

جامعة سعد دحلب بالبليدة

كلية العلوم الإقتصادية و علوم التسيير

قسم علوم التسيير

مذكرة ماجستير

التخصص: إدارة أعمال

دور الإتصال الداخلي في فعالية التسيير بالمؤسسة الإستشفائية دراسة حالة
مستشفى بن بولعيد بالبليدة

من طرف

صبرينة خليل

أمام اللجنة المشكلة من:

رئيسة	أستاذة محاضرة ، جامعة البليدة	بن حمودة فطيمة
عضوا مناقشا	أستاذ محاضر، المدرسة الوطنية للإدارة	سايجي عبد الحق
مشرفا و مقررا	أستاذ محاضر ، جامعة البليدة	كشاد رابح
عضوا مناقشا	أستاذ مكلف بالدروس، جامعة البليدة	غزاري عمر
عضوا مناقشا	أستاذ مكلف بالدروس ، جامعة البليدة	شويح محمد

البليدة، أكتوبر 2007

ملخص

يعتبر الاتصال نقل المعرفة و المعلومات المتعددة من شخص لآخر تتخذ مسار يبدأ من المصدر الذي تتبع منه المعلومة إلى الجهة المستقبلية لها، ثم تترد مرة أخرى للمصدر مما يساعده على معرفة ما تحقق من أهداف، و لا يمكن لعملية الاتصال أن تتم إذا غابت أحد عناصر العملية ، و لقد تناولت نماذج الاتصال أهم عناصر عملية الاتصال نذكر من أهم هذه النماذج نموذج لاسويل، شانون وويفر، شرام، كاتز و لازارسفد، بيرلو.

يعد الاتصال من أهم و أحدث المواضيع التي يوليها العلماء أهمية، فاعتبرته المدرسة الكلاسيكية وسيلة إصدار الأوامر من طرف المدراء بهدف الوصول إلى الطاعة من طرف العمال حيث أن هذه المدرسة اهتمت بالجانب المادي فقط عكس مدرسة العلاقات الإنسانية التي اهتمت بالجانب الإنساني و هذا ما بينته تجربة "التون مايو" في مصنع "هاورثون" في "شيكاغو" إذ أنه أثبت أن الاتصال وسيلة لتحفيز العمال ورفع أدائهم عن طريق تشجيعهم و تقديرهم، أما اليوم و من خلال الأبحاث و الدراسات فإن الاتصال أصبح يجعل من العمال كمشاركين في عملية اتخاذ القرار بالمؤسسة.

يعتبر الاتصال الداخلي نوعا من أنواع الاتصال يتجسد في الاتصال بين مختلف هياكل و مصالح المؤسسة و أفرادها و هو جزء لا يتجزأ من عملية تسيير المؤسسات لاسيما الاستشفائية، تظهر أهميته في هذه الأخيرة نظرا لتعدد الأسلاك الإداري، طبي، شبه طبي و كذا المريض، فشبكة الاتصال الداخلي هنا تعد واسعة و متعددة الأطراف.

يملك الاتصال الداخلي علاقة وطيدة بعملية التسيير فهو يتدخل في كل مرحلة من مراحل هذه العملية سواء في التخطيط، التنسيق، التنظيم، التنفيذ، الرقابة فهو بذلك يعد عملية تسييرية مستمرة، وهذا ما سنحاول إبرازه من خلال الإجابة على اشكاليتنا المتمثلة في "ما هو دور الاتصال الداخلي في تفعيل تسيير المؤسسة الاثتشفائية، و ذلك بإجراء دراسة ميدانية بمستشفى بن بولعيد و توزيع الاستثمارات على الأطباء و شبه الأطباء و الإداريين و المرضى بهدف رصد و تحليل إجابتهم حول الموضوع، و توصلنا إلى استخلاص أن نموذج الاتصال الداخلي المعتمد عليه في مستشفى بن بولعيد غامض و غير واضح يفقر إلى أسس علمية سليمة و أنه غير رسمي أكثر من رسمي، كما أن الاتصال الداخلي يمكن أن يحسن من نوعية الخدمة الصحية المقدمة إن تم الاعتماد عليه في تسيير المؤسسة الاثتشفائية.

شكر

أتقدم بجزيل الشكر إلى المولى عز و جل الذي بقدرته تمكنت القيام بهذا العمل، و إلى كل من ساعدني في إنجاز هذه المذكرة سواء من بعيد أو من قريب، أخص بالذكر الأستاذ المشرف كشاد رابح، و السيد سايجي عبد الحق مدير المدرسة الوطنية للصحة العمومية و كل عمال و عاملات المدرسة خاصة عمال المكتبة، دون أن أنسى أستاذتي في اللغة العربية السيّدة صحراوي لقبولها مراجعة المذكرة .

كما أشكر كذلك عمال و عاملات مستشفى بن بولعيد، على رأسهم المراقب الطبي السيّد حاج الله محمد الذي سهر على توفير مناخ عمل جيد لإجراء الدراسة الميدانية.

قائمة الجداول

الصفحة		الرقم
78	تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي	1
80	التغطية الصحية	2
81	تطور الهياكل الصحية القاعدية	3
82	تطور الموارد البشرية في القطاع الصحي	4
83	تطور الهياكل الصحية	5
85	تطور عدد الهياكل القاعدية	6
86	تطور عدد المستخدمين خلال السنوات (1982-1975)	7
115	توزيع العيادات المتعددة الخدمات في ولاية البلية	8
115	توزيع المراكز الصحية في ولاية البلية	9
116	توزيع قاعات العلاج في ولاية البلية	10
119	توزيع الأطباء بمستشفى بن بولعيد	11
119	توزيع الشبه أطباء بمستشفى بن بولعيد	12

120	توزيع الإداريين بمستشفى بن بولعيد	13
120	حركة المرضى بمستشفى بن بولعيد	14
121	توزيع الأسرة بمستشفى بن بولعيد	15
122	عينة البحث	16
125	توزيع الأطباء و الشبه أطباء حسب السن و الجنس	17
126	توزيع الأطباء و الشبه أطباء حسب الحالة العائلية و السن	18
127	توزيع الأطباء و الشبه أطباء حسب المستوى التعليمي و الجنس	19
128	توزيع الأطباء و الشبه أطباء حسب الوظيفة و الجنس	20
129	توزيع الأطباء و الشبه أطباء حسب المصلحة و الجنس	21
130	توزيع الأطباء و الشبه أطباء حسب الأقدمية في المؤسسة و الجنس	22
132	تقييم العلاقة بين كل من الأطباء و الشبه أطباء و الإداريين و المرضى	23
135	التشاور بين كل من الأطباء و الشبه أطباء	24
136	رأي الأطباء و الشبه الأطباء حول النزاعات المهنية	25
138	رأي الأطباء و الشبه الأطباء حول الروح الجماعية	26
139	اللغة المستعملة في إيطار العمل اليومي للأطباء و الشبه أطباء	27
141	وسائل الإتصال الداخلي التصاعدي	28
142	أخذ آراء و اقتراحات الأطباء و الشبه الأطباء بعين الإعتبار	29
143	نقل إنشغالات الأطباء و الشبه أطباء	30
144	وصول المعلومات للأطباء و الشبه أطباء	31
145	عقد اجتماعات تنسيقية بين الأطباء و الشبه أطباء و الإدارة	32

146	مفهوم الإتصال الداخلي	33
147	تقييم مكانة الإتصال الداخلي	34
148	إقتراحات الأطباء و الشبه أطباء لتحسين الإتصال الداخلي	35
150	توزيع المرضى حسب السن و الجنس	36
152	تواجد صعوبات عند دخول المرضى للمستشفى	37
153	تقييم العلاقة بين المرضى و الأطباء و الشبه أطباء و الإداريين	38
154	تفضيل الإتصال و التحاور داخل المستشفى	39
155	تقديم المعلومات بخصوص الحالة الصحية للمرضى	40
156	نوعية المعلومات المقدمة للمرضى	41
158	تقييم خدمات الإستقبال, التوجيه, التكفل	42
160	تقييم نوعية العلاج المقدم للمرضى	43
160	أسباب عدم الرضى	44
162	رأي المريض في نظافة المستشفى, المتابعة الطبية و الشبه طبية	45
164	إقتراحات المرضى لتحسين الخدمات الصحية	46
167	توزيع الإداريين حسب السن و الجنس	47
167	توزيع الإداريين حسب الحالة العائلية و الجنس	48
168	توزيع الإداريين حسب المستوى التعليمي و الجنس	49
169	توزيع الإداريين حسب الوظيفة و الجنس	50
170	توزيع الإداريين حسب المصلحة و الجنس	51
171	توزيع الإداريين حسب الأقدمية في المؤسسة و الجنس	52

172	العلاقة بين الإداريين و كل من الأطباء و الشبه أطباء والمرضى	53
173	عقد اجتماعات تنسيقية بين الإداريين و الأطباء و الشبه أطباء	54
174	رأي الإداريين حول النزاعات المهنية	55
175	رأي الإداريين حول النزاعات الروح الجماعية	56
177	اللغة المستعملة في إطار العمل اليومي للإداريين	57
178	الوسيلة الإتصالية الأكثر إستعمالا من طرف الإداريين	58
179	أخذ آراء و اقتراحات الإداريين بعين الإعتبار	59
180	وصول المعلومات للإداريين	60
180	مفهوم الإداريين للإتصال الداخلي	61
181	تقييم الإداريين لمكانة الإتصال الداخلي	62
182	إقتراحات الإداريين لتحسين الإتصال الداخلي	63

قائمة الأشكال

الصفحة		الرقم
29	عناصر عملية الإتصال حسب نموذج شانون و ويفر	01
30	عناصر عملية الإتصال حسب نموذج شرام	02
32	عناصر عملية الإتصال حسب نموذج بيرلو	03
36	المدرج الهرمي لتسلسل الحاجات حسب ماسلو	04
67	تنظيم مكتب الدخول	05
91	مكونات قطاع الصحة العمومي	06
105	مخطط النشاط	07
106	لوحة القيادة	08
113	وحدات المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية	09
116	الهيكل الإداري لمستشفى بن بولعيد	10
117	تنظيم المصالح بمستشفى بن بولعيد	11
118	مصالح مستشفى بن بولعيد	12

الفهرس

ملخص

شكر

قائمة الجداول و الأشكال

الفهرس

مقدمة.....	ص13
1.مدخل نظري حول الإتصال.....	ص 18
1.1-خصائص الإتصال.....	ص 19
1.1.1. مفهوم الإتصال و عناصره.....	ص 19
1.1.1.2. خصائص عملية الإتصال ،مجالاتها و أساليبها.....	ص 23
1.1.1.3. نماذج الإتصال.....	ص 28
2. نظريات الإتصال.....	ص 32
2.1. 1. الإتصال حسب المدرسة الكلاسيكية.....	ص 33
2. 2. 1 . الإتصال حسب مدرسة العلاقات الإنسانية.....	ص 35
2. 1. 3. الإتصال حسب مدرستي العلاقات الأنساق و نظرية Z.....	ص 39
2. الإتصال الداخلي و تسيير المؤسسات الاستشفائية.....	ص 42
2. 1. خصائص الإتصال الداخلي.....	ص 42
2. 1. 1. ماهية الإتصال الداخلي.....	ص 43
2. 1. 2. وسائل الإتصال الداخلي.....	ص 48

55	3. 1. 2. متطلبات الإتصال الداخلي.....
57	2.2. الإتصال الداخلي و علاقته بالتسيير الاستشفائي.....
57	2. 2. 1. مجالات الإتصال الداخلي.....
65	2.2.2. مكتب الدخول.....
72	2.2. 3. علاقة الإتصال الداخلي بالتسيير.....
76	3. تجربة مشروع المؤسسة الأستشفائية في الجزائر.....
77	3. 1. نظام الصحة العمومية بالجزائر.....
77	3. 1.1. مراحل تطور نظام الصحة العمومية بالجزائر.....
89	3. 2.1. قطاع الصحة العمومي.....
96	3. 1. 3. تمويل قطاع الصحة العمومي بالجزائر.....
99	3. 2. مشروع المؤسسة.....
99	3. 2. 1. مفهوم و خصائص مشروع المؤسسة.....
101	3. 2. 2. خطوات إعداد مشروع المؤسسة و تنفيذه.....
106	3. 2. 3. مبررات اللجوء إلى تسيير المؤسسات الاستشفائية في سياق مشروع المؤسسة.....
112	4. دراسة الحالة.....
113	4. 1. قطاع الصحة العمومي لولاية البليدة.....
113	4. 1. 1. مكونات قطاع الصحة العمومي لولاية البليدة.....
116	4. 1.2. التعريف بمستشفى بن بولعيد.....
121	4. 1. 3. الإطار المنهجي للدراسة الميدانية.....
123	4. 2. تحليل بيانات الاستثمارات.....
124	4. 2. 1. تحليل البيانات الخاصة باستمارة الأطباء و شبه الأطباء.....
150	4. 2. 2. تحليل البيانات الخاصة باستمارة المرضى المقيمين و غير المقيمين.....
166	4. 2. 3. تحليل البيانات الخاصة باستمارة الإداريين.....
185	خاتمة.....

مقدمة

يعيش العالم تطورات سريعة نظرا للتقدم الهائل في تكنولوجيا الاتصالات التي جعلت منه قرية صغيرة تتفاعل أقسامها مع بعضها البعض، و يتأثر كل جانب منها بما يحدث في جوانب أخرى.

إن دراسة علمية الاتصال داخل المؤسسات و إلقاء الضوء على أبعادها يعد من الأمور الهامة والأساسية خاصة و أن أبرز ما يميز الإنسان عن الكائنات الأخرى هو قدرته على التعبير عن أفكاره، إذ تحققت أول ثورة في مجال الاتصال عندما استطاعت البشرية أن تجمع لأول مرة حصيلة ابتكاراتها واكتشافاتها عن طريق الكلام ثم تلتها بعد ذلك عدة ثورات أخرى مع ظهور الكتابة و الطباعة ووسائل الاتصال الحديثة.

يعتبر الاتصال الوسيلة التي بواسطتها يشبع الإنسان حاجاته الأساسية سواء كانت نفسية أو اجتماعية، و عن طريقه يتم تعليم الأجيال الحرف و المهارات و يسمح بنقل الخبرات و الأفكار، إذ يعتبر العامل البشري طرفا مستمرا في العديد من العمليات الاتصالية على مدار يومه.

إن أي مؤسسة تعتمد في نشأتها و استمرارها على وسائل الاتصال المختلفة فيكفي أن ننظر للمجتمع الحديث بمؤسساته و حكوماته و منظماته و جيوشه، لكي ندرك أن الاتصال هو الجهاز العصبي الذي يعمل على تماسك الأجزاء و تكاملها.

يعد الاتصال من أهم و أحدث المواضيع التي يوليها علماء الإدارة و خاصة المناجمنت الحديث أهمية قصوى لما له من دور في تسيير و تنظيم الهيئات و المؤسسات خاصة، من خلال ضمان عملية التنسيق بين مختلف مصالح المؤسسة الواحدة و بين محيطها الخارجي.

