم بشكل رئيسي بقضايا البيئي والأمن والسلامة العامة وقضايا الإسكان والمسكن الصحي وتشمل الخدمات التالية:

- توفير الماء الصالح للشرب والطرق السليمة لاستعماله وتخزينه
- التخلص السليم من النفايات الصلبة والسائلة
- صحة الحليب والمأكولات
- توفير المسكن الصحي المناسب
- الاهتمام بالصحة المهنية وأمور السلامة العامة والتفتيش على المرافق الصحية العامة
- مكافحة الحشرات والقوارض
- السيطرة على المواد المشعة الخطرة

٢- خدمات الرعاية الطبية [Medical care services](#):

تشير إلى الخدمات الصحية الشخصية [Personal health](#) التي تقدم للفرد فيما يتعلق بصحته والمحافظة عليها. وتشمل هذه الخدمات المدى الكامل من الخدمات الصحية الشخصية ابتداءً من:

- خدمات ترقية الصحة،
- الوقاية من الأمراض،
- الكشف المبكر عنها، وتشخيصها وعلاجها،
- وانتهاء بخدمات إعادة التأهيل الاجتماعي والمهني للمرضى.

عرضاً موجزاً لخدمات الرعاية الطبية:

- ١- خدمات الارتقاء بالصحة.
- ٢- الخدمات الوقائية.
- ٣- الخدمات العلاجية.
- ٤- خدمات إعادة التأهيل والرعاية طويلة الأجل.

١- خدمات الارتقاء بالصحة:

تركز هذه الخدمات على الارتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل غير الطبيعية. مثل أهمية الغذاء الصحي والرياضة الصحية إن مواقف الفرد وسلوكياته في هذا المجال تتأثر بالبيئة الثقافية المكتسبة، كما تتأثر إلى حد بعيد بوسائل الإعلام الجماهيري.

٢- الخدمات الوقائية:

يمكن تصنيف هذه الخدمات بثلاث مستويات:

- ١- خدمات الوقاية الأولية. تطعيم
- ٢- خدمات الوقاية الثانوية. التشخيص المبكر سرطان الثدي
- ٣- الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة. التأهيل الاجتماعي

٣- الخدمات العلاجية:

تقسم هذه الخدمات (التشخيص والمعالجة) إلى قسمين:

- ١- خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الخارجيين وتقوم المستشفيات الحديثة بدور كبير في هذا المجال من خلال العيادات الخارجية
- ٢- خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الداخليين.

كما ويمكن تصنيف هذه الخدمات بمستويات ثلاثة هي:

- ١- خدمات الرعاية الأولية والتي يجري تقديمها عن طريق الأطباء والمراكز الطبية الملحقة بالمستشفيات والعيادات الخارجية وتشكل هذه الخدمات نقطة الدخول للنظام الصحي وخط التماس الأول مع المرضى.
- ٢- خدمات الدرجة الثانية وهي خدمات متوسطة أو ما يعرف بخدمات الأخصائيين ويجري تقديمها من خلال العيادات الخارجية أو العيادة الداخلية في المستشفى.
- ٣- خدمات الدرجة الثالثة وهي خدمات غاية في التخصص والتطور ويجري تقديمها من خلال المراكز والمستشفيات المتخصصة وعادة ما يتم توفير مثل هذه الخدمات على أساس إقليمي أو وطني.

٤- خدمات التأهيل والرعاية الطويلة الأجل:

تشمل هذه الخدمات خدمات الرعاية الطبية وإعادة التأهيل للمرضى ومصابي الحوادث حيث تتطلب عملية إعادة تأهيلهم لممارسة حياة طبيعية نشطة إلى حد ما فترة زمنية طويلة. ويجري تقديم هذه الخدمات من خلال مراكز التأهيل.

العناصر المكونة للرعاية الطبية

هنالك خمسة عناصر أساسية مكونة لمركب الرعاية الطبية في أي نظام للخدمات الصحية وفي أي مجتمع وهذه العناصر هي:

١- **العنصر الشخصي** ويمثل كافة الأفراد والجماعات المنتفعين بالبرنامج الصحي أو الذين يتوقع أن يستخدموا هذه الخدمات ولا بد من التعرف على خصائص المنتفعين بالبرنامج مثل:

- العدد الكلي للسكان وأماكن تواجدهم.
- الخصائص الديموغرافية المميزة لهم.
- معدلات حدوث الأمراض والوفيات ومعدلات النمو.
- مستويات التعليم.
- معدل دخل الفرد أو الأسرة.
- أنماط العمالة والاستخدام (نوع المهن ومعدلات البطالة).
- نمط الإسكان (المسكن، الازدحام، ومدى توفر البيئة المنزلية الصحية).

٢- **العنصر المهني** ويمثل كافة المهنيين الصحيين الذين يقدمون الخدمة الصحية بما في ذلك المهن الصحية المساندة.

مثل الأطباء والممرضات والصيادلة والمدراء الصحيين وأخصائيين التغذية والخدمات الاجتماعية والفنيين والمهنيين الصحيين والإداريين

٣- **العنصر الاجتماعي أو المؤسسي** ويشمل كافة المؤسسات الصحية العامة منها والخاصة والتي تقوم على إنتاج وتقديم خدمات الرعاية

الطبية ويمكن تقسيم هذه المؤسسات الصحية إلى قسمين :

أ- مؤسسات خدمات المرضى الداخليين inpatient facilities وتشمل المستشفيات العامة والمتخصصة وبيوت التمريض ومراكز التأهيل وأية مؤسسات صحية تقدم خدماتها للمرضى الداخليين.

ب- مؤسسات خدمات المرضى الخارجيين outpatient facilities وتشمل عيادات الطب العام وعيادات المستشفيات وغرف الطوارئ كما تشمل خدمات المختبرات وبنوك الدم والأشعة والعلاج الطبيعي، وخدمات الأسنان وغيرها من الخدمات التي تقدم على أساس خارجي outpatient

. basis

٤- **العنصر التنظيمي** ويشمل مجموعة الإجراءات والترتيبات المطلوبة لتنظيم وتنسيق الأنشطة المختلفة لفريق الرعاية الطبية بهدف ضمان تواجد خدمات الرعاية الصحية بالكفاءة والكيفية والصحة وضمان الوصول لها والانتفاع بها ويتطلب ذلك:

- أ- تحديد مستويات الرعاية الطبية وتوضيح العلاقة بينها وتنسيق أنشطتها.
- ب- نظام تحويل فعال بين مستويات الرعاية المختلفة لضمان استمرارية الرعاية وفعاليتها مثل ربط منظمة الصحة بشبكة المعلومات.
- ج- نظام جيد للتسجيل الصحي.
- د- تنظيم خدمات الرعاية الطبية على أساس إقليمي Regionalization لضمان عدالة توزيع الإمكانيات والموارد ولتعزيز ازدواجية الاستثمار فيها.
- هـ- نظام قومي شامل للتأمين الصحي يشمل كافة المواطنين والطبقات الأقل حظاً من الناحية الاقتصادية لضمان الوصول للخدمة والانتفاع بها.
- و- نظام تقييم ورقابة فعالة لضمان تقديم خدمات جيدة وبأقل كلفة ممكنة

٥- **العنصر الإدارة**: إن مركب الرعاية الطبية وما يتصف به من تعقيد لتعدد العناصر المشاركة فيه والمتعاونة معه يتطلب توفير أطرز إدارية مؤهلة على درجة عالية من الفعالية والكفاءة للقيام بالوظائف الإدارية المعروفة للعمليات الإدارية من تخطيط وتنظيم وتنسيق وتقييم. تعود أهمية الإدارة في مجال خدمات الرعاية الطبي إلى عدة عوامل من أهمها:

- أ- الطبيعة المعقدة والمركبة للرعاية الطبية الحديثة وما تقوم عليه من مدخل الفريق المتعدد الاختصاصات.
- ب- ندرة ومحدودية الموارد المتاحة وارتفاع كلفتها وما يتطلبه ذلك من عقلانية ومنطقية القرارات المتعلقة بتخصيص هذه الموارد حسب الأولويات الصحية.

مستويات الرعاية الطبية

هناك أربعة مستويات أساسية للرعاية الطبية في أي برنامج منظم وجيد للرعاية الطبية وهي:

١. خدمات الرعاية الأولية: وهي البوابة الأولى

✓ يتم تقديم هذه الخدمات في الغالب بواسطة الأطباء العاملين في المراكز الصحية والمستوصفات والعيادات وتشكل هذه الخدمات نقطة الدخول الأولى للنظام الصحي.

٢. خدمات الرعاية الثانوية Secondary care:

✓ هي خدمات متوسطة أو ما يعرف بخدمات الأخصائيين العاميين مثل أخصائي الطب العام، والجراحة العامة، وأخصائي أمراض النساء، حيث يتم التعامل مع الحالات المرضية المحولة من الطبيب العام في المستوى الأول ويجري تقديم خدمات الرعاية الطبية هنا من خلال العيادات الخارجية أو الأقسام الداخلية في المستشفى.

٣. خدمات الرعاية الثلاثية Tertiary care:

✓ وهي خدمات على درجة عالية من التخصص الدقيق super specialist services مثل أمراض جراحة الأعصاب، وأمراض جراحة القلب. يتم التعامل في هذا المستوى مع حالات مختارة ومحولة من قبل الأطباء الأخصائيين في الرعاية الثانوية أو الأطباء العاميين في المستوى الأول.

٤. خدمات الرعاية الوطنية National أو الخدمات الممتازة :

✓ تشمل خدمات كبار الأطباء والمستشارين من ذوي التخصصات العالية والخبرات العملية والمهارات المتميزة والتوجهات العلمية والبحثية. يتم توفير هذه الخدمات من خلال مراكز صحية على المستوى الوطني أو الإقليمي نظراً لكون هذه الخدمات تطلب من قبل عدد محدود من السكان إضافة إلى تكلفتها العالية.

✓ تقدم مثل هذه المراكز الوطنية خدمات رعاية من الدرجة الممتازة بالإضافة إلى القيام بمهام البحث العلمي.

أركان جودة الرعاية الطبية

هناك ستة أركان أساسية تشكل مرتكزات أساسية تقوم عليها جودة الخدمات الطبية كما يلي:

١- **تواجد الخدمات Availability:**

- ✓ يشير مفهوم تواجد الخدمات إلى الكفاية الكمية اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية للأفراد المشمولين بهذه الخدمات.
- ✓ يتم قياس تواجد الخدمة عادة بمفاهيم كمية على شكل نسب بين عدد سكان في منطقة الخدمة وعدد المؤسسات والعناصر البشرية المهنية التي تقدم الخدمات لهؤلاء السكان في المنطقة المحددة.
- ✓ هذه النسب على سبيل المثال، نسبة عدد الأطباء لكل ألف من السكان، ونسبة عدد الأسرة لكل ألف من السكان ونسبة عدد الممرضات والصيدلاني وغيرهم لكل ألف من السكان، ونسبة عدد السكان لكل مركز صحي ومستشفى.
- ✓ ورغم الانتقادات الموجهة لهذه المعايير حيث أنها لا تأخذ في اعتبارها عدالة توزيع المؤسسات الصحية والعناصر البشرية في المنطقة الجغرافية الواحدة إلا أنها تبقى معايير شائعة.

٢- سهولة منال الخدمة: Accessibility of Service

- ✓ يشير مفهوم سهولة منال الخدمة إلى المدى المتوقع لاستعمال الأفراد للخدمات الموجودة مع الأخذ بالاعتبار العوائق التي قد تحد من استعمالاتهم لها. ومن العوائق تنظيمية او مالية او اجتماعية او نفسية
- ✓ **ضمان سهولة المنال الجيدة لا بد من مراعاة وتوفير الأمور التالية:**
 - أ- توفير الخدمة في أماكن تواجد الأفراد حيثما أمكن ذلك وبالكف الكافي لتلبية الاحتياجات.
 - ب- ضمان وصول كل فرد إلى الخدمة واستعماله لها والانتفاع بها في الزمان والمكان الصحيح وتبعاً لحاجته الفعلية لها.
 - ج- إزالة أية عوائق قد تحد من وصول الفرد للخدمة والانتفاع بها سواء أكانت عوائق مالية، تنظيمية، مادية.
- ✓ ويشير العائق التنظيمي إلى خلل في تنظيم وتنسيق الخدمات الطبية مما قد يؤدي إلى عدم معرفة الفرد للمكان الصحيح الذي يتوجب عليه التوجه له للحصول على الخدمة ومن هو مزود الخدمة الأفضل لتلبية حاجته الصحية.
- ✓ ولضمان وصول الفرد إلى الخدمة لا بد من تحديد نقطة الدخول الأولى لخدمات الرعاية Point of entry والمصدر المركزي للرعاية لكل فرد Central source.
- ✓ **ويشير العائق المادي physical barrier إلى عدم تمكن الفرد من الوصول للخدمة والانتفاع بها لجملة من الأسباب ومن أهمها:**
 - أ- عدم توفر الخدمة بالكف الكافي لتلبية الاحتياج إضافة إلى عدم توفر بعضها في جميع الأوقات التي قد تحتاج فيها.
 - ب- سوء توزيع الخدمة بين المناطق الجغرافية المختلفة وعدم مراعاة الكثافة السكانية وحجم الاحتياج في هذه المناطق.
 - ج- عدم توفر الطرق ووسائل المواصلات المناسبة للوصول إلى الخدمات.
- ✓ يشير العائق الاجتماعي إلى العادات والتقاليد الاجتماعية والمواقف والقيم والآراء الفردية والمجتمعية فيما يتعلق بمفاهيم الصحة والمرض.
- ✓ وهنا يأتي التثقيف والتوعية الصحية للأفراد كوسيلة فاعلة لإزالة مثل هذه العوائق الاجتماعية والثقافية والمعرفية.

٣- شمولية الرعاية COMPREHENSIVENESS OF SERVICE

- ✓ **يتضمن مفهوم شمولية الخدمات توفير خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة ويتطلب تحقيق هذا المفهوم ما يلي:**
 - أ- عدم اقتصر خدمات الرعاية الطبية على ما يقدمه الأطباء من خدمات بل لا بد أن تشمل كافة الخدمات التي يقدمها الأعضاء الآخرين في فريق الرعاية الطبية.
 - ب- توفير كافة منشآت ومؤسسات العلوم الطبية والعلوم الطبية المساندة الضرورية للمحافظة على الصحة وتحسينها.
 - ج- توفير واستعمال كافة الأجهزة والمعدات ومستلزمات الرعاية الطبية.
 - د- عدم وجود حدود عليا للرعاية الطبية التي مكن للفرد الحصول عليها إلا بحدود ما تقرره الحاجة الفعلية للحالة المرضية.
 - هـ- التعامل مع المؤثرات الاجتماعية والبيئية والثقافية للمريض والتي قد تؤثر على صحته.
 - و- التعامل مع المريض كشخص بكليته وليس كنظام بيولوجي فقط وتكريس الوقت الكافي مع المشاكل الاجتماعية والعاطفية والعقلية للمريض والتي تؤثر على حالة الصحية.

٤- استمرارية الرعاية: Continuity of Service

- ✓ **يشير مفهوم استمرارية الرعاية الطبية إلى المدى الذي يتم معه تلقي المريض لخدمات الرعاية الطبية بشكل منسق ويتطلب تحقيق مفهوم استمرارية الرعاية الطبية ما يلي:**
 - أ- وجود مصدر مركزي لرعاية الفرد يتحمل المسؤولية الأولى عن صحة المريض وعلى أساس مستمر.
 - ب- استمرارية رعاية الفرد من قبل المصدر المناسب لحالته المرضية ومن قبل نفس الطبيب الذي تمت له الزيارة الأولى وذلك طيلة فترة العلاج للحادث المرضي الواحد clinical episode أو لحادث مرضي جديد مرتبط أو غير مرتبط بالحادث الأول.
 - ج- وجود نظام تغذية راجعة للمعلومات بين المستويات المختلفة للرعاية لضمان الاتصال الدائم بين المصدر المركزي للرعاية وبين المريض.
 - د- وجود درجة عالية من التنسيق والتعاون بين المستويات المختلفة للرعاية والمصادر المتعددة التي تزود هذه الخدمات.
 - هـ- وجود سجل صحي شامل وموحد لكل مريض يمكن معه إعطاء صورة كاملة عن التاريخ المرضي

٥- كفاءة الخدمة: Efficiency of Service

- ✓ **مفهوم كفاءة الخدمات إلى حسن تنظيم الموارد المتاحة واستخدامها بشكل أمثل لتحقيق الأهداف المحددة مع المحافظة على هذه الموارد ذات المحدودية ومرتفعة التكلفة. وضمان كفاءة الخدمات يحقق ما يلي:**
 - أ- عدالة توزيع وتمويل الخدمات بين المناطق الجغرافية المختلفة تبعاً للاحتياجات الصحية الفعلية.
 - ب- تحقيق أقصى درجة من التنسيق والتعاون بين المستويات المختلفة لخدمات الرعاية الصحية والمصادر المتعددة التي تقدم هذه الخدمات.
 - ج- تجنب ازدواجية الخدمات والاستثمار غير الضروري فيها.

٦- جودة الخدمات Quality of Services:

✓ يعتبر مفهوم جودة الخدمات من المفاهيم الغامضة وينظر إلى هذا المفهوم من زاوية معينة وهناك اتفاق عام على أن مفهوم الجودة يتضمن جانبين أساسيين هما:

- ١- **فنية الرعاية** technicality of care أو **الجانب المعرفي والتكنولوجي** ويمثل المعارف والمهارات والخبرات ودرجة التقدم العملي والتكنولوجي المتوفر للرعاية الطبي والتقنيات والأساليب المستعملة في الرعاية الطبية.
- ٢- **فن الرعاية** art of care أو **الجانب السلوكي للرعاية** ويشير إلى سلوكيات مزودي الخدمات وفن تعاملهم مع مستهلكي خدمات الرعاية الطبية، وجدير بالذكر أن هذا الجانب ورغم ماله من أثر كبير على جودة الخدمة لم يلق الاهتمام الكافي من قبل المهتمين بموضوع جودة الخدمة وتقديمها وتحسينها.

✓ وتتأثر جودة الرعاية بعدة عوامل من أهمها:

- أ- الكفاءة المهنية لمزودي الخدمات الطبية ويشمل ذلك الكفاءة العلمية والعملية والمهارات التي يتمتع بها المهنيين الصحيين.
- ب- مدى توفر خدمات الرعاية الطبية بالكم والكيف المطلوب وبمستوياتها المختلفة مصادرها المتعددة بما في ذلك الخدمات الوقائية والعلاجية.
- ج- مدى توفر الأجهزة والمعدات والمستلزمات الضرورية للرعاية الطبية.
- د- مدى التركيز على الجانب السلوكي للرعاية الطبية وأهمية التعامل مع المريض كشخص بكيته whole person وليس كنظام بيولوجي فقط وهو ما يعرف بشخصية الرعاية. personalization.

فالنظام الاجتماعي والنفسي والاقتصادي والثقافي للفرد لا يؤثر فقط على صحته بل يؤثر كذلك على سلوكياته ومواقفه فيما يتعلق بالصحة والمرض.

Basic Concepts مفاهيم أساسية

عدد	الكلمة بالانجليزية	ترجمتها	نطقها بالعربي
١	Health System	النظام الصحي	
٢	Health System Functions	وظائف النظام الصحي	
٣	Health System Components	مكونات النظام الصحي	
٤	National Health System Model	نموذج نظام صحي وطني	
٥	System of Production	نظام الإنتاج	
٦	System of Maintenance	نظام الصيانة	
٧	System of Adaptation	نظام التكيف	
٨	Quality Medical Services	خدمات طبية نوعية	
٩	Health Promotion Services	خدمات الارتقاء بالصحة	
١٠	Public Health Services	خدمات الصحة العامة	
١١	Primary Preventive Services	خدمات الوقاية الأولية	
١٢	Secondary Preventive Services	خدمات الوقاية الثانوية	
١٣	Outpatients	المرضى الخارجين	
١٤	Inpatients	المرضى الداخلين	
١٥	Availability of Service	تواجد الخدمة	
١٦	Accessibility of Service	سهولة منال الخدمة	
١٧	Primary Care	الرعاية الأولية	
١٨	Secondary Care	الرعاية الثانوية	
١٩	Tertiary Care	الرعاية الثلاثية	
٢٠	Efficiency of Service	كفاءة الخدمة	
٢١	Continuity of Service	استمرارية الخدمة	

التخطيط الاستراتيجي في المنظمات الصحية

محتوى الفصل الخامس:

مقدمة

- ✓ التخطيط وظيفته إدارية ذات طبيعة فنية تتمكن المؤسسات الصحية من خلالها من التعامل مع الحاضر وتوقع المستقبل.
- ✓ تتضمن وظيفة التخطيط اتخاذ القرارات وتحديد البدائل فيما يتعلق بما يجب عمله وأين يعمل؟ وكيف سيتم عمله؟
- ✓ مركزية وظيفته التخطيط كونها الوظيفة الإدارية التي تسبق الوظائف الإدارية الأخرى وحجر الزاوية لها حيث أن القيام بالوظائف الإدارية الأخرى من تنظيم وتوجيه أو توظيف ورقابة وتخصيص الموارد يتم على أساس ما تم تحديده من أهداف واستراتيجيات وبرامج كمخرجات لعملية التخطيط.
- ✓ تزداد أهمية التخطيط في المنظمات عموماً للأسباب التالية:
- 1- نمو المنظمات في الحجم والتوسع في مجالات الأنشطة والخدمات التي تقدمها.
- 2- التقدم المعرفي والتكنولوجي في المجال الصحي والتغيير المتسارع في هذا الشأن.
- 3- التغييرات الاقتصادية في مجال الأسعار والأجهزة والأدوية والتغيير في الدخل الفردي والأسري وإلى غير ذلك من تغييرات اقتصادية.
- 4- التغييرات الاجتماعية كتغير القيم والعادات والسلوك ونمط الحياة وأسلوب السكن والمعيشة.
- 5- التغيير في السياسات الصحية وسياسات تمويلها والتشريعات والقوانين.
- 6- التغييرات الديموغرافية كتغير حجم السكان والتوزيع العمري والجغرافي.

✓ من خلال عملية التخطيط الاستراتيجي، يمكن الإجابة على الأسئلة التالية:

- 1- كيف يمكن للمنظمة الصحية أن تتوقع وتستطلع المستقبل؟
- 2- كيف للمنظمة تتكيف مع البيئة الخارجية والداخلية؟
- 3- كيف نحدد الأهداف الإستراتيجية وما الذي يؤثر على تحديدها؟
- 4- كيف تقوم المنظمة الصحية بتطوير استراتيجيات خاصة وبرامج تشغيلية لتحقيق الأهداف؟
- 5- كيف تقوم بعملية المزج والتكامل ما بين الهيكل التنظيمي والناس والتكنولوجيا والأعمال وتوظيف الموارد من أجل مواكبة وتلبية الحاجات الحاضرة والحاجات المستقبلية؟

مفهوم التخطيط:

- 1- التخطيط نشاط يتعلق بالمستقبل حيث أنه ينصب على استقراء المستقبل وتوقع إحداثه وتحديد ما يجب عمله والطريقة التي سيتم إتباعها لتحقيق ما يراد عمله.
- 2- يتضمن التخطيط اتخاذ القرارات حول ما يراد عمله وكيفية العمل ومتى يعمل وأين وهذا يتطلب تقويم البدائل الممكنة واختيار البديل الأفضل إضافة إلى اتخاذ القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد اللازمة لتحقيق ما يراد تحقيقه.
- 3- التخطيط عملية ديناميكية مستمرة تتضمن وضع الخطة وتنفيذها ومن ثم تقويم ما تم تحقيقه وهذا يعني ضرورة إعادة النظر في الخطة من جديد وبشكل مستمر وفقاً للعوامل الخارجية والداخلية التي تؤثر على تنفيذ الخطة.
- ✓ على ضوء هذه الصفات المميزة للنشاط التخطيط ينكت تعريف التخطيط (بعملية منظمة تنصب على التنبؤ بالأحداث المستقبلية وخططها وبرامجها وتخطيط الموارد اللازمة ذلك) وهذا يتيح التخطيط للمنظمة تحديد ما تريد تحقيقه من أهداف وطريقة تحقيقها.

✓ علمية التخطيط تتضمن سلسلة من الأنشطة كما يلي:

- 1- تقويم المعلومات والبيانات عن المنظمة والبيئة الخارجية.
- 2- عمل افتراضات حول المستقبل.
- 3- تقويم الأهداف الحالية وتحديد أهداف جديدة أو تعديل الأهداف الحالية.
- 4- صياغة الاستراتيجيات وبرامج التشغيل التي من شأنها تحقيق الأهداف..

خصائص التخطيط:

- ١- مصدر التخطيط LOCUS ويشير إلى الجهة التي ينبثق منها التخطيط فإما أن تكون الحكومة أو المؤسسة الصحية.
- ٢- نوع التخطيط: ويشير إلى مستوى التخطيط ومداه كما يلي:
 - أ- التخطيط الاستراتيجي ويشمل المؤسسة ككل ويركز بشكل أساسي على تقويم البيئة المحيطة (السياسة - الاقتصادية - الاجتماعية الخ) .
 - ب- التخطيط العملي Operational Planning ويتم القيام به من قبل المستويات الإدارية الوسطى والدنيا في المنظمة وهذه الخطط تنبثق من الاستراتيجيات وتنسجم معها وتخدم أهدافها.
 - ٣- الإطار الزمني للتخطيط: ويشير إلى الأفق الزمني الذي تغطيه الخطة كما يلي:
 - أ- خطط طويلة المدى: خطة إستراتيجية تغطي عدة سنوات تقوم به الإدارة العليا. خلال ٥ سنوات والمتوسطة ٣ سنوات والقصيرة خلال سنتين
 - ب- خطط قصيرة المدى: خطط عملياتية لعام واحد تقوم به الإدارة الوسطى.
 - ٤- من يخطط: ويشير إلى الجهة الإدارية التي تتحمل مسؤولية التخطيط في المنظمة:
 - أ- الإدارة العليا: مسؤولة عن التخطيط الاستراتيجي حيث تحدد الرسائل والأهداف Mission & Objective وتصيغ الاستراتيجيات لتحقيق الأهداف.
 - ب- الإدارة الوسطى: وتتبنى برامج عملية قصيرة المدى (سنة فأقل) وتضع السياسات، والإجراءات والقواعد المنظمة للعمل.
 - ج- رؤساء الأقسام ومشرفي الخط الأول: ويتحملوا مسؤولية تقدير حجم العمل وتصميم جداول العمل وتوزيع الموارد.

مداخل التخطيط

- ٥- مدخل التخطيط ويشير إلى الأسلوب المتبع في التخطيط وهناك مداخل متعددة للتخطيط: ويشار إليها بمفهوم وجهي العملة الواحدة:
 - ١- مدخل فرد / لجنة تخطيط Individual / Committee يكون من الأفراد ذوي المؤهلات وقدرات مختلفة للقيام بمسؤولية التخطيط وقد يأخذ شكل لجنة يتألف عادة من أفراد المجلس الإدارة والإدارة العليا والإدارات الأخرى لتتحمل هذه المسؤولية وهذه اللجان مألوفة في المنظمات الصحية كلعجان للتخطيط ورسم السياسات حيث تقوم بالاشرف على أنشطة التخطيط ومراجعتها وتقويم الخطط وهناك فوائد كثيرة:
 - أ- القدرة على تكوين علاقات غير رسمية وفعالة..
 - ب- يوفر تعدد خبرات أعضاء اللجنة المعارف المتعددة..
 - ت- يساعد على إيجاد التكامل المطلوب بين الخطط الاستراتيجية.
 - ٢- منظم / عشوائي Systematic / Ad. Choc يعرف بأنه نشاط عقلائي ومنهجي ومنظم يقوم على قاعدة من البيانات وله منهجية والمتسلسلة المنظمة ويتطلب كفاءات متعددة.
 - ٣- مدخل كمي / كفي Quantitative / Qualitative يقول على الخبرات والتقدير الشخصية والاجتهاد للعد من الخبراء في ميادين وهذا المدخل شائعة الاستعمال في التخطيط كتحليل الكلفة / منفعة وتحليل النسب وأسلوب المسار الحرج وأسلوب بيرت وغيرها.
 - ٤- مدخل تطوري / تراكمي Developmental / Incremental وهناك عدة محددات ما هي درجة الاستقلالية التي تحيط بعملية التخطيط؟ وما هي هيكل المنظمة والبيئة الخارجية والداخلية؟ وما هي الأعراف والقواعد الاجتماعية والسلوك والمداخل التطوري: يؤدي إلى محصلات تخطيطية إبداعية وغير تقليدية يسهم في المنظمات عبر الربحية ولديه قدرة كبيرة من الاستقلال.
 - أما المدخل التراكمي: فهو ذلك المدخل التخطيطي العادي الكلاسيك الغير مبدع والذي يقل فيه الابتكار ويطبق في المنظمات في ذات الاستقلال البسيط والموارد القليلة وإدارة تركز على أهداف قصيرة الأمد وغير قادرة على التوقع استشراف المستقبل أو موجهات المخاطر
 - ٥- مدخل استباقي / إرتكاسي Proactive / Reactive المدخل الاستباقي: هو مدخل جريء علني ومنظم وله مضمون يستبق الاحداث ولا يتضمن فقط استباق الاحداث ولكن يتدخل ويؤثر في المحيط ويحدث التغيير ويصوغ الاحداث لفائدة المنظمة الصحية وهذا المدخل هو يصنع الحدث المدخل إرتكاسي: هو عبارة عن تخطيط غير منظم ولا يستبق كل الاحداث وانما عبارته عن ردة فعل للأحداث التي تفرض الاحداث نفسها وهذا النوع لا يصنع الحدث بل أن الحدث هو الذي يصنعه.

مخرجات التخطيط

✓ تتضمن مخرجات التخطيط ماذا يجب أن يعمل وأين ومتى وكيف ولماذا يعمل؟ وتشتمل على ما يلي:

1- الرسالة التي تعمل من أجلها المنظمة:

- ✓ عادة تكون الرسالة واضحة ومكتوبة وتحدد أهداف عامة للمنظمة.
- ✓ توضح الهدف الذي أنشئت المنظمة من أجله، وتتضمن رسالة المنظمة نصوص تحدد هوية المنظمة وماذا تعمل ولمن تعمل، وما هي مبادئها وما هو دستورها ومنهجها وطريقتها في العمل.
- ✓ تشكل رسالة المنظمة الأساس الذي يعتمد عليه في التخطيط الاستراتيجي وعادة يضع هذه الرسالة مجلس الأمناء أو مجلس الإدارة.

2- الأهداف:

- ✓ هي نصوص تحدد النتائج التي ترغب المنظمة الصحية تحقيقها.
- ✓ الأهداف هي نقاط الوصول والنتائج المرغوب تحقيقها والتي توجه المنظمة نحوها مواردها وأنشطتها.
- ✓ تنبثق الأهداف من رسالة المنظمة الصحية.
- ✓ يجب أن تكون الأهداف واقعية وقابلة للتطبيق ويمكن قياسها.

✓ الأهداف على نوعين:

- 1- أهداف أساسية وهي أهداف عامة للمنظمة،
- 2- أهداف فرعية على مستوى الأقسام والوحدات.

3- الاستراتيجيات:

- ✓ الاستراتيجيات هي خطط عامة وشاملة تصممها المنظمة من أجل تحقيق الأهداف العامة.
- ✓ هي مسؤولية الإدارة العليا وعادة هي طويلة الأجل وتتطلب التزام بتوظيف كم كبير من الموارد.
- ✓ الاستراتيجية هي مصطلح يصف الطريقة التي تحقق من خلالها المنظمة أهدافها، بمعنى آخر هي الوسائل التي تتبع لتحقيق ما تم تحديده من أهداف.

4- البرامج التكتيكية:

- ✓ إن البرامج التكتيكية تمثل النشاطات المنظمة والمخططة للوحدات العاملة في المنظمة الصحية ولكل وحدة فيها وتعتبر استراتيجيات فرعية. من البرامج حملات التطعيم

5- السياسات والإجراءات:

- أ- السياسات هي قواعد للسلوك وضوابط لاتخاذ القرار والتفكير والعمل في المنظمة الصحية ويجب أن تكون متوافقة مع الرسالة والأهداف وتقسم السياسات إلى سياسات عامة وسياسات عملياتية والعامة هي للمنظمة ككل أما العملياتية فهي سياسات الأقسام والدوائر في المنظمة الصحية.
- ب- الإجراءات: هي سلسلة من الخطوات تتبع للقيام بعمل محدد وهدفها هو توجيه العاملين في إنتاج وتقديم الخدمات بما يضمن تناغم السلوك والأداء.

خصائص السياسات الجيدة:

تتميز السياسات الجيدة بالخصائص التالية:

- 1- أن تكون واضحة لا لبس ولا غموض ولا مجال للاجتهاد فيها.
 - 2- تنسجم مع الأهداف، مفهومه ومقبولة لمن يقوم بتنفيذها.
 - 3- توضع لهدف التفكير واتخاذ القرار والسلوك.
 - 4- تتميز بالمرونة (لمجابهة الطوارئ)
 - 5- يجب تمريرها وإبصالها إلى الأفراد المعنيين.
 - 6- أن تكون منسجمة ومتناغمة فيما بينها مثل (سياسات الأقسام يجب أن تنسجم مع السياسة العامة).
- ✓ تستعمل السياسات والأهداف والإجراءات كالمعايير لتقييم الأداء وإنجازات المنظمة.

مجالات لتحديد الأهداف والمعايير:

✓ حدد دراكر peter drucker ثمانية مجالات يمكن للمنظمة تحديد أهدافها في أي منها:

- 1- الربح.
- 2- الإنتاجية.
- 3- الأبداع.
- 4- المركز السوقي.
- 5- الموارد المادية والمالية.
- 6- تطوير أداء العاملين.
- 7- تطوير أداء المدراء.
- 8- المسؤولية الاجتماعية: عادة تتبنى المنظمات الصحية أهداف متعددة مما يستوجب التنسيق بينها كما لا بد من تحقيق التوازن بين الأهداف الشخصية للعاملين وأهداف المنظمة وأهداف المجتمع فهناك ارتباط وثيق للربح والإنتاجية بالجانب الإنساني.

عمليات التخطيط الاستراتيجي

✓ التخطيط الاستراتيجي هي عملية مستمرة من النشاطات وهي تمر في مراحل متعددة.

المرحلة الأولى: تخطيط عملية التخطيط:

✓ يوجد على الأقل ثلاثة طرائق لنهج التخطيط الاستراتيجي:

أ- تحليل الفجوات في البرامج.

ب- حل المشكلات.

ج- تحليل وتقييم نقاط القوة، ونقاط الضعف، والفرص المتاحة، ومصادر التهديد / الخطر SWOT.

✓ ويوجد طريقتان لنهج التخطيط في هذه المرحلة:

➢ اتباع الطريقة التي تبدأ بأخذ المعلومات والمدخلات من المستويات الدنيا في المنظمة،

➢ انتهاج طريقة التخطيط المفروضة من الإدارة العليا والتي تحدد فيها الإدارة العليا الخطوط العريضة لعملية التخطيط.

المرحلة الثانية: تعريف الرسالة Define the Mission

✓ رسالة المنظمة هي نصوص عريضة، تحتوي على وصف عام للمنظمة وهدفها وفلسفتها وقيمها وتعتبر عنصر ضروري لتخليط

سياسة المنظمة وتجب على عدة أسئلة أساسية مثل ماذا نريد أن نعمل، وماذا يجب أن نعمل؟ وماذا نستطيع أن نعمل؟

المرحلة الثالثة: تحليل البيئة:

✓ يتضمن تحليل البيئة كل العوامل خارج المنظمة الصحية وذلك من خلال:

➢ الفترة التي تغطيها الخطّة، وتتضمن العوامل الاقتصادية والديموغرافية والتكنولوجية والثقافية والاجتماعية والسياسية القانونية،

والسوق الصحي، وتحليل السوق.

➢ يجب التنبؤ بمستقبل السوق الصحي والبيئة الكلية ويشمل ذلك صحة ونوعية المياه، والبرامج الصحية وملائمتها، وقيم المجتمع وأنماط

السلوك والحياة، والخصائص الديموغرافية ومستويات الدخل والتضخم ومعدلات النمو ومستوى الأجور والرواتب والتشريعات الصحية

والقانونية والدعم الحكومي والتطور التكنولوجي.

➢ ويمكن تحليل القطاعات ذات العلاقات على ضوء الفرص والموارد المتاحة واهم هذه القطاعات ما يلي:

١- القطاع الاقتصادي:

يشمل معدل النمو، والتراجع الاقتصادي، وقوة العمل ووجود رأس المال، ومعدلات البطالة، والتأمين الصحي.

٢- القطاع السكاني - الديموغرافي:

يشمل التغيير في عدد السكان وخصائصهم الديموغرافية والدخل الفردي والأسري، وأماكن الإقامة، والحالة الصحية كما يشمل أنماط العمل والوظائف التي يمارسها الأفراد.

٣- القطاع الثقافي الاجتماعي:

يشمل مدى احترام السلطة أو عدم احترامها، واتجاهات الموظفين نحو العمل، والسلوكيات الأخلاقية، والصحة العامة، وارتفاع معدل الأوبئة.

٤- القطاع السياسي والصحي:

يشمل الموقف السياسي والصحي من الصحة كحق للجميع وحق الحصول على الخدمات الصحية، والمسؤولية القانونية للحكومات عن تقديم الخدمات الصحية، والقوى الصحية العاملة، وتقديم الخدمات الطبية المجانية.

٥- القطاع الخاص والمنافسون:

هو من أهم العوامل التي يجب تقويمها وأخذها بالاعتبار ويشمل المنافسون وما يقدموا من خدمات ونقاط القوة والضعف لديهم ونظام تقويم الخدمات الصحية السائد والحوافز المادية وآليات التمويل والتكنولوجيا الطبية السائدة والتقويم التكنولوجي.

٦- قطاع التكنولوجيا والموارد البشرية الصحية:

يشمل مصادر الطاقة البشرية الصحية، والتعليم الطبي، والبحوث الصحية، وتسارع التطور التكنولوجي لهذه الموارد.

المرحلة الرابعة: تحليل السوق:

✓ إن تحليل السوق الصحي يعتبر من المراحل المهمة وجزء لا ينفصل في عملية التخطيط الاستراتيجي.

✓ ينصب تحليل السوق على تحديد ومعرفة مشتري ومستهلكي الخدمة الصحية من مرضى وأطباء ومنظمات الأعمال والمؤسسات

والحكومية وشركات التأمين.

✓ كما يشمل تجزئة السوق وتحديد الأسواق المستهدفة والتعرف على حجمها وحاجاتها ورغباتها وتوقعاتها والعمل على تلبيتها.

المرحلة الخامسة: تحليل المصادر الخارجية

- ✓ إن تحليل مواطن القوة والضعف والفرص والمخاطر المحتملة والقوى المحيطة أيضاً SWOT .
- ✓ من الموارد الخارجية المهمة التي يجب أن يتم تحليلها مدى وجود رأس المال واتجاهات المجتمع لتمويل هذه الخدمات ومصادر تمويل رأس المال والعرض والطلب من قبل المهنيين وتحليل موارد الطاقة البشرية من حيث تركيبها ونوعيتها.

المرحلة السادسة: تحليل الصناعة

- ✓ إن تحليل الصناعة الصحية والتعرف عليها هو الأساس لترجمة رسالة المنظمة إلى أهداف دقيقة ومحددة، ويؤكد بورتر poter بأن تحليل الصناعة يجب أن يركز على خمسة عوامل أساسية وهي:

- 1- المؤسسات المنافسة.
- 2- المشاركون المحتملون.
- 3- المشترون.
- 4- الموردون.
- 5- الخدمات أو المنتجات البديلة.

المرحلة السابعة: تطوير ووضع الأهداف

- ✓ إن الأهداف هي إعادة صياغة لرسالة المنظمة وهي أكثر تحديداً ودقةً وتحدد ماهية الإنجازات التي تريد المنظمة الصحية تحقيقها ويتحدد أكثر تحديد أهداف قابلة للقياس والتحقق.
- ✓ إن هذه الإنجازات هي التي تحدد ما الذي يجب عمله من أجل تمكين المنظمة من تحقيق رسالتها.
- ✓ فالأهداف هي نقاط الوصول أو الغايات.
- ✓ والاستراتيجيات هي الوسائل للوصول لهذه الأهداف.
- ✓ وتتأثر الأهداف باتجاهات ورغبات ومصالح المستفيد المحتملين، كما تتأثر بفهم ورؤية الإدارة وقيمها وفلسفتها وأهمية الاستجابة لأصحاب المصالح، كما أن الأهداف تستخدم في معايير رقابة الأداء تستقى من الأهداف.

المرحلة الثامنة: تحليل حقيبة PORTFOLIO البرنامج

- ✓ إن تحليل حقيبة البرامج هو آلية التقويم لكيفية مساهمة النشاطات والخدمات التي يحتويها البرنامج في الوصول إلى:

- أهداف المنظمة الصحية،
- إيجاد الطرق لتعزيز وتحسين أداء المنظمة الصحية.
- ✓ يتضمن التحليل تحديد أولويات الخدمات والأنشطة التي تساعد على تحقيق أهداف المنظمة الصحية.
- ✓ يتضمن التحليل تحديد هي البرامج التي لا تخدم ذلك، وما هي الخدمات التي سيتم التوسع والاستثمار فيها.

المرحلة التاسعة: تحليل كفاءة المنظمة الصحية

- ✓ إن هذا التحليل يحدد واقعياً ماذا تريد المنظمة أن تحقق ويدرس ويحلل نقاط القوة والضعف في المنظمة، خاصة القيام بتحليل القدرات والكفاءة الداخلية للمنظمة الصحية، ويمكن أن يشمل على ما يلي:

- أ- التسويق الصحي والخدمات
- ب- الإنتاج
- ج- الوضع المالي
- د- الموارد البشرية هـ - الإدارة الصحية

المرحلة العاشرة: اختيار الاستراتيجية الملائمة

- ✓ يشير مفهوم الاستراتيجية إلى المنهج الذي تتبعه المنظمة الصحية في تحقيق أهدافها ويجب أن توضع الإستراتيجية بمصطلحات وظيفية أكثر منها مصطلحات مادية ويجب أن تكون:

- 1- مختصرة قدر الإمكان.
- 2- تصف محتويات الإستراتيجية مثل منظور الخدمة وإعادة توظيف الموارد المتاحة وتطوير الكفاءات، والمزايا التنافسية.
- 3- تحدد الطرق والوسائل لتحقيق أهداف المنظمة الصحية.

المرحلة الحادية عشر: اختيار البديل الأفضل

- ✓ إن الخطوة الأولى تتضمن دراسة كل البدائل لمفضلة لإنتاج الخدمة الصحية والتي تكون متنافسة مع الرسالة والأهداف والإستراتيجية العامة للمنظمة الصحية.
- ✓ ويمكن أن نسأل الأسئلة التالية:

- ١- هل الإستراتيجية ملائمة للبيئة الخارجية؟
- ٢- هل الإستراتيجية متوافقة مع السياسات الداخلية ونمط القيادة والفلسفة الإدارية والإجراءات العملية؟
- ٣- هل الإستراتيجية مناسبة على ضوء الموارد المتاحة؟
- ٤- هل المخاطر في إتباع الإستراتيجية غير محددة؟
- ٥- هل الإستراتيجية مناسبة لدورة حياة الخدمة ومتطلبات السوق الصحي؟
- ٦- هل توقيت التنفيذ مناسب وصحيح؟

المرحلة الثانية عشر: تعديل توجه المنظمة ليتناسب مع الإستراتيجية المختارة:

- ✓ تمثل المنظمة الجسر الذي يركز عليه في تنفيذ الإستراتيجية.
- ✓ لذلك يجب أن تكون ملائمة لهذه المهمة، ولا بد للمنفذين من التأكد من ملائمة ثلاثة أبعاد في المنظمة وهي: الهيكل، والعمليات، والسلوك.
- ✓ وهذا يتحدد من مضمون أو محتوى الإستراتيجية وطبيعة المنظمة وإدارتها.
- ✓ هل هي من النوع المبادر أم تفاعليه أم دفاعية في منهجها.
- ✓ النمط الإداري هل يهدف إلى تعظيم الفرص أم إلى تخفيض التكاليف وكذلك مميزات التنظيمية.

Basic Concepts مفاهيم أساسية			
عدد	الكلمة بالانجليزية	ترجمتها	نطقها بالعربي
١	Strategic Planning	التخطيط الاستراتيجي	
٢	Mission	الرسالة	
٣	Objectives	الأهداف	
٤	Operational Planning	التخطيط العملي	
٥	Systematic Planning Approach	المدخل المنظم للتخطيط	
٦	Quantitative Planning Approach	المدخل الكمي للتخطيط	
٧	Qualitative Planning Approach	المدخل النوعي للتخطيط	
٨	Incremental Planning Approach	المدخل التراكمي للتخطيط	
٩	Proactive Planning Approach	المدخل الاستباقي للتخطيط	
١٠	Reactive Planning Approach	المدخل الارتكاسي للتخطيط	
١١	Planning Outcomes	مخرجات التخطيط	
١٢	Strategies	الاستراتيجيات	
١٣	Policies and Procedures	السياسات والإجراءات	
١٤	SWOT Analysis	تحليل نقاط القوة والضعف والفرص المتاحة ومصادر التهديد	

الفصل السابع: نظرية التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي للمنظمة الصحية

مقدمة:

- ✓ المنظمة الصحية أحد أكثر التنظيمات تعقيداً وتميزاً.
- ✓ ينبع هذا التعقيد والتميز من خصوصية وتمييز هذه المنظمات عن غيرها من التنظيمات. ويتطلب هذا التعقيد والتميز ترتيبات إدارية وتنظيمية خاصة تتفق مع طبيعتها المتميزة.
- ✓ ويمكن إرجاع تعقيد المنظمة الصحية إلى عدد من الخصائص التي تكاد تنفرد عن أي تنظيم آخر بما في ذلك التنظيمات الخدمية وأهم هذه الخصائص هي:

١- تعدد الأهداف التي تسعى المنظمة الصحية لتحقيقها وهي:

- الهدف الرئيسي هو تقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية الطبية وبأقل كلفة ممكنة.
- وهناك العديد من الأهداف الأخرى والتي لا بد لها من القيام بها وتحقيقها مثل:
- أ- تدريب وتعليم الأطباء والممرضات والمهنيين الصحيين والعاملين في حقل الإدارة الصحية.
- ب- القيام بالأبحاث العلمية والطبية التي من شأنها تحسين جودة الرعاية الطبية ورفع المعرفة الطبية ككل.
- ج- الوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها قبل استفحالها كهدف رئيسي ثاني.
- يشكل التنسيق بين هذه الأهداف وتكاملها مع بعضها تحدياً لإدارة المنظمة سيما وأنها مقيدة بالموارد المتاحة لها والتي تتصف بالمحدودية وارتفاع التكلفة إضافة إلى تعارض بعض هذه الأهداف مع بعضها.
- فعلى سبيل المثال أن استعمال المرضى كمادة تعليمية وتدريبية للأطباء المتدربين ولغايات الأبحاث العلمية يمكن أن يتعارض مع الهدف الرئيسي للمنظمة والمتمثل في تقديم مستوى عال وجيد من الرعاية الطبية وبأقل كلفة ممكنة.
- إن التعليم والتدريب والأبحاث الطبية تتعارض مع حقوق المرضى فيما يتعلق بتوفير قدر من السرية وتوفير أسباب الراحة والرضاء لهم.
- تتطلب أحياناً مدة زمنية أطول مما تتطلبه عملية التشخيص والمعالجة خدمة لأغراض التدريب والبحث مما ينعكس مباشرة على ارتفاع تكلفة الخدمة الصحية.

٢- التقسيم الواسع للعمل وتنوع واختلاف التركيب الاجتماعي للعناصر البشرية العاملة في المنظمة الصحية.

- يتصف العمل في هذه المنظمات بدرجة عالية من التخصص والتميز والاختلاف.
- التوفيق بين هذه العناصر المختلفة والتنسيق بينها وجمعها في مجموعة واحدة وتوجيهها باتجاه تحقيق الأهداف الكلية للتنظيم وهو أمر في غاية الصعوبة كما أن احتمالات ومجالات الاحتكاك والصراع بين هذه العناصر هو دائر الوجود.
- دور المدير كمنسق بين هذه العناصر ومسؤول عن إدارة وتنظيم الأنشطة المختلفة هو أكثر حساسية وصعوبة.
- عملية اتخاذ القرارات الهامة تحتاج إلى الكثير من الدراسة والمناقشة مع هذه العناصر ومشاركة العديد منها في هذه القرارات.

٣- تداخل الخدمات والأنشطة واعتمادها الكبير على بعضها البعض.

- الرعاية الطبية الحديثة تقوم على خدمات وأنشطة وتخصصات مختلفة ومتعددة تعود لحقول معرفية متعددة فبسبب الدرجة العالية من التخصص والتقسيم الواسع نجد أن كل شخص يعمل فيها يعتمد إلى حد كبير في انجاز عمله والقيام بدوره في التنظيم على ما يقوم به غيره.
- التداخل في الأنشطة والاعتماد الكبير على بعضها البعض يتطلب قدر كبيراً من التنسيق بين الأقسام والدوائر المختلفة لضمان الفعالية والكفاءة في تحقيق الأهداف.
- المهام الصعبة التي تواجه المدير الصحي في سبيل خلق وإيجاد البيئة التنظيمية المناسبة لأداء خدمات الرعاية الطبية يعتمد على السلطة الرسمية والتعليمات والقواعد واللوائح الرسمية ولذلك لا بد من الاعتماد على تحفيز العاملين لضمان مستوى عال من التنسيق المطلوب.

٤. الطبيعة الطارئة لعمل المنظمة الصحية:

- إن الطلب على الجزء الأكبر من خدمات المنظمات الصحية هو ذا طبيعة طارئة وغير قابل للتأجيل أو التأخير أو الانتظار.
- من الصعب على إدارة المنظمة والعاملين فيها توقع حجم العمل ومزيد الحالات المرضية التي يمكن أن ترد إليها وتتضمن هذه الخصائص عدد من المضامين لمدير المنظمة وتحمله **أعباء كثيرة كما يلي** :
 - أ- ضرورة التشغيل المستمر على مدار ٢٤ ساعة ولسبعة أيام في الأسبوع وما يفرضه ذلك من تكاليف إضافية مرتفعة إضافة إلى المشاكل الكثيرة المتعلقة ببرمجة الأنشطة والخدمات المختلفة على مدار الساعة ومشاكل المناوبات والورديات والأفراد.
 - ب- تتطلب الطبيعة الطارئة للعمل جاهزية واستعداد مستمر من جانب كافة الأجهزة والموارد والعاملين لمواجهة الظروف الطارئة.
 - ج- الطبيعة الطارئة للعمل تدفع المدراء والمشرفين غالباً إلى تبني أسلوب الإدارة بالأزمات بدلاً من أسلوب الإدارة بالأهداف أو الأسلوب الأوتوقراطي أكثر من الأسلوب الديمقراطي في الإدارة حيث لا مجال للتشاور والمناقشة عند التعامل مع الظروف الطارئة والأزمات التي قد تحدث في أي وقت.
 - د- المنظمة الصحية تحتاج لتحريك واستخدام الموارد المتاحة لها بسرعة لمواجهة الأزمات والطوارئ بشكل فعال وكفؤ ويتطلب قدر كبيراً من الانضباط والسلوك المنظم. لذلك لا بد من تحديد خطوط السلطة والمسؤولية بشكل واضح، والمحافظة على النظام والانضباط بتبني نظام محدد للتأديب والمساءلة يستند إلى لوائح تنظيمية وسياسات واضحة ومحددة.
- المنظمة الصحية وبحكم تعاملها مع قضايا الحياة والموت وحيثما تكون حياة الإنسان وصحته في خطر فإن احتمالات قبول أو تحمل الأخطاء والإهمال في الممارسة الطبية هي قليلة جداً وتترتب عليه عواقب كبيرة تؤثر مباشرة على صحة وحياة الفرد.
- هذه الطبيعة الطارئة للعمل تفسح المجال أمام بعض الأطباء لاستغلال الغموض المتضمن في العمل الطبي حيث نجد أن بعض الأطباء لن يتردد بخلق الطلب غير المبرر على أسرة المستشفى وخدماته كإدخال بعض الحالات المرضية والتي لا تحتاج للدخول أصلاً وبجدة أنها حالات طارئة، سيما وأن الأطباء هم الفئة الوحيدة التي يمكنها تحديد وتقدير الحالات الطارئة.
- لذلك يستدعي رقابة وتقييم الأنشطة الطبية وضمان الاستخدام الرشيد للمواد المتاحة عن طريق الهيئة الطبية نفسها والتي تتمتع بالاستقلال والحكم الذاتي.

٥. المنظمة الصحية تنظيم شبه بيروقراطي: يرتكز التنظيم البيروقراطي على عدد من المبادئ التنظيمية الأساسية وهي :

- تقسيم العمل على أساس من التخصص الوظيفي.
- سلسلة هرمية محددة للسلطة.
- نظام محدد من اللوائح والتشريعات التي تحدد واجبات ومسؤوليات وحقوق العاملين في التنظيم.
- نظام محدد للإجراءات الواجب إتباعها عند تنفيذ الأعمال.
- العلاقات غير الشخصية بين العاملين في التنظيم.
- اعتماد الكفاءة كأساس للتعين والترقية.
- إن المنظمة الصحية هي تنظيم رسمي يشبه إلى حد كبير التنظيمات البيروقراطية.
- وكغيره من التنظيمات الموجهة نحو تنفيذ المهام Task-Oriented يعتمد إلى حد كبير على سياسات وقواعد ولوائح رسمية وعلى خطوط رسمية للسلطة لضبط سلوكيات العاملين فيه وتنظيم علاقات العمل بينهم ، تعطي المنظمة الصحية شخصيتها البيروقراطية التسلطية ، ومع أنه في السنوات الأخيرة يمكن أن نلاحظ اتجاه متزايد نحو تنظيمات أكثر منطقية للمنظمات الصحية واتجهاً متزايداً نحو أسلوب الإدارة بالمشاركة.
- من غير المحتمل أن تتمكن هذه المنظمات من التخلص من كل الخصائص البيروقراطية في المستقبل القريب **وذلك**

لأسباب التالية:

- أ- حقيقة تعاملها المستمر مع قضايا الحياة والموت والصحة والمرض والتي تضع عبئاً ثقيلاً على المنظمة الصحية والعاملين فيها.
- ب- هنالك اهتمام كبير ودائم من قبل إدارة المنظمة الصحية والجهات الرسمية المخططة والممولة للرعاية الصحية لتحقيق مستوى عال من كفاءة الإنجاز وفي غياب نمط لإنتاج الممكن في المنظمة الصحية فإن هذا الاهتمام يدفعها إلى استعمال وسائل شبه بيروقراطية لإدارة وتنظيم ورقابة الأنشطة بما فيها اللوائح الرسمية والإجراءات المحددة للعمل والإشراف المباشر عليه.

ج- هنالك قصور واضح في ما هو موجود من بدائل إدارية وتنظيمية يمكن استخدامها لضمان وضوح المسؤوليات وكفاءة الإنجاز في المنظمات الصحية. إلا إن غياب النظرية الإدارية والتنظيمية الخاصة بمؤسسات القطاع الصحي قد دفع هذه المؤسسات إلى الأخذ بالمبادئ المعروفة للإدارة والتنظيم والتي نشأت وترعرعت في قطاع الأعمال والصناعة.

٦- المنظمة الصحية تنظيم إنساني أكثر منه تنظيم آلي؛ فإن مدخلاته هو الإنسان (المرضى والعاملين فيه) ومخرجاته الرئيسية والتي هي رعاية المرضى تتألف من خدمات شخصية وفردية ويتم معظمها بواسطة الإنسان.

➤ تقدم هذه الخدمات بواسطة الأطباء والممرضات والمهنيين الصحيين الآخرين وفقاً لاحتياجات ومتطلبات كل حالة مرضية على حدة.
➤ لا تخضع هذه الخدمات التي تقدم للإنسان وبواسطة الإنسان وعلى أساس فردي ووفقاً للاحتياجات والمتطلبات المحددة للمريض إلا لقدر ضئيل جداً من التنميط أو المكننة أو التخطيط المسبق.

➤ المنظمة الصحية لا يمكنها اللجوء إلى ما يسمى بالإنتاج الكبير ويترتب على ذلك أمران؛

أ- الأول إن مقدمي هذه الخدمات والمستهلكين لها (المرضى) يمارسون مقدراً كبيراً من الرقابة على عمل المنظمة الصحية.

ب- الثاني أن المنظمة تتمتع بقدر قليل من السيطرة والتحكم في حجم العمل ومزيج الحالات التي يمكن أن تتعامل معها في أي وقت وكذلك الأمر بالنسبة لجودة ومستوى الأداء.

➤ لا بد للمنظمة الصحية من أن تعتمد على حد كبير على العناصر البشرية المتعددة والعاملة فيها للقيام بالتعدلات اليومية والتأقلم المطلوب على ضوء الأوضاع اليومية المتغيرة التي تواجهها.