تظهر أهمية الاتصال الداخلي في منشآت الأعمال خاصة الكبيرة منها كما زادت المسافة بين الإدارة العليا و الإدارة التنفيذية حيث تكون مواقع اتخاذ القرار بعيدة عن مواقع التنفيذ، فهذه المسافة بين الإدارات تتطلب توصيل و تبادل المعلومات بين جميع المستويات و هذا لا يتحقق إلا من خلال الاتصال، فهو بذلك يعتبر في مجال إدارة الأعمال كشرائين جسم الإنسان المتصلة ببعضها البعض، إذ أنه يعمل على استمرارية و بقاء المؤسسة من خلال التفاعل الذي ينشأ بين مختلف العاملين بها و المتعاملين معها.

باعتبار المستشفى هيئة عمومية ذات طابع إداري يتكون من عدة هياكل و مديريات و مصالح، يتولى تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، فالاتصال الداخلي فيه يعتبر ضرورة لازمة لكونه نظاما أكثر تعقيدا من المؤسسات و الإدارات الأخرى، فحاجة المستشفى للاتصال أكثر من حاجة أي هيئة أخرى نظرا لحساسية الخدمة التي يقدمها و طبيعة المرفق الذي يتعامل معه- المريض- خاصة بالنظر لتعقيد تركيبته البشرية، لذلك وجب على المستشفى أن يتوفر على سياسة اتصالية فعالة تساهم في الحفاظ على السير الحسن لنشاطه و مواصلة أدائه لمهمته و الوصول إلى تحقيق المردودية المرجوة و المتمثلة في تحسين الخدمة الصحية المقدمة مع استغلال عقلائي للموارد المتاحة، من خلال توظيف الاتصال خاصة الداخلي و مساهمة كل فرد من الأسرة الصحية في تفعيل عملية الاتصال الداخلي لبلوغ الأهداف المسطرة.

من خلال ما سبق نتضح لنا إشكالية البحث و المتمثلة في التساؤل التالي:

ما هو دور الاتصال الداخلي في تفعيل تسيير المؤسسة الاستشفائية؟

التساؤل المحوري للإشكالية يؤدي إلى طرح الأسئلة الفرعية التالية:

1- ما هو نمط الاتصال الداخلي السائد في تسيير المؤسسة الاستشفائية موضوع الدراسة؟

- 2- ما هو تقييم الأطباء و شبه الأطباء و الإداريين و المرضى للاتصال الداخلي في المؤسسة الاستشفائية و ما هي اقتراحاتهم لتطويره؟
- 3- كيف يؤثر الاتصال الداخلي في فعالية تسيير هذه المؤسسة الاستشفائية؟
- 4- إلى أي مدى يغلب الاتصال الداخلي دورا في تشكيل الروح الجماعية للعمل داخل المؤسسة الاستشفائية؟

أما فرضيات البحث فنلخصها في النقاط التالية:

- 1- يؤثر الاتصال الداخلي على تسيير المؤسسة الاستشفائية من خلال تحسين نوعية الخدمة المقدمة و تحقيق رضا المريض.
- 2- عدم رضا المريض عن الخدمات الصحية مرتبط إلى حد بعيد بالنمط الاتصالي الداخلي المعتمد.
- 3- عدم وضوح النموذج الاتصالي الداخلي لا يساعد على تشكيل الروح الجماعية داخل المؤسسة الاستشفائية.

أما أهمية الموضوع فيمكن عرضها من خلال النقاط التالية.

- 1- أهمية الموضوع لمجال الدراسة في التخصص خاصة.
- 2- الاتصال وسيلة ربط الجهاز الإداري بالعاملين و البيئة الخارجية فمن خلاله تتمكن الإدارة من نقل خططها و سياساتها.
- 3- اهتمامنا الخاص بالمؤسسات الاستشفائية كمجال للدراسة في إدارة الأعمال.
- 4- تزايد مكانة الاتصال الداخلي في التفكير التنظيمي من خلال البحوث و الدراسات في مجال إدارة أعمال المؤسسات الاستشفائية.

إن أهداف الدراسة تتمثل في:

- 1- التعريف بموضوع الاتصال الداخلي و إبراز أهميته و دوره في عملية تسيير المؤسسات خاصة الاستشفائية منها.
- 2- محاولة فهم دور و أهمية الاتصال الداخلي في فعالية تسيير المؤسسات الاستشفائية.

3- تحليل العلاقة بين الاتصال الداخلي و رضا المريض خاصة في الجانب المتعلق بالمؤسسة الاستشفائية.

أما أسباب اختيار الموضوع فتكمن في:

- 1- الميل الطبيعي للبحث و الاطلاع خاصة في مجال الصحة.
- 2- علاقة الموضوع بالتخصص المدروس.
- 3- أهمية الاتصال الداخلي في الدراسات الحديثة الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية.
- 4- المساهمة في الكشف عن العلاقة بين المؤسسة الاستشفائية من خلال نظامها الاتصالي الداخلي و المريض.

لقد اعتمدنا في هذه الدراسة الوصفية التحليلية على منهج دراسة الحالة بأسلوبه المسحي الداخلي إذ يسمح على النحو من دراسة الظاهرة كما هي في الواقع و وصفها وصفا دقيقا بتعبير كمي و كفي، فالتعبير الكيفي يوضح حجم الظاهرة و يزيد من قيمتها العلمية، أما الأسباب التي تم من ورائها اختيار المنهج التفسيري فتتمثل في كون الفرضيات المطروحة هي فرضيات مركبة من متغيرات كيفية تحتاج إلى تحليل العلاقة بينها من خلال استعمال أدوات و أساليب إحصائية.

تتجسد حدود الدراسة من خلال الحدود الزمانية و المكانية، فالحدود الزمانية تتعلق بفترة الدراسة والتي أجريت بمستشفى بن بولعيد والتي امتدت من 05 جوان 2006 إلى 04 جويلية 2006 مع الاعتماد على بعض السنوات عند تحليل نشاطات المؤسسة الاستشفائية .

فيما يخص الحدود المكانية فهي تتعلق بمكان إجراء الدراسة الميدانية، والتي تمت بمستشفى بن بولعيد المتواجد ب 20 شارع محمد بوضياف البلدية، إضافة إلى الزيارات الميدانية لمديرية الصحة العمومية لولاية البلدية وكذلك المدرسة الوطنية للصحة العمومية.

للإجابة على الإشكالية و الأسئلة الفرعية المطروحة سابقا و لإثبات صحة أو عدم صحة الفرضيات قسم البحث أربعة فصول، تناولنا في الأول عموميات حول الاتصال حيث تطرقنا إلى

ذكر خصائص الاتصال مع إعطاء مفهوم مجالات و نماذج الاتصال، كذلك ذكرنا في هذا الفصل أهم نظريات الاتصال.

الفصل الثاني من البحث خصص إلى دراسة الاتصال الداخلي و تسيير المؤسسات الإستشفائية إذ تم التطرق إلى خصائص الاتصال الداخلي و ذلك بتعريفه و ذكر وسائله و متطلباته، إضافة إلى الاتصال الداخلي و علاقته بالتسيير الإستشفائية.

الفصل الثالث تم التطرق فيه إلى مشروع المؤسسة الإستشفائية في الجزائر من خلال تناول نظام الصحة العمومية بالجزائر مع ذكر أهم مراحل تطور نظام الصحة و مكونات القطاع و كيفية تمويله، ثم درسنا مشروع المؤسسة من حيث مفهومه و خصائصه و خطوات إعداده و مبررات اللجوء إلى تسيير المؤسسات الإستشفائية في سياق مشروع المؤسسة.

الفصل الرابع و الأخير خصص لدراسة حالة مستشفى بن بولعيد إذ تناولنا أولاً قطاع الصحة العمومي لولاية البليدة ثم تحليل بيانات الاستثمارات.

الفصل 1 مدخل نظري حول الاتصال

أبرز ما يميز الإنسان عن الكائنات الأخرى هو قدرته على التعبير عن أفكاره، وقد برزت هذه القدرة منذ العصور الأولى في تاريخ البشرية عندما ابتكر الإنسان رموزاً صوتية يتصل بواسطتها بالآخرين، إذ يعتبر الاتصال عملية اجتماعية لا يمكن أن تعيش من دونها أية جماعة إنسانية.

هذا ما سنحاول إبرازه من خلال الفصل الأول من دراستنا والذي تم تقسيمه إلى قسمين رئيسيين، يشمل القسم ثلاثة أجزاء بحيث تطرقنا في الجزء الأول إلى التعاريف المختلفة المقدمة للاتصال بالإضافة إلى عناصر عملية الاتصال.

أما الجزء الثاني فقد خصص لدراسة خصائص عملية الاتصال، مجالاتها، وأساليبها، وقد تم التطرق في الجزء الثالث إلى أهم وأشهر نماذج الاتصال

وقد خصص القسم الثاني إلى دراسة أهم نظريات الاتصال وذلك عن طريق تقسيمه هو الأخير إلى ثلاثة أجزاء يحتوي كل جزء على نظريات الاتصال المختلفة حسب كل من المدرسة الكلاسيكية، مدرسة العلاقات الإنسانية، مدرسة الأنساق.

1.1. خصائص الاتصال

سننظر إلى ذكر الخصائص التي يتميز بها الاتصال وذلك من خلال تعريفه لغويا واصطلاحا إضافة إلى إعطاء مفهومه من خلال العلوم التي تناولته ثم نتطرق إلى ذكر عناصره وخصائصه دون أن ننسى أنواعه.

1.1.1. مفهوم الاتصال وعناصره

تعد عملية الاتصال بداية ظهور التجمعات البشرية التي كانت تستخدم الإشارات، ثم اللغة ثم الرسومات على الجدران لتصل للتطور الأكبر عندما بدأ الإنسان ينقل الحقائق والأفكار بواسطة الكتابة.

إنّ تطور وسائل الاتصال وأساليبه مربوط إلى حد كبير بالتطور العلمي والتكنولوجي، فالتقدم الهائل في تكنولوجيا الاتصال انعكس على الواقع الثقافي والاقتصادي بشكل عام، إذ أصبحت المعرفة والمعلومات أساس القوة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وفيما يلي نعرف الاتصال ونبرز عناصره العملية.

1.1.1.1. مفهوم الاتصال

تتعدد وتتنوع التعاريف المقدمة للاتصال باختلاف الزاوية التي ينظر منها، وفيما يأتي بعض تعاريف الاتصال.

1.1.1.1.1. تعريف الاتصال لغويا [1]ص9

تعني كلمة الاتصال Communication التعبير والتفاعل من خلال بعض الرموز لتحقيق هدف معين، وهي مشتقة من الكلمة اللاتينية « Communicare » والتي تعني جعل الشيء عاما أو تقاسم الشيء أو نقله.

أما أصل الكلمة في اللغة العربية فيرجع إلى الفعل "يتصل" بمعنى الانتماء أو الانتساب، فعندما نقول " أتصل إلى بني فلان" فمعناه أنني أقاسمهم العادات والتقاليد والقيم.

2.1.1.1.1. تعريف الاتصال اصطلاحا

هناك اختلاف من حيث المفاهيم المقدمة للاتصال من تخصص علمي إلى تخصص آخر تبعا للأهداف التي يسعى هذا العلم إلى تحقيقها، إلا أن كل هذه المفاهيم تؤكد على أن عملية الاتصال عملية حيوية للإنسان والمجتمع ككل.

كما تعددت التعاريف المقدمة في العلم نفسه، وذلك حسب الزاوية التي ينظر منها كل باحث، وفيما يلي نقدم تعريف العلوم المختلفة للاتصال.

3.1.1.1.1. مفهوم الاتصال في علم الاجتماع

هو عملية تنتقل بها الأفكار والمعلومات بين الناس، وهو عملية تفاعل بين طرفين أو أكثر، وضرورة من ضرورات استمرارية الحياة الاجتماعية لتحقيق التكامل الاجتماعي [2]ص22.

4.1.1.1.1. مفهوم الاتصال في علم النفس

هو عملية انطباع أو تأثير من منطقة إلى أخرى ، من فرد إلى آخر أو من البيئة إلى الفرد و ذلك من خلال عدة أساليب جوهرها الكلام و استخدام الحواس التي تشعر الآخرين بالاهتمام [3]ص11.

5.1.1.1.1. مفهوم الاتصال في الإعلام

هو ظاهرة عامة أو منتشرة ، تقوم بدور لا غنى عنه في تحقيق التفاعل الفكري و الحضاري داخل المجتمع الواحد و بين المجتمعات ، و هو بث رسائل واقعية أو خيالية تتصل بموضوعات معينة على أعداد كبيرة من الناس مختلفين فيما بينهم في النواحي الاقتصادية ، الاجتماعية ، الثقافية ، السياسية ، موجودين في مناطق مختلفة .

6.1.1.1.1. مفهوم الاتصال في الخدمة الاجتماعية

هو تلك العملية التي من خلالها يتم نقل الآراء و الأفكار و المعاني و الخبرات من شخص " أخصائي اجتماعي " إلى شخص آخر " فرد، جماعة، مجتمع " بما يساهم في تحقيق التوافق الاجتماعي و مواجهة المشكلات[1]ص15 .

7.1.1.1.1. تعريف الاتصال حسب كل باحث

تتعدد التعاريف المقدمة للاتصال حسب كل باحث هناك من يرى أن الاتصال هو العملية التي ينقل بمقتضاها الفرد القائم بالاتصال منبهات (عادة رموز لغوية) لكي يعدل سلوك الأفراد الآخرين (مستقبلي الرسالة)[4]ص50. و هناك من يقول أنه عبارة عن استقبال و ترميز و تخزين و تحليل، و استرجاع و عرض و إرسال المعلومات[5]ص353. أما البعض الآخر فيعتبر وضع الأفكار في صياغات أي رسائل و في وسيلة مناسبة بحيث يمكن أن يتفهمها الطرف الآخر، و يتصرف بالشكل المطلوب[6]ص45. كما أن هناك من يعرفه بأنه انتقال الرموز ذات المعنى و تبادلها بين البشر الأفراد[7]ص6.

فمن خلال التعاريف السابقة يمكن استخلاص تعريف إجرائي هو :

الاتصال هو نقل المعرفة و المعلومات المتعددة من شخص لآخر تتخذ مسارا يبدأ من المصدر الذي تنبع منه المعلومة إلى الجهة المستقبلة لها ، ثم ترتد مرة أخرى للمصدر ، مما يساعده على معرفة ما تحقق من أهداف .

من خلال ذلك يتبين لنا أن الاتصال عملية و العملية عبارة عن مجموعة من الخطوات المتسلسلة تؤدي في النهاية إلى تحقيق هدف أو مجموعة أهداف ، و هذه العملية لا تسير في اتجاه واحد بل هي عملية دائرية و ديناميكية تتأثر بالتفاعل المستمر بين عناصرها .