➤ هذه التعدلات لا يمكن تفصيلها وتوضيحها بشكل كامل من خلال التعليمات واللوائح التنظيمية الرسمية، وكذلك فإن قدراً من الانحراف عن هذه التعليمات واللوائح الرسمية يمكن أن يكون ضرورياً لمواجهة حالات وظروف محددة أو أوقات محددة.

٧- مشكلة المهنة والاحتراف في المنظمات الصحية Professionalism يعرف فردسون المهني " بأنه الشخص المؤهل علمياً وعملياً في حقل من حقول المعرفة وكنتيجة لبرنامج طويل ومتخصص من التدريب الذهني والذي يلتزم باستعمال معرفته وعلمه ومهارات وفقاً للمعايير المحددة من قبل أصحاب المهنة التي ينتمي لها ".

➤ تؤكد معايير العمل المهني وبشكل دائم على نقطتين هامتين هما؛

١- الحكم والإدارة الذاتية للمهنيين ككل.

٢- الاستقلال والحكم الذاتي لكل ممارس من هؤلاء المهنيين ضمن إطار الحدود التي تضعها المهنة ذاتها.

➤ إن غالبية أولئك الذين يتحملون المسؤوليات الرئيسية لخدمات الرعاية الطبية هم مهنيون محترفون ويشمل هؤلاء الأطباء والممرضات والصيادلة والضيئين والمدراء.

➤ إن الدرجة العالية من الاحتراف والمهنة للأطباء يمكن أن يشكل مصدراً للمشاكل الإدارية والتشغيلية لإدارة المنظمة للاعتبارات التالية؛

أ- إن الأطباء في العادة وبحكم تعليمهم وتدريبهم وتمنهم لديهم الاحتياجات والدوافع القوية للاستقلال الشخصي والتمتع بقدر كبير من الحرية والإدارة الذاتية عند ممارستهم لعملهم وهم بذلك ميالون لمقاومة النظام والانضباط الذي تفرضه التشريعات واللوائح التنظيمية الرسمية.

ب- يميل الأطباء إلى الالتزام باستعمال معارفهم ومهاراتهم وفقاً للمعايير التي تضعها مهنة الطب لأعضائها لا وفقاً للقواعد والتعليمات واللوائح التي تضعها السلطة الإدارية في هذه المنظمات.

ج- المشكلة أن الأطباء لديهم المعرفة الطبية المتخصصة والمهارات الفنية التي تؤهلهم دون غيرهم ممارسة الطب ولكنهم يمتلكون القليل من المعرفة والخبرة الإدارية، وفي الجانب الآخر نجد أن المدراء الصحيين لديهم المعرفة والخبرة الكافية في الإدارة وتقنياتها ولكنهم يمتلكون القليل من المعرفة الطبية. إن هذا الوضع يمكن أن يؤدي إلى احتكاكات خطيرة بين الجانبين أو على الأقل يهيئ الفرصة لظهور قضايا هامة تعود للسلطة والصلاحيات والمسؤوليات.

د- إن الأطباء وبحكم مهنتهم يتمتعون بمراكز أعلى من تلك التي يحتلها غيرهم من أصحاب المهن في المنظمة الصحية بما في ذلك من يديرون هذه المنظمات من أعضاء مجلس إدارة أو مدراء صحيين. حتى عندما لا يتمتع هؤلاء الأطباء بسلطة رسمية مفوضة لهم في التنظيم فإن مؤهلاتهم العلمية وخبراتهم ومهاراتهم تمكنهم من ممارسة قدر كبير من النفوذ والسلطة والتأثير على كافة العناصر البشرية العاملة في المنظمة وعلى مختلف مستوياتهم.

٨. غياب خط السلطة المنفرد: إن غياب خط السلطة المنفرد في المنظمة الصحية هي خصوصية أخرى مميزة لها والتي ترتبط مباشرة بخصوصية المهنة والاحتراف.

➤ فالسلطة في التنظيم الصحي لا تنبثق من مصدر واحد ولا تسلسل عبر خط واحد للأمر كما هو الحال في التنظيمات الأخرى، وتخلق هذه الخاصية وبشكل دائم مشاكل إدارية وتشغيلية لإدارة المنظمة الصحية كما يلي:

أ- تزيد من صعوبة مهمة التنسيق الرسمي بين الدوائر والأقسام المختلفة في المنظمة لتحقيق تعدد مصادر السلطة فيها ووجود أكثر من رئيس للمرؤوس الواحد.

ب - حدوث الارتباك والغموض في التنظيم لعدم وضوح وتداخل خطوط السلطة والمسؤولية والالتزام.

ج - تسمح بظهور أوضاع يكون فيها عدد كبير من العناصر البشرية العاملة في التنظيم مسؤولين ليس فقط أمام المسؤول الرسمي لهم بل كذلك أمام الأطباء ويتلقون أوامر وتعليمات من هاتين الجهتين فالسلطة الرسمية الممثلة بإدارة التمريض والسلطة المهنية التي يمتلكها الأطباء ليست متفقتة ومنسجمة دائماً.

د - زيادة المشاكل والصعوبات المتعلقة بالاتصالات وقضايا المساءلة والانضباط والتأديب.

هـ - يزيد من صعوبة حل المشاكل التي تحتاج إلى التعاون والجهود المشتركة بين الهيئة الطبية والهيئة الإدارية.

و- يتمتع المدير الصحي بسلطة أقل من نظرائه في مؤسسات الأعمال والصناعة لأن هذه المنظمات لا يمكن تنظيمها على أساس من خط السلطة المنفرد لوجود المهنيين في التنظيم وخاصة الأطباء.

٩. ظروف العمل غير العادية في المنظمات الصحية:

تتعامل هذه المنظمات مع قضايا الحياة والموت والصحة والمرض مما يضع عبئاً ثقيلاً وإرهاقاً مادياً ونفسياً على العاملين، المرضى وذويهم من أقارب وأصدقاء وزائرين كما أن الأطباء والمرضى بحالة من القلق والاجهاد الدائم بسبب ضغوط ومفاجآت العمل ودقة المسؤوليات وقداسته ونقل الأمانة التي يتحملونها مما يجعل من البيئة الكلية للمنظمات الصحية وظروف العمل فيه أمراً مختلفاً عن أي تنظيم آخر.

١٠. مشكلة قياس المخرجات النهائية للمنظمات الصحية:

إلى الآن لا يوجد معايير دقيقة يمكن معها قياس الرعاية الطبية المقدمة للمرضى وحصيلتها النهائية، ومع أنه قد تم إحراز بعض النجاح والتقدم في تقرير جودة الرعاية الطبية فهناك الكثير من الأسئلة والقضايا التي لا زالت تبحث عن أجوبة لها وهنالك مقدار كبير من عدم الاتفاق لا يزال موجوداً بين الخبراء والباحثين فيما تعلق بما يجب أن يقاس وكيف يقاس.

المنظمة الصحية ونظريات التنظيم

- ✓ لا توجد نظرية إدارية واحدة يمكن تطبيقها على كافة أنواع التنظيمات.
- ✓ بغض النظر عن نوعية النشاط الذي تمارسه والهدف الذي تسعى لتحقيقه لا بد للمديرين عند محاولتهم تنظيم أنشطة وفعاليات التنظيمات التي يديرونها من الاختيار من بين نظريات ونماذج ومفاهيم وأفكار تنظيمية مختلفة ومتعارضة أفرزتها الجهود الكبيرة والمختلفة وغير المنسقة لعدد كبير من الباحثين والمهنيين في مجال العلوم الإدارية من علماء نفس واجتماع وعلماء النفس الاجتماعيين ومهندسين ومديرين ممارسين وغيرهم.

النظرية التقليدية للتنظيم

- ✓ ظهرت النظرية التقليدية للتنظيم خلال الفترة من ١٨٩٠ - ١٩٤٠ وركزت النظرية التقليدية على التنظيم ككل.
- ✓ تعاملت النظرية التقليدية مع القضايا الأكثر تعقيداً مثل تكوين الدوائر في التنظيم وتحديد نطاق الإشراف وقضايا تفويض السلطة.
- ✓ ينظر المنظرون التقليديون إلى قضية تصميم الهيكل التنظيمي كأحدى الوظائف الإدارية.
- ✓ يعتبر ماكس فيبر ١٨٦٤ - ١٩٢٠ عالم الاجتماع الألماني أحد أهم الذين طوروا النظرية التقليدية للتنظيم والذي تنسب إليه البيروقراطية كمفهوم تنظيمي تمثل النموذج التنظيمي المثالي والأقرب للكمال.

النموذج البيروقراطي للتنظيم:

➤ مفهوم البيروقراطية يحفز صورة سلبية في عقول الكثير من الناس من حيث ربطها بمفاهيم سلبية تعود لازدواجية الجهود وتأخير تنفيذ العمل والإحباط العام الذي يسود الكثير من المنظمات الكبيرة الحجم.

➤ ويقوم النموذج البيروقراطي على المرتكزات الأساسية التالية:

- 1- تقسم العمل بالاستناد على التخصص الوظيفي للعمال.
- 2- الترتيب الهرمي للمراكز الوظيفية أو هرمية السلطة وتسلسلها من أعلى إلى أسفل.
- 3- نظام متناسق من القواعد واللوائح المحددة التي تغطي حقوق وواجبات ومسؤوليات شاغلي المراكز الوظيفية.
- 4- نظام محدد للإجراءات الواجب إتباعها عند تنفيذ الأعمال.
- 5- العلاقات غير الشخصية بين العاملين في التنظيم وعدم السماح للعلاقات الشخصية والعواطف للتدخل والتأثير بالقرارات المنطقية.
- 6- اعتماد الكفاءة الفنية كأساس لتعيين وترقية العاملين في التنظيم.

المبادئ التقليدية للتنظيم (لم يذكر في الشرح)

✓ تقوم النظرية التقليدية للتنظيم على عدد من المبادئ والمفاهيم التنظيمية وفيما يلي أهم هذه المبادئ وأكثرها شيوعاً وتطبيقاً:

- 1- تقسيم العمل حسب التخصص لضمان فاعلية وكفاءة التشغيل.
 - 2- التنسيق لربط كافة الأنشطة في المشروع مع بعضها البعض بحيث تتمكن من أداء عملها بشكل ناجح.
- ✓ هنالك ثلاثة وسائل أساسية يمكن للإدارة تحقيق التنسيق من خلالها وهي:
- أ- التنسيق من خلال الهرمية: حيث يتم ربط الأنشطة المتعددة مع بعضها ووضعها تحت هرمية مركزية.
 - ب- التنسيق من خلال النظام الإداري: وسيلة ثابتة لتنسيق الأنشطة والإجراءات الرسمية التي تتبع لتنفيذ الأنشطة الروتينية في التنظيم، أما بالنسبة للأنشطة غير الروتينية وغير المبرمجة فيمكن تحقيق التنسيق بينها باستعمال اللجان التي تضم في عضويتها أعضاء من دوائر وأقسام مختلفة، استعمال اللجان لغايات التنسيق هو مدخل شائع
 - 3- وحدة الأمر ووحدة القيادة: ويشير هذا المبدأ إلى أن كل مؤسس في التنظيم هو مسؤولاً أمام مشرف واحد ويتلقى الأوامر من شخص واحد.
 - 4- المساواة بين السلطة والمسؤولية: ويشير هذا المبدأ إلى وجود علاقة متساوية بين مسؤوليات المدير والسلطة الممنوحة له لتمكينه من القيام بهذه المسؤوليات.
 - 5- محدودية نطاق الإشراف: ويشير هذا المبدأ إلى أن هنالك حدود عليا لعدد المرؤوسين الذين يمكن لأي مدير الإشراف عليهم بفعالية.
 - 6- تفويض المسائل الروتينية: حيث يرى المنظرون الكلاسيكيون وبدون استثناء أن القرارات يجب أن تتخذ عند أدنى مستوى في التنظيم.

الانتقادات الموجهة للمبادئ الكلاسيكية للتنظيم

✓ إن المدخل الكلاسيكي هو غاية في البساطة والميكانيكية مما يجعله غير كفؤ وغير ملائم للتعامل مع الجانب الإنساني والمعقد في التنظيم.

✓ وقد أورد سايمون عدد من أوجه القصور الأساسية في النظرية الكلاسيكية للتنظيم وذلك من الناحية الإنسانية في الآتي:

- 1- عدم كمال ودقة الافتراضات المتعلقة بحفز العناصر البشرية في التنظيم.
- 2- تجاهل الصراع والاحتكاك بين عناصر التنظيم بشكل عام.
- 3- إن الضغوط المؤثرة على الإنسان كنظام معقد تحظى باهتمام قليل.
- 4- إعطاء قدر قليل من الاهتمام والانتباه لدور المعرفة والتخصص في تحديد المهام وفي اتخاذ القرارات.

النظرية الحديثة للتنظيم

- ✓ تنظيم المشروع: ظهر ما يسمى بتنظيم المشروع في أمريكا في منتصف القرن الماضي عندما قررت إدارات بعض المشروعات الصناعية الفنية المعقدة تركيز مقدار كبير من الموارد والكفاءات لتحقيق هدف محدد ضمن مدة زمنية محددة.
- ✓ ينضم فريق المشروع المؤلف من أخصائيين وفنيين متعددين ومختلفين معاً تحت إشراف وقيادة مدير المشروع.
- ✓ يوفر تنظيم المشروع قدراً أكبر من المرونة والاستجابة للأفكار الخلاقة والإبداع للعاملين.
- ✓ هنالك بعض المشاكل المصاحبة لاستعماله وبشكل رئيسي غموض الدور لأعضاء الفريق.
- ✓ إن مدير المشروع لا بد له من أن يتبنى أسلوباً إدارياً جديداً لممارسة عمله بحيث يتم التركيز على إدارة الموارد البشرية وغير البشرية بعيداً عن المدخل الوظيفي الذي يقوم على الهرمية.
- ✓ لا بد لمدير المشروع إن إدارة المشروع هي نشاط دائم الحركة، وأن الاحتكاك والنزاع الهادف بين عناصر التنظيم يمكن أن يكون ضروري كأسلوب ونمط حياة عند إدارته للمشروع عبر العديد من خطوط الاتصال الرأسي والأفقي.
- ✓ إن تنظيم المشروع ليس فقط شكل من أشكال التنظيم الهيكلي فهو فلسفة إدارية أيضاً لاختلافه وبشكل كلي عن وجهة النظر الوظيفية.
- ✓ تطبيق مفهوم المشروع على الهيكل الهرمي الوظيفي للمنظمات الصحية ينتج ما يسمى بالتنظيم المصنوف.

المنظمة الصحية كتتنظيم مصنوف

- ✓ لقد استفادت المستشفيات من النماذج التنظيمية الجديدة التي طورها العلماء السلوكيين وهي تنظيم المشروع.
- ✓ عند تركيب مفهوم تنظيم المشروع على الهيكل الهرمي الوظيفي للمستشفى ينتج ما يسمى بالتنظيم المصنوف والذي يوفر للمستشفى بهيكله الهرمي الوظيفي بعداً أفقياً وجانبياً للاتصالات بين العناصر العاملة فيه وقدر أكبر من المرونة والقدرة على التعامل مع المهنيين الصحيين العالمين فيه والذي يمثلون معارف وتخصصات عديدة ومختلفة.
- ✓ إذا ما نظرنا إلى المستشفى نجد أن هنالك التنسيق الهرمي (العمودي) من خلال السلسلة الهرمية للأمر وتكوين الأقسام وهنالك التنسيق الجانبي (الأفقي) بين الأقسام من خلال فريق رعاية المريض والذي يرأسه طبيب واحد ولرعاية مريض واحد.
- ✓ إن وجود كلا هذين النوعين من التنسيق العمودي والأفقي في آن واحد هو ما يسمى بالتنظيم المصنوف.

مزايا التنظيم المصنوفي

- ١- التركيز على مفهوم المشروع من خلال تعيين فرد واحد كمسرف على المشروع.
- ٢- المرونة في استغلال العنصر البشري بسبب توفر الاحتياطي البشري من الأخصائيين والاحتفاظ به على أساس من التنظيم الوظيفي.
- ٣- تواجد المعرفة والمهارات المتخصصة لكافة المشاريع .
- ٤- التنظيم الوظيفي أو دوائر وظيفية يمكن للعاملين أن يعودوا لها عند انتهاء مهمتهم في مشروع معين.
- ٥- إن الاستجابة لاحتياجات المشروع هي وبشكل عام أكثر سرعة بسبب تحديد ووضوح خطوط الاتصالات وبسبب مركزية اتخاذ القرار.
- ٦- يمكن المحافظة على الانسجام والتناسق الإداري بين المشاريع المتعددة من خلال الاحتكاك المدروس بين الأدوار المختلفة للعناصر البشرية العاملة في هذه المشاريع على أساس من التنظيم الوظيفي وتنظيم المشروع.

المنظمة الصحية كتتنظيم مصنوف

تصميم الهيكل التنظيمي:

- ✓ ترتبط وظيفية التنظيم بشكل مباشر بوظيفة التخطيط وتركز على الأهداف التي تحددها المنظمة من خلال وظيفية التخطيط.
- ✓ بعد تحديد أهداف المنظمة وإجراءات وطرق العمل يبدأ المدير بتصميم الهيكل التنظيمي وتحديد الأدوار والعلاقات بين عناصر التنظيم وأنشطته لتحقيق الأهداف المرسومة.
- ✓ الهدف من وظيفية التنظيم هو تصميم الهيكل الذي يربط كل العناصر البشرية والمادية المتاحة للتنظيم مع بعضها ومع أهداف المنظمة وهذا الهيكل التنظيمي يسمى الهيكل الرسمي
- ✓ ربط العناصر البشرية والمادية في التنظيم مع بعضها على شكل وحدات تنظيمية يمكن إدارتها وتوجيهها نحو تحقيق أهداف المنظمة المرسومة.

المبادئ الرئيسية التي تركز عليها نظرية التنظيم الرسمي

- أ - مبدأ تقسيم العمل لضمان تحقيق كفاءة التشغيل.
- ب - الهيكل التنظيمي هو الشبكة الرئيسية لتنظيم وإدارة الأنشطة المختلفة في التنظيم.
- ج - محدودية نطاق الإشراف حيث يضع هذا المبدأ حدود عليها لعدد المرؤوسين الذي يستطيع المدير الإشراف عليهم بفعالية.
- د - سيادة مبدأ وحدة الأمر أي أن لكل مرؤوس رئيس واحد.
- هـ - أن تفويض السلطة هو دم الحياة للتنظيم.

مكونات عملية التنظيم:

- ١- تأسيس الهيكل التنظيمي.
- ٢- تحديد وتجميع الأنشطة المتشابهة ضمن وحدات أو أقسام تنظيمية. وتحديد المراكز الوظيفية وملئها بالعناصر البشرية.
- ٣- تحديد وتأسيس وتوضيح علاقات السلطة داخل التنظيم.
- ٤- تفويض السلطة

تكوين الأقسام:

- ✓ إن تكوين الأقسام والوحدات التنظيمية انطلاقاً من مبدأ العمل والتخصص والحاجة إلى التنسيق ويعني تكوين الأقسام تجميع الأنشطة المتعددة ذات الطبيعة المتشابهة في وحدات إدارية مستقلة تسمى أقسام أو وحدات.
- ✓ هذه الأقسام يرأس كل منها مدير أو مشرف يوضو له مقداراً كافياً من السلطة لتنفيذ الأنشطة ويتحمل مسؤولية تنفيذ هذه الأنشطة.
- ✓ إن مسؤولية تكوين الدوائر الرئيسية من مسؤولية مدير المنظمة.

المدخل المتبعة لتكوين الأقسام:

- ١- **حسب الوظيفة:** يعتبر هذا المدخل من أكثر المدخل شيوعاً واستعمالاً في تكوين الأقسام وقد درجت المنظمات الصحية على تبني هذا المدخل عند تكوين الأقسام وتصميم الهيكل التنظيمي الرسمي ، حيث يجري تجميع الأنشطة المتشابهة التي يتضمنها عمل ما تحت دائرة واحدة.

مزايا استعمال هذا الأسلوب:

- ١- يمكن هذا الأسلوب من الاستفادة من مبدأ التخصص.
- ٢- يسهل هذا المدخل وظيفة التنسيق طالما أن هنالك مشرف أو مدير واحد مسؤول عن نوع واحد من النشاط مما يضمن عملية التنسيق.
- ٣- يمكن هذا المدخل من استثمار التخصصات النادرة والتميزة أو البارزة في التنظيم والتي قد يتمتع بها بعض أفراد التنظيم حيث يمكن وضع هذه الكفاءات المتميزة في خدمة التنظيم ككل.

٢- حسب الخدمة المنتجة:

- يركز هذا المدخل على الساعات أو الخدمة المنتجة لتكوين القسم، إن استعمال هذا المدخل في المنظمات الصحية يتضمن تقسيم المنظمة إلى أقسام على أساس من الخدمة المنتجة مثلاً قسم الجراحة، قسم الباطنية، الخ.

مساوئ هذا المدخل:

- ١- ازدواجية الجهود والأنشطة فبدلاً من وجود مديرة واحدة لخدمات التمريض كما هو الحال في المدخل الوظيفي فلا بد من وجود مديرة تمريض لكل قسم من هذه الأقسام وكذلك الأمر بالنسبة للأنشطة الأخرى.
- ٢- إن التنسيق بين خدمات التمريض في هذه الأقسام لن يكون سهلاً طالما أن كل مديرة تمريض ترتبط بمدير مختلف. إن هذه المساوئ تجعل هذا المدخل غير مناسب وغير عملي لتطبيقه في المنظمات الصحية.

٣- المدخل الجغرافي:

يمكن تطبيق هذا المدخل في المنظمات الصحية في حالات محدودة حيث تكون أبنية ومنشآت المنظمة منتشرة على مساحات جغرافية واسعة أو ذات وحدات منفصلة ومتباعدة.

وينفس الوقت يجري تنفيذ نفس الأنشطة في هذه المواقع المختلفة عندها يمكن تبني المدخل الجغرافي في تنظيم المنظمة وتكوين الأقسام، كما يمكن تبني هذا المدخل في حالة كون بناء المنظمة من النمط الرأسي (طوابق متعددة).

فعلى سبيل المثال يمكن تقسيم خدمات التمريض إلى وحدات مثل وحدة تمريض الجراحة والباطنية - الطابق الثالث - الجناح الشرقي.

٤- حسب المرضى:

ويستعمل هذا المدخل خصائص الأفراد المستهلكين للخدمة الصحية كأساس لتكوين الأقسام على سبيل المثال: قسم العيادات الخارجية حيث تختص بتقديم الخدمات لمرضى العيادات الخارجية والطوارئ والعيادة الداخلية تختص بخدمة المرضى الداخليين فقط.

٥- حسب العملية أو الجهاز المستعمل:

حيث يمكن تجميع الأنشطة تبعاً للعملية المراد القيام بها أو تبعاً للجهاز اللازم للقيام بعمل ما، وتستعمل المنظمات الصحية هذا المدخل بشكل كبير لأنها تقوم عادة بأعمال محددة وتستعمل أجهزة محددة وتتطلب عادة تدريب ومهارات وخبرات خاصة، على سبيل المثال قسم الأشعة وقسم المختبر حيث يتم فيها أعمال محددة وتستعمل أجهزة محددة.

٦- حسب الوقت المحدد:

لما كانت طبيعة عمل المنظمة تتطلب استمرارية التشغيل وتقديم الخدمة على مدار ٢٤ ساعة لذلك لا بد لها من تجميع الأنشطة على أساس من الوقت المحدد إلى حد ما على الأقل كما هو الحال في ترتيب المناوبات لتغطية استمرارية العمل على مدار الساعة.

الهيكل المركب للمنظمة الصحية:

✓ اهتمام الإدارة الرئيسية يجب أن ينصب على تكوين الأقسام التي تسهل إنجاز الأهداف بإطار من الضعاية والكفاءة وبما يسهل التنسيق والتكامل بين الوظائف والأنشطة المختلفة في المنظمة.

✓ ولضمان ذلك لا بد لإدارة المنظمة الصحية من اللجوء إلى استعمال أكثر من مدخل من المداخل السابقة عند تجميع الأنشطة وتكوين الأقسام.

✓ إن غالبية المنظمات الصحية لديها هيكل مركب يقوم على أكثر من مدخل في تكوين الأقسام فأنشطة خدمات التمريض مثلاً منظمة على أساس من مداخل مختلفة فعلى سبيل المثال مشرفة التمريض (مدخل وظيفي) في وحدة تمريض الجراحة (مدخل وظيفي فرعي) في الطابق الثالث (مدخل جغرافي) في المناوبة الليلية (مدخل الوقت). C shift

المستويات الإدارية ونطاق الإشراف:

✓ إن تكوين الأقسام في التنظيم لا بد منه لتحقيق مبدأ تقسيم العمل والتخصص ومبدأ محدودية نطاق الإشراف.

✓ لا بد من تفويض السلطة لازمة للمدراء أو المشرفين للقيام بأنشطة أقسامهم، وهكذا تنشأ في التنظيم الأقسام الرئيسية والأقسام الفرعية كما يتضح نطاق الإشراف وعدد المستويات الإدارية.

العلاقة بين المستويات الإدارية ونطاق الإشراف:

✓ هنالك علاقة عكسية بين نطاق الإشراف وعدد المستويات الإدارية في التنظيم فلما اتسع نطاق الإشراف قل عدد المستويات الإدارية في التنظيم والعكس صحيح.

✓ التنظيمات الكبيرة الحجم المدير يقدر ٥-٨ مرؤوسين يرتبطون به مباشرة وكلما نزلنا أسفل الهرم الإداري ازداد نطاق الإشراف حيث يمكن أن نجد ١٥-٢٠ مرؤوس يرتبطون بمشرف الخط الأول (أسفل الهرم)

✓ ويعتمد عدد المرؤوسين الذين يمكن للمدير الإشراف عليهم على عدد من العوامل التي لا بد من تفحصها قبل تقرير نطاق الإشراف في التنظيم وهي:

١. مؤهلات المدير ويتعلق ذلك بتعليم المدير وتدريبه وخبراته.

٢. قدرات وطاقات المرؤوسين فكما زادت قدراتهم وكفاءتهم أمكن توسيع نطاق الإشراف.

٣. توافر الاختصاصيين والخبراء والمساعدين داخل التنظيم والذين يمكنهم تقديم العون والمساعدة والنصيحة للمدير.

٤. أهمية الأنشطة التي ينفذها المرؤوسين وتنوع هذه الأنشطة فكما كانت هذه الأنشطة مهمة / أو تتغير باستمرار كلما كان نطاق الإشراف أقل.

5. ديناميكية وتعقد النشاطات؛ إن بعض الأنشطة الروتينية في المنظمة الصحية هي ذات طبيعة مستقرة وثابتة، والبعض الآخر ذات طبيعة ديناميكية تتميز بالتغيير المستمر، فالأقسام التي تتعامل مع أنشطة ديناميكية غير متوقعة وتتميز بالتغيير المستمر كوحدة المعالجة المكثفة للقلب فإن نطاق الإشراف يكون ضيق، أما الأقسام التي تتعامل مع أنشطة روتينية مستقرة كدائرة خدمات الغذاء مثلاً فإن نطاق الإشراف يمكن أن يكون أوسع.
6. الدرجة التي يمكن معها تطبيق وتبني أهداف ومعايير محددة للأداء وإنجاز الأعمال فكلما أمكن ذلك قلت حاجة المرؤوس للاتصال برئيسه والرجوع إليه مما يمكن من توسيع نطاق الإشراف.

علاقات السلطة داخل المنظمة الصحية:

✓ تعريف السلطة حق المدير في اتخاذ القرار وحق التصرف وامتلاك السلطة هو الذي يجعل المدير مديراً بمعنى الكلمة وبدون هذه السلطة لا يمكن اعتبار المركز الإداري مركزاً حقيقياً وهناك ثلاث أنواع من السلطة في المنظمة الصحية :

1- السلطة التنفيذية.

2- السلطة الاستشارية.

3- السلطة الوظيفية.

السلطة التنفيذية:

- ✓ يمكن تعريف السلطة التنفيذية بحق اتخاذ القرار أو سلطة إعطاء الأوامر وتوجيه الآخرين والسلطة التنفيذية هي التنظيم التي توضح السلسلة الرسمية للأمر.
- ✓ السلطة التنفيذية تعني وجود رئيس ومرؤوس وخط للسلطة المباشرة بينهما.
- ✓ خط السلطة المباشرة ينزل من قمة التنظيم إلى أدنى مستوى إشرافي في التنظيم، ابتداء من مجلس إدارة المستشفى وانتهاء بقائدة فريق التمريض.
- ✓ خط السلطة يؤكد على أن كل رئيس يمارس سلطة أمر مباشرة على مرؤوسيه وأن كل مرؤوس يرتبط برئيس واحد ويتلقى الأوامر منه وهذا ما يسمى بمبدأ وحدة الأمر في التنظيم، وهو مبدأ لا بد للمدير من مراعاته واتباعه عند تحديد علاقات السلطة داخل التنظيم.