2.1.1.1. عناصر عملية الاتصال

لا يمكن لعملية الاتصال أن تتم إذا غابت أحد العناصر التالية ، بل و أن كل عنصر منها يؤثر في الآخر و يتأثر به ، و تتمثل هذه العناصر في :

1.2.1.1.1. المصدر Sender

النقطة التي تبدأ عندها عملية الاتصال ، و هو المسؤول عن إعداد و توجيه المعلومات و المهارات و المفاهيم ، لكي تتحقق المشاركة بينه وبين من يتعامل معهم ، قد يكون إنسانا ، آلة ، مجموعة ، أفراد ، يقوم ببعث الرسالة التي يريدتها بعد تحويلها إلى رموز من خلال قنوات اتصال مختلفة .

2.2.1.1.1. المستقبل Receiver

الجهة التي يوجه إليها المرسل رسالته، قد تكون فردا أو جماعة أو جمهورا، تقوم هذه الجهة بحل رموز الرسالة من أجل فهم محتواها ومعناها.

3.2.1.1.1. الرسالة Message

هي الموضوع أو المحتوى أو الأفكار و المفاهيم و الاتجاهات التي يرغب المرسل إشراك الآخرين فيها (أي ما يريد نقله للمستقبل).

4.2.1.1.1. الوسيلة Means

هي القناة أو الرمز أو الشكل أو اللغة التي يستخدمها المرسل ليعبر عن رسالته.

5.2.1.1.1 التغذية العكسية Feed Back

الإجابة أو الرسالة المضادة التي يرسلها المستقبل رداً على رسالة المرسل ، أو هي الاستجابة التي تبدو على المستقبل نتيجة لوصول الرسالة التي يرغب المرسل في توصيلها له .

6.2.1.1.1 التشويش Bruit

وهو يمثل كل عنصر من شأنه إزعاج أو إعاقة عملية الاتصال، قد يكون ذا طابع فيزيائي كالمكان غير الملائم مثلاً، أو ببيكولوجي كنقص الرغبة للاتصال، أو ثقافي كعدم الرغبة في تغيير سلوك معين أو عادة معينة.

7.2.1.1.1 المحيط البسيكولوجي و الفيزيائي

و هو الجو الذي يجرى فيه الاتصال.

8.2.1.1.1 شخصية المتصل

مجموعة المعطيات الفطرية أو المكتسبة المكونة لشخصية كل من المرسل و المستقبل.

2.1.1 خصائص عملية الاتصال، مجالاتها و أساليبها

يعتبر الاتصال عملية كباقي العمليات الأخرى، يتسم بخصائص تميزه، كما أن لهذه العملية مجالات و أساليب نحاول شرحها فيما يلي.

1.2.1.1 خصائص عملية الاتصال

يتميز الاتصال بعدة خصائص نوجزها فيما يلي.

1.1.2.1.1. الاتصال له صفة التلقائية

منذ أن وجد الإنسان على سطح الأرض حاول دائما تكوين علاقات مع غيره فاخترع اللغة و كافة الوسائل التي تمكنه من الاتصال مع الغير من خلال ذلك فإن أفراد المجتمع مدفوعون اجتماعيا إلى الاتصال ببعضهم البعض بطريقة تلقائية للاستمرار في حياتهم فمن غير المعقول تصور حياة اجتماعية دون إتصال .

2.1.2.1.1. الاتصال ظاهرة اجتماعية منتشرة

يعتبر من الظواهر العامة المنتشرة على مستوى الأفراد و الجماعات ، يمارس في كل المنظمات المحلية و الإقليمية و الدولية و غيرها من المنظمات الأخرى ، فلا يمكن تصور وجود إنساني بدون اتصال إذ أن الفرد لا يستطيع إشباع حاجاته لوحده فهو ملزم بالاتصال مع غيره .

3.1.2.1.1. الاتصال له صفة الموضوعية و الواقعية

الاتصال يخضع لعوامل موضوعية فلا يمكن للإنسان إخفاء مشاعره السلبية تجاه شخص آخر مهما مرت الأيام فلا بد أن يعبر عن مشاعره الواقعية.

و عليه فإن الاتصال يستمد أصوله من الواقع وما يترتب عليه من تأثيرات متبادلة بين أطرافه [8]ص34. يقول وليم رو "Rough" أن وسائل الإعلام و الاتصال تؤدي وظيفة التفسير والتعليق على الأخبار و الموضوعات لكي تجعلها أكثر فهما ، و لكي توضح المغزى من ورائها أو تصورها بطريقة واقعية لأفراد المجتمع [9]ص76.

4.1.2.1.1. الاتصال يعمل على ترابط المجتمع

يعد الاتصال وسيلة للترابط و تماسك أفراد المجتمع و مؤسساته ، و يظهر ذلك من خلال مواجهة كل ما يسيء إلى أمن المجتمع و الوطن لذلك يعمل الاتصال على نشر ونقل القيم

و العادات و التقاليد فيعمل على المحافظة على السلوك الجيد و الحرص عليه و نبذ السلوك السيئ المضر بالمجتمع .

5.1.2.1.1. الاتصال يتسم بالجاذبية

و يظهر ذلك من خلال أساليب الاتصال التي تعني مختلف الطرق التي تنتقل بها المعاني و الأفكار بين الناس.

و يقصد بالجاذبية الأثر الذي يتركه الاتصال في نفوس الأفراد ، و يكون الأثر بحسب نوعية المعلومات المقدمة (محرزة، مفرحة ، محمسة).

6.1.2.1.1. الاتصال له طبيعة تاريخية

إذ أنه في بدايته كان قائما على المواجهة وجها لوجه، و مع تطور الحياة الاجتماعية و ظهور أساليب الاتصال السمعية و البصرية أصبح الاتصال يتم في ثوان معدودة عكس ما كان في القديم.

2.2.1.1. مجالات الاتصال

تتعدد مجالات استخدام الاتصال لكونه يعد من الأنشطة التي لا يمكن الاستغناء عنها في حياتنا اليومية و من بين بعض هذه المجالات :

1.2.2.1.1. الإتصال التنظيمي

يتمركز داخل المؤسسة بهدف إعلام الموظفين، وهو يعد أداة من أدوات التحضير، وسوف نتطرق إلى هذا النوع فيما بعد بمزيد من التفصيل.

2.2.2.1.1. الإتصال العائلي

يمثل كل طرائق الاتصال التي تتم داخل العائلة سواء بين الزوجين، بين الأطفال، بين الأبناء وآبائهم، بين الأقارب، ...، كالزيارات، واللقاءات العائلية.

3.2.2.1.1. الإتصال التجاري

وهو المستعمل لأغراض تجارية في المؤسسات بهدف ترويج مبيعات منتج معين، ومن بين الأشكال الأكثر استعمالا الدعاية و الرعاية.

4.2.2.1.1. الإتصال التوجيهي

يكسب المستقبل اتجاهات جديدة أو يعدل اتجاهات قديمة، أو يثبت اتجاهات قديمة مرغوب فيها.

5.2.2.1.1. الإتصال التثقيفي

يستعمل لتوعية المستقبل بأمور تهمة وتخصه لمساعدته على زيادة معرفته

6.2.2.1.1. الإتصال التعليمي

يكسب الفرد مهارات وخبرات جديدة كمثل على ذلك الإتصال الذي يحصل بين التلميذ ومعلمه.

7.2.2.1.1. الإتصال الترفيهي

يستخدم لإدخال البهجة والسرور والراحة النفسية كعروض المسرحيات، ...

8.2.2.1.1. الإتصال الجماهيري [10]ص50

يكون من خلال نقل الأفكار والمعلومات والآراء من خلال وسائل فنية جماهيرية كالصحف، الإذاعة، التلفزيون....

9.2.2.1.1. الإتصال المالي

يستخدم بهدف توطيد الثقة بين المنظمة ومساهميها ومختلف الأعوان الماليين كالبنوك، المحللين الماليين، عن طريق تقديم ميزانيات وجداول المؤسسة إضافة إلى لوحة القيادة بطريقة مستمرة.

3.2.1.1. أساليب الإتصال

لكل فرد أسلوبه الخاص الذي يستعمله في الاتصال، وقد يختلف الأسلوب من الشخص نفسه من يوم لآخر، إلا أن الأفراد يميلون إلى تكرار أسلوب معين، ومن بين هذه الأساليب [11]ص44.

1.3.2.1.1. أسلوب العدوان واللوم

الشخص الذي يتبنى هذا الأسلوب يميل إلى نقد الآخرين واستبدادهم، لأن الهدف النهائي هو أن يحقق الفوز والسيطرة عليهم، ونتائج هذا الأسلوب تكون سلبية على المدى البعيد.

2.3.2.1.1. أسلوب الاسترضاء وعدم الجزم

يحاول الفرد أن يستسمح الآخرين ويتحدث وكأنه عاجز عن فعل شيء من أجله، فهو بحاجة دائما إلى من يسانده ويؤيده، كما أنه غير قادر على التعبير عما يريده بصفة مباشرة وحاسمة، إضافة إلى ذلك فإنه يجد صعوبة في أن يقول "لا"، خوفا من إيذاء مشاعر الآخرين.

3.2.3.1.1. الأسلوب العقلي

يحتسب الفرد كل ما يفعله مع الآخرين لذلك فإن هذا الأسلوب يتوجب قدرة فائقة لكي يظهر الإنسان بمظهر الهدوء والرصانة والاتزان.

3.3.2.1.1. الأسلوب الواضح والمباشر

يكون الشخص المستعمل لهذا الأسلوب صريحا ويفعل ما يقوله، ومستعد دائما للتفاوض والحوار وعقد الصلح.

3.1.1. نماذج الإتصال

لقد بذلت محاولات عديدة لتوضيح عملية الإتصال وتحليلها ووصف أبعادها وتشخيص مجالاتها في شكل نماذج تبين لنا كيف تعمل الظاهرة الاتصالية، وسوف نعرض فيما يلي أهم النماذج العالمية التي تعرضت لعناصر عملية الاتصال.

1.3.1.1. نموذج لاسويل 1948 Laswell

لقد قدم العالم السياسي هارولد لاسويل سنة 1948 نتيجة لعمله في الدعاية نموذجا للاتصال لخصه في العبارة التالية:

من يقول؟ وماذا يقول؟ لمن يقول؟ بأية وسيلة؟ وبأي تأثير؟ [12] ص 77.

من يقول : يشير إلى القائم بالاتصال (فرد أو جماعة)

ماذا يقول : محتوى الرسالة.

لمن يقول: المستقبل (فرد أو جماعة).

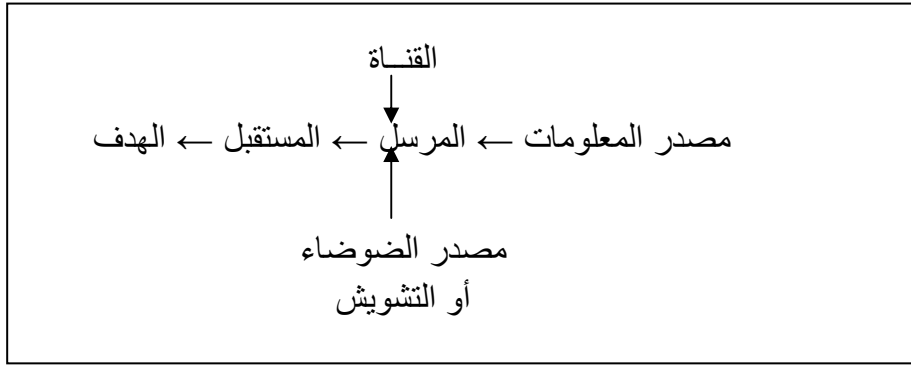
بأية وسيلة : قناة نقل الرسالة.

"بأي تأثير": يقصد به التغذية العكسية أو التغذية المرتدة.

2.3.1.1. نموذج شانون وويفر 1949 Shannon et Weaver

يصفان طبيعة عملية الإتصال في كتابهما النظرية الرياضية للاتصال كما يلي:
 " مصطلح الاتصال يشمل جميع الطرائق التي يمكن أن يؤثر بها عقل على آخر ، وهذا بالطبع لا يشمل الكلام المكتوب والمنطوق فحسب لكنه يشمل أيضا الموسيقى والفنون التصويرية والمسرح وكل السلوك" [1]ص51.

وقد وصفا الاتصال من خلال ستة (6) عناصر كما يوضحه الشكل التالي



الشكل رقم 01: عناصر عملية الاتصال حسب نموذج شانون وويفر [13]ص103

إن مصدر المعلومات هو الذي يختار رسالة معينة من بين مجموعة من الرسائل ويقوم جهاز الإرسال بتحويلها إلى رموز بواسطة قناة اتصال من المرسل إلى المستقبل (ففي الحديث الشفهي فالمصدر هو العقل، والمرسل هو الجهاز الصوتي)

أما المستقبل فهو الذي يغير الإشارة المرسلة إلى رسالة مرة أخرى ينقلها إلى الهدف، (فعند التحدث، فعقل المتحدث هو مصدر المعلومات، وعقل المستقبل هو الهدف).

أما مصطلح الضوضاء فيقصد به أي تشويش يتداخل مع إرسال الرسالة من مصدرها إلى هدفها.

3.3.1.1. نموذج شرام 1954 Schramm

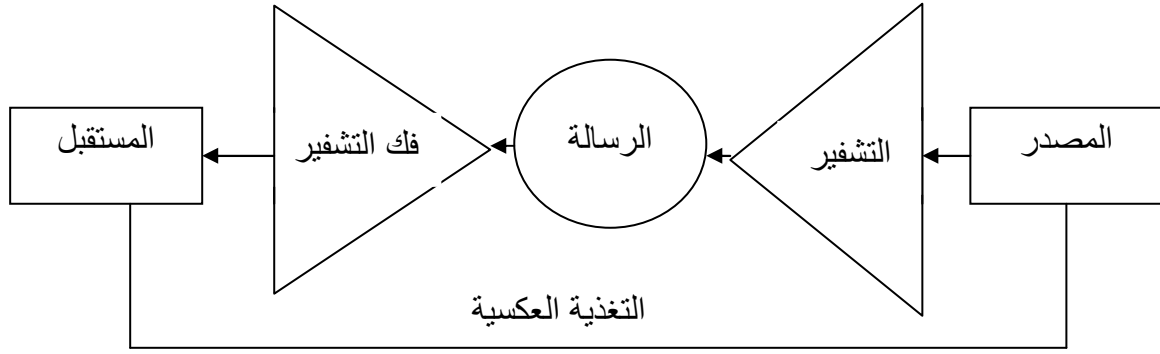
نشر ويلبر شرام موضوعا عنوانه "كيف يعمل الإتصال" أين طور فيه نموذج "شانون" و"ويفر" وصاغ منه نموذجا جديدا وصفه كالتالي:

يمكن أن يكون المصدر فردا أو جماعة (يتحدث، يكتب، يرسم) أو هيئة وتكون الرسالة في شكل حبر على ورق، أو إشارة باليد، والهدف يمكن أن يكون شخصا يستمع أو يشاهد، أو جمهورا.