السلطة الاستشارية:

- ✓ تقتصر هذه السلطة غالباً على تقديم الاقتراحات والتوصيات والنصح لإدارة المنظمة في مجالات معينة ومجددة دون إلزام للمدير للأخذ بها.
- ✓ فعلى سبيل المثال نجد أن قسم الأفراد في المنظمة الصحية تتمتع بسلطة استشارية.
- ✓ مهمة هذه القسم تقديم الخدمات للأقسام الأخرى في المنظمة فيما يتعلق بشؤون الاستخدام والتوظيف دون أن يكون لها سلطة اتخاذ القرار وإعطاء الأوامر للدوائر الطالبة لخدماتها.
- ✓ إلا أنه داخل كل قسم استشاري هنالك خط للسلطة المباشرة التنفيذية يقوم على علاقة رئيس ومرؤوس كما في أي دائرة تنفيذية إلا أن هذه العلاقة لا تمتد خارج القسم.
- ✓ ومن المهم أن السلطة التنفيذية والاستشارية كلاهما تحتاجه المنظمة ويكملان بعضهما ويهدفان إلى تحقيق أهداف التنظيم.

السلطة الوظيفية:

- ✓ أحياناً ما تستدعي مصلحة التنظيم إعطاء الأقسام الاستشارية أو بعض الخبراء والمساعدين سلطة إصدار الأوامر واتخاذ القرار.
- ✓ تستند هذه السلطة عادة على المعرفة المتميزة والخبرات التي يتمتع بها الشخص الذي يعطي هذه السلطة وتعرف هذه السلطة بالسلطة الوظيفية.
- ✓ السلطة الوظيفية عادة تمنح من قبل مدير المنظمة لبعض العناصر في التنظيم، فقد يعطي مدير المنظمة لمدير قسم الأفراد صلاحية اتخاذ القرار النهائي في حالة طرد المستخدمين والذي يعمل عادة في موقع استشاري في التنظيم.
- ✓ هنالك نوع آخر من السلطة الوظيفية في المنظمة الصحية يمارسها بعض عناصر التنظيم دون أن تكون قد منحت من قبل مدير المنظمة، فنجد أن الأطباء يتمتعون بقدر كبير من السلطة الوظيفية والتي تعطيه الحق في إصدار الأوامر واتخاذ القرارات في كل ما يتعلق بمعالجة مرضاهم، وتنبثق هذه السلطة من المعرفة والمهارة المتميزة لدى الطبيب، مما يشكل ازدواجية في السلطة ويتعارض مع مبدأ وحدة الأمر.

- ✓ إن ظاهرة ازدواجية السلطة في المنظمة الصحية وغياب مبدأ وحدة الأمر قد يؤدي إلى حدوث تضارب بين الجهاز الإداري والجهاز الطبي في المنظمة وقد يفسر أحياناً بتدخل كل منهما في مسؤوليات الآخر.
- ✓ ورغم ذلك فإن غياب مبدأ وحدة الأمر، ليس بالأمر الخطير طالما أن هنالك اتفاقاً على الأهداف من قبل عناصر التنظيم المختلفة وهو تقديم أفضل خدمات ممكنة للمريض
- ✓ إلا أن المشكلة هنا أن كل طرف من هؤلاء وخاصة الإدارة والأطباء قد يفسر وسائل تحقيق هذا الهدف انطلاقاً من قيمة الخاصة ووجهة نظره والتي قد تتفق أو تتعارض مع أهداف التنظيم.
- ✓ ومن هنا فقد لجأت المنظمات الصحية إلى زيادة مشاركة الأطباء في أمور إدارة المنظمة وخاصة في المسائل الفنية التي تحتاج إلى معرفة وخبرة الأطباء.
- ✓ ضرورة اعتماد المنظمات الصحية إلى حد كبير على التنسيق التطوعي بين العناصر المتعددة التي تسهم في تقديم الخدمة الصحية للمريض وأهمية الاتصالات الأفقية في التنظيم لتسهيل مهمة تقديم الخدمات الصحية.
- ✓ فازدواجية السلطة وانتفاء مبدأ وحدة الأمر أحياناً في المنظمة هو وضع طبيعي وشائع ولا بد من التعايش معه.

تفويض السلطة:

- ✓ إذا كان امتلاك المدير للسلطة هو الذي يجعل من مركزه الإداري مركزاً حقيقياً فإن تفويض السلطة هو الذي يخلق التنظيم ويبث روح الحياة فيه، ومن خلال عملية التفويض فإن المدير يتلقى السلطة من رئيسه وبدون هذه السلطة لا يمكن أن يكون مديراً بالفعل.
- ✓ وتفويض السلطة لا يعني أن المدير يتنازل عن كل سلطاته لمروؤسيه، فالمدبر المفوض للسلطة يحتفظ دائماً بالسلطة الكلية للقيام بمسؤولياته تماماً ويستطيع المدير أن يسحب السلطة التي فوضها أو جزء منها إذا احتاج لذلك.
- ✓ والسلطة يتم توزيعها على التنظيم كله من خلال عملية التفويض وهي تسري من أعلى الهرم الإداري كمصدر للسلطة إلى أسفل الهرم وعلى كافة المستويات الإدارية انتهاءً بأدنى مستوى إشرافي.

عملية تفويض السلطة:

- ✓ تتكون عملية تفويض السلطة من ثلاثة مكونات متصلة ومتراصة مع بعضها غير قابلة للفصل ولا بد من توفرها جميعاً وهي:
 - أ- تحديد الواجبات الوظيفية.
 - ب- منح السلطة.
 - ج- وقبول المسؤولية.

تحديد الواجبات:

- ✓ إن الخطوة الأولى في عملية تفويض السلطة هي تحديد واجبات ومهام المرؤوسين في التنظيم الذين ستفوض لهم السلطة.
- ✓ لا بد أن يكون لكل منهم وظيفة أو عمل يقوم به لتبرير تفويض السلطة له.
- ✓ مدير المنظمة الصحية يتحمل مسؤولية تعيين مهام وواجبات مساعديه ورؤساء الدوائر الرئيسية في المنظمة ومن ثم يقوم هؤلاء بتعيين واجبات ومهام مرؤوسيهـم.
- ✓ هنالك عدد من العوامل التي يجب أخذها في الاعتبار عند تحديد الواجبات ومن أهم هذه العوامل قدرات ومؤهلات وكفاءة المرؤوسين.
- ✓ لا بد للمدير من مراعاة توزيع المهام بشكل عادل ليتمكن كل مرؤوس من القيام بواجباته بشكل مرضي.
- ✓ هذا يتطلب من المدير أن يكون على علم وتفهيم بطبيعة ومضردات كل نشاط أو عمل والمدير قد يكون ميالاً إلى إسناد الواجبات والمهام الصعبة والكبيرة إلى الموظفين الأكثر كفاءة ومقدرة، فعلى المدى الطويل فإن من الأفضل أن يولي المدير مسألته تدريب وتنمية الموظفين الأقل كفاءة ومقدرة بحيث يتمكنوا من القيام بتنفيذ المهام الأكثر صعوبة.
- ✓ وإذا ما اعتمد المدير إلى حد كبير على نضر قليل من الأشخاص فإن الأنشطة في الأقسام المختلفة ستأثر إلى حد بعيد في حالة غياب هؤلاء لأي سبب ما وبدل ذلك سوف تكون مهمة المدير في تعيين الواجبات المختلفة أكثر بساطة كما عمل على تنمية وتطوير خبرات كافة الموظفين لديه.

منح السلطة:

- ✓ المكون الثاني في عملية تفويض السلطة هو منح السلطة اللازمة للمرؤوس لتمكينه من استعمال كل الموارد المتاحة لديه واتخاذ الإجراءات اللازمة للقيام بانجاز المهام الموكولة إليه بشكل ناجح ومن الضروري للمدير أن يحدد بشكل مسبق مقدار السلطة التي يجب تفويضها.
- ✓ يعتمد مدار السلطة المفوضة على مقدار السلطة التي يمتلكها المدير المفوض نفسه وعلى نوع العمل الواجب إنجازه.

- ✓ يجب أن لا تكون السلطة الممنوحة أكثر من اللازم ولكن يجب أن تكون كافية لإنجاز العمل.
- ✓ من الضروري عند تغيير مهام وواجبات أي مرؤوس إعادة النظر في السلطة الممنوحة له للتأكد من أنها لا زالت مناسبة لواجباته.
- ✓ إن عملية تفويض السلطة يجب أن تتبع مبدأ وحدة الأمر أي أن كل مرؤوس يتلقى السلطة والأمر من رئيس واحد.

قبول المسؤولية:

- ✓ المكون الرئيسي الثالث لعملية تفويض السلطة هو خلق الالتزام لدى المرؤوس تجاه رئيسه لتنفيذ الواجبات المحددة له.
- ✓ قبول هذا الالتزام من جانب المرؤوس هو الذي يخلق المسؤولية والتي بدونها لا تكتمل عملية التفويض.
- ✓ والمسؤولية هي التزام المرؤوس بالقيام بالواجبات بالقيام بالمهام المحددة له والمطلوب منه ومجرد قبول المرؤوس بالعمل أو الوظيفة يعني قبوله بالالتزام والمسؤولية تجاه عمله، وهذه المسؤولية لا يمكن فرضها بشكل تعسفي على المرؤوس.
- ✓ إن السلطة الممنوحة للمرؤوس للقيام بواجباته تسري من أعلى إلى أسفل أي من الإدارة إلى المرؤوس في حين أن المسؤولية لإنجاز هذه الواجبات والمهام تسري من أسفل إلى أعلى أي من المرؤوس إلى الإدارة.

المساواة بين المكونات الثلاثة:

- ✓ إن المكونات الثلاثة لعملية تفويض السلطة يجب أن تسير جنباً إلى جنب لضمان عملية التفويض.
- ✓ فالسلطة والمسؤولية والواجبات يجب أن تكون متكافئة وهذا يعني وجوب وجود سلطة كافية ممنوحة لمرؤوسين للقيام بأعمالهم وأن المسؤولية التي يتوقع منهم قبولها يجب أن لا تكون أكثر من السلطة والصلاحيات المفوضة لهم، فلا يمكن التوقع أو الطلب من المرؤوسين قبول المسؤولية عن أنشطة لم تعد لهم سلطة وصلاحيات عليها.
- ✓ إن عدم التناسق والتكافؤ بين السلطات المفوضة والمسؤولية والمهام المحددة سوف يؤدي وبشكل عام إلى نتائج غير مرغوبية.

درجة تفويض السلطة:

- ✓ إن تفويض السلطة هو المفتاح لخلق التنظيم إذ بدون تفويض السلطة لا يمكن أن يكون هنالك تنظيم فعال.
- ✓ ليست المسألة في أن تفوض أو لا تفوض بل ما هو مقدار السلطة التي يجب تفويضها.
- ✓ إن درجة تفويض السلطة هي غاية في الأهمية لأنها سوف تعطينا الجواب لمسألة تنظيمية أخرى هامة وهي مدى لا مركزية التنظيم.
- ✓ إن الاختلاف في لا مركزية التنظيم يتراوح من هيكل على درجة عالية من المركزية يصعب معه التحديث عن وجود تنظيم إلى هيكل على درجة عالية من المركزية يصعب معه التحديث عن وجود تنظيم.

مزايا ومساوئ تفويض السلطة:

- ✓ هنالك فوائد عديدة لتفويض السلطة وهذه الفوائد تتعاضد أهميتها كلما كان حجم المنظمة الصحية كبيراً.
- ✓ تفويض السلطة يعطي المدير الأعلى من تفاصيل العمل التي تستهلك جزء كبير من وقته ويمكن المرؤوسين من اتخاذ القرارات دون انتظار الموافقة عليها من رؤسائهم مما يزيد المرونة ويسمح باتخاذ الإجراءات السريعة.
- ✓ التفويض يمكن أن ينتج عن قرارات أفضل وأصوب طالما أن الرئيس المباشر لنشاط ما هو أكثر العناصر معرفة بطبيعة العمل ومتطلباته.
- ✓ إن تفويض السلطة إلى أسفل الهرم يرفع معنويات العاملين ويزيد اهتمامهم بأعمالهم كما يوفر فرص جيدة لتدريب وتنمية الموظفين وتأهيلهم لاستلام مسؤوليات أكبر.
- ✓ وبطبيعة الأمر هنالك عدد من المساوئ للتفويض، يمكن أن يشعر المشرف أو رئيس الدائرة أنه لم يعد بحاجة إلى مساعدة من المستويات الإدارية الأعلى وأنه يستطيع تطوير وإيجاد الخدمات المساعدة التي يحتاجها فسمه أو دائرته مما قد يؤدي إلى ازدواجية في الجهود والتكلفة ويمكن أن تكون ضعف الرقابة على الأنشطة.

مفاهيم أساسية Basic Concepts

عدد	الكلمة بالإنجليزية	ترجمتها	نطقها بالعربي
١	Organizing Health Services	تنظيم الخدمات الصحية	
٢	Health Organizations	المنظمات الصحية	
٣	Professionalism	المهنت أو الاحتراف	
٤	Vertical Coordination	التنسيق العمودي	
٥	Horizontal Coordination	التنسيق الأفقي	
٦	By Function	حسب الوظيفة	
٧	Line Authority	السلطة التنفيذية	
٨	Staff Authority	السلطة الاستشارية	
٩	Functional Authority	السلطة الوظيفية	
١٠	Project Organization	التنظيم حسب المشروع	

الفصل الثامن: الرقابة في المنظمات الصحية

مقدمة:

- ✓ نظراً لحقيقة التواجد الدائم للفوارق والاختلافات بين الخطط والتنفيذ في أي تنظيم، تكون الحاجة دائماً للرقابة كعملية من عمليات الإدارة.
- ✓ الرقابة تعتبر من العمليات الإدارية الهامة في أي تنظيم والتي لا غنى عنها لكافة المدراء وعلى مختلف مستوياتهم.
- ✓ تستوجب الرقابية اهتماماً كبيراً وتحمل أهمية أعظم في منظمات الرعاية الصحية نظراً لمساسها المباشر بصحة وحياة الأفراد.
- ✓ الخطأ والخلل في أداء هذه الخدمات لا يمكن إصلاحه مما يستدعي الاهتمام برقابة جودة هذه الخدمات من أجل المحافظة على مستوى عالي من الرعاية الطبية.

مفهوم الرقابة:

- ✓ يمكن تعريف الرقابة بعملية تنظيم موارد وأنشطة التنظيم وفقاً لمتطلبات الخطط مما يشير إلى الترابط المباشر والقوى بين عملية الرقابة وعملية التخطيط.
- ✓ الرقابة أنها مقارنة النتائج الفعلية مع ما هو مخطط من نتائج ثم اتخاذ الإجراءات التصحيحية في حالة وجود انحرافات
- ✓ إن الرقابة في التنظيم تعمل كجهاز للإنذار المبكر للتنبيه إلى أية أخطاء أو خلل في التشغيل يمكن متخذ القرار من التدخل وتوجيه سير الأنشطة والتحكم بها.
- ✓ تهدف الرقابة إلى التأكد من أن الأنشطة في التنظيم تسير وفقاً لما هو مخطط لها وباتجاه تحقيق الأهداف المحددة وكشف أية انحرافات عن هذه الأهداف ومعرفة أسبابها وبالتالي اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازم إذا كان مطلوباً ومعقولاً وممكناً.

أهمية الرقابة في منظمات الرعاية الصحية:

- 1- الطبيعة غير المرنة للطلب على معظم خدمات الرعاية الصحية وعدم خضوعه لقانون العرض والطلب.
- 2- تعتمد منظمات الرعاية الصحية الحديثة في تقديم خدماتها على إمكانيات بشرية هائلة من حيث الحجم والتخصص وارتفاع التكاليف مما يستلزم رقابة العنصر البشري واستخدامه الاستخدام الأمثل.
- 3- الإدخال المستمر للتكنولوجيا الطبية وما تقدمه من إغراء ودعوة للأطباء إلى عدم التردد في طلب العديد من الخدمات والفضوصات لمرضاهم والتي قد لا تكون ضرورية ومطلوبة مما يستلزم نطاق رقابة فعال لضبط استعمال هذه التكنولوجيا المتقدمة والمرتفعة التكلفة.
- 4- الخطأ في المجال الطبي ينعكس مباشرة على صحة الفرد ويترتب عليه عواقب خطيرة على حياة الفرد وصحته وما تمثله من خسائر اقتصادية كبيرة تتمثل بقيمة الحياة البشرية نفسها مما يستوجب الرقابة.

عناصر العملية الرقابية وأنشطتها

- ✓ تتضمن العملية الرقابية عدداً من العناصر والأنشطة الأساسية والتي لا بد للمدير من القيام بها لضمان سير الأنشطة والتحكم بها وهذه العناصر مرتبة حسب أسبقيتها وهي:

- 1- وضع معايير سوا كانت نوعية او كمية محددة للإنجازات كل نشاط من أنشطة المنظمة ودوائرها.
- 2- قياس الإنجازات الفعلية لكل نشاط ومقارنة الإنجازات الفعلية مع المعايير. اما عن طريق الملاحظة الشخصية او الاشراف
- 3- تشخيص وتحليل أسباب الانحرافات.
- 4- اتخاذ الاجراء وتحليل التصحيحي المناسب إذا كان ذلك ممكناً ومعقولاً.

1- وضع المعايير:

- ✓ تشكل المعايير وسيلة القياس التي تعتمد عليها الإدارة للتحكم على نتائج التشغيل المتحققة.

- ✓ هنالك أنواعاً عديدة من المقاييس التي يمكن استعمالها ويمكن تصنيفها بمجموعتين رئيسيتين كما يلي:

أ- مقاييس نوعية عامة:

- ✓ هي تلك التي تستعمل لقياس مواقف العاملين وسلوكياتهم ومعنوياتهم والعلاقات بين الأقسام، والمعايير النوعية الأخرى التي تستعمل لقياس وتقويم جودة الأنشطة الطبية والعلاجية.

- ✓ هذا النوع من المعايير يصعب وضعها ورقابتها حيث ينقصها الكثير من الدقة.

ب- مقاييس كمية:

- ✓ هي مقاييس معبراً عنها بوحدات رقمية تشير إلى عدد الوحدات المرغوب إنتاجها أو تشير إلى التكلفة المحددة لمستوى محدد من الإنتاج
- ✓ أو إلى معايير زمنية لنشاط معين مثل عدد الإجراءات المخبرية أو الإشعاعية أو الجراحية في الساعة أو اليوم أو تكلفة الإجراء الواحد.
- ✓ هذه المعايير يمكن أن تكون على شكل نسب كنسبة دوران العمل ونسبة تشغيل الأسرة ونسبة العمالة لكل سرير.
- ✓ تعتبر هذه المعايير على جانب كبير من الأهمية لرقابة أنشطة وعناصر التنظيم المختلفة.
- ✓ لا بد للإدارة من إيلاء موضوع المعايير الأهمية الكافية لتتمكن من وضع وتطوير المعايير المناسبة لكل نشاط في المنظمة.

٢- قياس الإنجازات ومقارنتها مع المعايير:

يمكن للمدير القيام بذلك من خلال:

- ١- الملاحظة الشخصية والإشراف المباشر على أداء العاملين.
- ٢- التقارير التي تبين مستوى الإنجاز الفعلي على أساس يومي أو أسبوعي أو شهري.

٣- تحليل أسباب الانحرافات:

- ✓ عندما تكشف عملية قياس الإنجازات عن انحرافات عن المعايير سواء كانت إيجابية أو سلبية فلا بد للمدير من فحص وتحليل هذه الانحرافات لتحديد الأسباب الحقيقية لها.
- ✓ إذا كان الانحراف السلبي عن المعايير يشير إلى خطأ ما في الإنجاز فإن الانحراف الإيجابي عنها يشير كذلك إلى خطأ ما.
- ✓ أما بالنسبة للانحرافات السلبية عن المعايير فلا بد من تفحصها لتحديد الأسباب الحقيقية وراء تدني الإنجازات.
- ✓ قد يكون سبب هذه الانحرافات خارج نطاق رقابة المدير وغير قابل للسيطرة عليه كارتفاع أسعار المواد الخام في السوق، التضخم وما إلى ذلك من عوامل تقع خارج سيطرة المدير.
- ✓ ويجب ألا يغيب عن البال هنا أن معايير الإنجازات توضع عادة على أساس من التقدير والتنبؤ مما يجعلها غير واقعية وغير عملية أحياناً مما يستوجب إعادة النظر في هذه المعايير نفسها لجعلها أكثر واقعية.
- ✓ وقد يكون سبب الانحراف نقص في مهارات وكفاءة العامل نفسه مما يستوجب تدريبه وزيادة مهاراته أو تبديله بعامل أكثر كفاءة.

متطلبات نظام الرقابة الفعال

✓ لضمان فعالية وكفاءة نظام الرقابة ومن هذه الأمور ما يلي:

- ١- مراعاة أهمية المدخلات والأنشطة والمخرجات التي ستتم مراقبتها.
- ٢- لا بد لنظام الرقابة من أن يكون اقتصادياً من حيث تكلفة الرقابة فلا يعقل أن تفوق تكلفة الرقابة المردود الاقتصادي الناتج عنها.
- ٣- التوقيت المناسب لعملية الرقابة ومعلومات التغذية الراجعة او المرتدة.
- ٤- لا بد لنظام الرقابة الفعال من أن يكون ذا نظرة مستقبلية.
- ٥- أن يكون مفهوماً وبسيطاً يتناسب مع الاحتياجات الفعلية للرقابة وقدرات المسؤولين عن نظام الرقابة.
- ٦- أن يشير إلى الإجراءات التصحيحية لمعالجة الانحرافات التي يكشف عنها.
- ٧- أن يتصف بالمرونة والقدرة على إدخال التغييرات والتعديلات لمواجهة التغيير الذي قد تيراً على الخطط نتيجة للظروف المتغيرة والخارجية.
- ٨- لا بد لنظام الرقابة من أن يركز على الاستثناءات وأن يكون قادراً على كشف هذه الاستثناءات والتركيز على النقاط الهامة والحساسة بالنسبة للإنجازات.

مجالات الرقابة في منظمات الرعاية:

✓ تركز عملية الرقابة في المنظمة الصحية على ثلاثة مجالات رئيسية هي:

١. رقابة المدخلات
٢. رقابة العمليات
٣. رقابة المخرجات.

رقابة المدخلات

- ✓ تحتل رقابة المدخلات في المنظمة الصحية قدراً كبيراً من الأهمية يفوق أهمية رقابة المدخلات في أي تنظيم خارج قطاع الخدمات الصحية.
- ✓ ويرجع إلى تميز الخدمات الصحية ومساس هذه الخدمات المباشرة بصحة وحياة الأفراد المستهلكين لهذه الخدمات والوضع الصحي العام للمجتمع.

- ✓ إن خدمات الرعاية الطبية هي خدمات نهائية بمعنى أن الخلل لا يمكن إصلاحه في كثير من الأحيان كما أن النتائج المترتبة عليه تنعكس مباشرة على صحة وحياة الأفراد بما تتضمنه من اعتبارات اقتصادية ومعنوية كبيرة تتمثل بقيمة الحياة البشرية.
- ✓ تولي المنظمات الصحية موضوع رقابة المدخلات أهمية بالغة للتأكد من جودة العناصر البشرية وقدراتها ومهاراتها لضمان جودة خدماتها.

رقابة الأنشطة او العمليات:

- ✓ **تتطلب عملية تحويل المدخلات المتاحة إلى المخرجات المطلوبة القيام بعدد من الأنشطة التنظيمية هي:**
- 1- تصميم الهيكل التنظيمي القادر على تحقيق الأهداف المخططة وتوفير العنصر البشري المؤهل كماً ونوعاً والمحافظة عليه والتنسيق بين الدوائر والأقسام المختلفة في المنظمة .
- 2- التنفيذ والتشغيل والاستخدام الفعلي للمدخلات لتحقيق الأهداف المحددة وما يتطلبه ذلك من تحفيز وقيادة وإشراف وتوجيه واتصالات.

رقابة المخرجات:

- ✓ تهتم رقابة المخرجات بالتأكد من أن الأهداف الرئيسية والثانوية للمنظمة والأهداف الفرعية للأقسام قد تم تحقيقها بالمستوى المطلوب كماً وكيفاً.
- ✓ تهتم رقابة المخرجات بمعرفة فيما إذا كانت المخرجات المتحققة عن التشغيل هي نفس المخرجات المرغوبة أو المتوقعة، والتي من الممكن معها قياس النتائج النهائية للأنشطة بمناهيم كمية القياس مثل العدد الإجمالي لحالات الدخول للمستشفى.
- ✓ ويمكن كشف الانحرافات عن هذه المقاييس من خلال التقارير الإحصائية للمنظمة ومن خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي والتي تشير إلى مدى جودة وملائمة الممارسة الطبية ومراجعة الاستخدام.

متطلبات نظام الرقابة الفعال

طرق وأساليب الرقابة:

- ✓ **هنالك عدد من الأساليب الرقابية المتوافرة للمدير الصحي والتي يمكن استعمالها لرقابة الأنشطة في منظمته وأهمها ما يلي:**
- 1- التفتيش.
- 2- الإشراف والملاحظة الشخصية.
- 3- تقارير سير الأنشطة وقياس الإنجازات. تكون يومي شهري اسبوعي من قبل رؤساء الدوائر والأنشطة وترفع الى الإدارة
- 4- نماذج استقصاء وتقويم الخدمات وصاديق الاقتراحات والشكاوى.
- 5- الموازنات التقديرية. وهي أساليب موضوعه مسبقنا مثل موازنات الرواتب والاجوار وموازنات النقطات التشغيلية وموازنات النقطات الرأسمالية وموازنات العمل الإضافي وموازنات المواد.
- 6- تحليل النسب (مثل نسبة اشغال الاسرة) 70% - 80%
- 7- البرمجة الشبكية. وتضمن أسلوبين للتخطيط والبرمجة والرقابة هما أسلوب تقويم مراجعة الإنجازات PERT وأسلوب المسار الحرج CPM

أسلوب تقييم ومراجعة الإنجازات PERT - :

- ✓ **يقوم هذا الأسلوب على التتابع المتسلسل لأنشطة المشروع وتقدير ثلاثة أزمنة لإكمال كل نشاط من هذه الأنشطة وهي:**
- 1- التقدير المتفائل وهو الزمن الذي يتوقع فيه الانتهاء من النشاط إذا سارت الأنشطة حسبما هو مخطط لها بدون أية عوائق.
- 2- التقدير المتشائم وهو الزمن المتوقع للانتهاء من النشاط في حالة تعرض المشروع للعوائق والعراقيل.
- 3- التقدير الأكثر احتمالاً وهو الزمن الذي يتوقع فيه الانتهاء من النشاط في ظل الظروف الاعتيادية.

أسلوب المسار الحرج CPM - :

- ✓ يركز هذا الأسلوب على أنشطة المشروع والتسلسل الزمني والمنطقي لهذه الأنشطة.
- ✓ لا يتضمن عنصر الزمن الأكثر احتمالاً لاستكمال النشاط بل يستعمل هذا الأسلوب زمن تقديري واحد.
- ✓ طبقاً لهذا الأسلوب يرتب المخطط الأنشطة المختلفة بطريقة التسلسل الزمني والمنطقي، ومن ثم يقرر الزمن اللازم لإكمال كل نشاط كما يقوم بتحديد تلك الأنشطة التي يمكن أن تؤخر المشروع ككل إذا لم تستكمل في الزمن المحدد لها والتي لا يمكن البدء بالأنشطة الأخرى إلى بعد استكمالها.

رقابة جودة الرعاية الطبية

مفهوم الجودة:

- ✓ يختلف مفهوم جودة الرعاية الطبية في بيئتنا المنظمة الصحية باختلاف الفئات البشرية العاملة فيها والمتعاملت معها ونظرة وتقويم كل منهم لمعنى الجودة.
- ✓ الجودة تعني للمريض معاملته باحترام واهتمام وتعاطف وتفهم من قبل كافة العناصر البشرية التي يحتك ويتصل بها بشكل مباشر أو غير مباشر أثناء تواجده وإقامته في المستشفى.
- ✓ وتعني للأطباء توفير أعلى مستوى من المعارف والمهارات الطبية والمعدات والأجهزة لرعاية المرضى.
- ✓ وتعني للإدارة توفير أفضل العناصر البشرية والمادية اللازمة لتقديم الخدمات وقيام الأطباء ومزودي هذه الخدمات بالتقييم المستمر لخدماتهم وتدريب وتعليم العناصر البشرية العاملة في المنظمة لضمان التحسن المستمر لهذه الخدمات.
- ✓ الرعاية الطبية الجيدة وقياسها وتقييمها **يتضمن مفهومين أساسيين** هما **جودة الرعاية الفنية** وجودة فن الرعاية.
- ✓ تشير الرعاية الفنية إلى مدى ملائمة الأنشطة والإجراءات الهادفة إلى تشخيص ومعالجة المرضى.
- ✓ يشير فن الرعاية إلى البيئة الكلية التي يجري فيها تقديم الخدمات وأسلوب تقديمها وسلوكيات من يقدمها وطريقة التعامل والتفاعل مع المريض والتأثير على سلوكيات المريض المؤثرة على صحته وتعزيز السلوك الصحي الإيجابي لديه من حيث خلق الرغبة والاستعداد لدى المريض للإفشاء بمشاكله المؤثرة على صحته ومناقشتها مع فريق الرعاية الطبية ومن حيث استعماله الخدمات الطبية والانتفاع بها بطريقة تسهم في استرداد صحته بشكل سريع وفعال.