كما قدم شرام مفهوم مجال الخبرة الذي اعتبره ضرورة لازمة لتقرير ما إذا كانت الرسالة ستصل إلى الهدف بالطريقة التي قصدها المصدر، ففي حالة عدم وجود ميدان خبرة مشتركة بينهما فإنه من المحتمل أن يكون تفسير الرسالة بطريقة صحيحة ضعيفا.

أعطى أهمية كبيرة للتغذية المرتدة واعتبرها وسيلة للتغلب على مشكلة الضوضاء والتشويش فقال أن "التغذية الراجعة تخبرنا بالكيفية التي فسرت بها رسائلنا، فرجل الإتصال ذو الخبرة يهتم بالتغذية الراجعة، ويغير رسالته في ضوء ما يلاحظ وما يسمع من المستقبلين" [1]ص55.

إضافة إلى ذلك فإن شرام يؤمن بأن مستقبل الرسالة عندما يصدر التغذية العكسية يصبح هو بدوره مرسلا، والمرسل مستقبلا لأن الإتصال دائري في اعتقاده ويختلف عن الإتصال القديم ذي الاتجاه الواحد.



الشكل رقم 02: عناصر عملية الاتصال حسب نموذج شرام [14]

4.3.1.1. نموذج كاتز ولازار سفلا Katz and Lazarsfeld

لقد قدم الباحثان السياسيان عام 1955 مفهوما عن تدفق الإتصال على مرحلتين من خلال بحث قاما به، أين استنتجا أن المعلومات المقدمة من الوسائل الجماهيرية للاتصال، لا يكون لها إلا أثر قانوني على المستقبلين، وبيننا ذلك من خلال قرار الناخبين في عملية التصويت، فالناخبون المترددون في اتخاذ قرار الترشيح يتأثرون عادة بمن حولهم من الناس أكثر من تأثرهم بوسائل الإتصال الجماهيرية، فالأزواج يتأثرون ببعضهم البعض، والأطفال بأبائهم...

وهذا ما جعلهما يخلصان إلى الاستنتاج التالي: " الأفكار تنساب من المذيع أو عن طريق المطبوعات إلى قادة الرأي ومنهم إلى من هم أقل نشاطا من قطاعات السكان "[1]ص57 في تدفق على مرحلتين وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

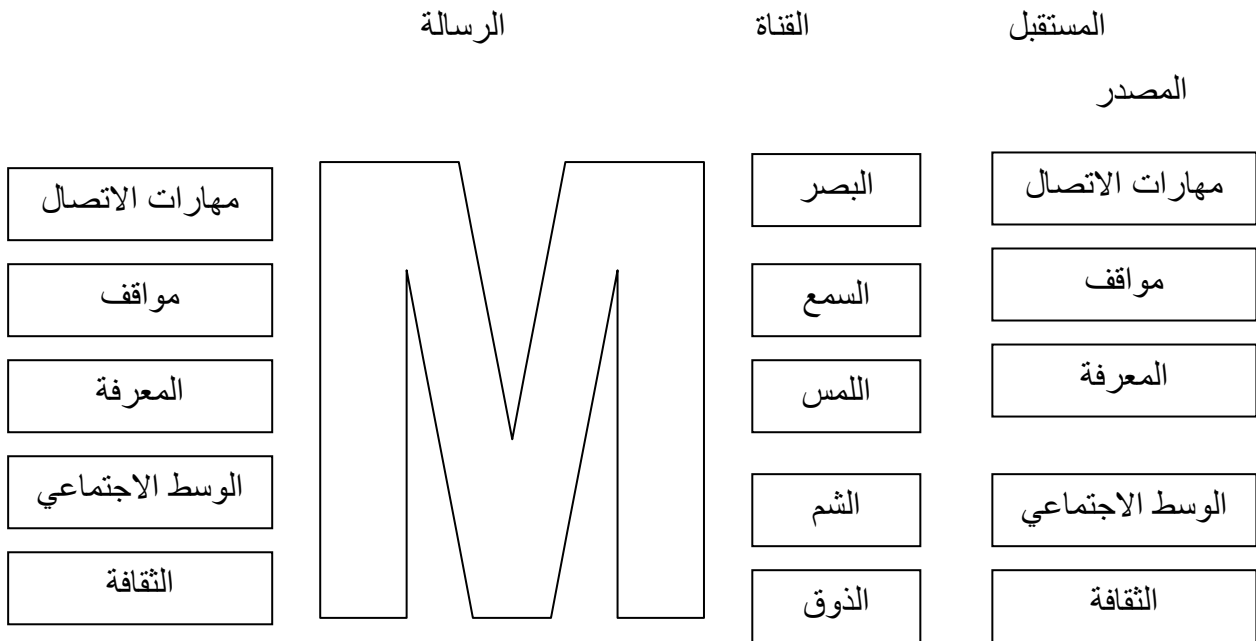
المصدر ← الرسالة ← الوسائل الجماهيرية ← قادة الرأي ← الجمهور

5.3.1.1. نموذج بيرلو Pierlo

ألف دافيد برلو كتابا بعنوان "عملية الإتصال" وذلك سنة 1960م، حيث وضع لعناصر الاتصال الأربعة والمتمثلة في "المصدر، الرسالة، القناة والمستقبل" عوامل ضابطة كالمهارات

والمواقف والمعرفة والثقافة والنظم الاجتماعية لكل من المصدر والمستقبل، المحتوى والمعالجة والرمز بالنسبة للرسالة ، واهتم بالحواس الخمس المتمثلة في البصر، السمع، اللمس، الشم، الذوق باعتبارها قنوات رئيسية لنقل المعلومات وعلى أنها تؤثر في كل من المصدر والمستقبل.

ويرى أن تفسير الرسالة يعتمد بشكل رئيسي على المرسل والمستقبل وما تعنيه الكلمات لهما أكثر من اعتمادهما على عناصر الرسالة، لأن المعاني موجودة في الناس وليست في الكلمات. ولخصه في المخطط التالي



الشكل رقم 03: عناصر عملية الاتصال حسب نموذج بيرلو [15]

2.1. نظريات الإتصال

سوف نتطرق فيما يلي إلى ذكر أهم نظريات الإتصال من حيث وجهة المناجمت.

1.2.1. الإتصال حسب المدرسة الكلاسيكية

نشأت هذه المدرسة مع مطلع القرن العشرين واهتمت بتطوير مفهوم عقلاني وميكانيكي للمؤسسة إذ يقوم هذا المفهوم على عناصر مادية تخضع لقوانين فيزيائية ، وعناصر بشرية تخضع لقوانين نفسانية.

تعتبر هذه المدرسة الأفراد كسالي، يميلون لكره العمل ويتهربون من المسؤولية، وبذلك فهم يمثلون عناصر يمكن التحكم فيها بسهولة داخل المؤسسة، والشيء الوحيد الذي يضمن تنفيذهم للأوامر والتوجيهات هو الأجور.

أما المفهوم الميكانيكي، فيقوم على اعتبار المؤسسة كميكانيزم تقاس فعاليته عن طريق حساب الإنتاجية، وينظر فيه إلى الأفراد كمتغيرات مثل باقي المتغيرات المادية الأخرى. وقد تضمنت المدرسة الكلاسيكية النظريات التالية [16]ص77.

1.1.2.1. نظرية الإدارة العلمية

يعتبر فيها تايلور أب التنظيم العلمي للعمل، يتمحور هذا التنظيم الذي جاء به تايلور حول كيفية تقسيم العمل، إذ يتم التمييز بين التقسيم الأفقي من جهة و الذي يرتكز على طريقة مثلى للعمل من خلال دراسة الوقت والحركة بطريقة تسمح بتبسيط المهام التي يقوم بها كل عامل والذي يتعين عليه احترام الوقت الذي يتطلبه أداء حركة معينة وبين التقسيم العمودي للعمل من جهة أخرى أو ما يسمى بالتخصص الوظيفي الذي يرتكز على توزيع الأدوار إذ تقوم الإطارات بتصميم وتخطيط المهام والأعمال، في حين يقتصر دور العمال على التنفيذ.

ويكون الاتصال في هذه الحالة عموديا ونازلا يهدف من ورائه الرؤساء إلى إعطاء الأوامر والمعلومات عن المهام والواجبات المتعلقة بالعمل، وهذا للوصول إلى الطاعة والتنسيق في هذه الأعمال.

2.1.2.1. نظرية المبادئ الإدارية

قام من خلالها "فايول" بتحديد 14 مبدأ للإدارة نذكر منها على وجه التحديد:

وحدة إصدار الأوامر: بمعنى أن يتلقى العامل الأوامر والتعليمات من رئيسه المباشر فقط، ولا يتلقاها من عدة رؤساء، وهكذا يكون الاتصال مشخصا وواضحا، عكس ما كان يشوب التaylorية من غموض والتباس في هذا المجال، إذ نفر بتلقي المرؤوس لأوامر وتوجيهات من أكثر من رئيس، وهو ما يزيد من احتمال تعارضها، ويضع العامل في موقف المتردد والحائر في كيفية تنفيذها.

المركزية: بمعنى تركيز السلطة في يد المدير أو في يد المستوى الإداري الأعلى في المؤسسة وبالتالي فالإتصال يكون من أعلى القمة إلى أسفل الهرم وهذا ما يعزز الخاصية التوجيهية للإتصال النازل في المدرسة الكلاسيكية.

3.1.2.1. نظرية البيروقراطية

البيروقراطية كلمة لاتينية تعني "حكم المكتب" ولقد اعتبرها ماكس فيبر "الوضع المثالي لإدارة أي منشأة حيث جاء بالعديد من الأفكار من أهمها.

التدوين الكتابي: أي أن تكون الأوامر والتعليمات والإجراءات مكتوبة، يمكن الرجوع إليها عند الحاجة، وهذا يتطلب وجود إطارات بشرية لإعداد الكتب والتعليمات وحفظها وفهرستها لتكون عملية الرجوع إليها سهلة وسريعة.

نستنتج من خلال ذلك أن الإتصال حسب ماكس فيبر يرتكز على الإتصال اللفظي المكتوب، غير أن هذه الرؤية لا توضح فيما إذا كان هناك استيعاب وفهم للرسائل التي توجه كتابيا من طرف الرؤساء إلى المرؤوسين المعنيين بتنفيذها، ولا تبين مصير انشغالات وحاجات العاملين وسبل إيصالها إلى الرؤساء.

السرية: تعني أن يحفظ العامل أسرار المؤسسة ولا يبوح بها لتلك الأطراف التي قد تشغل هذه المعلومات. تأخذ المعلومات شكل أوامر وتعليمات، أو نقاط مصلحة كما قد تأخذ طابعا شفويا أو كتابيا.

من خلال ما سبق يمكننا استنتاج أن الإتصال حسب المدرسة الكلاسيكية له وظيفة تقنية تشمل على مجموع الأنشطة الإتصالية التي تعمل على ضمان إرسال صحيح ومنتظم للمعلومات داخل المنظمة. غير أن المدرسة الكلاسيكية تعتبر المنظمة نظاما مغلقا لا يتأثر ولا يؤثر على المحيط الخارجي.

2.2.1. الإتصال حسب مدرسة العلاقات الإنسانية

عملت هذه المدرسة على الاهتمام بالجانب البشري، عكس المدرسة الكلاسيكية التي اهتمت بالجوانب المادية.

تميزت مدرسة العلاقات الإنسانية بعدد من القواعد والأساليب التي أعدت لمساعدة المديرين في تحفيز العاملين، تركز هذه الأساليب على ثلاث نشاطات إدارية رئيسية ، تتمثل على الخصوص في:

- تشجيع العاملين على المشاركة في القرارات الإدارية.

- إعادة تصميم الوظائف.

- تحسين تدفق الإتصال بين الرؤساء والمرؤوسين.

جاءت هذه المدرسة بالعديد من النظريات نذكر من بينها:

1.2.2.1. نظرية إلتون مايو وتجارب هاورثون

بدأ إلتون مايو بإجراء سلسلة من الدراسات والتجارب بمصنع هاورثون بشيكاغو وذلك عام 1927. أولى هذه الدراسات اعتمدت على افتراض الإدارة الكلاسيكية (التقليدية) الذي ينص على أن الظروف المادية المحيطة بالعمل تؤثر على أداء العاملين الذي يتحسن بزيادة

الإضاءة في مكان العمل. فقام فريق من الباحثين يقودهم "إلتون مايو" باختبار ذلك الافتراض عن طريق عزل عدد من العمال في إحدى غرف المصنع، وهو ما سمح بملاحظة ردود أفعال هؤلاء العمال إزاء التغيرات في مستوى الإضاءة، وقد فوجئ الباحثون بأن أداء العاملين لم ينخفض مع تخفيض مستوى الإضاءة بل زاد بنسبة منخفضة وهذا ما سمح باستخلاص العديد من النتائج الهامة نذكر منها:

-بروز أهمية روح الجماعة وما يترتب عليها من رفع أداء العاملين كبديل للفردية.

-أداء العاملين لا يتوقف على الحافز المالي والظروف المادية المحيطة بالعمل بل يتوقف أيضا على نمط الإشراف، وكذا قناعة العمال بأن مؤسستهم تتعامل معهم باعتبار أشخاص لهم قيمة وتميز وأهمية، ومن هنا تظهر أهمية الإتصال باعتباره وسيلة تسمح برصد مختلف إنتظارات وتطلعات وحاجات العاملين غير الاقتصادية من تقدير واعتراف وتشجيع ومحاولة الاستجابة لها، وهو ما يسمح برفع الأداء إلى مستويات أعلى، باعتباره محصلة الرغبة في العمل.

-إن العامل في المؤسسة يعمل داخل جماعة لها عاداتها وتقاليدها، وهي غالبا ما تنشأ دون اعتراف أو تقدير من الإدارة، ويطلق على هذا النوع من الجماعات اسم الجماعات غير الرسمية وهذا ما يعني ضمنا وجود إتصال غير رسمي محبذ ومرغوب فيه بين الأفراد المنضمين إليها.

1.1.2.2.1. نظرية "ماسلو" في تدرج الحاجات

يرى ماسلو أن هناك ارتباط بين فكرة تدرج حاجات الأفراد والدوافع الإنسانية، إذ أن حاجات الأفراد تتوقف على ما تم إشباعه بالفعل، وبالتالي تبدو الحاجات غير المشبعة أكثر إلحاحا كدافع لتحريك سلوكيات الإنسان من إشباع حاجة معينة إلى إشباع حاجة أخرى تليها في الترتيب. وقد قسم ماسلو الحاجات إلى خمسة مستويات سائدة في أية منظمة تشكل المدرج الهرمي للحاجات، والذي يمكن توضيحه من خلال الشكل التالي:



الشكل رقم 04 : المدرج الهرمي لتسلسل الحاجات حسب ماسلو [17]ص15

وسوف نشرح ذلك فيما يلي:

-الحاجات الأساسية: ترتبط بالنقود كوسيلة للحصول على ضروريات الحياة من مأكّل، مشرب، ملابس، ومأوى، وتعد أكثر الحاجات إلحاحاً للإشباع حسب اعتقاد ماسلو، كونها تضمن بقاء العاملين واستمراريتهم وقدرتهم على العمل، وبعدها يتطلع العمال إلى إشباع الحاجات التالية في الترتيب لأنها ليست الأهم.