✓ وقد عرف دوماً **بيدين الرعاية الطبية الجيدة بأنها تركز على عدد من المبادئ والمواصفات كما يلي:**

- ١- أن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تقتصر على ممارسة الطب العقلاني المبني على العلوم الطبية.
- ٢- إن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تركز على الجوانب الوقائية.
- ٣- تتطلب الرعاية الطبية الجيدة التعاون الواعي والمتفهم بين الأفراد والأطباء.
- ٤- إن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تتعامل مع المريض ككل وليس كنظام بيولوجي فقط.
- ٥- إن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تحافظ على علاقات شخصية مستمرة ومباشرة بين الطبيب المعالج والمريض
- ٦- إن الرعاية الطبية الجيدة هي التي تنسق كافة أنواع الخدمات الطبية بمستوياتها المختلفة.
- ٧- إن الرعاية الطبية الحديثة هي التي تتضمن تطبيق واستعمال كافة الخدمات لضرورية للطب الحديث لسد احتياجات كل أفراد المجتمع.

رقابة جودة خدمات الأطباء:-

- ✓ **التدقيق الطبي هو** عبارة عن دراسة تاريخية للملفات الطبية للمرضى المخرجين من المستشفى للتعرف على مدى جودة الخدمة الطبية التي تلقاها أثناء تواجدهم في المستشفى.
- ✓ **وتعرف بأنها درجة** التطابق والانسجام مع المعايير المقبولة للجودة من حيث المبادئ العلمية والممارسة الطبية المقبولة والمتعارف عليها مهنيًا.
- ✓ تتضمن مراجعة الزملاء قيام بعض الأطباء بمراجعة جودة الرعاية الطبية التي يقدمها أطباء آخرون زملاء لهم على أساس الدراسة الاستراتيجية.
- ✓ التدقيق الطبي ومراجعة الاستخدام يسيران الآن معاً لضمان جودة الخدمة الطبية والاستخدام الاقتصادي لمنشآت وخدمات المستشفى
- ✓ يستند التدقيق الطبي ومراجعة الزملاء على نوعين من المعايير الأول معايير مفهومه ضمناً للأطباء والثاني هو معايير واضحة ومحددة تستند على أسس علمية.
- ✓ يستند المراجعة الضمنية إلى التقدير والاجتهاد الشخصي للطبيب المقيم حول جودة الرعاية الطبية المقدمة من قبل طبيب آخر.
- ✓ بينما تستند المراجعة المبنية على معايير واضحة على أسس ومعايير محددة متفق عليها بين الأطباء ولا تقبل التفسير أو الاجتهاد الشخصي.

✓ **تركز غالبية المستشفيات الحديثة في الممارسة على عدة أمور هامة لجودة الرعاية الطبية تتضمن ما يلي:**

- ١- تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلمية لضمان استخدام العناصر البشرية المؤهلة لتقديم مستوى جيد من الخدمات الطبية.
- ٢- التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمة الطبية مثل رقابة وضبط العدوى وانتقال الأمراض داخل المستشفى وتبني سياسة محددة وجيدة للأدوية والعقاقير من خلال لجنة التحكم بالعدوى ولجنة الصيدلة والعقاقير.
- ٣- تقييم ورقابة جودة الرعاية الطبية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي ومراجعة الاستخدام.
- ٤- التركيز على تصميم برامج التعليم الطبي والتمريضي المستمر على ضوء الاحتياجات التعليمية والتدريبية.

متطلبات نظام تقييم الرعاية الطبية: (٦)

- ١- يجب أن يكون النظام هادفاً وموضوعياً وثابتاً.
- ٢- يجب أن يكون نظام التقييم كفؤاً وخاصةً من حيث توفير وقت الطبيب وهنا لا بد من استخدام غير الأطباء للمهام التي تستهلك وقتاً كبيراً.
- ٣- يجب أن يكون التقييم موثقاً.
- ٤- أن يكون التقييم صحيحاً من الناحية الإكلينيكية.
- ٥- يجب أن يكون النظام مرناً بحيث يسمح بقدر من الاختلاف والانحراف عن المعايير إذا ما توفر السبب الجيد والمدون في الملف الطبي.
- ٦- يجب أن ينتج التقييم عن إجراء تصحيحي.

رقابة جودة خدمات التمريض: -

تعتبر خدمات التمريض عاملاً رئيسياً وذا تأثير كبير ومباشر على جودة الرعاية الطبية التي يقدمها الأطباء وعلى جودة الرعاية الاستشفائية التي يقدمها المستشفى ككل. ولغايات ضبط ورقابة جودة هذه الخدمات تعتمد المستشفيات على نوعين رئيسيين من أساليب التقييم والرقابة هما:

- ١- أساليب التقييم غير الرسمية: وهي الأكثر شيوعاً واستعمالاً حيث تعتمد إدارة المستشفى على ملاحظات وتقويم الأطباء أنفسهم للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكاً بالمرضى والأقدر على الحكم على جودة ومستوى خدمات التمريض من الناحية الفنية التي تتعلق بعملية إدارة ومعالجة المريض، كما تعتمد إدارة المستشفى على استقصاء ودراسة آراء المرضى حول جودة خدمات التمريض المقدمة لهم.
- ٢- أساليب التقييم الرسمية: وتشمل هذه الأساليب مراجعات وتدقيق ملفات المرضى فيما يتعلق بالجانب التمريضي من الملف الطبي ويمكن القيام بهذا التدقيق التمريضي من قبل لجنة تدقيق خدمات التمريض في المستشفى أو من قبل ممرضات متخصصات من داخل المستشفى أو خارجه.

✓ كما تعتمد إدارة المستشفى كذلك على التقارير اليومية التي يتم رفعها للإدارة من قبل الممرضات المسئولات في الأجنحة الداخلية للمستشفى والتي تكشف عن أية انحرافات أو أخطاء في الخدمة التمريضية على مدار ٢٤ ساعة الماضية.

✓ وتعتمد الجمعية الأمريكية لاعتماد المستشفيات معايير هيكلية عامة تستعملها لتقويم خدمات التمريض في المستشفيات وهذه المعايير هي:

- ١- وجود إدارة خدمات التمريض في المستشفى والإشراف عليها من قبل ممرضة مؤهلة أو ما يعرف بالممرضة المسجلة قانوناً.
- ٢- وجوب وجود خريطة تنظيمية ودليل تنظيمي حديث تقسم التمريض بين الهيكل الوظيفي للقسم وتنظيمها وسلطات ومسؤوليات وواجبات جهاز التمريض.
- ٣- وجوب وجود سياسات وإجراءات مكتوبة تتعلق بأداء خدمات التمريض والسياسات الإدارية المتعلقة بذلك لضمان سلامة الممارسة التمريضية في المستشفى وبما يتضمن قيام الممرضات بمسؤولياتهن وتحقيق أهداف القسم.
- ٤- يجب أن يكون هنالك دليل على قيام الممرضات بتنفيذ خطط المعالجة بشكل سليم وكفاءة وفعال وذلك من خلال احتواء الملف الطبي للمريض على النماذج الخاصة بخدمات التمريض.
- ٥- وجوب وجود برامج للتعليم المستمر للممرضات وتوفير فرص التعليم الداخلي والخارجي لتحسين مهارات ومعارف وخبرات جهاز التمريض.

رقابة جودة خدمات الأقسام الأخرى: -

- ✓ لجنة الأنسجة والتي تقوم بدراسة الأنسجة البشرية التي يتم إزالتها في العمليات الجراحية للكشف عن أية أنسجة طبيعية قد أزيلت بالخطأ.
- ✓ لجنة السجلات الطبية والتي تراجع السجلات الطبية للمرضى للتأكد من كمالها ودقتها كأساس لتقييم جودة الخدمة الطبية.
- ✓ لجنة الاستخدام للتأكد من أن أسرة المستشفى وخدماته الأخرى تستعمل بشكل مناسب ومبرر.
- ✓ لجنة الصيدلانية والأدوية ولجنة ضبط العدوى ولجنة التدقيق التمريضي وغيرها من الأساليب المتبعة لتقييم خدمات التمريض.
- ✓ وهذه اللجان تقيس وتقييم جودة الرعاية الطبية في المستشفى إلى أنه ولغايات رقابة جودة الدوائر والأقسام الأخرى في المستشفى إضافة إلى الخدمة الاستشفائية.
- ✓ وبسبب صعوبة وضع معايير محددة ومتفق عليها للجودة فقد اتجهت المستشفيات بشكل عام إلى رقابة الجودة بالتركيز على ثلاثة أبعاد وهي:

- ١- قياس وتقويم المدخلات أو الهيكل
- ٢- قياس وتقويم العمليات
- ٣- قياس وتقويم المخرجات

Basic Concepts مفاهيم أساسية

عدد	الكلمة بالانجليزية	ترجمتها	نطقها بالعربي
١	Scope of Services	مدى الخدمات	
٢	General Qualitative Measures	المقاييس النوعية العامة	
٣	Retrospective Medical Audit	التدقيق الطبي الاسترجاعي	
٤	Utilization Review	مراجعة الاستخدام	
٥	Network Programming	برمجة الشبكية	
٦	Optimistic Time	التقدير المتفائل	
٧	Pessimistic Time	التقدير المتشائم	
٨	Critical Method Path	أسلوب المسار الحرج	
٩	Quality Assurance Program	برنامج الجودة النوعية	

تحفيز العاملين في المنظمات الصحية

مقدمة:

- ✓ يعتبر التحفيز من المفاهيم التي يصعب تعريفها لأنه يتعلق بعملية نفسية داخلية.
- ✓ سلوكيات الأفراد هي مدفوعة بحاجات أو رغبات وبالتالي لا بد لنا من تحديد ومعرفة احتياجات ورغبات الأفراد إذا ما أردنا فهم أسباب ودوافع سلوكياتهم.
- ✓ أهمية هذه الحاجات كمحرك للسلوك تختلف من شخص إلى آخر وخاصة إذا ما أخذنا في الاعتبار التركيبة الاجتماعية المتنوعة للقوى العاملة في المنظمات الصحية.
- ✓ نظريات التحفيز نظريات المحتوي وتحتوي على مجموعة نظريات وهي نظرية الحاجات ونظرية العاملين ونظرية الحاجات الثلاثة ونظرية تعلم الحاجات
- ✓ اما النظريات العملية تحتوي على نظرية العدالة ونظرية التوقع ونظرية وضع الأهداف ونظرية التعزيز

حاجات العاملين:

يمكن تحديد الحاجات العامة للأفراد كما يلي:

- ١- الراتب.
 - ٢- الأمن الوظيفي.
 - ٣- الحاجة للصدقات والزمان والقبول من قبل مجموعة العمل.
 - ٤- الاعتراف بالأداء الجيد ومكافأته مادياً ومعنوياً.
 - ٥- عمل ذا قيمة ويحظى بالقبول والاحترام وهنا تأتي أهمية الإثراء الوظيفي.
 - ٦- الفرصة للتقدم والترقي وخاصة عند أولئك المحضرين بالتقدم.
 - ٧- ظروف عمل مريحة وآمنة وجذابة.
 - ٨- قيادة كفؤة وعادلة وذات مصداقية لطمأننة الموظف على تلبية احتياجاته وتحقيق أهدافه وتطلعاته.
 - ٩- معقولية المهام والأهداف والأوامر والتعليمات من الرؤساء بحيث تكون:
- أ- من متطلبات العمل. ب- مقبولة وقابلة للتنفيذ. ج- كاملة بدون تفصيل ممل.
- د- واضحة ودقيقة. هـ- تشجع المرؤوسين على قبولها والالتزام فيها.
- ١٠- السمعة الجيدة للمؤسسة.

مغالطات شائعة في التحفيز:

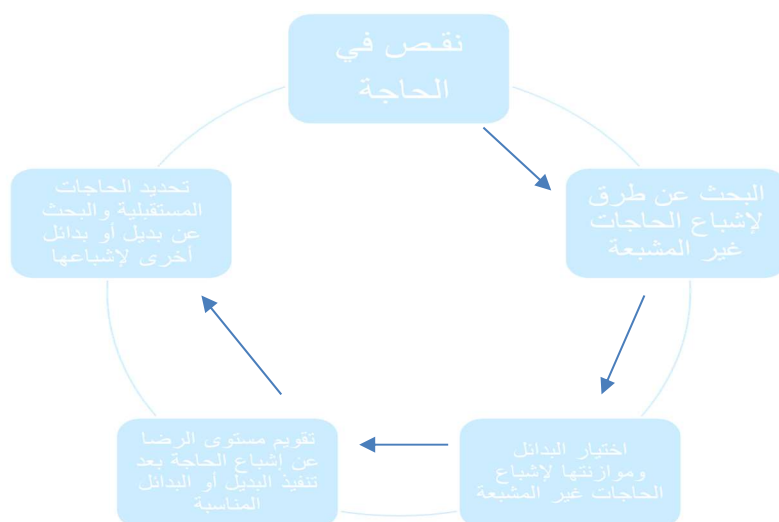
هناك مغالطات عديدة شائعة يعتقد الكثير من المدراء بصحتها عند التفكير بموضوع تحفيز العاملين ومن أهم هذه المغالطات ما يلي:

- ١- إن العمل المحفز أكثر إنتاجاً.
- ٢- يتوفر الحفز لدى البعض ولا يتوفر عند البعض الآخر.
- ٣- يمكن حفز الناس على نطاق واسع.
- ٤- النقود هي عجلة الحياة.

نظريات التحفيز:

- (١) نظريات المحتوى في الحفز: حيث ركزت هذه النظريات على محركات السلوك الإنساني.
(٢) نظريات العمليات في الحفز: حيث ركزت على التحفيز كعملية لبيان كيفية تحريك السلوك الإنساني.

الإطار المفهومي للحفز عند العاملين



١- نظرية هرمية الحاجات لماسلو:

تعتبر نظرية هرمية الحاجات لماسلو من أكثر النظريات شيوعاً حيث تقول هذه النظرية بأن الفرد في سعيه للتقدم وتحسن نوعية حياته يحاول إشباع حاجاته بشكل متدرج ويتقل من خلال ما يسمى بهرمية الحاجات وهذه الحاجات هي:

- أ- الحاجات الفسيولوجية.
ب- حاجات الأمن والسلامة.
ج- حاجات الحب والانتماء.
د- حاجات احترام الذات.
هـ- حاجات تحقيق الذات.

٢- نظرية العاملين Two-Factor Theory

والنظرية الثانية تفحص الاحتياجات إلى العوامل التي يتألف منها العمل وأن المحفزات الحقيقية هي موجودة في العمل وأن عوامل الصحة وهي الأشياء التي تتألف منها البيئة المحيطة بالعمل ليست محفزات بل هي مثبطات يتولد عنها عدم الرضا عند عدم ملازمتها. وحسب هذه النظرية لا بد للمدراء من التركيز على الوظائف ومحتواها كأساس للتحفيز وأن ينظر إلى سلم الأجور والمزايا الأخرى وظروف العمل كعوامل بيئية لا بد من تعزيزها.

وتقوم على توفير الفرصة للفرد في الأمور الهامة التالية:

- للتعلم والحصول على معرفة جديدة
- للإنجاز وإثبات القدرات والمهارات.
- للقيام بعمل مهم يشكل تحدي حقيقي لقدراته وإمكاناته.
- لتحتمل المسؤولية.
- للمشاركة بتحديد كيفية أداء العمل.

أما العوامل البيئية فتتواجد في كافة نواح علاقة الموظف مع المنظمة وبيئته العمل. وهذه العوامل هي:

أ- الاتصال:

- تقدير جهود العامل (الثناء والمدح).
- المعرفة بأنشطة واتجاهات وأهداف وخطط التنظيم.
- معرفة الفرد بمدى إنجازهم.
- السرية في تعامل الإدارة مع الفرد (الدبلوماسية والحرص في تأديب الموظف وتوفير قدر من الخصوصية له)

ب- إمكانية النمو وتشمل:

فرض التقدم والترقي في المنظمة.

ج- سياسات الأفراد حيث لا بد بهذه السياسات من مراعاة ما يلي :

- تلبية احتياجات الفرد بشكل معقول (برمجة العمل، برمجة الإجازات والفوائد أثناء المرض).
- الشعور بالأمان في العمل (الاستمرارية في العمل والأمن).
- ولاء المؤسسة للموظف مثل (تعبئة الشواغر من الداخل).
- احترام معتقدات وقيم الموظف.
- معاملته عادلة ومتوازنة نسبة إلى الموظفين الآخرين.

د- إدارة الأجور والرواتب:

لا بد من إيجاد أجور ومزايا إضافية عادلة نسبة إلى الزملاء في التنظيم وفي المجتمع وضمن المهنة نفسها. توفير العدالة الداخلية والخارجية.

هـ- ظروف العمل:

وتشمل توفير ظروف العمل العادية نسبة إلى ما هو متوقع أو مرغوب.

دور المدير في التحفيز:

إن لمدير المؤسسة أو الدائرة ضمن المؤسسة تأثير على كلا العوامل المحفزة والعوامل البيئية. إلا أن مدى التأثير يعتمد بشكل جزئي على طبيعة العمل كما يعتمد جزئياً على المؤسسة. أما التأثير المحتمل للمدير على العوامل البيئية المحيطة ببيئة العمل فيمكن بيانه كما يلي:

أ- الاتصال:

يمثل المدير المباشر حلقة الاتصال الرئيسية مع كل العاملين وعلى كل المستويات. وسواء كان العامل مهني أم من غير المهنيين فإن المستوى رضاه الوظيفي غالباً ما يتوقف إلى حد كبير على الاتصال والذي يخضع بدوره لسيطرة المدير.

الاتصال يخدم الاحتياجات المهمة لدى المهنيين حيث يوفر أجوبة مهمة للمهني مثل:

ما هو مستوى إنجازي؟

هل الإدارة راضية عن مستوى إنجازي؟

هل أنا موضع ثقة وأعامل باحترام؟

هل أنا على اطلاع على ما يحدث في التنظيم؟

ب- إمكانية النمو:

للمدير هنا دور محدود في مجال إمكانية النمو فالمدير ببساطة لا يستطيع خلق الفرص غير الموجودة أصلاً بسبب عدم وجود شواغر للترقية أو بسبب محدوديتها أو بسبب محدودية السلم الوظيفي لهذه الوظيفة أو تلك.

ج- سياسات الأفراد:

إن دور المدير في صياغة السياسات قد يكون محدود أو كبير. إلا أن له دور كبير في التطبيق العادل لهذه السياسات على الجميع وتجنب ازدواجية التطبيق لمنع حدوث عدم الرضا للموظف.

د- إدارة الرواتب والأجور:

إن دور المدير في تقدير سلم الأجور محدود للغاية إلا أن دور المدير رئيسي في التوظيف والترقية ومنح زيادات الرواتب السنوية.

هـ- ظروف العمل:

للمدير دور فعال في تهيئة الظروف المناسبة للعمل في الأمور البسيطة: فعدم توفر الأمور البسيطة مثل الإضاءة الملائمة والمكان الكافي لسيارات الموظفين يمكن أن يؤدي إلى عدم الرضا.

٣- نظرية الحاجات الثلاث:

صنفت نظرية الحاجات الإنسانية بثلاثة مستويات كما يلي -

أ- حاجات لضمان الوجود ويقابلها الحاجات الفسيولوجية وحاجات الأمن لدى ماسلو.

ب- حاجات الانتماء ويقابلها الحاجات الاجتماعية لدى ماسلو.

ج- حاجات النمو ويقابلها حاجات احترام وتحقيق الذات لدى ماسلو.

٤- نظرية تعلم الحاجات:

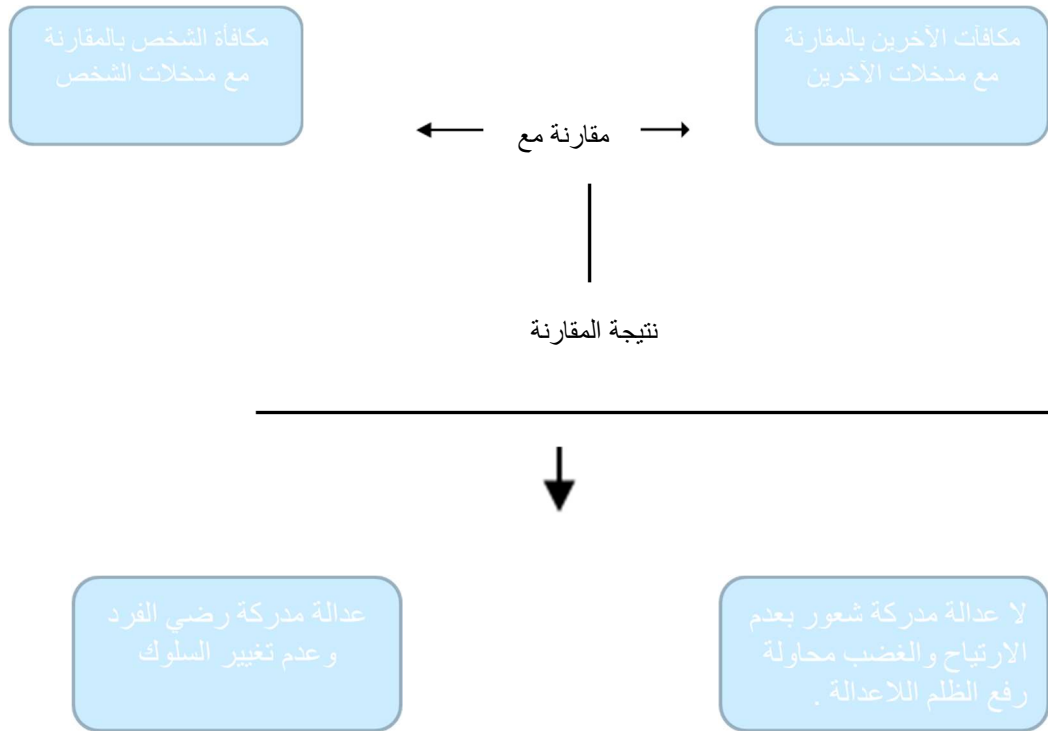
- ✓ تركز هذه النظرية على أهم الحاجات الإنسانية دون الاهتمام بترتيبها هرمياً.
- ✓ حددت ثلاثة حاجات هامة هي الحاجة للإنجاز والسلطة والنفوذ والانتماء كمحركات لسلوك والحفز الإنساني.
- ✓ وتقول النظرية بأن كل فرد لديه مخزون من الطاقة والامكانيات التي يمكن إطلاقها لتحقيق الاهداف المرغوبة للفرد حسب الأهمية
- ✓ حاجة الإنجاز تشير إلى حاجة الفرد لإنجاز المهام الصعبة والتنافس مع الآخرين وإيجاد الحلول للمشاكل والمعضلات.
- ✓ حاجة السلطة والقوة تشير إلى رغبة الفرد للتأثير على الآخرين والسيطرة على سلوكياتهم والرغبة في الاستقلال وحرية التصرف والحكم الذاتي.
- ✓ حاجة الانتماء تشير إلى رغبة الفرد بالارتباط مع الآخرين على أساس المودة والصدقة ويظهر الأفراد ممن لديهم درجة عالية من هذه الحاجة ميلاً للعمل في البيئات التي تتصف بالانفتاح والمودة والدفء في العلاقات الإنسانية.

ثانياً: نظريات العملية:

- ✓ تركزت نظريات العملية والتي تعرف أيضاً بنظريات المعرفة على كيفية تحديد الأفراد لخياراتهم للقيام بالعمل بأقصى جهد، بالاستناد إلى تفضيلات تهم الفردية والمكافآت المتوفرة في المنظمات والنتائج المحتملة للقيام بالعمل المطلوب.
- ✓ من هذه النظريات نظرية العدالة ونظرية التوقع ونظرية تحديد الأهداف ونظرية التعزيز.

١- نظرية العدالة: equity theory

- ✓ إن جوهر هذه النظرية والتي طورها ستاسي آدم هو أن اللاعدالة المدركة من قبل الفرد هي حالة محفزة للفرد.
- ✓ فعند شعور الفرد بأنه قد تم التعامل معه بشكل غير عادل بالمقارنة مع الآخرين سوف يحاول القضاء على شعور عدم الارتياح لديه والنتائج عن الشعور باللاعدالة واستعادة الشعور بالعدالة بالنسبة لما يواجهه من موقف. والتي عادة ما يقوم بها الفرد عندما يختص المدراء المكافاة وخاصة المادية وزيادات الأجور حيث تعتبر مصدراً عاماً للجدل في بيئة العمل
- ✓ نظرية العدالة ودور المقارنة الاجتماعية



- ✓ وتشير نظرية العدالة إلى الطرق التي يمكن أن يلجأ لها الفرد عند شعوره باللاعدالة كما يلي:
 - أ- تغيير مدخلات العمل بتقليل الجهد المبذول في العمل.
 - ب- تغيير المكافآت التي تلقاها بطلب مكافآت أكبر أو تعديل المكافأة.
 - ج- تغيير أوجه المقارنة مع الآخرين بهدف جعل المكافأة تبدو مقبولة.
 - د- تغيير الوضع أو المواقف عن طريقة النقل إلى عمل آخر أو موقع آخر أو عن طريق ترك العمل والاستقالة.
- فلا بد للمدراء من شرح وتوضيح أسس المكافأة والترقيات كطريقة تقويم الأداء التي استندت اليه

٢- نظرية التوقع: expectancy theory

✓ تركز هذه النظرية والتي طورها فيكتور فيروم على الإجابة على سؤال هام وهو ما الذي يحدد استعداد ورغبة الفرد للعمل بأقصى طاقته والقيام بالمهام التي تتطلبها المنظمة منه.

✓ تجيب نظرية التوقع على هذا السؤال بالقول بأن الأفراد سيقومون بما يمكنهم القيام به عندما يريدون ذلك.

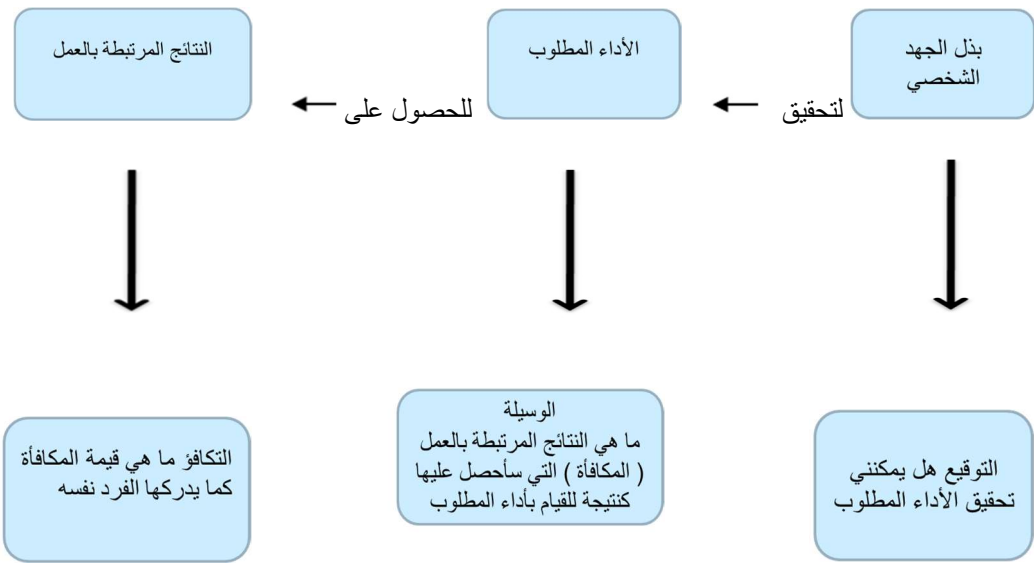
✓ وهذه العناصر الثلاثة هي:

١- التوقع: وتشير إلى اعتقاد الفرد بأن بذل الجهد اللازم سينتج عن تحقيق المستوى المرغوب من الأداء. ويشير البعض لهذا العلاقة المتوقعة بين الجهد والأداء

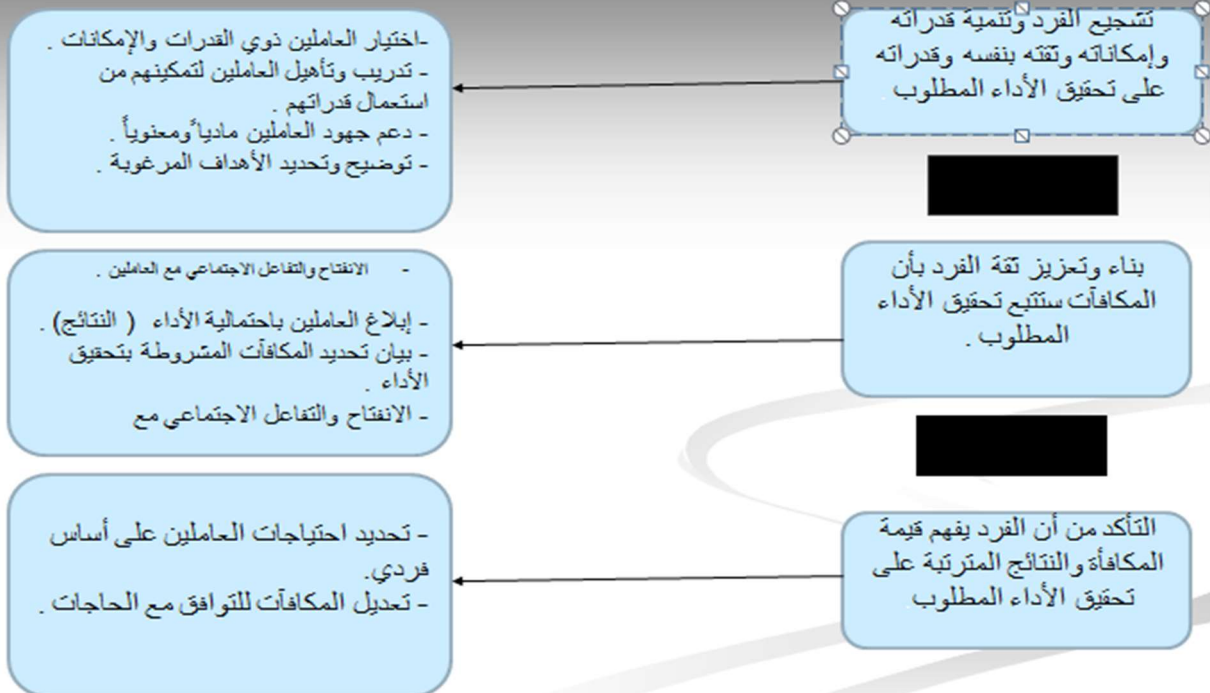
٢- الوسيلة: وتشير إلى اعتقاد الفرد بأن تحقيق الأداء المطلوب سيتبعه منح المكافآت. ويشير البعض لهذا العلاقة المتوقعة بين الأداء والنتيجة

٣- التكافؤ: وتشير إلى القيمة التي يحددها أو يضعها الفرد للمكافأة المحتملة والنتائج الأخرى التي يمكن أن يحصل عليها لتحقيق الإنجاز المطلوب

عناصر نظرية التوقع في التحفيز



المضامين الإدارية لنظرية التوقع لتعظيم التوقع



٣- نظرية وضع الأهداف Goal-Setting theory:

- ✓ أساس هذه النظرية يتمثل بوضع أهداف أداء واضحة ومرغوبة للعاملين كأفراد أو مجموعات.
- ✓ تقوم هذه النظرية على افتراض أساسي وهو أن أهداف الأداء يمكن أن تكون ذات قوة تحفيزية عالية إذا تم وضعها وإدارتها بشكل صحيح.
- ✓ لذلك فالأهداف هي التي توجه جهود العاملين في ممارستهم لمهامهم وأعمالهم وتوضح توقعات الأداء لكل من الرؤساء والمرؤوسين وأعضاء جماعة العمل وبين الوحدات التنظيمية في المنظمات.
- ✓ تشكل الأهداف إطاراً مرجعياً للتغذية الراجعة ولتقويم الأداء.
- ✓ تعتبر هذه النظرية الأساس للإدارة بالأهداف والإدارة الذاتية وخاصة للمهنيين الصحيين في المنظمات الصحية حيث تركز القيم المهنية على الإدارة الذاتية للمهنيين.

✓ وتقول النظرية بأن وضع الأهداف عملية وجدانية لا بد أن يتوفر لها عدداً من الشروط ليكون لها تأثيراً إيجابياً على الأداء

- ١- وضع أهداف محددة ودقيقة والابتعاد عن الأهداف العامة والفضفاضة
- ٢- تبني أهداف واقعية وقابلة للإنجاز ورفع مستوى هذه الأهداف بما يشكل تحدي الفرد
- ٣- ضمان قبول الأفراد للأهداف والالتزام بها
- ٤- وضع أولويات واضحة للأهداف الواجب التركيز عليها وتحقيقها أولاً فلا بد أن تكون التوقعات واضحة بهذا الخصوص.
- ٥- مكافأة الإنجاز الجيد والتأكد من التوافق بين المكافأة والإنجاز

٤- نظرية التعزيز Reinforcement:

- ✓ تقول هذه النظرية بأن السلوك الإنساني يتحدد بناءً على النتائج التي تترتب على السلوك في السياق البيئي للسلوك.
- ✓ تركز نظرية التعزيز على البيئته الخارجية وما تحمله من نتائج للفرد.
- ✓ تركز نظرية التعزيز على الافتراضات الأساسية لهذه النظرية قانون الأثر ومفاده بأن السلوك الذي ينتج عنه نتائج مرغوبة سيتم تكراره على الأرجح والسلوك الذي ينتج عنه نتائج غير مرغوبة لن يتم تكراره على الأرجح.
- ✓ وتتضمن نظرية التعزيز ثلاثة مكونات هي:

١- المثير Stimulus ويعني أي وضع أو متغير يستثير استجابة سلوكية.

٢- الاستجابة وهي القيام بسلوك ما كرد فعل لموقف أو مثير.

٣- النتيجة Consequence وهي الشيء الذي يتبع الاستجابة ويغير من احتمالية تكرار الاستجابة.

- ✓ ويقوم مفهوم التكيف الفعال Operant Conditioning الذي روج له سكنر إلى عملية تطبيق قانون الأثر الذي تقدم ذكره لضبط وتكييف السلوك بالتحكم بنتائج السلوك أو ما يسمى بالتعلم بالتعزيز وهناك أربعة استراتيجيات للتعزيز كما يلي:
- ١- التعزيز الإيجابي حيث يزيد من احتمالية تكرار السلوك أو الاستجابة بجعل النتيجة المرغوبة (المكافأة) مرتبطة بحدوث السلوك السليبي.

٢- التعزيز السلبي وتشير إلى إيقاف أو إلغاء المكافأة أو العقاب لزيادة احتمالية تكرار السلوك المرغوب.

٣- العقاب ويقلل من احتمالية الاستجابة أو السلوك السلبي.

- ٤- الإطفاء Estimation ويشير إلى عدم التدخل أو التجاهل لتثبيط سلوك غير مرغوب أو تقليل حدوثه على أساس أن السلوك الذي لا يعزز يتضاءل ويتلاشى.

نظريات التحفيز والمهنيون الصحيون:

- ✓ نظريات التحفيز التي قد قدمناها في هذا الفصل انصبحت على تفسير السلوك الإنساني ومعرفة دوافع السلوك بمفهوم إشباع الحاجات والتخلص من الشعور بالأعداء وتحقق توقعات وتطلعات إيجابية ومكافآت، فبرغم تعدد نظريات الحفز فهناك الكثير من نقاط الضعف والثغرات فيها .

✓ كيف يتم تحفيز المهنيين في المنظمة الصحية:

✓ يركز المهنيون بالمقارنة مع غير المهنيين على الأمور التالية:

- ١- النمو داخل التنظيم وفي المهنة نفسها وكسب مقدار كبير من المال كرمز للمكانة المهنية والاجتماعية.
- ٢- الحاجة القوية للإنجاز.
- ٣- الولاء للمهنة ومعاييرها والتفاني في سبيلها أكثر من الولاء للمنظمة ومعاييرها.
- ٤- حب العمل والاهتمام به لذاته وليس لما ينتج عنه.
- ٥- حاجة أقوى للاستقرار داخل المهنة والتي يمكن إشباعها بشكل أكبر من خلال المهنة أكثر منه من خلال العمل أو الوظيفة في التنظيم.
- ٦- إن المهني بالمقارنة مع غير المهني يضع تأكيد أكبر على إشباع احتياجات المستوى الأعلى وهي الحاجات النفسية.

✓ ولتحقيق ذلك يركز المهنيون على:

- التعلم والإنجاز - القيام بأعمال مهمة ومحفزة وتشكل تحدي حقيقي لمهاراتهم.

- الحاجة للإحساس بالإنجاز وأهمية العمل - توفر الفرصة لتحمل المسؤولية وتقرير كيفية أداء عمله.

✓ ولعل أفضل الطرق لتحفيز المهنيين هو ممارسة أسلوب الإدارة بالمشاركة والانفتاح لتنمية الرقابة الذاتية والحكم الذاتي ومن الأساليب الأكثر استعمالاً في هذا المجال:

- ١- الدوائر النوعية لحل المشاكل بأسلوب جماعي.
 - ٢- تبسيط العمل الذي من شأنه خلق المشاركة في تحسين طرق العمل.
 - ٣- الإدارة بالأهداف والتي تركز على وضع الأهداف بالاتفاق والمشاركة.
 - ٤- الإثراء الوظيفي وتركز على توسيع أو تغيير الأدوار بما في ذلك نظام الساعات المرنة والتدوير الوظيفي.
- ✓ يمكن تحديد أهم العوامل المؤثرة في دوران العمل كما يلي:

- ١- عدم توفر الرضا الوظيفي.
- ٢- عدم توفير العمل المناسب لمعارفهم ومهاراتهم.
- ٣- عدم الرضا عن أسلوب الإشراف.
- ٤- عدم الرضا عن سمعة التنظيم.
- ٥- عدم الانسجام بين مجموعة العمل (تصادم الشخصية).
- ٦- الرواتب غير المناسبة.
- ٧- الأجر القليل هو مشبط.

مفاهيم أساسية Basic Concepts

عدد	الكلمة بالإنجليزية	ترجمتها	نطقها بالعربي
١	Content Theories	نظريات المحتوى	
٢	Two-Factor Theory	نظرية العاملين	
٣	Learned Need Theory	نظرية تعلم الحاجات	
٤	Process Theories	نظريات العملية	
٥	Equity Theory	نظريات العدالة	
٦	Expectancy Theory	نظرية التوقع	
٧	Goal-Setting Theory	نظرية وضع الأهداف	
٨	Reinforcement Theory	نظرية التعزيز	

القيادة في المنظمة الصحية

طبيعة القيادة:

- ✓ القيادة هي مفهوم معقد متعدد الأبعاد ويصعب تعريفه ولها تعريفات متعددة.
- ✓ هي فن أو عملية التأثير على الآخرين من أجل بذل جهودهم برغبة واقتناع لتحقيق أهداف الجماعة عن طريق التأثير على الآخرين لتحقيق أهداف محددة.
- ✓ التأثير على الآخرين يكون في الوقت والموقف المحددين لسعي برغبة لتحقيق الأهداف التنظيمية وبالعلاقات والسلطة والتأثيرات غير المتكافئة والتي يقبل معها التابع الحق الشرعي للقائد في اتخاذ القرارات.
- ✓ يلاحظ على هذه التعريفات المتعددة للقيادة بأن هنالك عناصر مشتركة بينها مثل وجود جماعة، وأهداف وتأثير، وقبول، وإنجاز.
- ✓ تعرف القيادة بأنها تتضمن تحديد الأهداف المراد تحقيقها والتأثير على جهود الآخرين وتوجيهها وذلك بإتباع الأسلوب القيادي الملائم لإنجاز الأهداف المحددة.
- ✓ أسلوب القيادة يعرف بأنه النمط السلوكي الذي يتبعه القائد لضمان التكامل بين حاجات مرؤوسيه وحاجات التنظيم.
- ✓ هنالك أنماطاً متعددة لسلوك القائد لا بد أن يختار القائد الأسلوب الأكثر ملائمة لحاجاته وحاجات مرؤوسيه والتنظيم.
- ✓ في الواقع قد نجد قائداً ناجحاً في موقف وزمن محدد وقد نجده غير ناجح في موقف وزمن آخر.
- ✓ الإنجاز وتحقيق الأهداف هو جوهر القيادة وقدرتها في التأثير على الآخرين وهي عامل أساسي في نجاح القيادة. وهذا يتطلب أن يكون لدى القائد القوة والسلطة اللازمة لإحداث التأثير إضافة إلى فن ممارستها.

مصادر قوة القيادة وتأثيرها:

- ✓ القيادة تتطلب دائماً وجود شخص في موقع قيادي يستطيع من خلاله التأثير على مجموعة من الأفراد في موقف معين.

ويمكن تصنيف مصادر قوة القيادة على النحو التالي:

ثانياً: قوة التأثير وهي مرتبطة بالشخص نفسه وليس بالمنصب، ومن مظاهرها:

- أ- القوة الفنية (التخصص) مصدرها الخبرة والمعرفة أو المهارة
- ب- قوة الإعجاب مصدرها الصفات الشخصية للقائد

أولاً: السلطة الرسمية ومن مظاهرها:

- أ- قوة المكافأة.
- ب- قوة الإكراه. مصدرها الخوف
- ج- السلطة القانونية. مصدرها المركز الرسمي

أساليب القيادة:

✓ هناك أربعة أساليب للقيادة يستعملها القادة الإداريون لقيادة مرؤوسيهم وحفزهم وهي:

١- القيادة الدكتاتورية: يتميز القائد الدكتاتوري بمركزية السلطة المطلقة ويقوم بإنجاز أعماله من خلال التهديد والإجبار واستعمال مبدأ التخويف. وهو دائماً يهدد بالثواب والعقاب لمرؤوسيه وخوفاً من العقاب يسلك المرؤوسون سلوكاً معيناً لإرضاء ذلك القائد.

٢- القيادة الأوتوقراطية: يشبه القائد الأوتوقراطي القائد الدكتاتوري من حيث مركزية السلطة وعدم فسخ المجال أمام المرؤوسين للمشاركة بعملية القيادة.

القائد الأوتوقراطي يمكن وصفه بأنه نشيط وفعال ويعمل بجد ونشاط وبالرغم من مركزية السلطة لديه إلا أنه ليس متسلطاً على مرؤوسيه كالقائد الدكتاتوري لكن هو فعال في إقناع مرؤوسيه بما يريد منهم أن يعملوه. فهو يقوم بكل أعمال التفكير والتخطيط والتنظيم وما على مرؤوسيه سوى التنفيذ.

٣- القيادة الديمقراطية:

✓ هذا النوع من القيادة هو عكس القيادة الدكتاتورية والأوتوقراطية حيث يهدف إلى خلق نوع من المسؤولية لدى المرؤوسين ومحاولة مشاركتهم في اتخاذ معظم القرارات.

✓ هذه المشاركة بين القائد ومرؤوسيه ينتج عنها رفع الروح المعنوية للأفراد وزيادة ولائهم والتزامهم، كما يشعر الفرد بأهميته وقيمتها في المنشأة.

✓ يعتبر هذا الأسلوب أكثر الأساليب القيادية فعالية. والقادة في المستقبل يجب أن يستعملوا الأسلوب الديمقراطي بشكل أوسع وذلك لسرعة التغيير في المنظمات والتدفق المستمر للمعلومات والأفكار الجديدة.

✓ وحتى يستطيع القائد مواكبة هذه التطورات عليه أن يستعين بمرؤوسيه لتسهيل عملية الإلمام بهذه المعرفة وذلك لزيادة الابتكار والإبداع فيها.

٤- قيادة عدم التدخل:

✓ يترك هذا النوع من القيادة حركة كاملة للمرؤوسين في تحديد أهدافهم واتخاذ القرارات المتعلقة بذلك.

✓ القائد هنا لا يمارس القيادة السليمة والفعالة للمرؤوسين لأنه ينقصه الحماس والحوافز لعمل ذلك، وبذلك فإن تأثيره على سلوك الأفراد محدود.

✓ ينجح هذا النوع من القيادة عندما يتعامل القائد مع أفراد ذوي مستويات عقلية وعملية عالية كما في مؤسسات الأبحاث والدراسات ومنظمات الرعاية الصحية التي تتصف باستقلالية القرار الطبي والممارسة الطبية.

نظريات القيادة:

١- نظرية السمات:

✓ ترتبط نظرية السمات ارتباطاً وثيقاً بما يدعى " نظرية الرجل العظيم " والتي تقوم على أساس أن بعض الأفراد يصبحون قادة لأنهم ولدوا وهم يحملون صفات القيادة أي أن القائد بمفهوم هذه النظرية " يولد ولا يصنع "

✓ جرت دراسات عديدة لأثبتت صحة هذه النظرية لكنها لم تستطع تحديد صفات القيادة التي يمكن أن تستخدم باستمرار في التمييز بين القادة وغير القادة والتي يمكن أن تتنبأ باستمرار صدق فعالية القيادة عند الأشخاص.

✓ القائد يتميز عادة بدرجة أقوى من الأفراد العاديين في بعض الصفات الشخصية كالذكاء والبحث والاستقلالية والثقة بالنفس وتحمل المسؤولية والمعرفة والرؤيا الصحيحة والمتابعة والمصادقية والمشاركة الاجتماعية.

✓ القائد في هذه الحالة يتفوق بدرجة عالية في هذه الصفات على مرؤوسيه.

✓ الانتقادات الموجهة إلى نظرية السمات أنها أهملت دور المرؤوسين في إنجاح عملية القيادة حيث أثبتت الدراسات النفسية بأنه من النادر إيجاد تشابه تام بين أي قائدين ومن الصعوبة تعميم نتائج هذه النظرية بشكل علمي.

✓ ركزت هذه الدراسات على تحليل سلوك القائد خلال قيامه بواجباته الإدارية.

✓ من أهم النظريات التي تبلورت عن دراسات سلوك القائد ما يلي: -

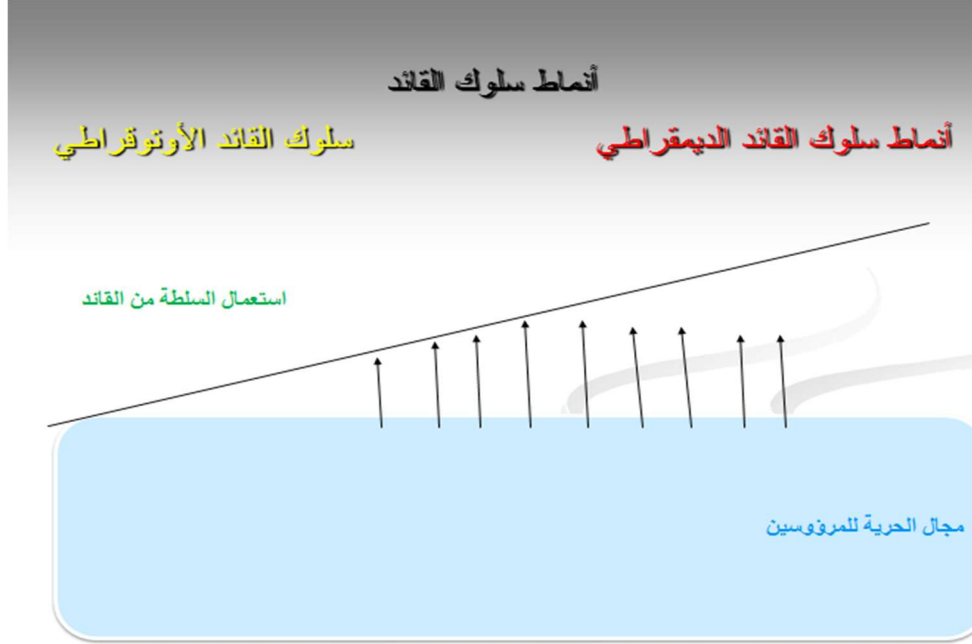
أ- نظرية الخط المستمر في القيادة:

➤ تحدد هذه النظرية العلاقة بين القائد ومرؤوسيه على أساس خط متواصل وبين نهاية الطرف الأيسر من هذا الخط سلوك القائد المركزي الأوتوقراطي، بينما تبين نهاية الطرف الآخر سلوك القائد الديمقراطي.

➤ هناك أساليب مختلفة للقيادة تقع بين نهائي الخط المذكور، والذي يحدد هذه الأساليب هي مدى الحرية التي يرغب القائد في تركها لمرؤوسيه في اتخاذ القرارات.

نظرية الخط المستمر في القيادة:

- ✓ وتشير هذه النظرية بأنه ليس هناك قيادياً واحداً يمكن استخدامه بنجاح في كل الأوقات وإنما السلوك القيادي الفعال هو الذي يتلاءم ويتكيف مع الموقف.
- ✓ القائد يجب أن لا يختار أسلوباً ديكتاتورياً أو ديمقراطياً وإنما يجب أن يكون مرناً بدرجة كافية لكي يتلاءم مع الموقف القيادي.



ب- نظرية ليكرت في القيادة:

- ✓ تتم عن طريق مقارنة سلوك المشرفين في المجموعات العمالية ذات الإنتاجية العالية والمجموعات ذات الإنتاجية المنخفضة.
- ✓ وجد أن المشرفين ذوي الإنتاجية العالية تميزوا بمشاركة محدودة في التنفيذ الفعلي للعمل كما أنهم كانوا مهتمين أكثر بالأفراد وكانوا يتعاملون معهم بطريقة غير رسمية.
- ✓ كما وجود يسمح المشرفون بحرية أكبر لمرؤوسيه في اتخاذ القرارات واختيار طرق العمل المناسبة وكان إشرافهم على مرؤوسيه أقل بكثير من إشراف المشرفين في المجموعات ذات الإنتاجية المنخفضة.
- ✓ استنتج ليكرت بشكل عام أن القيادة الديمقراطية تعطي نتائج أفضل من القيادة الأوتوقراطية واستطاع التمييز بين أربعة أدوار للقيادة هي:

١- النظام التسلسلي الاستغلالي:

ويتصف القادة هنا بأنهم مركزيون بدرجة عالية وثقتهم بمرؤوسيهم قليلة ويحفزونهم عن طريق الخوف والإكراه.

٢- النظام المركزي النفعي:

وهو يشبه النظام السابق إلى أنه أقل مركزية ويسمح في بعض الأحيان للقائد بمشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرارات ولكن تحت رقابته.

٣- النظام الاستشاري:

ويتميز القادة بتوافر ثقة ملموسة بينهم وبين مرؤوسيهم ويستفيدون من أفكار مرؤوسيهم وآرائهم، ولكن أفضل نظام في **نظر ليكرت هو**

٤- النظام الجماعي المشارك:

ويتوافر للقائد هنا ثقة مطلقة بمرؤوسيه، ويستفيد من أفكارهم باستمرار وهناك تبادل مستمر في المعلومات بين القائد ومرؤوسيه.

ج- نظرية البعدين:

- ✓ يطلق على هذه النظرية أيضاً اسم دراسات جامعة ولاية أوهايو في القيادة حيث قام مجموعة من الباحثين في تلك الجامعة ولفترة زمنية طويلة بإجراء أبحاث مكثفة في موضوع القيادة وتمكنوا من خلال ذلك من تحديد بعدين لسلوك القيادة هما:

١- المبادرة لتحديد العمل وتنظيمه

٢- تفهم واعتبار مشاعر الآخرين

- ✓ القائد الذي يملك درجة عالية من بعد " المبادرة وتحديد العمل وتنظيمه "، يميل لأن لا يتدخل في تخطيط الأنشطة المختلفة لمرؤوسيه، كما يحدد أدواره في إنجاز الأهداف ويؤسس قنوات اتصال واضحة بينه وبين مرؤوسيه، كما يقوم بتوزيع العمل والرقابة عليهم.

- ✓ القائد الذي عنده درجة عالية من بعد " تفهم واعتبار مشاعر الآخرين " يميل لأن ينمي جواً من الصداقة والثقة بينه وبين مرؤوسيه كما أنه يحترم أفكارهم ومشاعرهم.
- ✓ ولقد أثبتت هذه الدراسة بأن سلوك القائد يمكن أن يجمع بين البعدين بدرجات متفاوتة في آن واحد، ولا تدعم نتائج هذه الدراسات الفرضية القائلة بأن القائد يظهر سلوكاً لبعده واحد فقط في كل مرة يمارس عملية القيادة.
- ✓ تبين بأن القائد الذي عنده درجة عالية في كلا البعدين يحقق الرضا والإنجاز الجماعي لمرؤوسيه.

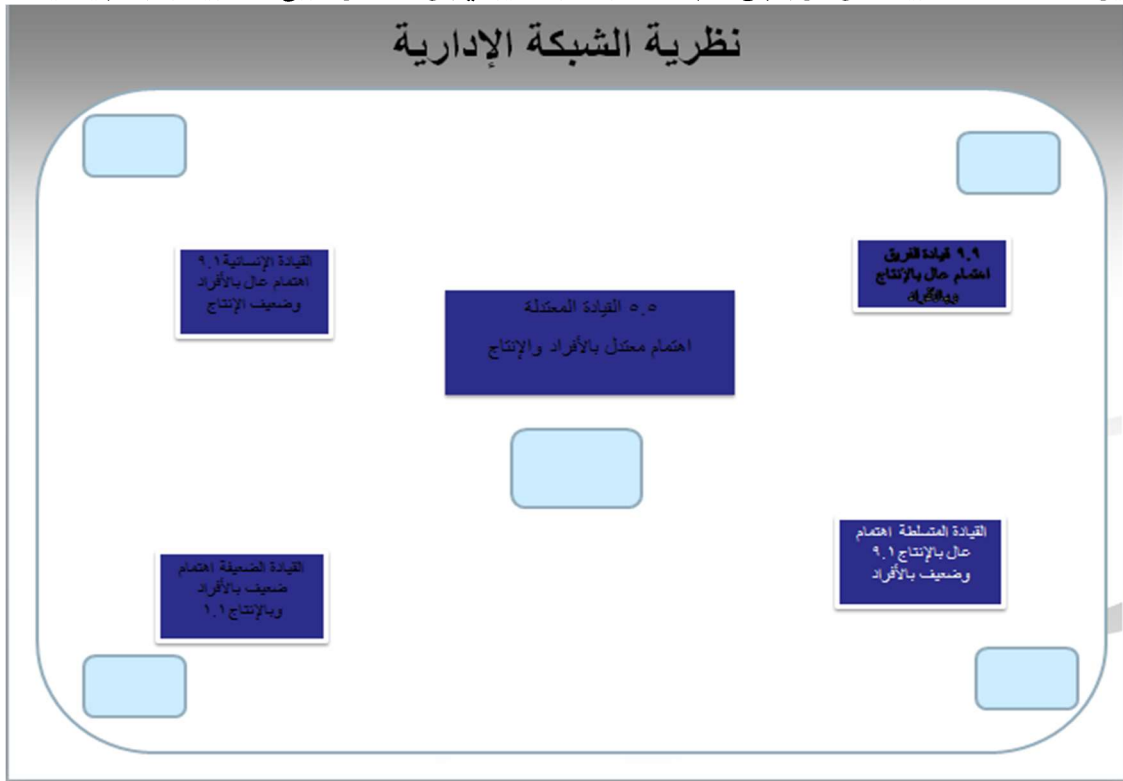
د - نظرية الشبكة الإدارية:

تعتبر نظرية الشبكة الإدارية من أكثر نظريات القيادة المعروفة تحديد أسلوبين لسلوك القائد وهما:

١- الاهتمام بالأفراد

٢- الاهتمام بالإنتاج

- ✓ هذين الأسلوبين يظهران على صورة شبكة ذات محورين يظهر عليها أساليب القيادة المختلفة ومن هذه الشبكة يمكن تمييز خمسة أساليب رئيسية للقيادة بحسب موقعها على الشبكة وبقراءة إحداثيات ذلك الموقع يتبين الآتي:
- ١. الموقع (١،١): يتميز أسلوب القيادة فيه باهتمام ضعيف بالإنتاج واهتمام ضعيف في الأشخاص. والقادة هنا لا يساهمون في تحقيق أهداف المنظمة أو الجماعة لأن القائد يبذل الحد الأدنى من الجهد الذي يكفي فقط لبقائه عضواً في المنشأة.
- ٢. الموقع (١،٩) : يتميز أسلوب القيادة فيه باهتمام عال بالإنتاج واهتمام ضعيف في الأشخاص ويركز القائد هنا على الإنتاج العالي لتحقيق أهداف المنظمة ويتغاضى عن إشباع حاجات الأفراد ، وهذا يؤدي إلى انخفاض الروح المعنوية والإنتاجية أيضاً .