-الحاجة للأمن: تأتي من حيث الأهمية والأولوية في الإشباع بعد الحاجات الأساسية، ويلاحظ أن مفهوم الأمن كما يراه ماسلو ينحصر نسبياً في الضمان والأمن ضد الأضرار الجسمية (أثناء العمل) والصحية والاقتصادية.

-الحاجات الاجتماعية: بعد أن يتفرغ الباحثون من إشباع حاجاتهم الأساسية والأمنية، يتطلعون لإشباع الحاجات الاجتماعية من خلال ربط علاقات وظيفية تسمح لهم بتأدية مهامهم

على أحسن ما يرام أثناء العمل، ومد جسور من العلاقات الودية خارج إطار العمل وحتى داخله، تتجسد في شكل إتصال غير رسمي بين أعضاء جماعات العمل غير الرسمية، وذلك لكون الإنسان اجتماعي بطبعه.

-الحاجة لاحترام النفس: تضمن مجموعة من الحاجات الإنسانية مثل حاجة العامل للاحترام من قبل زملائه في العمل والحاجة إلى الاعتراف به وتقديره، فطموح وتطلعات الأفراد تخلق الدافع لدرجة أن اهتماماتهم تنصرف إلى أبعد من النقود وما يمكن اقتناؤه.

-الحاجة إلى إثبات الذات: عرف ماسلو الحاجة إلى إثبات الذات بأنها رغبة الإنسان في الاستزادة المستمرة عما هو عليه ليصل إلى كل شيء يصبو إليه، وتأتي هذه الحاجة في قمة الهرم، وعندما تصبح هذه الحاجة أكثر إلحاحا للإشباع من غيرها، يصبح بموجبها العامل غير آبه أو مكترث بمؤشرات الحاجات الأخرى، بقدر ما يهمله الإحساس بالارتياح والرضا نتيجة أدائه الوظيفي الجيد، وإبداعه في مجال عمله وطموحه الدائم في تحقيق الأفضل.

لذا سبق نستنتج أن هناك ارتباطا وثيقا بين نظرية ماسلو لتدرج الحاجات والاتصال، نظرا لأن الإدارة في المؤسسات تسعى من خلال اتصالها بالعاملين إلى جعل سلوكهم يتوافق وأهدافها، إضافة إلى توجيه رسائل تنص عن حسن نية الإدارة للاستجابة لحاجات العاملين وهذا حسب ما تمليه إمكانياتها، وهذا ما يعطي للعاملين دفعة قوية تساعد على رفع أدائهم. لقد حظي الإتصال بأهمية كبيرة في مدرسة العلاقات الإنسانية حيث لا يقتصر الأمر على وجود إتصال نازل فحسب بل يتعداه إلى وجود إتصال صاعد إذ أصبحت الإدارة العليا تعتبر العاملين كمعاونين يساعدونها على اتخاذ القرارات مستبعدة بذلك النظرة الضيقة للعمال على أنهم منفذون للأوامر والتعليمات فقط.

3.2.1. الإتصال حسب مدرستي الأنساق و نظرية Z

على عكس المدرسة الكلاسيكية والسلوكية التي اعتبرت المنظمة مجرد نظام مغلق لا يؤثر ولا يتأثر بالمحيط الخارجي فإن هاتين المدرستين درستا الإتصال مع الأخذ بعين الاعتبار كون المنظمة نظاما مفتوحا.

1.3.2.1. الإتصال حسب مدرسة الأنساق

ظهرت هذه المدرسة كبديل على نفسه، فهي تعتبرها كنسق مفتوح يؤثر ويتأثر بالبيئة المحيطة.

وعلى هذا الأساس، فكل المنظمات المفتوحة عبارة عن آليات مكونة من مدخلات وعمليات ومخرجات، إذ يتم الحصول على المدخلات من البيئة في شكل طاقة ومعلومات وأموال وموارد بشرية، وبعد ذلك تعالج المدخلات من خلال العمليات التحويلية والتغيرية التي تغير هذه المدخلات، ثم تصدرها في شكل مخرجات، وعليه فإن كل هذه العمليات ينبغي أن تؤدي بشكل جيد [18] ص 133.

وتشمل هذه المدرسة على العديد من النظريات نخص منها بالذكر:

-النظرية العامة للأنظمة: وضعت من طرف الباحث البيولوجي والفيلسوف لودينغ بيرتلنفي

سنة 1954 وارتكزت على المفاهيم التالية:

. مفهوم التفاعل: هو كل نشاط للعناصر التي يتضمنها النظام، مؤديا بذلك إلى تغيير

سلوكها، من خلال تأثيرها ببعضها البعض.

. مفهوم الكل: يتشكل النظام من عدة عناصر، ولكنه يشكل الكل وليس مجموع أجزائه.

. مفهوم التنظيم: يعتبر هذا المفهوم جوهر النظرية العامة للأنظمة، فالتنظيم هو توزيع

العلاقات بين العناصر المشكلة للنظام.

. مفهوم التعقيد: خلافا للمقاربة الكلاسيكية التي ترى تبسيط النظام وسيلة لفهمه، فإن المقاربة التنظيمية ترى أنه من الأفضل أخذه في كامل تعقيده، بدل تبسيطه، وهو ما يضمن فهما جيدا له.

من خلال ما سبق نستنتج أن مدرسة الأنساق فتحت مجالاً، واسعا أمام ظهور الإتصال الخارجي كضرورة ملحة للمنظمات ، باعتبارها أنظمة مفتوحة تشكل فيها المعلومات مصدرا للطاقة التي تمكنها من التأقلم مع بيئتها والتأثير فيها من خلال مخرجاتها، وهذا سعيا من أجل البقاء والاستمرار.

2.3.2.1. الإتصال حسب النظرية Z

لقد ظهرت هذه النظرية سنة 1981 على يد عالم الإدارة الياباني وليم أوتشي ، الذي لاحظ أن الشركات اليابانية قد حققت معدلات إنتاجية عالية جدا ، وخاصة في الفترة التي أعقبت الحرب العالمية الثانية، ولاحظ أيضا أن السبب في الأرقام العالية لإنتاجية الشركات اليابانية، يعود لبراعتها في إدارة العنصر البشري، واعتبر أوتشي أن الشركات الأمريكية تتبع نمط بالإدارة مختصر للنمط الأمريكي في المناجمت American way of management في حين أن الشركات اليابانية تتبع نمط الياباني في المناجمت Nippon way of management.

فقام بإيجاد النظرية التي تعني تطبيق الطريقة اليابانية في الإدارة خارج اليابان وبالذات في الولايات المتحدة الأمريكية.

يشتمل نمط الإدارة اليابانية على العديد من الخصائص من أهمها:

يقوم النمط الياباني على الإدارة بالمشاركة، بمعنى تكامل أهداف المنظمة مع أهداف العاملين فيها، وما يجعل هذا التكامل أكثر تعزيزا وتدعيما هو الإبداع الذي يربط العامل بالمنظمة والذي من شأنه أن يخلق اتصالا وارتباطا وثيقين بين العامل ومنظّمته.

كما أن نمط الإدارة بالمشاركة يدفع بروح الجماعة إلى الأمام ويجسد من خلال تعاون وتكاتف جهود العاملين، ومشاركتهم الفعلية في اتخاذ القرارات المصيرية بالنسبة للمنظمة،

فإطاعة المبنية على القبول والثقة والافتناع، أفضل لإنجاز العمل، فالعبرة ليست في توجيه أوامر وتعليمات بقدر ما هي في جودتها من حيث المعلومات التي تتضمنها والأهداف التي يرجى تحقيقها من خلال تنفيذ هذه الأوامر والتعليمات.

بالرغم من تعارض سيادة الإتصالات مع مبدأ وحدة الرئاسة أو التوجيه حيث يجب أن يتلقى تعليماته وأوامره من رئيس واحد فقط، وعادة رئيسه المباشر تجنباً للتعارض في الأوامر، إلا أن هذا النظام من نظم الإتصال يمثل أحد مقومات النجاح للإدارة الجماعية أو أحد أسس تطبيق النموذج العضوي من التنظيم [19]ص55.

فالاتصال حسب نمط الإدارة بالمشاركة هو اتصال شبكي تفاعلي يجعل من العاملين كمشاركين في اتخاذ القرارات التي تخص المنظمة.

تتلائم نشأة أي مؤسسة بمنشأة اتصال بها فهو يتواجد بها ويعد العنصر المحرك لتطورها إذ يعتبر مجموعة من الخطوات المتسلسلة والمتراصة مع بعضها البعض والتي تم بواسطتها التأثير من طرف المرسل والتأثر من قبل المستقبل حول معلومات، أفكار، بيانات بواسطة أداة مناسبة حسب الزمان والمكان بهدف تبادل وجهات النظر، كما يعتبر وسيلة ربط الجهاز الإداري بالمحيط الخارجي من جهة، وبالعاملين من جهة أخرى وهذا الأخير يطلق عليه الاتصال الداخلي ، بها المقصود إذن بالاتصال الداخلي، وما هي وسائله وما علاقته بالتسيير الإستشفائي؟

الفصل 2

الاتصال الداخلي و علاقته بالتسيير الاستشفائي.

يعتبر الاتصال الداخلي نوعاً من أنواع الاتصال يتجسد في الاتصال بين مختلف هياكل ومصالح المؤسسة وإفرادها فهو موجه لمجموع العاملين والفاعلين بالمؤسسة كما يعتبر جزءاً لا يتجزأ من عملية لتسيير المؤسسات سيما الإستشفائية منها.

هذا ما سنحاول إبرازه في الفصل الثاني وذلك عن طريق تقسيمه إلى قسمين يحتوي الأول على ثلاثة أجزاء تطرقنا في الجزء الأول إلى ماهية الاتصال من خلال تعريفه وذكر أنواعه ومبادئه، أما الجزء الثاني فقد خصص لدراسة وسائل الاتصال الشفوية والكتابية بكل أنواعها، وتناولنا في الجزء الثالث متطلبات ومعوقات الاتصال الداخلي.

أما القسم الثاني فحاولنا إبراز علاقة الاتصال الداخلي بالتسيير الاستشفائي وذلك بتقسيمه هو الآخر إلى ثلاثة أجزاء، يوضح الأول مجالات الاتصال الداخلي بالمستشفى، أما الثاني فيبرز كيفية الاتصال الداخلي بالمستشفى من خلال مكتب الدخول وأخيراً خصص الجزء الثالث لإبراز علاقة الاتصال الداخلي بالتسيير.

1.2. خصائص الاتصال الداخلي

يعتبر الاتصال الداخلي من أهم الاتصالات المعمول بها في المؤسسات و فيما يلي نتطرق إلى التعريف بالاتصال الداخلي مع إبراز وسائله و ذكر متطلبات و معوقات نجاحه .

1.1.2. ماهية الاتصال الداخلي

سنتناول فيما يلي إبراز ماهية الإتصال الداخلي بالتطرق إلى مفهومه، أنواعه و مبادئه.

1.1.1.2. تعريف الاتصال الداخلي

من خلال مختلف التعاريف لدى المختصين هناك من يرى أن:

- الإتصال الداخلي هو تعامل الإدارة مع العاملين داخل نطاق المنشأة إذ يمكن للإدارة من نقل قراراتها و أوامرها إلى مختلف مستويات التنفيذ [20]ص129 .

- يعرف كذلك على أنه العملية التي تهدف إلى تدفق البيانات و المعلومات في صورة حقائق بين وحدات المشروع المختلفة في مختلف الإتجاهات ، هابطة ، صاعدة ، أفقية ، عبر مراكز العمل المتعددة من أعلى المستويات إلى أدناها ، من أجل تنسيق الجهود و تحقيق الترابط و التعاون وتبادل الآراء ووجهات النظر الخاصة بالعمل و مشاكله بما يحقق الفهم و التجاوب بين العاملين [17]ص22.

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن الاتصال الداخلي عبارة عن :

- تفاعل إنساني ينشأ بين مختلف العاملين .
- مجموعة ممارسات يومية ، و سلوكيات .
- يساعد على خلق روح التعاون و الالتحام بين أفراد المؤسسة .
- الاتصال الداخلي ليس من اختصاص الأخصائيين فقط ، و إنما يخص كل من الفرد ، الفريق ، المؤسسة .
- الاتصال الداخلي هدفه الرئيسي تحسين الفاعلية الفردية و الجماعية سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

2.1.1.2. أنواع الاتصال الداخلي

نتطرق إلى أنواع الاتصال الداخلي من خلال التقسيمات التالية

1.2.1.1.2. من حيث الوسائل المستخدمة

نجد من حيث هذا التقسيم نوعان :

- الاتصال اللفظي: يدخل في هذه المجموعة كل اتصال يستخدم اللغة كوسيلة لنقل رسالة من المصدر إلى المستقبل، واللغة قد تكون منطوقة تصل إلى المستقبل فيدركها بحاسة السمع، أو قد تكون مكتوبة كما هو الحال في الكتب ، والتقارير ، والمؤتمرات ، والصحف .

- الاتصال غير اللفظي : هو كل اتصال لا يعتمد على اللغة اللفظية وإنما يعتمد على تعبيرات منظمة تشير إلى مجموعة معاني يستخدمها الإنسان عند اتصاله بالآخرين ما يسمى بلغة الأجسام كالتعبيرات الحركية، الإشارات وهذه التعبيرات تكون مقصودة وهادفة من طرف المصدر.

ويقسم بعض العلماء لغة الأجسام إلى ثلاثة لغات كالتالي :

لغة الحركة أو الأفعال: تتضمن كل الحركات التي يقوم بها الإنسان (المصدر) بهدف نقل ما يريده من معاني وأحاسيس المستقبل.

لغة الأشياء : يقصد بها كل ما يستخدمه المصدر من أشياء غير الإشارة والحركة لنقل رسالته إلى المستقبل، كارتداء اللون الأسود لإشعار الآخرين بالحزن الذي يعيشه المصدر.

لغة الإشارة : هي إشارات يستخدمها الإنسان ليتصل بالآخرين، وقد تكون هذه الإشارات بسيطة أو معقدة كإشارات التفاهم مع الصم والبكم.

2.2.1.1.2. من حيث الاتجاه

نجد فيها نوعين من الاتصالات :

- الاتصالات الرسمية: هي خلاصة الأنواع الثلاثة التالية :

- الاتصال الهابط (التنازلي):ترد المعلومات من أعلى القمة إلى أسفل الهرم ، أي تنجه من الرؤساء إلى المرؤوسين ، تتضمن عادة الأوامر والقرارات والتعليمات بهدف التنفيذ . هذا النوع يعد أداة للتسيير إذ أنها تسمح لكل فرد بالمنظمة بمعرفة مكانته وواجباته بها

- الإتصال التصاعدي: تبدأ من أسفل الهرم باتجاه القمة ، وقد تكون في شكل استفسارات ، تقارير ، مقترحات أو شكاوي ، أو رد على أسئلة القمة تسمح للرؤساء بمعرفة مدى تنفيذ المرؤوسين لتعليماتهم .
- الإتصال الأفقي: ذلك الإتصال الذي يتم بين عمال المستوى الإداري لواحد بهدف التنسيق بين جهودهم كقيام رئيس قسم الإنتاج بالاتصال برئيس قسم التسويق في نفس المنظمة.