٣- النظرية الظرفية (الموقفية):

اهتمت النظريات السابقة بالقائد من ناحية السمات التي يتمتع بها أو من ناحية الأسلوب والسلوك الذي يتبعه في عملية القيادة.

- ✓ نجد فعالية القيادة تتأثر بشخصية القائد وأسلوبه وبشخصية الجماعة والموقف.
- ✓ الموقف له أهمية كبيرة في التأثير على عملية القيادة لأنه يؤثر على مدى قدرات القائد في إنجاز ما هو مطلوب منه.
- ✓ للتعرف على الشخص المناسب للقيادة وفقاً لهذه النظرية يتم وضع ذلك الشخص في موقف معين وتترك له حرية التصرف ويتم بعد ذلك دراسة تصرفه وصلاحيته للقيادة.

إن أهم النظريات الظرفية هي:

أ- النظرية الظرفية فيدلر:

- ✓ تشير هذه النظرية إلى أنه ليس هناك أسلوب واحد في القيادة يصلح لكل زمان ومكان كما أنه ليس هناك صفات معينة يجب توافرها في كل قائد وليس هناك قائد يمكن وصفه بأنه ناجح أو فاشل في كل الأوقات.
- ✓ **إن فعالية القيادة أو إنجاز المجموعة يعتمد على التوافق الصحيح والسليم بين شخصية القائد وثلاثة متغيرات في الموقف هي:**
- 1- العلاقة بين القائد ومرؤوسيه وهذه تعبر عن مدى وجود علاقة جيدة بين الطرفين وتعبّر عن مدى قبول المرؤوسين لقائدهم.
- 2- مدى وضوح مهام العمل ومدى وضوح الواجبات الملقاة على عاتق المرؤوسين وهذا يشير إلى درجة الروتين في العمل.
- 3- درجة القوة في مركز القائد: وهذا المتغير يشير إلى درجة التأثير التي يتضمنها مركز القائد من ناحية:
- ✓ العقاب والثواب للمرؤوسين،
- ✓ السلطة الرسمية للقائد ومدى الدعم الذي يلاقيه القائد من رؤسائه بشكل عام.
- ✓ **جوهر نظرية فيدلر** يشير إلى أن القائد المهتم بمهام العمل والذي ينزع إلى المركزية والتسلط يكون فعالاً في تحقيق إنتاجية عالية لمرؤوسيه في الحالات المتطرفة لخصائص الموقف أي السهولة جداً أو الصعوبة جداً بينما القائد الذي يهتم بالعلاقات والنواحي الإنسانية فإنه يحقق إنتاجية عالية لمرؤوسيه في الحالات التي يتميز بها الموقف بالاعتدال أي أن يكون متوسط الصعوبة.
- ✓ إذا أردنا ضمان نجاح فعالية القيادة في كل المواقف فعلى القائد أن يكون مرناً في استخدامه لأساليب القيادة المختلفة

ب-نظرية المسار- الهدف:

- ✓ طورت هذه النظرية كأحدى النظريات الظرفية في القيادة وتؤكد بأن القائد الفعال هو الذي يقوم بمساعدة مرؤوسيه في تحديد أهدافهم ورسم المسارات المؤدية إلى تحقيق هذه الأهداف من خلال إزالة العقبات التي تعترض طريقهم، وتدريبهم ومكافأتهم على إنجازهم.
- ✓ **الأسلوب القيادي الناجح في تحقيق الأهداف هو الذي يقوم بتوضيح المسار للمرؤوس والذي من خلاله يستطيع تحقيق الهدف المطلوب منه وتحدد هذه النظرية أربعة أنواع من السلوك القيادي هي:**
- 1- **السلوك التوجيهي** أو الأمر حيث يقوم الرئيس بإبلاغ المرؤوس عما يجب عليه عمله وكيف يقوم به ومتى.
- 2- **السلوك المؤازر** حيث يظهر القائد صداقته لمرؤوسيه واهتمامه بهم وعطفه عليهم.
- 3- **السلوك المشارك** وهنا يشارك القائد مرؤوسيه باتخاذ القرارات وتقبل اقتراحاتهم لهذه القرارات.
- 4- **السلوك الإنجازي** حيث يقوم القائد بتحديد أهداف مثيرة تشكّل تحدياً للمرؤوس ويظهر مدى ثقته بالمرؤوسين في تحقيق هذه الأهداف.
- ✓ يستطيع القائد استخدام جميع أنماط السلوك السابقة لكن في مواقف وظروف مختلفة فمثلاً يستطيع استخدام السلوك التوجيهي في حالة الموقف الجديد فيما يستخدم السلوك المؤازر للموظف القديم والذي يهتم بالبحث عن أفضل سلوك لتحقيق أهدافه.

المدير كقائد للمنظمة الصحية:

القضايا الهامة التي تحتاج إلى قيادة فاعلة على مستوى المنظمة الصحية هي ما يلي:

- 1- تحديد أولويات المنظمة وخلق إجماع المشاركين على هذه الأولويات.
 - 2- حشد الدعم المطلوب لأهداف وغايات المنظمة من الداخل ومن البيئة الخارجية.
 - 3- تحديد الأدوار والمسؤوليات فيما يتعلق بتوجه المنظمة والأداء التنظيمي.
 - 4- اختيار مزيج الخدمات الصحية المناسبة التي ستقدمها المنظمة وتحديد سوقها المستهدف.
 - 5- القيام بمهام التخطيط الاستراتيجي للمنظمة واختيار الاستراتيجيات المناسبة.
- وللتعامل مع هذه القضايا لابد للإدارة العليا من اتخاذ قرارات صحيحة فيما يتعلق بهذه القضايا المعقدة والهامة والتي تجعل منهم قادة فاعلين لمنظمتهم وتحدد هذه القضايا الرئيسية بثلاثة مجموعات كما يلي:

- 1- قضايا أخلاقية وفلسفية تتعلق بنظام القيم والمبادئ التي تهدي وتحدد فلسفة ورسالة المنظمة الصحية وتحدث التوافق والانسجام بين الأهداف والغايات والمصالح المشروعة للأطراف المختلفة والمتنازعة داخل وخارج المنظمة.
- 2- قضايا رمزية مثالية وتعلق بدور الإدارة العليا كقيادة تمثل الرمز والقُدوة والثقة والمسؤولية وبما يضيف الشرعية والمصداقية والأهلية على مساعي وجهود المنظمة لكسب الدعم والتأييد المطلوب من الداخل والخارج وبما يحقق كذلك الاستقرار للمنظمة والضبط والرقابة الذاتية.
- 3- قضايا تتعلق بالقدرة على رؤية واستطلاع المستقبل وأخذ المبادرة للتعامل مع المشاكل قبل وقوعها وهذا يتعلق بالحاجة إلى التخطيط الاستراتيجي لضمان استمرار ونمو المنظمة في بيئة متغيرة وغير مستقرة.

خصائص القيادة الناجحة:

مهما كانت النظريات المعتمدة في القيادة إلا أنه يمكن تحديد بعض الصفات التي يجب أن يتحلّى بها القائد وهذه الصفات هي :

أ- الوعي: ويقصد بذلك وعي القائد لمدى تأثيره على مرؤوسيه والأسلوب الأفضل لممارسته مثل هذا التأثير. كما يتضمن وعي القائد للعوامل والمتغيرات التي تزيد من فعاليته وهذا يتضمن الالمام بالنظريات والأبحاث المتعلقة بالقيادة ونظريات الحفز والاتصال وهنا لا تكفي معرفة هذه النظريات فقط وإنما محاولة تطبيقها

ب- الإحساس والتعاطف: تعني القدرة على فهم ومعرفة حاجات ورغبات وشعور الآخرين لأنه يتضمن فهم كل النواحي الإنسانية بدلاً من إظهار الشفقة على المرؤوسين

ج- الثقة: إن ثقة القائد بنفسه وبقدراته وقدرات مرؤوسيه تؤثر تأثيراً إيجابياً على فعالية القيادة.

د- القدرة على الاتصال: قدرة القائد على توضيح وإيصال ما يريده لمرؤوسيه وخاصة فيما يتعلق بالأهداف وتوقعات المرؤوسين .

مفاهيم أساسية Basic Concepts

عدد	الكلمة بالإنجليزية	ترجمتها	نطقها بالعربي
١	Reward Power	قوة المكافأة	
٢	Courier Power	قوة الإكراه	
٣	Legitimate Power	السلطة القانونية	
٤	Expert Power	القوة الفنية	
٥	Referent Power	قوة الإعجاب	
٦	Authoritarian Leadership	القيادة الدكتاتورية	
٧	Autocratic Leadership	القيادة الأوتوقراطية	
٨	Democratic Leadership	القيادة الديمقراطية	
٩	Laissez Faire	قيادة عدم التدخل	

الفصل الحادي عشر

الاتصال في المنظمات الصحية

المقدمة:

- ✓ يعتبر تدفق المعلومات دمر الحياة في عمليات وفعاليات أي تنظيم
- ✓ حقيقة الأمر أن توفير المعلومات الدقيقة والكاملة في الوقت الصحيح هو دائماً أحد المشاكل الأكثر تعقيداً التي تواجه المنظمات
- ✓ توصيل المعلومات هو الجوهر والأساس في كل التنظيمات وبدون مشاركة المعلومات لا يمكن للتنظيم أن يتشكل ولا يعيش طويلاً.
- ✓ عملية الاتصالات تفرض مشكلة كبيرة ومعقدة لإدارة المنظمة الصحية والتي ترتبط بفعاليتها بشكل مباشر بالنجاح الذي تستطيع به الإدارة إجراء الاتصال.
- ✓ الاتصالات في المنظمات الصحية تعني فقط إرسال واستقبال تلك المعلومات التي تساعد المنظمة على الوصول إلى أهدافها فقط وأي نوع آخر من الاتصالات في المنظمة سوف يكون غير فعال.

أسباب ضعف الاتصالات في المنظمات الصحية:

- ✓ في دراسة لفعالية الاتصالات في المستشفيات كان السؤال الذي وجه للمدراء هو كيف تصنف فعالية عملية الاتصالات في مستشفاك بشكل عام؟ وطلب من المدراء تصنيفها ضمن أربعة تصنيفات هي جيد جداً، جيد، متوسط، وضعيف وكانت الإجابات كما يلي:
- ✓ صنف حوالي ٣/١ أو ٢٣٪ المدراء فعالية الاتصالات بمعدل أقل من الجيد.
- ✓ وفي الإجابة على سؤال آخر حول المشاكل الرئيسية والمعوقات للاتصالات الجيدة كانت الأسباب التي ذكرها المدراء هي كما يلي:
 - ١- ضعف كفاءة العنصر البشري وعدم توفر الوقت الكافي.
 - ٢- عدم وجود برامج تدريب أثناء العمل وبرامج للتطوير.
 - ٣- عدم وجود إجراءات وسياسات وتوجيهات مكتوبة للعمل والعاملين.
 - ٤- سوء فهم للنشاطات المتخصصة وأعمال النشاطات الأخرى في المستشفى.
 - ٥- المشاكل التنظيمية، عدم تحديد خطوط السلطة والمسؤولية.
 - ٦- الفشل في إدراك أهمية الاتصالات. ٧- المعوقات اللغوية. ٨- دوران العمل.
 - ٩- مشاكل العاملين. ١٠- التشغيل على مدى ٢٤ ساعة.
- ✓ ويلخص اختصاصي الاتصالات أسباب ضعف الاتصالات في التنظيم بالقائمة التالية:
 - ١- عدم ملائمة وضعف مهارات ومواقف المرسلين والمستقبلين للمعلومات.
 - ٢- عدم وجود وسائل لتقويم نتائج الاتصالات وتحسينها.
 - ٣- سوء فهم وتحريف المعلومات المرسلت والمستقبليّة بسبب العلاقات والعوامل الإنسانية.
 - ٤- كبر حجم التنظيم، فكلما كان التنظيم أكبر كلما كانت عملية الاتصالات صعبة.

مبادئ عامة في الاتصالات:

- ✓ يتضمن برنامج تحسين الاتصالات في أية منظمة مبادئ وإرشادات عامة لا بد من تطبيقها في نشاطات الأعمال اليومية وهي:
 - ١- الاتصالات ليست عبارة عن أداة فقط أو ناحية مساعدة في التنظيم فهي جوهر أي نشاط منظم والعملية الأساسية التي تنبثق عنها كافة الأعمال الأخرى.
 - ٢- الاختلاف الكبير في نوعية ونتيجة الاتصالات يحتم ضرورة إخضاعها لعملية الرقابة والضبط الإداري ويعني ذلك إخضاعها للمبادئ الإدارية المعرفة من تحليل وتخطيط وتنسيق وتقويم.
 - ٣- النظر إلى الاتصالات والتفكير بها على أساس أنها توجيهية سواء الاتصالات الصاعدة أو النازلة أو الاتصالات الأفقية عند صدورهما من المرسل. كما أن كل اتجاه لهذه الاتصالات يفرض مشاكل فنية ونفسية مختلفة ولا بد من حل هذه المشاكل إذا أريد للاتصال نجاح.
 - ٤- رغم أن معظم التنظيمات تتصل بشكل جيد نسبياً، فإن الاتصالات غير الفعالة في التنظيم يمكن أن تعني ضياع في الوقت والموارد ويمكن أن ينتج عنها انخفاض في الإنتاجية وارتفاع في التكاليف.
 - ٥- يمكن تحسين الاتصالات عن طريق تعليم المبادئ العامة والمهارات المختلفة في الاتصالات.
 - ٦- الاتصالات لا تقتصر على الاتصالات الشفهية والكتابية بل يمكن أن تتم بطرق مختلفة غير شفوية من خلال الإشارات والتلميح، وتعايير الوجه، وحركات الجسم، ونغمة الصوت، واللباس.
 - ٧- إن الفرد وبشكل عام، يستمع ويقدر ويلاحظ ثم يختار ويفهم تلك الأجزاء من الرسالة التي ترتبط بمصالحه واهتمامه، ورغباته وحاجاته.
 - ٨- إن المرء لا يمكن أن يفشل في الاتصالات فعندما نتوقع الاستجابة لرسالة ما فإن الصمت قد يعني الاتصال (يمكن أن ترسل الخوف، العناد، أو عدم التعاون) ولهذا فإن الخبر ليس بين أن نتصل أو لا نتصل، ولكن بين الاتصال بفعالية أو بعدم فعالية.
 - ٩- إن لكل اتصال محتوى لفظي وهو المعنى المتضمن وراء الاتصال أو الذي يحكم العلاقة بين الأفراد الذي يشكلون طرفي الاتصال.
 - ١٠- العديد من المدراء يشعرون أن الرسالة تحتاج إلى أن ترسل مرة واحدة فقط لتكون فعالة فإن اختصاصي الاتصالات يصرون على أهمية الإعادة والتكرار. القاعدة العامة: كلما كانت الرسالة مهمة يجب تكرار إرسالها.
 - ١١- لا بد أن يتضمن الاتصال وسيلة للتغذية الراجعة، فبدون التغذية الراجعة لا يستطيع المرسل معرفة فيما إذا كان اتصاله فعالاً أم لا. والتغذية الراجعة يمكن أن تكون فورية مثل محادثة شخص وشخص أو متأخرة كما في الدراسات والمسوحات الخاصة.
 - ١٢- العقبة العامة للاتصالات تكمن في العلاقات الإنسانية داخل المنظمة.
 - ١٣- ضرورة توفر مقياس لتقويم الاتصالات عند وضع أي برنامج لتحسين الاتصالات وإنجاحها.
 - ١٤- إن الاتصال لا يحدث بمجرد أن الرسالة قد تم إرسالها، فيجب أن تستلم بمقدار معقول من الدقة.
 - ١٥- يجب ألا نذكر فقط في حل مشاكل الاتصالات لنفسها (مثل مشاكل الاجتماعية وبرنامج نظام المقترحات والشكاوي وغيرها)، كذلك في حل المشاكل التنظيمية المحددة عن طريق تطبيق أساليب محددة للاتصالات.

الحاجة إلى تحسين الاتصالات:

- ✓ أن أحد الأسباب لضرورة كوننا متوجين لتحسين الاتصالات هو أن الأفكار والمعدات والإجراءات تتغير اليوم بسرعة أكبر من أي وقت مضى.
- ✓ الاتصالات ترتبط بالاستعمال الفعال للموارد البشرية وبشكل نهائي بتكلفتها إدارة المنظمة الصحية أو أي تنظيم آخر
- ✓ الاتصالات الأكثر فعالية وتعني مشاركة فعالة للأفكار والشعور والمواقف لمصلحة المنظمة - يمكنها أن تنجز العمل بشكل أقل وتحل المشاكل بكفاءة أكبر وهكذا تؤثر على خدمات الرعاية الصحية، وإنتاجية العاملين وتكاليف التشغيل.

تحسين الاتصالات من أعلى إلى أسفل: النازلة

- ✓ أشارت نتيجة الدراسة السابقة الذكر بأن اتصالات المدراء مع المشرفين كانت فعالة جداً اما الاتصالات مع المرؤوسين فكانت قليلة وهذا يعزز المبدأ القائل بأن الاتصالات تفضل أو تعرقل بشكل أكبر في التنظيمات الكبيرة كلما ابتعدنا عن مصدر الرسالة
- ✓ يتفق اختصاصي الاتصالات بأن المدراء يمكن أن يكونوا أكثر كفاءة وفعالية في أعمالهم عندما يستخدموا الاتصالات النازلة لتحقيق هدفين:

- 1- إبلاغ المرؤوسين عن مسؤوليات أعمالهم ودورهم في التنظيم.
- 2- الحصول على التعاون الكامل من مرؤوسيههم وبذلك يتم استعمال الموارد المتاحة لهم بشكل منتج والى حد بعيد قدر الإمكان.
- ✓ ولتحقيق هذين الهدفين لا بد للمدراء من تطوير وعي مستمر عن أهمية الاتصالات مع كافة مستويات الإدارة والإشراف ولا بد من أن يكونوا حذرين دائماً وعلى كل المستويات في التنظيم إلى وجود مشاكل محددة للاتصالات التي تؤثر على أداء التنظيم وإنجازه.

صعوبات الاتصال إلى أسفل:

- ✓ ومع ان الاتصالات النازلة هي الأكثر شيوعاً في أي تنظيم فهي غالباً الأصعب بسبب الخلاف الأساسي الذي ينتج غالباً عن علاقات الرئيس والمرؤوس.
- ✓ الرؤساء والمرؤوسين يمكن أن يكون لديهم آراء وتوقعات مختلفة ومصالح مختلفة وهذا غالباً يجعل الاتصالات النازلة صعبة.
- ✓ هنالك مشاكل أخرى تصعب من الاتصال النازل وتعود للمدراء وهي:

 - 1- ضعف مهارة المدير في اختيار الوسيلة المناسبة واستخدامها.
 - 2- قد يشعر المدير بأن المرؤوس ليس لديه الحاجة أن يعرف أو الحق لأن يعرف بعض المعلومات.
 - 3- قد يفترض المدير أن الرسالة المرسلتها هي رسالة مستلمة دون الاهتمام أو التأكد من أن أحداً ما يستمع أو يفهم الرسالة كما أرادها مرسلها.

وهنالك مشاكل أخرى تعود للمرؤوسين وتعميق الاتصال النازل كما يلي:

- 1- قد يفشل في فهم المعنى المقصود أو في الإلمام بأهمية الرسالة.
- 2- قد يشعر أن لديه الحاجة أو الحق في أن يعرف المعلومات التي حجبت عنه.
- 3- قد لا يثق بدوافع الرئيس في إعطاء المعلومات أو طلب التعاون.
- 4- قد يفتاظ من النقد (سواء المتضمن أو المحدد). 5- قد يقاوم أي تغيير في عادات عمله أو نمط تفكيره.
- ✓ بعض المتطلبات الدنيا (الأساسية) للاتصالات النازلة: للاتصال بفعالية إلى أسفل هنالك حد أدنى من المتطلبات الضرورية كما يلي:

 - 1- يجب أن يكون المرسل واعياً ومدركاً لصفات وخصائص كل وسائل الاتصال إلى أسفل الموجودة لديه. وأن يكون قادراً على اختيار الوسيلة المناسبة للرسالة ويعرف كيف يستلمها بمهارة.
 - 2- إن الاتصالات النازلة يجب أن تحتوي على مضمون ولفظ ترضي وتوفق بين اهتمامات كلاً من الرئيس والمرؤوس فيجب أن لا تظهر الفوائد كلها على جانب واحد.
 - 3- حيثما كان بالإمكان، يجب إعطاء الأسباب لأية تغييرات يراد إدخالها وهذا يخلق مناخاً من الثقة، والاحترام المتبادل.
 - 4- لضمان التحسين المستقبلي على الاتصالات النازلة يجب تقويم دقتها كلما كان ذلك ممكناً من خلال استعمال التغذية الراجعة.

والحصول على التغذية الراجعة يعني معرفة كم كان الاتصال فعالاً. والتغذية الراجعة ببساطة هي معرفة النتائج

- 1- فيما إذا فهم المرؤوسين الرسالة واتخذوا الإجراء المناسب عليها.
- 2- ماذا يمكن للمرؤوسين أن يسهموا في حل المشكلة.
- 3- ما يجب عمله للتوفيق بين حاجات الرئيس والمرؤوس والمنظمة.

ويمكن الحصول على التغذية الراجعة من خلال ما يلي:

- التقارير (المكتوبة والشفوية) والمذكرات الصاعدة. - أنظمة الاقتراحات. - أساليب الشكاوى والتذمر.
- مقابلات ترك الخدمة. - تقويم الأداء. - مسوحات المواقف والآراء. - الاجتماعات بأنواعها المختلفة. - المؤتمرات.

تحسين الاتصالات الصاعدة:

الاتصالات الصاعدة هي انتقال الرسائل إلى مستوى أعلى في التنظيم فإنها تساعد المدير والمشرف والمستخدم (غير المشرف) على المساهمة في المعلومات والمواقف الإيجابية لمصلحة التنظيم، وفي نفس الوقت يمكن أن يعلم المدراء والمشرفين ما يلي من معلومات عن المرؤوس ومواقفه.

- ما الذي تم إنجازه؟ - ما هي المشاكل، وفرص التحسين؟
- ما هي الطلبات والأوامر والتعليمات التي يجب إرسالها إلى أسفل بهدف اتخاذ الإجراء الصحيح؟
- كيف كانت فعالية الاتصالات النازلة وكيف يمكن تحسينها.

بعض الصعوبات في الاتصالات الصاعدة:

- ١- إن المدير أو المشرف يرى المرؤوس اللامع كتهديد لأمنه، ولهذا يمتنع الرئيس عن إعطاء معلومات للمرؤوس تساعد على أن يبدا جيداً، وبهذا سوف يتوقف المرؤوس عن الاتصال إلى أعلى ويصبح أقل إنتاجية.
- ٢- إن الرئيس لا يستمع، فالنظرة التقليدية للقائد هي أنه الشخص الذي يتكلم بينما المرؤوس يستمع، وفعالية الاتصال الصاعد يجب أن يتكلم المرؤوس ويصغي الرئيس والاستماع فن ينقص الكثير من الرؤساء وخصوصاً في المقابلة وجهاً لوجه.
- ٣- إن المناخ العام للاتصال الصاعد هو ضعيف، فبسبب الاختلاف في المركز والخلفية والتعليم فإن العلاقة بين الرئيس والمرؤوس يمكن أن تضعف.
- ٤- المرؤوس يقاوم التغيير، فتردد المرؤوس لتمرير وإعطاء الأفكار الجديدة أحياناً ما يوصف كمشكل للاتصال الصاعد لأنه يخش التغيير الذي قد تجلبه الفكرة على وضعه وعمله.
- ٥- المرؤوس تنقصه المهارات للاتصال، ولأن وقت الرئيس عادة أثنى من وقت المرؤوس فمن الأساسي أن تكون الاتصالات الصاعدة فعالة وكفؤة.
- ٦- إن التنظيم يهمل الاتصالات الصاعدة بعد استلامها ولا يأخذ إجراء عليها، فبعض التنظيمات تشجع الاتصالات الصاعدة وبعد ذلك نجد أنها غير جاهزة للتعامل مع المعلومات أو المواقف التي تجدها.

فتح قنوات الاتصالات الصاعدة:

لأسباب واضحة فإن الأخبار الجيدة تصل الإدارة بشكل أسهل بينما المشاكل تتحرك ببطء أكبر عبر القنوات الصاعدة وأحياناً لا تصل إلى بعد ظهور الأزمة. وبذلك تكون النتائج مكلفة. ولتغلب على قنوات الاتصالات الصاعدة بين المرؤوسين والرئيس فقط طورت التنظيمات أساليب مختلفة ووسائل عديدة والتي هدفها الأساسي فتح وإزالة العوائق أمام قنوات الاتصالات وهذا يتم عن طريق تخطي المشرف المباشر للمستخدم والذي تكون معلوماته ومواقفه مهمة للإدارة وإحدى هذا الأساليب استعمال لجان ومجالس الموظفين كوسائل لإزالة العوائق أمام الرسائل الشرعية إلى الإدارة من المرؤوسين.

تحسين الاتصالات ذات الاتجاهين:

- إن الأسلوب المستعمل في الاتصالات الصاعدة أو النازلة يمكن أن يضمن اتصالاً ذا وجهين إذا ما تم اختيار الوسيط أو الأسلوب الذي يسهل الاتصال في الاتجاه المعاكس. وهذا من شأنه ضمان تغذية راجعة ذاتية ومعرفة أفضل لنتائج الرسالة الأصلية.
- فعند عدم توفر الاتصالات ذات الاتجاهين وعند عدم تشجيع الموظفين على الاتصال بحرية مع الإدارة فيمكن توقع ما يلي:**
- ١- سوء فهم أهداف التنظيم وسياساته. ٢- ضعف ولاء وانتماء العاملين للتنظيم وأهدافه.
 - ٣- برامج تدريب مكثفة ومكلفة. ٤- سوء فهم مستمر بين المرؤوس والرئيس وبين الأقسام.
 - ٥- تدمير لمركز الرئيس وقدرته على القيادة فبدون الاتصالات ذات الاتجاهين يشعر مشرفو الخط الأول أنهم معزولون عن رؤسائهم ومرؤوسيه.
 - ٦- إن الهدوء أو الصمت في التنظيم يخلف عادة الشائعات والبلبلت وحتى في غياب الشائعات فإن الموظفين عادة يعطوا معنى غير جيد للصمت.
 - ٧- ارتفاع نسبة المستخدمين الذين يتركون العمل، وتغيب، وعدم رضى عن العمل وغياب الفهم والتفهم المشترك بين الرؤساء والمرؤوسين.

الاجتماعات:

- ✓ إن الكثير من الاجتماعات هي في الأساس ذات اتجاه واحد للاتصال، فالرئيس يتكلم وأحياناً بغير فعالية ومرؤوسيه لديهم القليل من الفرص للتعبير عن آرائهم ومواقفهم وأسئلتهم.
- ✓ رغم ذلك فإن الاجتماعات وخاصة المصغرة منها هي وسيلة تمنح الرئيس والمرؤوس الفرصة لمشاركة آرائهم وشعورهم بفعالية وسهولة.
- ✓ رغم الانتقادات التي قد توجه إلى الاجتماعات لعدم جدواها في تضييع الوقت بمواضيع غير ناعمة وغير مرتبطة كما أن البعض منها يتعارض مع العمل وذا تكلفة عالية وعندما تنتهي الاجتماعات المباشرة فإن المسؤولين عنها لا يعرفون فيما إذا:
 - ١- تم الاستماع للرسالة.
 - ٢- هل تم فهم الرسالة.
 - ٣- هل سيتم اتخاذ إجراء عليها.

✓ وبالرغم من هذه الانتقادات فإن الاجتماعات وجهاً لوجه تعتبر وسيلة اتصال أفضل بكثير من الوسائل الكتابية بعدة طرق:

- ١- إن الاتصالات وجهاً لوجه على الأرجح أكثر معنى من الاتصالات الكتابية لأن هنالك تشويش أقل للمادة المرسلت فالمشارك لا يرسل فقط الأفكار بل كذلك الشعور والمواقف حول أفكاره، وحول رؤسائه، وحول التنظيم، وحول نفسه.

٢- تستطيع الاجتماعات وبنجاح الكشف عن المشاكل الخفية للتنظيم فعن طريق التكلم والاستماع في الاجتماعات، يستطيع رئيس القسم أو الرئيس أن يحصل على تفهم أفضل عن مرؤوسيه وعن طاقاتهم وحاجاتهم للمعلومات ومشاكل أعمالهم. وكذلك الأمر بالنسبة للمرؤوس فإنه يتفهم ويسهم بالأفكار ويحصل على التقدير الذي يستحقه.

٣- الاجتماع وجهاً لوجه وسيلة جيدة للاتصالات ذات الاتجاهين.