- الإتصالات غير الرسمية: هي تلك التي تحدث خارج المسارات الرسمية المحددة للاتصال [1]ص135، ومن أمثلة ذلك ما يدور بين زملاء العمل من أحاديث عن مشاكلهم الخاصة ، كذلك ماينقل بين الرؤساء في ندواتهم الخاصة من معلومات .

3.2.1.1.2. من حيث الأساليب

حسب هذا النوع أو التقسيم يوجد نوعان من الإتصال:

- الإتصال غير المباشر: إذ تعتبر الوسائل السمعية والبصرية من أهم الوسائل المستخدمة في الإتصال غير المباشر، ومن أهم الوسائل الصور، الملصقات، الأفلام، الأغاني، المعارض، اللوحات الفنية.
- الإتصال المباشر: هو الذي يعتمد على مواجهة الناس مباشرة من خلال المقابلات، الزيارات، الاجتماعات، المؤتمرات ...

4.2.1.1.2. من حيث درجة التأثير

يقصد بالتأثير، الأثر الذي يترك لدى المستقبل ، وهنا نجد نوعين:

- الاتصال الشخصي المباشر: إذ يتم فيه تبادل المعلومات بين الأفراد مباشرة أي وجها لوجه، وفي اتجاهين دون قنوات وسيطة، إذ يصبح المرسل مستقبلا والمستقبل مرسلا وذلك بفعل التغذية المرتدة حيث بمجرد إرسال المصدر الرسالة سرعان ما يتلقى استجابة عليها وهكذا فيكون التفاعل من الجانبين.

- الاتصال الجماهيري: يتم من خلاله نقل المعلومات إلى عدد كبير من الأفراد باستخدام وسيلة أو أكثر من وسائل الاتصال، وهو يتم بطريقة غير مباشرة ويكون في اتجاه واحد وإن كانت هناك استجابة فإنها لا تظهر مباشرة أثناء الاتصال وإنما بعد فترة زمنية.

3.1.1.2. مبادئ الإتصال الداخلي

يقوم الإتصال الداخلي على مبادئ عديدة نوجزها كما يلي:

- الوضوح: يعتمد هذا المبدأ الأساسي لكون الإتصال الداخلي وسيلة لخدمة أهداف المؤسسة وتحقيقها وبالتالي يتوجب على هذه الأخيرة أن تربط اتصالها الداخلي بثقافتها وقيمها، لكي يبدو لمستقبل المعلومة وضوح تام في الرسالة المقدمة حتى لا تكون موضوع تناقض.

- الإرادة: على المؤسسة التي تسعى إلى تحقيق أهدافها وفق شروط موضوعية مراعاة الوسائل الضرورية لذلك، وباعتبار الإتصال الداخلي وسيلة أساسية في ذلك فعلى المؤسسة تسخير كل الإمكانيات المادية كخلق مصلحة خاصة [21]ص10 ، ووضع تصور وميزانية لذلك، فهذا في حد ذاته تعبير عن إرادة قوية للعمل.

- الشفافية: يجب أن توصل المعلومات دون غموض وبدون طرق ملتوية، وهذا يتطلب بالضرورة الاعتراف بحق الآخر.

- البساطة: تكمن قوة الاتصال الداخلي في اللغة البسيطة التي يستخدمها المرسل بقصد إيصال رسالته وشرح مضمونها بحيث يجب أن يراعي فيها خصائص شخصية المستقبل.

- السرعة: سرعة الاتصال الداخلي تؤدي إلى تفادي المشاكل العويصة التي تنجم من التباطؤ في معرفة الرأي الآخر، بل قد يؤدي هذا التباطؤ إلى إعطاء تفسير آخر للمعلومة.

- القوة (قوة الإيصال): على المشرف على الإتصال إبلاغ الرسالة لكل الفاعلين بالمؤسسة إن كان ذلك يخصهم، لذلك يتوجب عليه استخدام كل الوسائل المتاحة لبلوغ هدف إعلام الجميع.

- الواقعية: إن الاتصال الداخلي يكتسي طابعا بيذاغوجيا فهو استثمار لن تبدو بوادره وثماره بالظهور إلا بعد مدة زمنية معينة، فهو إن غير من طرق العمل، فلن يأتي التغيير في ثقافة المؤسسة إلا بالممارسة والتحاور والتواصل.

- التأقلم: يجب أخذ ثقافة المستخدم، وثقافة المؤسسة ومحيط العمل بعين الاعتبار لإنجاح الاتصال الداخلي في المؤسسة.

- الالتزام: عندما تحدد المؤسسة مجموعة من الأهداف يجب عليها الالتزام بتحقيقها بهدف الوصول إلى الأهداف المسطرة، وهذا لا يتحقق إلا من خلال رصد مجموعة من الموارد لذلك. فهذا الالتزام يتطلب كذلك رسدا لموارد المؤسسة من أجل إنجاز الاتصال الداخلي الذي يعد شرطا لعصرنة أهدافها.

- الإثارة: إن هذا المبدأ يفرض على الاتصال الداخلي أن [22]ص32
*يثير الاهتمام.

*يصبح الشغل الشاغل لموضوع معين.

*يرصد الآراء

*يربط الجميع بمبدأ واحد.

*يثير الإعجاب حول فكرة ما ...إلخ.

بالإضافة إلى أن الاتصال الداخلي يسعى لتحقيق عدة أهداف من بينها [23]،

-محاولة الإجابة على تساؤلات العمال.

-تفسير أو شرح المؤسسة.

-خلق هوية للمؤسسة، وثقافة مشتركة.

-مساعدة المسؤولين في الحصول و توصيل المعلومات واستقبالها.

-إعلام الموظفين قبل أن يتلقوا الخبر من جهات خارجية.

-مساعدة المسير على تنشيط فريقه.

-تشكيل أو بناء الروح الجماعية.

-تحضير أو تهيئة العمال للتغيرات التنظيمية بالمؤسسة.

-منح فرصة التعبير عن الأفكار.

-تشجيع الإبداعات.

-محاولة التقليل من الإشاعات.

-اجتناب الصراعات.

2.1.2. وسائل الإتصال الداخلي

تتعدد وسائل الاتصال الداخلي وتتنوع من أهمها:

1.2.1.2. الوسائل المكتوبة

تمتاز وسائل الاتصال المكتوبة عن غيرها من الوسائل بكونها تتيح للمرسل والمستقبل دراسة مضمون الاتصال بهدوء ووقت كافي، كما أنها وثائق يمكن الرجوع إليها وقت الحاجة [24]ص181.

1.1.2.1.2. مجلة المؤسسة

وهي دورية تصدرها إدارة المؤسسة، توجه للأفراد ذوي العلاقة بالمؤسسة كالعاملين، وهذا ما يطلق عليها "المجلات الداخلية"، والغرض الأساسي من هذه المجلة هو تحسين العلاقة بين المؤسسة وبين قراء المجلة، وتحقق هذه المجلة أهدافا عديدة نوجزها في النقاط التالية:

- شرح وتفسير الأخبار: تشرح وتفسر الأخبار والمعلومات ذات العلاقة بالمؤسسة وتوضح معناها وتأثيرها على جمهور المؤسسة

تحسين التعاون وذلك للوصول إلى تحقيق أهداف المؤسسة، والتعاون يكون بين عمال المؤسسة، وخلق الشعور بالانتماء.

- القضاء على سوء التفاهم: الذي يمكن أن ينشأ داخل المؤسسة، والذي يؤثر سلبا عليها، تلعب المجالات دورا من خلال شرح الحقائق وتقديمها في شكل واضح وتصويرها بحيث تصل الرسالة للأفراد بشكل دقيق ومقنع.

- تفسير السياسات والتعليمات والقوانين: وشرحها بلغة بسيطة وسهلة ليفهمها الجميع.

- تحسين الإنتاج: وزيادة الكفاءة الإنتاجية للعاملين من خلال نشر المقالات والموضوعات المختلفة حول الإنجازات المحققة في هذا المجال في المؤسسات الأخرى.

- مواجهة الشائعات: عن طريق النشر في المجلة للحد منها وتوضيح كل الجوانب المتعلقة بها.

- ترويج نشاطات العاملين: كالتطوع للعمل في النوادي الاجتماعية والجمعيات الخيرية.

أما ما يخص حجم المجلة فإنه يختلف بحسب حجم المؤسسة والأهمية التي توليها هذه الأخيرة لها، كذلك هو الحال بالنسبة لدورية الصدور ولكن في غالب الأحيان يكون إصدارها شهريا، توزع مباشرة على العاملين أو ترسل إليهم عن طريق البريد.

2.1.2.1.2. التقارير

التقرير هو عرض للحقائق الخاصة بنوع معين أو مشكلة عرضا تحليليا بطريقة متسلسلة مبسطة مع ذكر الاقتراحات التي تتماشى مع النتائج التي تم التوصل إليها والبحث والتحليل [25]ص143 والتقارير قد تكون:

- إخبارية: فتعرض المعلومات والبيانات الخاصة بموضوع التقرير عرضا تحليليا فالغرض منها إعطاء صورة حقيقية لما يجري في المؤسسة.

- تحليلية: تتعرض لمشكلة معينة مع عرض وتحليل جوانبها وتقديم المقترحات بشأنها كتقرير حول مشكلة كثرة التغيب.

- سنوية: تشرح جميع الأعمال التي قامت بها المؤسسة في السنة التي انقضت، وجميع الأعمال التي لم تقم المؤسسة بانجازها مع إبراز الصعوبات التي واجهت المؤسسة وما قامت من أجل التغلب مع العقبات.

- مالية: انتشر استخدامها مع تحسن طرق المحاسبة، وأصبحت تعد أداة رئيسية من أدوات الإدارة.

- دورية إشرافية: تقدم في فترات زمنية معينة قد تكون كل ثلاثة أشهر أو ستة أشهر، توضح النواحي المالية والإنتاجية للمؤسسة، تؤكد على حسن سير العمل حسب الخطة الموضوعية، وتحاول إبراز الانحرافات إن وجدت وتصحيحها قبل فوات الأوان.

3.1.2.1.2. البرقيات الإعلامية

عبارة عن معلومات مدونة على الورق تهدف إلى إعلام الموظفين بطريقة سريعة ومختصرة عن أمور تخصهم وتخص مؤسستهم.

4.1.2.1.2 . منشورات صحفية

أي نشر مجموعة مقالات صادرة عن جرائد وصحف خارجية، هذه المقالات تخص المؤسسة، بهدف إعلام الموظفين بالعمليات التي تقوم بها منظماتهم والتي لها صدى إعلامي ، يقوم بانجازها أعضاء المؤسسة أو جهات خارجة عنها تسند لهم هذه المهمة.

5.1.2.1.2 - التعلية المصلحية

تعد من الأدوات الأكثر استعمالا في المؤسسات، تهدف إلى تحديد قواعد العمل والتعليقات والأوامر، تصدر من أعلى القمة باتجاه أسفل الهرم، لابد أن يكون محتواها مختصرا ودقيقا، وأن تكتب بلغة سهلة وواضحة لكي يفهمها الكل.

6.1.2.1.2 . لوحة الإعلانات

هي الأداة الأكثر استخداما من قبل إدارة المؤسسة، ويشترط أن يكون مكانها واضحا يتمكن الجميع من رؤيتها، وأن تكون نظيفة وجذابة بحيث يمكن رؤية جميع موضوعاتها بشكل واضح، وأن تكون موضوعاتها حديثة متجددة باستمرار ومثيرة للاهتمام (مضمونها) ، ولوحة الإعلانات عبارة عن ملصقات توضع على اللوحة تتناول إعلانات الاجتماعات، إعلانات فرص العمل، إعلانات الترقيات، إعلانات التعيينات، إرشادات السلامة وغيرها من المواضيع الأخرى..

7.1.2.1.2 . صندوق الاقتراحات Boite à idées

عبارة عن صندوق توضع فيه إقتراحات وتساؤلات العمال، يعتبر من وسائل الاتصال القديمة المعمول بها بالمؤسسات، والأقل تكلفة من ناحية الاتصال التصاعدي لابد أن يوضع الصندوق في مكان ظاهر وأن يحدد الموضوع الذي يتناوله لكي يتسنى لكل عامل معرفة الموضوع الذي يمكن أن يقدم اقتراحاته أو تساؤلاته أو انتقاداته فيه.

8.1.2.1.2. اليومية الإلكترونية

عبارة عن لوحة إلكترونية مضاءة تمر فيها المعلومات بطريقة مستمرة، تثير انتباه الجمهور والعمال، وهي وسيلة اقتصادية وسريعة إذ يكفي للمسؤول عنها أن يدون المعلومة بواسطة الحاسب الآلي لتنتشر بصفة آنية في جميع الأقسام المتواجدة فيها اللوحة.

9.1.2.1.2. وكالة الإعلام

ظهرت في المؤسسات التي تملك فروعاً عديدة في بلدان مختلفة، فيقوم صحفي داخلي بالمؤسسة بجمع المعلومات وتدوينها وإرسالها إلى الجهات المعنية عن طريق الفاكس.

10.1.2.1.2. الأنترنت

بنك معلومات داخلي خاص بالمؤسسة يمكن من التبادل والتحاور، هو بمثابة شبكة الداخلية للإعلام الآلي هذه الوسيلة تمكن من نقل و إرسال بريد إلكتروني إلى فرد أو مجموعة أفراد، وقد عوض صندوق الاقتراحات المستعمل سابقاً.

2.2.1.2. الوسائل الشفوية .

تتمثل أهم الوسائل الشفوية للاتصال الداخلي فيما يلي:

1.2.2.1.2. الاجتماعات

الاجتماع عبارة عن إشترك عدد كبير نسبياً من الأفراد في لقاء لتحقيق هدف أو أهداف معينة [26]ص197.

ونجد هناك نوعان من الاجتماعات:

- اجتماعات المشاركة : تستخدم لحل المشكلات المطروحة كاجتماع رؤساء الأقسام لإعداد سياسة المنظمة.

- اجتماعات الاستماع : تكون لإعلام المشاركين كاجتماع العاملين لإبلاغهم عن القوانين المتغيرة في المؤسسة.