✓ لماذا تفضل الاجتماعات؛ خمسة أسباب رئيسية لضعف الاجتماعات وفشلها:

١- عدم تحديد أهداف الاجتماع والغرض منه بوضوح والفشل في نقل وإبلاغ أهداف وغرض الاجتماع إلى المشاركين بشكل واضح وقبل موعد الاجتماع بفترة زمنية كافية.

٢- ينظر المدير إلى الاجتماع كفرصة له لطرح خطته وأفكاره التي حضرها سلفاً ويعمل على فرضها على المشاركين أكثر من كونه فرصة للتعرف على أفكار المشاركين ومناقشتها.

٣- عدم توفر معلومات كافية لدى المدير عن المشاركين في الاجتماع. لماذا سيشاركون؟ وماذا يتوقعون من الاجتماع؟ ما هي حاجاتهم؟ وما الذي يمكنهم المساهمة فيه وتقديمه في الاجتماع.

٤- نقص مهارات الاستماع لدى قائد الاجتماع.

٥- عدم الوعي لأهمية الاتصالات ذات الاتجاهين TOW WAY COMMUNICATION وللطرق الفعالة لتحقيقه

✓ أسئلة ونقاط هامة تتعلق بالاجتماعات:

١- قبل الاجتماع:

✓ قبل عقد الاجتماع هنالك عدة أسئلة محددة يجب على المدير أو قائد الاجتماع أن يكون مستعداً للإجابة عليها بخصوص قيادته للاجتماع وهي:

١- ما هو الغرض من الاجتماع وما الذي يرمي إلى تحقيقه؟ هل الغرض واضحاً لمخطط الاجتماع؟ وهل تم توضيحه للمشاركين؟

٢- هل هو مستعد للنقاش؟ وهل خطة النقاش التي ينوي إتباعها مناسبة؟

٣- هل قام بتحليل ودراسة المشاركين والتعرف على نقاط قوتهم وضعفهم؟

٤- هل الوسائل المساعدة للاجتماع مناسبة؟

٥- ما هي الأساليب التي يجب على إتباعها لضمان مشاركة فعالة من المشاركين ولتحقيق اتصالات ذات اتجاهين؟

٦- هل تم التفكير بكافة التفاصيل والمتطلبات الخاصة بالاجتماع من البداية إلى النهاية

٢- خلال الاجتماع:

✓ على المدير أن يكون متيقظاً وأن يبذل جهوداً كافية لملاحظة وتسجيل مجريات وسير الاجتماع، ويجب عليه الانتباه إلى النقاط التالية:

١- هل النقاش مرتبط بالفرض من الاجتماع؟

٢- هل يسير النقاش بسهولة ويسر وانتظام؟

٣- ما هي الأمور التي تسير جيداً في الاجتماع؟ وما هي الأمور والنواحي الضعيفة في الاجتماع؟

٤- هل المدير يعي ويستمع إلى الهدوء والسكون المخيم في الاجتماع بالإضافة إلى النقاش والحديث؟

٥- ما هي ردود أفعال وشعور ومواقف الأعضاء؟ وما هي انطباعات المدير عن مجريات الأمور في الاجتماع.

٣- بعد الاجتماع:

✓ لا بد للمدير من تكريس بعض الوقت لتقييم نجاح الاجتماع وللتعرف على نقاط الضعف لتحسين فعالية الاجتماعات اللاحقة ولهذا لا بد له من الإجابة على الأسئلة التالية:

١- هل كان استعداد المشاركين للنقاش جيداً؟ وهل كان مستعداً للنقاش؟

٢- هل تم حضور الاجتماع من قبل كل الأشخاص الضروريين؟ أم كانت هنالك حاجة إلى دعوة أشخاص آخرين؟

٣- هل شعر المشاركون بحرية التعبير والمشاركة؟

٤- هل كان النقاش حراً من سيطرة المدير أو سيطرة الأعضاء الآخرين في المجموعة؟

٥- هل كانت أسئلتي وتقديمي للمواضيع والنقاط واضحة ومحددة؟

٦- هل كان هنالك استعمال فعال للمساعدات البصرية في الاجتماع.

٧- هل تحقق الاتصال ذات الاتجاهين بشكل فعلي؟

٨- هل كانت نتائج الاجتماع تستحق وتبرر الوقت والجهد المصروف؟ كيف أستطيع معرفته ذلك؟

الفصل الثاني عشر

التغيير التنظيمي في المنظمة الصحية

- ✓ التغيير في منظمات الرعاية الصحية إحدى أهم المسؤوليات الإدارية للمدير الصحي.
- ✓ فممارسة المدير لعملية التخطيط الاستراتيجي لابد له من رصد وتحليل وتقويم البيئة الخارجية للمنظمة الصحية بكافة أبعادها بهدف التكيف مع البيئة وضمان استمرارية المنظمة.
- ✓ التغيير في المنظمة الصحية ينصب إما على المدخلات أو على عملية التحويل أو على المخرجات النهائية، يعني أن التغيير الذي تتبناه المنظمة ينصب إما على الوسائل Means أو الغايات (Ends) أو على كليهما معاً.

أنواع التغيير:

- ✓ تصنيف التغيير الذي تتبناه المنظمات الصحية بثلاثة أنواع كما يلي :

١- تغيير فني Technical Change

- ✓ وهو تغيير ينصب على الوسائل وليس الغايات.
- ✓ ويختلف هذا التغيير في تكلفته وأثره على المنظمة.
- ✓ على سبيل المثال قرار تغيير جهاز تصوير شعاعي بأخر ذو قدرة إنتاجية أعلى يتضمن كلفة قليلة للمنظمة وأثراً قليلاً أيضاً بينما نجد أن قرار إنشاء وحدة لجراحة القلب أو لغسيل الكلى في المستشفى يتضمن كلفة عالية للمنظمة إضافة إلى تأثيره على الكثير من الأنشطة المختلفة حيث سيخلق طلباً على هذه الأنشطة كنشاط التمريض والمختبر والأشعة والهندسة والصيانة وغيرها.
- ✓ بالرغم من اختلاف القرارين في الكلفة والأثر فكلهما يمثل تغيير في الوسائل ولا يمثل تغييراً في الأهداف الأساسية للمنظمة.

٢- تغيير تعديلي Adjustable change

- ✓ وهو تغيير في الغايات وليس الوسائل، وينصب على أهداف المنظمة دون تغيير في الوسائل الجوهرية.
- ✓ فقرار المستشفى مثلاً بإنشاء برنامج للرعاية الصحية الممتدة للمنازل Home care لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة أو قرار المستشفى بأن تصبح مركزاً للتعليم الطبي والصحي هما مثالين للتغيير التعديلي حيث أن التكنولوجيا اللازمة لتنفيذ هذين القرارين (الوسائل) موجودة أصلاً وكل ما تم تغييره هو إعادة النظر في أهداف المنظمة.

٣- التغيير التكيفي Adaptive change

- ✓ ويتضمن تغييراً في كلا الوسائل والغايات معاً. هذا النوع لا يحدث بشكل متكرر وعندما يحدث فإنه يتضمن تعديل جوهري في توجه المنظمة (الغايات والأهداف) وبذلك ينطوي على تغييرات في الوسائل التي من خلالها تحقق المنظمة أهدافها المعدلة. والمثال التقليدي لهذا النوع من التغيير وتنادي به منظمة الصحة العالمية هو قرار المستشفى العام أو مستشفى المجتمع المحلي بتقديم خدمات صحية وقائية للمجتمع المحلي.

مصادر التغيير:

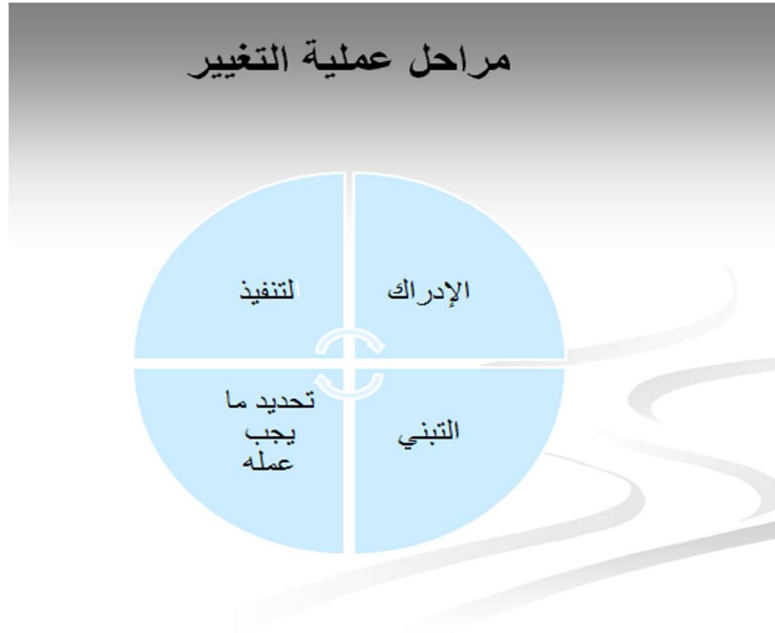
- ✓ هناك ثلاثة مصادر للتغيير في المنظمات الصحية كما يلي:

- ١- ابداع Origination ويشير مصدر التغيير هذه إلى ابتداع أو خلق حلول أصلية للتعامل مع مشكلة تواجه المنظمة.
- ٢- التكيف ويشير إلى تطبيق حلول تم تطويرها خارج المنظمة بعد تكيفها وتعديلها لحل مشكلة تواجه المنظمة.
- ٣- الاستعارة ويشير هذا المصدر إلى تطبيق حل تم تطويره خارج المنظمة دون أن تعدل عليه أو بعد إجراء تعديل طفيف عليه.

عملية التغيير:

- ✓ بغض النظر عن نوع التغيير الذي تتبناه المنظمة أو مصدره يمكن النظر إلى التغيير كعملية تتضمن أربعة مراحل وكما يلي:
- ١- إدراك المشكلة أو الحاجة للتغيير recognition من قبل المشاركين في المنظمة والمتعاملين معها والحاجة للتغيير عادة هي الفجوة المدركة بين ما تعمله المنظمة حالياً وما يتوجب عليها عمله.
- ويتأثر إدراك المنظمة للحاجة للتغيير بما يمارس عليها من ضغوط خارجية وداخلية.
- التغيير في حاجات البيئة المحيطة والطلب على الخدمات من البيئة تشكل توقعات وحاجات ورغبات العاملين في المنظمة ضغوطاً داخلية على المنظمة لإدخال التغيير.
- ٢- تحديد العمل أو الإجراء وهذا يمكن أن يحدث على مستويات مختلفة في المنظمة الصحية والنقطة الهامة هنا هي التأكد من أن برنامج العمل الذي يتفق عليه يتم دفعه وتحريكه باتجاه التنفيذ.
- ٣- تنفيذ التغيير المطلوب وتتأثر هذه المرحلة بخصائص البناء التنظيمي للمنظمة وخصائص التغيير المقترح وخصائص الأفراد القائمين على التنفيذ.

٤- قبول التغيير Acceptance إن تنفيذ التغيير لا يعني بالضرورة القبول النهائي به من قبل الأفراد. فحدوث التبني للتغيير يتوقف على خصائص التنظيم وعلى المراحل السابقة لعملية التغيير والخصائص الاجتماعية والشخصية لكل من له علاقة بالتغيير.



خصائص عملية التغيير والعوامل المؤثرة:

✓ تتأثر عملية التغيير بالعديد من العوامل والتي لا بد من الإشارة إلى أهمها:

- ١- تتأثر عملية التغيير بالمثير للتغيير، ويحدث المثير للتغيير عندما يتم إدراك تناقض أو اختلاف بين ما تفعله المنظمة بالمقارنة مع ما يعتقد المشاركون في التنظيم عما يتوجب على المنظمة عمله. هذا التناقض يخلق فجوة في الأداء، ويقدر ما تكون هذه الفجوة الأدائية واضحة وكبيرة بقدر ما تكون القوة المحركة للتغيير وتنفيذ التغيير.
- ٢- تسلسل مراحل التغيير وترابطها المنطقي والمنظم، فمراحل التغيير متسلسلة بشكل منطقي ومنظم حيث لا يمكن البدء بمرحلة لاحقة إلا إذا تحققت المرحلة السابقة مما يجعل التنفيذ عرضة لاحتمالية عدم التقدم إلى المرحلة اللاحقة من العملية.
- ٣- الطبيعة التفاعلية لمراحل عملية التغيير بمعنى أن كل مرحلة لاحقة مشروطة ومعتمدة على سابقتها. أي أن الاحتضان مثلاً مشروط بالتنفيذ، والتنفيذ مشروط باتخاذ قرار حول ما يجب عمله وهذا بدوره مشروط بإدراك الحاجة للتغيير.
- ٤- الطبيعة المعقدة والتفاعلية للعديد من العوامل المؤثرة على عملية التغيير والتي قد تسهل أو تعيق عملية التغيير.
- ٥- إن عملية التغيير عملية متجددة ومستمرة، فالمنظمات الصحية تعمل ضمن بيئة متحركة (غير مستقرة) وهذا يجعل التغيير التنظيمي عملية مستمرة وتحتاج إلى تقويم مستمر ينتج عن وعي دائر لأي تناقض بين ما تعمله المنظمة وما يتوجب عليها عمله.

استراتيجيات التغيير:

- ✓ هنالك العديد من الاستراتيجيات والأساليب التي يمكن أن يستعملها المدراء الصحيون لتنفيذ التغيير في منظماتهم، وسوف نتناول أهم هذه الاستراتيجيات:
- ١- استراتيجيات إعادة التعليم.
 - ٢- استراتيجيات التيسير.
 - ٣- استراتيجيات القسر (القوة).

استراتيجيات إعادة التعليم:

وتعتمد هذه الاستراتيجيات على تقديم الحقائق والمعلومات بشكل موضوعي وبدون تحيز للعاملين في التنظيم وتفترض هذه الاستراتيجيات أن العاملين في المنظمة الصحية عقلانيون ويتصفون بالرشادة ومؤهلون لتقويم هذه الحقائق وقادرون على تعديل سلوكياتهم تبعاً لذلك .

١- استراتيجيات التعليم المستمر Continuous Education :

وتستعمل هذه الاستراتيجيات بشكل خاص للأطباء والمرضى حيث يستدعي المعدل المتسارع للتغيير في التكنولوجيا الطبية والتفجر المعرفي في مجال العلوم الطبية والصحية التركيز على التعليم المستمر كمدخل لتفعيل عملية التغيير.

٢- إستراتيجية التغذية الراجعة للدراسات المسحية:

- ✓ تستعمل هذه الاستراتيجيات كآلية منظمة لجمع البيانات حول أنشطة وعمليات المنظمة.
- ✓ الافتراض الذي تقوم عليه هذه الإستراتيجية أنه يتعدى على المرء التدخل المباشر بالعمليات التنظيمية.
- ✓ بذلك يوفر هذا المدخل الفرصة للأفراد لفهم المشاكل الأساسية في المنظمة والبدء بحلها.
- ✓ إن الفكرة الأساسية في إستراتيجية المسوحات هي البدء بعملية التغيير التنظيمي من خلال جمع البيانات حول أنشطة التنظيم باستعمال استقصاءات تفصيلية يتم توزيعها على العاملين في المنظمة ومن ثم يتم تغذية النتائج لمجموعات من الأفراد لإعطائهم فرصة لاستكشاف معاني ومضامين هذه النتائج والوصول إلى استنتاجات وإجراءات تصحيحية. ثم يصار إلى جمع البيانات مرة أخرى بعد تطبيق الإجراء التصحيح ويعاد تقويمها لمعرفة أثر الإجراء التصحيحي (التغيير)

تؤثر التغذية الراجعة على السلوك بطريقتين:

- ١- توليد الطاقة عند الأفراد وحفزهم للبدء باتخاذ إجراء تصحيحي لأنها تقدم للأفراد والجماعات في المنظمة معلومات تتعارض مع إدراكهم ومعتقداتهم.
- ٢- توجه التغذية الراجعة السلوك عندما يكون الفرد محفزاً، وهذا يعني أنه عند وجود التناقض بين الأداء الفعلي والأداء المرغوب تقدم التغذية الراجعة الأساس للخطط والبرامج لحل هذا التناقض.

استراتيجيات الإقناع

- ✓ على عكس استراتيجيات إعادة التعليم تحاول استراتيجيات الإقناع إحداث التغيير من خلال التحيز المقصود في تصميم وتقديم البيانات والمعلومات للأفراد.
- ✓ فالتركيز هنا هو على بيع الفكرة المراد تبينها والتي قد تركز على معلومات أساسية أو على معلومات مفرطة إضافة إلى التلاعب بالأفراد والتأثير على مواقفهم من خلال المناورة والسياسة.

أساليب الإقناع

١- التقريب المتتابع: Successive Approximation

- ✓ من المعلوم أن مواقف الأفراد حول البرامج الجديدة أو الأنشطة تختلف ويمكن توضيح هذا الاختلاف على خط مستمر حيث تتراوح من مواقف إيجابية جداً إلى مواقف سلبية جداً وما بين ذلك من مواقف.
- ✓ يختلف موقف الفرد تجاه البرنامج الواحد حيث قد نجد أن موقفه إيجابي جداً تجاه بعض النواحي في البرنامج المقترح وسلبى تجاه بعض النواحي الأخرى.
- ✓ فعلى سبيل المثال يتضهم الأطباء الحاجة لبرنامج تعليمي لضبط جودة الرعاية الطبية التي يقترحونها لمرضاهم إلا أن مواقفهم قد تكون سلبية تجاه بعض النواحي لهذا البرنامج مثل العبء الكتابي والتوثيق الذي سيترتب عليهم القيام به نتيجة لتطبيق البرنامج.

٢- أسلوب التشابه Analogy:

- ✓ ويقوم هذا الأسلوب على استعمال موضوع مشابه للموقف الإشكالي إلا أنه غير مرتبط به مباشرة. فإذا ما استطاع المحاور إقناع الفرد بمنطق الموضوع المشابه المطروح للنقاش سيكون ذا فائدة أكيدة في تغيير موقفه في الموضوع الأصلي أو الإشكالي.
- ✓ ويتركز هذا الأسلوب على حقيقة عامة مفادها أن الأفراد عموماً لديهم حاجة لرؤية أنفسهم متناغمين أو منسجمين في تفكيرهم ومحاكمتهم للقضايا المطروحة.
- ✓ فعلى سبيل المثال يعارض كثير من الأطباء والمهنيين الصحيين استعمال وتطبيق أساليب علم الإدارة (بحوث العمليات وغيرها) في المستشفيات وفي منظمات الرعاية الصحية عموماً - نظراً للخصائص المميزة لهذه المنظمات إلا أنهم وينفس الوقت معجبين إلى حد كبير بالكفاءة المتخصصة في منظمات الأعمال والصناعة نتيجة لتطبيق تلك الأساليب.

- ✓ عند محاولة إقناع هؤلاء الأطباء باستعمال هذه الأساليب في بعض الأنشطة في المنظمة الصحية ستكون مهمة الإقناع أسهل إذا ما تم الحديث إلى الأطباء بأن بحوث العمليات تستعمل في منظمات الصناعة والأعمال.
- ✓ وطالما أن الأطباء معجبين بنتائج الكفاءة المتحققة لتلك المنظمات فإن التناقض الواضح بين هذين الموقفين للأطباء سينتج عنه تغيير في مواقفهم

٣- أسلوب الضغوط الاجتماعية:

- ✓ فمن المعروف أن الجماعة تمارس ضغطاً كبيراً على أفرادها لضمان الانسجام مع مواقف الجماعة ومعايير ونظام قيمها حتى لو كانت مواقف الجماعة غير صحيحة. وبناء على ذلك يمكن توظيف هذه الحقيقة وتطبيقها مباشرة في منظمات الرعاية الصحية والتي تتصف معظم أنشطتها بأنها تقوم على فرق العمل أو مجموعات العمل.
- ✓ كما أن الكثير من المدراء الصحيين يؤثرون على سلوك الأفراد ومواقفهم عند تعاملهم مع اللجان الكثيرة في المنظمات الصحية وكذلك عند تعاملهم مع مجالس إدارة هذه المنظمات.

٤- أسلوب تشتيت الذهن Distraction :

- ✓ تشير تجارب علم النفس الاجتماعي بأن عملية الإقناع تكون أسهل وأفضل عندما لا يكون الأفراد المراد إقناعهم وأعين أو متنبهين بشكل مسبق لمحاولة الإقناع.
- ✓ وعندما يتم إدخال قدر كافي من تشتيت الذهن في صميم محاولة الإقناع لمنع هندسة وحشد الرأي المخالف، وعلى ذلك فإن التصميم الفعال لمحاولة الإقناع يجب أن يبدأ ببعض من تشتيت الذهن والانصراف إلى أنشطة غير مرتبطة بموضوع المناقشة كأحداث المجاملات والأنشطة والاجتماعية وهذا جزء من المعايير الاجتماعية المقبولة في كل المجتمعات ويوفر نمطاً ملائماً للتفاعل الإنساني.

٥- استراتيجيات التيسير:

- ✓ وتمثل هذه الاستراتيجيات التدخلات التي تقوم بها لتسهيل تنفيذ التغيير المطلوب ويقوم استعمال هذه الاستراتيجيات على افتراض أن المنظمات قد أدركت المشكلة وحددت خطة العلاج وأنها منفتحة للمساعدة الخارجية ولديها الرغبة للاعتماد على الجهود الذاتية للتغيير.

٦- استراتيجيه بناء الفريق:

- ✓ من المعروف أن منظمات الرعاية الصحية تعتمد إلى حد كبير على فرق العمل في أداء مهامها والتي يجب أن تعمل بتناغم وتعاون لضمان تقديم خدمات رعاية طبية جيدة.
- ✓ ويعتبر أسلوب بناء الفريق مدخلاً لدعم الأداء الكلي لمجموعة العمل وقدرتها على تسهيل عملية التغيير ومشاركتها الفاعلة فيها. ويشبه هذا الأسلوب أسلوب الاستشارة المتخصصة إلا أنه لا يقدم استشارة لفرد بل معلومات مفيدة للمجموعة.

✓ ومن فوائد استعمال هذا الأسلوب في منظمات الرعاية الصحية:

- ١- زيادة إنتاجية العمل وخاصة إنتاجية اجتماعات فرق العمل والتي تستعمل بشكل واسع في المنظمات الصحية.
- ٢- زيادة وضوح الدور المتوقع وتغيير سلوك الدور عند الحاجة.
- ٣- زيادة المرونة في عملية اتخاذ القرارات.
- ٤- توسيع قاعدة المشاركة في السلطة وتفعيل المشاركة بين أعضاء الفرق.

٧- استراتيجيات القوة:

- ✓ تقوم هذه الاستراتيجيات على استعمال العقوبات والقسر لضمان تنفيذ التغيير وإذعان الفرد للتغيير، ويعتمد نجاح هذه الاستراتيجيات على درجة اعتماد المنظمة على الفرد أو المنظمة التي تفرض هذه الاستراتيجيات، وتستعمل استراتيجيات القوة وبشكل خاص عندما تفضل المنظمة أو إحدى الوحدات التنظيمية فيها في إدراك الفجوة الأدائية (ما تفعله وما يتوجب فعله) حيث تفضل في البدء بعملية التغيير المطلوب .

- ✓ يعاب على هذه الاستراتيجيات وبشكل واضح أنها وإن كانت تضمن تنفيذ التغيير إلا أنها لا تضمن القبول بالتغيير من المعنيين في المنظمة وخير مثال على هذه الاستراتيجيات في منظمات الرعاية الصحية المعايير الموضوعة من الجهات الخارجية والتي تلزم المنظمات الصحية الإذعان لها مثل معايير التعويض المالية للمستشفيات والأطباء ، ومعايير التدريب والتعليم وتقييد الإنفاق الرأسمالي وتقويم التكنولوجيات الطبية ومراجعة استعمالية الموارد التي يفرضها عادة الطرف الثالث (الدافع لكافة الرعاية) ومعايير الترخيص والاعتماد حيث أن الفشل في الإذعان والتقييد بهذه الأمور قد ينتج عن أخطاء للمنظمة وربما اتخاذ إجراءات قانونية .

اختيار الإستراتيجية المناسبة:

إن الاختيار النهائي لنوع الإستراتيجية والأساليب التي يتضمنها كل منها يعتمد على عاملين هما:

١- نوع التغيير المطلوب. ٢- المرحلة المحددة في عملية التغيير.

- ✓ علاقة قوية بين نوع الإستراتيجية ونوع التغيير المقترح - فاستراتيجيات إعادة التعليم واستراتيجيات الإقناع تعتبر الأكثر ملائمة عند التفكير بإدخال التغييرات التكنولوجية (تغيير فني) التي تتطلب تغيير في الوسائل وليس الغايات،
- ✓ واستراتيجيات القوة واستراتيجيات التيسير تعتبر الأكثر ملائمة عندما تتطلب التغييرات إدخال تغيير على الغايات (الأهداف) أو على كلا الأهداف والوسائل (تغيير تكييفي).

معوقات تنفيذ التغيير:

١- طبيعة مهام الرعاية الطبية:

- ✓ حيث تتصف هذه المهام بالغموض وعدم الوضوح وعدم التيقن من النتائج مما يصعب ممن عملية تحديد أهداف قابلة للقياس لهذه المهام.
- ✓ يزيد من هذه الصعوبة حقيقة تعامل هذه المنظمات بقضايا تعود للموت والحياة والتي لا تحتل الخطأ أو المخاطرة كما أن الأخطاء غير قابلة للإصلاح وتنطوي على تكلفة معنوية ومادية عالية، حيث ينظر إلى هذه التغييرات بأنها ذات أثر مباشر على الأفراد المعنيين بإنتاج وتقديم الخدمة الطبية.
- ✓ والنقطة الثانية والهامة أن منظمات الرعاية الصحية لديها الميل وبشكل مسبق لتقويم كفاءة التغيير المقترح بشكل مسبق فلا مجال للمخاطرة ولا احتمال لدرجة أكبر من عدم التيقن في الممارسة الطبية.
- ✓ كما أن المهنيين الصحيين العاملين في المنظمة وخاصة الأطباء تحكم أداؤهم الطبي بمبادئ وأخلاقيات قوية كمبدأ عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم. أي عمل يتضمن تحمل المخاطرة أو استعمال طرق جديدة غير مثبتة في الرعاية يمكن أن تنتج عن رفض أو انتقاد أعضاء المهنة إضافة إلى المخاطرة القانونية التي قد تترتب على ذلك.

٢- طبيعة العناصر البشرية العاملة:

- ✓ فمن المعروف أن العنصر البشري هو الأكثر حسماً في عملية إنتاج وتقديم الخدمة الصحية

٣- طبيعة العلاقة بين الأطباء ومرضاهم:

- ✓ أو ما يعرف بالنموذج الطبي Medical Model والذي يتعارض مع معظم التغييرات التعديلية والتكيفية حيث لا يسمح هذا النموذج بالتدخل بالعلاقة المباشرة والخاصة بين الأطباء ومرضاهم من أي طرف آخر.
- ✓ وهذا يتعارض بشكل كامل مع منهج التطوير التنظيمي الذي يتبعه مستشارو التطوير التنظيمي حيث يحاولوا العمل على حل المشاكل بالتشاور الكامل مع المعنيين الرئيسيين في المنظمة. وبالتالي فإن فشل استشاري التطوير التنظيمي للاستجابة الخصوصية النموذج الطبي وتوقعاته يقلل من مصداقية أخصائي التطوير التنظيمي من وجهة نظر هؤلاء المهنيين الصحيين

٤- طبيعة البناء التنظيمي للمنظمات الصحية وتعقيده:

- ✓ وخاصة من حيث مفاهيم السلطة والقوة والسيطرة وما يتصف به تعدد الأقطاب، مما يجعل من الصعب تحديد نقاط السلطة والتأثير داخل المنظمة الصحية.
- ✓ وفي التغيير التعديلي والتكيفي لا بد من التركيز على الأفراد الرئيسيين في المنظمة وبمفهوم نقاط السلطة.

٥- طبيعة التعليم والتدريب للمهنيين الصحيين

- التي تركز على الاستقلالية والفردية في اتخاذ القرارات مما يجعل من الصعب عليهم التكيف مع الأساليب التعاونية والتي تقوم على المشاركة والتي تميز جهود التغيير المخططة.

- ٦- تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات منظمات الرعاية الصحية والتي لا بد من التوفيق بين مصالحها وأهدافها وأهداف المنظمة: حيث تضع منظمات الرعاية الصحية أهمية واهتمام كبير لتمويل أنشطتها وضمان التدفق المالي لها من الخارج مما يجعل من الصعب عليها تبني تغييرات لا تضمن استمرار التدفق المالي من الجهات الخارجية وخاصة المستهلكة لخدمات المنظمة الصحية مثل شركات التأمين والضمان الصحي وأرباب العمل والحكومة أحياناً وغيرهم.

نهاية المقرر

إعداد: فهد السناني