يجب أن يكون للاجتماع هدف يبرر عقده، فعقد الاجتماع يسبقه تنظيم وتخطيط كما أن هناك مجموعة من الخطوات يجب مراعاتها:

- مرحلة الإعداد: تسبق عقد الاجتماع يحدد فيها موضوع الاجتماع، إضافة إلى تجميع المعلومات اللازمة حول الموضوع، ووضع جدول أعمال الاجتماع بما يناسب الأعضاء، ويتم في هذه المرحلة كذلك اختيار من يحضر، من يتحدث، مكان عقد الاجتماع، مدة الاجتماع.
- مرحلة عقد الاجتماع: يجتمع فيها المدعوون لمناقشة الموضوعات المدرجة في جدول الأعمال، وفي هذه المرحلة لا بد أن تكون القرارات بالأغلبية بعد أن يعطى لكل عضو الفرصة للتعبير عن آرائه، وأن يسجل كل ما ورد في الاجتماع من مناقشات وما تم التوصل إليه من قرارات.
- مرحلة ما بعد الاجتماع[26]ص198: أين يتم فيها حصر الأعضاء المتغيبين عن الاجتماع، وإرسال محضر الاجتماع لكل الأعضاء، ومتابعة تنفيذ القرارات والتوصيات التي خرج بها الاجتماع.

2.2.2.1.2. المؤتمرات

هي عبارة عن مناقشة وتبادل فكري بين الأعضاء حول قضية أو موضوع أو مشكلة أو مشروع أو ظاهرة يهتمون بها، أو مرتبطة بظروفهم بقصد التوصل إلى توصيات أو قرارات مناسبة والعمل على الالتزام بها.

يمر عقد المؤتمر بعدة مراحل نوجزها فيما يلي:

-مرحلة الإعداد: أين يحدد فيها هدف المؤتمر والبحوث والدراسات الواجب إعدادها، تحديد موعد ومكان المؤتمر إضافة إلى الإعلان بالمؤتمر وتوجيه الدعوات للجهات المعنية.

-مرحلة انعقاد المؤتمر: يبدأ المؤتمر في موعده أين يقوم رئيس المؤتمر بإلقاء كلمة الافتتاح، ثم بعدها يلقي الخبراء البحوث والدراسات، ثم تصاغ القرارات والتوصيات وتعرض على

المؤتمرين في النهاية للتصديق عليها أو تعديلها، ثم تلقى كلمة إختامية تدل على نهاية المؤتمر.

مرحلة المتابعة: يتم فيها إعداد مطبوعات المؤتمر الشاملة على البحوث ومحاضر الجلسات والتوصيات، وترسل صورة من هذه المطبوعات للجهات المختصة، تتولى لجنة المتابعة بالمؤتمرات بمتابعة تنفيذ التوصيات والقرارات التي اتخذت.

ومن بين ما يميز المؤتمرات هو كونها تعتبر من الأساليب النموذجية في مناقشة القضايا، وتزويد المشاركين بمعلومات وافية عن القضايا المطروحة، ومن بين ما يعاب على المؤتمرات كونها باهضة التكلفة.

3.2.2.1.2. الندوات

هي عبارة عن مناقشة متكاملة بين مجموعة من المتخصصين في موضوع معين وجمهور معين في جوانب مختلفة من هذا الموضوع ويتناول المختصون الموضوع من جوانبه المتعددة بحيث يتناوله كل منهم من زاوية معينة [26]ص203.

ويمر عقد الندوات بالمراحل التالية:

مرحلة الإعداد: يتم فيه تحديد موضوع الندوة، واختيار الخبراء اللازمين إذ يتناول كل واحد منهم جانبا من جوانب الموضوع، يتم في هذه المرحلة تحديد الأفراد المعنيين بالندوة إضافة إلى أعداد مكان مناسب وأخيرا يعلن عن الندوة.

مرحلة التنفيذ: تبدأ الندوة بعد عرض كلمة استفتاحية تتناول التعريف بالموضوع ثم يتقدم كل خبير بشرح الجانب المخصص له، بعدها يسمح للأفراد المشاركين بالمناقشة مع الخبراء، وأخيرا تنهى الندوة بتلخيص آراء الخبراء.

مرحلة التقييم: من خلال قياس مدى نجاح الندوة في تحقيق الأهداف المسطرة لتحقيقها.

4.2.2.1.2. الدعوة

هي وسيلة من وسائل الإتصال الداخلي قد ترتبط بنشاط آخر كالا اجتماع والمؤتمرات، لابد من الإعداد الجيد لها، وتأخذ الدعوات الأنواع التالية:

-دعوات الفطور: يدعى المشاركون في الاجتماعات والمؤتمرات إلى الفطور صباحا كنوع من التحفيز لكي يحضر المدعوون في الوقت المحدد، وتعتبر هذه الدعوات محاولة للاجتماع بالأشخاص الذين لا تسمح لهم ظروف عملهم بحضور الدعوات الأخرى.

والمشكلة التي تواجه هذا النوع من الدعوات تكمن في تحديد نوع الطعام، إذ تختلف الأذواق والعادات والتقاليد من شخص لآخر، بالتالي لاجتناب هذا النوع من العوائق فإنه يتم اللجوء إلى المائدة المفتوحة (Buffet) أين تعد مائدة توضع فيها مأكولات متعددة ، وتترك الحرية للأفراد باختيار ما يريدون تناوله.

-دعوات الغداء: تأخذ طابعا أكثر رسميا من دعوات الفطور إذ يقوم شخص متحدث بالترحيب بالضيوف، ويكون وقتها محدد أي تبدأ عند وقت وتنتهي عند وقت آخر للسماح للأفراد بالرجوع إلى عملهم.

-دعوات العشاء: تعد الأكثر رسمية من الدعوات السابقة، غير أن موعد الانتهاء غير محدد فيها، لأن الأفراد لن يعودوا للعمل بعد ذلك.

- حفلات الكوكتيل: تقام قبل الغداء أو العشاء أو تكون مستقلة لا ترتبط بدعوة غداء أو عشاء، تقام في قاعة أو فندق.

-حفلات الاستقبال المسائية[20]ص101: هي نشاطات غير رسمية يدعى لها الأفراد المهتمون وذلك لتبادل أطراف الحديث، أو للاستمتاع، وقد يعرض فيها فيلم عن المنظمة أو عن نشاط معين.

5.2.2.1.2. الوسائل السمعية البصرية

كاستخدام الهاتف للاتصال بين وحدات المؤسسة، أو للاتصال بين المرؤوسين والرؤساء. أو استخدام الفيديو لعرض أفلام حول المؤسسة للتعريف بها أو شرح مشروع معين تود المؤسسة الخوض فيه.

يمكن إدراج الوسائل الإتصالية التالية:

- لغة الإشارة أو الحركة: وهي لغة مركبة مما يصدره الفرد من حركات تعبيرية أثناء نقله للرسالة إلى المستقبل، أو عند تلقيه الرسالة من المرسل.
- لغة الأشياء: كطريقة الشخص في ارتداء ملابسه، محيط عمله(حالة مكتبه)، هذه الأشياء تعكس الاهتمام الذي يوليه الفرد بعمله ومحيطه.
- تعبيرات الوجه: خاصة نظرات العيون التي قد تعني القبول أو الرفض.

3.1.2. متطلبات ومعوقات الاتصال الداخلي

إن نجاح عملية الاتصال الداخلي مرتبط بحد كبير بتوفير متطلبات أو شروط تجعل هذه العملية فعالة، إضافة إلى تجنب كل معوقات عملية الاتصال الداخلي وهذا ما سنحاول توضيحه فيما يلي.

1.3.1.2. متطلبات الاتصال الداخلي

يعد الاتصال الداخلي ضرورة من ضرورات الحياة، ومدى نجاح عملية الاتصال الداخلي مرتبط باكتساب بعض المهارات الاتصالية الأساسية، وتوفير بعض الشروط التي من شأنها جعله فعالاً ومحققاً للهدف المرجو، نعرضها كالتالي:

1.1.3.1.2. المهارات.

تشمل ما يلي:

- الإتصال أو الاستماع الفعال: فالإنصات الجيد يمنح للمتحدث فرصة للتعبير عما يريد قوله، ويعطي للمستمع إمكانية فهم وتفسير وتحليل ما يقال، ومن ثم خلق ميدان للتفاهم فالمطلوب هو معرفة كيف تنصت حتى نستطيع أن نتحدث بشكل جيد [10]ص196 .
- التحدث والإقناع: مدى قدرة الفرد على اكتساب المواقف الإيجابية عند قيامه بالاتصال، ويشترط ذلك توفر المتحدث على زاد لغوي أو رصيد لغوي من الألفاظ يمكنه من التعبير عن

المعنى، كما يجب أن يكون المتكلم واسع الإطلاع ولديه المعرفة الشاملة بالموضوع، وأن يثق فيما يقوله وفي نفسه مما ينعكس إيجاباً على درجة التأثير في المستمعين.

- مهارة إدارة الآخرين: أي التأثير على الأفراد من خلال تنسيق جهودهم وعلاقاتهم، وتوجيههم نحو الهدف المسطر، وأن تكون أفعال المدير مطابقة لأقواله وأن تمنح مرؤوسيه فرصة لإبداء آرائهم، واقتراحاتهم حول مشاكل العمل.

2.1.3.1.2 . الشروط

نوجزها في النقاط التالية:

- يجب على المرسل أن يحدد مستقبل الرسالة [11]ص40.
- وجود اتفاق فكري بين طرفي الرسالة.
- وجود لغة مشتركة تساعد في سهولة فهم مضمون الرسالة
- ملائمة مضمون الرسالة لثقافة وأفكار المستقبل
- هيئة المصدر ومظهره وأسلوبه يساعد على تشكيل صورة طيبة للمتكلم، ويكون له تأثيراً على اتجاهات المستمع وسلوكه [27]ص242.
- أن يتم الاتصال في الوقت المناسب وبالوسيلة المناسبة.

2.3.1.2 . معوقات الاتصال الداخلي

نصوغها في النقاط التالية:

- عدم القدرة على التعبير بوضوح عن مضمون الرسالة نتيجة لغياب الثقافة والتعليم التي تمكن من نقل المعنى بصورة واضحة وسهلة سواء شفاهياً أو كتابياً.
- صعوبة اللغة إذ قد يستخدم المرسل بعض المصطلحات المتخصصة التي قد لا يجيد فهمها المستقبل، أو عندما يستخدم كلمات غير محددة والتي لها أكثر من معنى واحد.
- ميل الأفراد إلى رفض الأفكار الجديدة وخاصة إذا تعارضت مع معتقداتهم.
- الحالة النفسية لمستقبل الرسالة ومدى استعداده لتقبلها.

- البعد المكاني وتعدد المستويات الإدارية بين المرسل والمستقبل
- وجود فروق شخصية أو ذاتية بين طرفي الاتصال.
- عدم فعالية وسيلة الاتصال المستخدمة في نقل الرسالة
- المبالغة في عملية الاتصال الداخلي أو الإقلال منها، فالإفراط في عملية الاتصال قد تؤدي إلى عزوف المرؤوسين عن حضور الاجتماعات أو عدم اكترائهم بموضوع الاتصال، ومن جهة أخرى يؤدي الإقلال في الاتصال إلى حجب الكثير من المعلومات عن الرؤساء.
- احتواء الرسالة على بعض الأخطاء التي تقلل من وضوح الموضوع [11]ص31.

لا يخلو مجال من مجالات الحياة من عملية الإتصال، لأنّ الفرد بطبيعته يميل للإتصال، وبما أن الأفراد يكوّنون المؤسسة فهذه الأخيرة هي الأخرى لا تخلو من الإتصال، بينما الإتصال الداخلي الذي يكون بين الأفراد وبينهما وفيما يلي نحاول إبراز علاقة الإتصال الداخلي بالتسيير الإستشفائي من خلال التطرق إلى مجالات الإتصال الداخلي، وعلاقته بالتسيير.

2.2. الإتصال الداخلي و تسيير المؤسسات الإستشفائية

للإتصال الداخلي علاقة وثيقة بالتسيير إذ لا وجود للتسيير بغياب الإتصال، فهذا الأخير يعد عملية تسييرية مستمرة نبرز ذلك من خلال التطرق للنقاط التالية.

1.2.2. مجالات الإتصال الداخلي

تختلف ضرورة و أهمية الإتصال الداخلي بالمستشفى عن باقي المؤسسات الأخرى، وفيما يلي سنحاول إبراز ذلك من خلال التطرق إلى محاور الإتصال الداخلي وضرورته بالمستشفى.

1.1.2.2. محاور الإتصال الداخلي بالمستشفى

نظرا لتعدد الأسلاك في المؤسسة الإستشفائية إداري، طبي، شبه طبي وكذا المريض [28]ص29، فإن شبكة الإتصال الداخلي واسعة ومتعددة الأطراف فهناك اتصال بين مختلف

المصالح الإدارية، واتصال بين الإدارة والسلكين الطبي والشبه الطبي إضافة إلى الاتصال مع المريض.

1.1.1.2.2. الإتصال مع المريض (من طرف الإدارة، والسلكين الطبي والشبه

طبي)

يعد المريض السبب الرئيسي لتواجد المستشفى فلولا وجود المرضى لما وجدت المؤسسات الاستشفائية، وبما أن المريض عندما يقصد المستشفى لا يكون في حالة صحية جيدة فيتوجب عليه أن يحضى بالاهتمام المعنوي من قبل إدارة المستشفى وموظفيه مهما كان السلك الذي ينتمون إليه وذلك عن طريق الاستقبال الجيد والاتصال المستمر به إضافة إلى الإهتمام به مادياً من خلال توفير الشروط الضرورية لذلك كالإقامة، الأكل، الأدوية، وهذا منذ دخوله للمستشفى إلى غاية خروجه.

- إتصال المريض مع الإدارة داخل المستشفى : تبدأ علاقة المريض بالمستشفى بمجرد التحاقه به، والتقاءه بالموظفين المكلفين بالاستقبال والتوجيه فمن هذه النقطة تبدأ عملية الاتصال بين المريض والإدارة، فيقوم الموظفون باستقبال المرضى عبر مكتب الاستعلامات ويوجهونهم نحو المصالح المختصة كل حسب حالته الصحية، إنّ تمتع موظفي الإستقبال بمستوى تعليمي مقبول، يسهل عليهم عملية التعامل مع المرضى أو عائلاتهم ذوي المستويات الثقافية المختلفة، كما أن إطلاعهم على مختلف مصالح مؤسستهم ، ومواقعها ومواقيت الزيارة والاستقبال يسهل توجيه المرضى.

كما أنّ تهيئة الإداريين نفسياً وأخلاقياً شيء مطلوب لأداء مهمتهم على أكمل وجه، وتمتعهم بأخلاق حسنة لتكون معاملتهم للمرضى وعائلاتهم إنسانية فتحليهم بالصبر يسهل عليهم تحمل الوضعيات المختلفة التي يحضر بها المريض ، ومن أجل تجنب كل التجاوزات فإن الرقابة على عمل الإداريين شيء ضروري لضمان ذلك.

ولحسن استقبال المريض فإن مراعاة بعض الشروط المادية كتوفير اللوحات التوجيهية التي توجه المريض نحو مختلف المصالح المختصة، وتبين مواقيت الزيارات، فهذه اللوحات تريح

المريض وعائلته من كثرة السؤال وتساعد على كسب الوقت، بالإضافة إلى وضع دليل للمريض كما ينص عليه التنظيم، أين يطلع المريض على حقوقه وواجباته، وهذا الدليل يعد وسيلة اتصال فعالة وضرورية.

إن اتصال المريض بإدارة المستشفى يبدأ عبر موظفي مكتب الدخول (القبول) في حالة ما إذا اقتضت حالته الصحية مكوثه بالمستشفى، ففي هذه الحالة يتصل المريض أو عائلته بمكتب القبول مصحوبين بالشهادة المسلمة من طرف الطبيب ووثائقه الشخصية لإتمام الإجراءات المتعلقة بقبول إقامته ليتوجه للمصلحة المقرر مكوثه فيها للعلاج.

- إتصال المريض بالأطباء وشبه الأطباء: يتكفل الطبيب والممرض بالمريض من الناحية الطبية بتقديم العلاج اللازم لتحسين حالته الصحية، ويعتبر كل من السلك الطبي والشبه الطبي أقرب الناس إلى المريض داخل المستشفى، فهم على إتصال دائم به سواء أثناء الفحص أو عند تقديم الأدوية وأثناء الكشوفات المخبرية، لذلك فيجب أن تكون علاقتهم مع المريض جيدة مبنية على المعاملة الإنسانية الحسنة وعلى التشجيع والتحفيز المستمر لرفع معنويات المريض.

وباعتبار السلك الطبي والشبه طبي جوهر العمل الاستشفائي، فعلى الممرضين والأطباء والمراقبين الطبيين التحلي بأخلاقيات المهنة، وأن تكون علاقاتهم مع المرضى على درجة من الإنسانية مبنية على الاحترام المتبادل.

ومن أجل الحث على الاتصال الفعال بالمريض تتدخل الإدارة عن طريق إيجاد الوسائل والإمكانيات الضرورية لعمل الأطباء، وتعزيز الرقابة على أعمالهم ومعاملاتهم مع توفير جو عمل مناسب للطبيب ليؤدي وظيفته الإنسانية على أكمل وجه مع تحفيزه إما بالتشجيع أو عن طريق الرقابة.

2.1.1.2.2. الإتصال بين مختلف المصالح الإدارية

لا يمكن إهمال دور الإدارة بالمستشفى فهي المسؤولة عن تنظيم النشاط داخل المستشفى، ودعم حركة العمل الصحي وتوفير الإمكانات الضرورية وتنظيم حركة المستخدمين باختلاف تخصصاتهم، وكل ما يتعلق بالشؤون الإدارية والاقتصادية للمستشفى.

إن سير النشاط الاستشفائي مرتبط بسير الإدارة، لذلك تبرز أهمية وضرورة التنسيق بين مختلف مصالح الإدارة، ولكي يتحقق هذا التنسيق فإن توفر إتصال فعال ودائم بين هذه المصالح ضروري، مثال على ذلك فإن مصلحة المستخدمين لها اتصالات مع جميع المصالح الإدارية على مستوى المستشفى، فتتصل بمديرية المالية لتحديد المناصب المالية، وتخصيصات الميزانية لتمويل الأجور، ومديرية المالية هي الأخرى تتصل بمصلحة المستخدمين من أجل تحديد المناصب المتوفرة.

بالإضافة إلى كون مصلحة المستخدمين في اتصال دائم مع المستخدمين خاصة فيما يتعلق بالغيابات والتنقيط وإعداد كشوف الأجور وحركة المستخدمين، فيقوم مدير المستخدمين بالاتصال عبر اللقاءات والاجتماعات والمراسلات مع مدير الإدارة العامة لمناقشة مختلف المواضيع المتعلقة بالخدمات الإستشفائية، ويقوم كذلك بالاتصال مع رؤوسيه من خلال الأوامر التي يقدمها للعاملين في مصلحته للقيام بأعمال معينة، إضافة إلى أنه يتصل مع نظرائه من نفس الرتبة على مستوى المديريات الأخرى كمدير المالية، مدير الشؤون الاقتصادية لحل المشاكل العالقة ومن أجل التنسيق فيما بينهم.

إضافة إلى ما سبق فإنه لا يمكن إهمال الاتصال داخل المصالح الإدارية في حد ذاتها أي بين موظفي المصلحة الواحدة إما بين رئيس المصلحة وموظفيه أو بين الموظفين أنفسهم عن طريق وسائل مختلفة باختلاف موضوع الاتصال ورتبة كل من المرسل والمستقبل، ومن بين أكثر الوسائل الاتصالية استعمالاً في هذا المجال الاجتماعات الدورية، الزيارات داخل المكاتب، المكالمات الهاتفية، التقارير الدورية والتعليمات المصلحية، وتجدر الإشارة هنا إلى أن الوسيلة الأكثر استعمالاً من بين المذكورة سابقاً هي التنقل المباشر للموظفين باختلاف مستوياتهم إلى المصالح أو المكاتب الأخرى لحل المشاكل بسرعة وبفاعلية أي الإتصال المباشر.

إن الاتصال الدائم مع مختلف مستخدمي المؤسسة الإستشفائية وباختلاف تخصصاتهم يعد أمراً ضرورياً للاعتبارات التالية:

-الاتصال الدائم بهم يسمح بالرقابة المستمرة على عملهم ويسمح كذلك بتقييم أدائهم.

-يعتبر الاتصال حافظاً يدفعهم للعمل أكثر.

-يسمح الاتصال بإيصال أفكارهم واقتراحاتهم لتحسين الأداء في إطار عملهم.

3.1.1.2.2. الإتصال بين الإدارة والسلوك الطبي

إن الاتصال بين إدارة المستشفى والسلوك الطبي بما في ذلك الشبه طبي ضرورة أساسية من أجل التسيير الحسن للمستشفى، فالإدارة تلعب دوراً لوجستيكياً بالنسبة للعمل الطبي، فإنها ملزمة بتوفير الإمكانيات المادية، والبشرية لإنجاح هذا العمل.

والطبيب وبسبب تكوينه العلمي والتقني لا يمكنه أن يهتم بعمل هو في الأصل للإدارة كتوزيع المستخدمين أو اقتناء الأجهزة والمواد الضرورية في مصلحته فهو يكتفي بعرض حاجاته على إدارة المستشفى بمختلف مصالحها لكونه أدرى بمصلحته وبعمله كطبيب وما يلزمهم من إمكانيات للقيام بها.

إذ تقوم كل مصلحة طبية بحصر احتياجاتها سواء من المستخدمين أو من الأدوية والتجهيزات، ثم تطلب من مصلحة المستخدمين أو من مديرية الهياكل مثلاً أن تزودها بما تحتاج إليه.

إضافة إلى اتصال المصالح الطبية بالإدارة للتعبير عن المشاكل التي تصادف النشاط الطبي، وهذا بهدف حصر المشاكل وحلها وتجنب تعطيل العمل داخل المصالح الطبية

ومن أجل الوصول إلى تحقيق الأهداف المرجوة، والمتمثلة خاصة في تقديم الخدمات الصحية على أكمل وجه وبأقل تكلفة فإنه من المفروض وضع جهاز معلومات يسهل عملية

الاتصال بين الإداريين والأطباء، يسلم إن جهاز المعلومات بكل المعلومات المهمة ذات المصادقية الناتجة عن مختلف الخدمات وأن يحتوي على جميع المعلومات والمعطيات الهامة طبقاً لنشاطات المصالح الإستشفائية والاتصال بالإدارة عن طريق تقارير حول النشاط تتضمن:

-الاحتياجات العامة للمؤسسة الإستشفائية.

-متطلبات الطاقم الطبي والتقني.

- المهام المختلفة للمستشفى.

-العلاقة مع الخارج.

- وضعية المرضى داخل المستشفى.

وبعد جمع هذه المعلومات يتم إيصالها لجميع مسؤولي المصالح الإدارية والطبية للمستشفى هذا من جهة ومن جهة أخرى يتم تزويد الطاقم الطبي بالمعلومات التالية:

-المعلومات المنتقاة من المريض والتي يصف فيها حالته الصحية

-القرارات الطبية ونتائجها.

-ملفات المرضى التي تحتوى على معلومات إدارية وطبية

أما بالنسبة للجهاز الإداري فيتوفر على المعطيات اللازمة للتسيير المتبع في المؤسسة كتقييم الفاتورات وتغطية الديون، التسيير اليومي للمستخدمين، المحاسبة والمصالح الاقتصادية وغيرها من النشاطات الأخرى.

إن هذه المعلومات تساعد على وضع برنامج عمل متوسط أو بعيد المدى ومنه وضع مخطط تسيير للمؤسسة الإستشفائية.

مما سبق بأنه بواسطة جهاز المعلومات يستطيع المسير الحصول على التقارب المنشود بين الإدارة والسلوك الطبي لأن التسيير الأمثل للمستشفى لا يمكن الوصول إليه دون تقارب بين

الطبيب والمسير ، لأن كلا الطرفين لا يمكن الوصول إلى أهدافهما إلا إذا توفرت لديهما مجموعة من المعطيات ذات الطابع الصحي والإداري.

2.1.2.2. ضرورة الاتصال الداخلي بالمستشفى

يتولى المستشفى تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، ونظرا لحساسية الخدمة المقدمة كونها تتعلق بصحة وحياة الإنسان، فإن بذل كل الجهود لإنجاح هذه المهمة وذلك من خلال تكامل مختلف مصالح المستشفى باستعمال اتصال داخلي دائم وفعال مطلوب، غير أن الاتصال داخل المستشفى يختلف عن الاتصال في باقي المؤسسات الأخرى، نظرا للأسباب المذكورة سابقا والمتمثلة في نوعية الخدمة الصحية وحساسيتها إضافة إلى تعدد الأسلاك العاملة بالمستشفى وطبيعة المرفق هذا ما يجعل الاتصال داخل المستشفى أكثر من ضرورة، وفيما يلي سوف نتطرق إلى إبراز ضرورة الاتصال داخل المستشفى.

1.2.1.2.2. تعدد الأسلاك والهيكل

إن تعدد الهياكل والمصالح الإدارية الطبية والتقنية [29]ص9، يجعل الاتصال فيما بينها أمرا حتميا، فتعدد هذه المصالح يعني تعدد الوظائف التي تقوم بها كل مصلحة طبية تهتم بالجانب الطبي دون غيره من الجوانب التقنية والإدارية، وهكذا بالنسبة للمصالح الأخرى، وبما أن كل هذه المصالح تهدف إلى تقديم خدمات صحية ذات نوعية عالية، فإنها تقوم بالتنسيق فيما بينها عن طريق إيجاد شبكة اتصالية فعالة، تتجسد في الاتصال داخل المصالح نفسها وبين كل مصلحة والمصالح الأخرى من نفس السلك، ثم بين مصلحة من سلك ما ومصلحة من سلك آخر، كما يتم الاتصال بين تلك الأسلاك من جهة والمريض من جهة أخرى.

فالمريض عندما يدخل المستشفى يتصل بمكتب الدخول (القبول) الذي يعد الوثائق اللازمة ويوجهه نحو المصلحة الطبية التي تتكفل به والمكونة من أطباء وممرضين مختصين، وإن استدعى الأمر للقيام باختبارات إشعاعية أو مخبرية فيتدخل عندئذ المختصون التقنيون على مستوى المصالح المخبرية. وقد يحتاج المريض للأدوية، فيقوم الطبيب بالاتصال بصيدلية المستشفى، ويتصل الصيدلي بدوره بالإدارة لتزوده بالأدوية اللازمة التي تودع على المصالح، ويأتي دور الطبيب من جديد لتقديم الدواء للمريض عن طريق الممرض.

من خلال ذلك نستنتج أن هناك علاقة وثيقة بين مختلف مصالح المستشفى، وحلقة الربط بينها يكون عن طريق الاتصال، واختلال الاتصال في أي مرحلة من المراحل يؤثر على سيرورة النشاط داخل المؤسسة الإستشفائية. فالإتصال بذلك له دور المنسق بين مختلف المصالح المختلفة ومستخدميها ذوي التكوين المختلف، ويعد وسيلة ضرورية لاستغلال كل الطاقات البشرية والمادية المتوفرة وتسخيرها لبلوغ الأهداف المسطرة.

2.2.1.2.2. طبيعة المرفق

يعتبر المريض المحور الرئيسي لوجود المستشفى فالمهمة الأساسية للمستشفى هي تقديم خدمات صحية للمريض، يقصده بسبب حاجته للعلاج لذلك يتوجب على المستشفى أن يتوفر على اتصال فعال يتميز بالإنسانية ويراعي ظروف وحالة المريض إذ أن هذا الأخير لا يعتبر شخصا عاديا، فحالته الصحية تجعل تصرفاته وقدراته تختلف عن قدرات شخص عادي سليم، كما أنه غالبا يرافقه أقاربه نظرا لحالته الصحية، هذا ما يجعل الإدارة والسلوك الطبي يتصلان مع عدد كبير من الأفراد فالطبيب يكون مجبرا بالاتصال مع المريض وعائلته من أجل تشخيص المرض أو الاستعلام أو تقديم معلومات تخص حالة المريض الصحية.

هذه الخصائص التي تميز المريض تجبر الأطباء والممرضين والإدارة وباقي المستخدمين مراعاة الجانب الإنساني عند الاتصال مع المريض نظرا لما له من أثر على نفسيته وحالته الصحية.

3.2.1.2.2. طبيعة الخدمة الصحية

إن الخدمة التي يقدمها المستشفى ليست كباقي الخدمات المقدمة من قبل المؤسسات الأخرى، فهي تتعلق بالدرجة الأولى بصحة الشخص أو حياته فهي بذلك تعد خدمة حساسة يتطلب إنجازها توفير كل الظروف اللازمة لذلك.

ونظرا لخصوصية الخدمة الصحية ذات الطبيعة خاصة، فهي تستلزم تدخل عدة اختصاصات، فعلاج مريض واحد يساهم فيه عدد كبير من مستخدمي المستشفى من المدير إلى أبسط عامل، وهو ما يتطلب تنسيقا خاصا واتصالا فعالا بين كل هؤلاء من أجل التكامل بين مختلف الوظائف.

2.2.2. مكتب الدخول

يعد مكتب الدخول بالمؤسسة الإستشفائية وسيلة هامة للاتصال، وبنوضح ذلك من خلال التطرق إلى تعريفه وتنظيمه.

1.2.2.2. تعريف مكتب الدخول

يعرف مكتب الدخول بأنه إحدى المصالح الإدارية الصحية وحسب كل المختصين فهو يحتل مركزا استراتيجيا إذ لا يقتصر دوره على حركة المرضى من دخول إقامة تحويل، خروج فحسب بل يتعداه إلى أكثر من ذلك إذ يمكن من حساب نسبة دوران المرضى بالمؤسسة الاستشفائية، إضافة إلى نسبة احتلال الأسرة والإقامة المتوسطة واستهلاك كل مريض.

كما يعد منهلا رئيسيا للإيرادات الناجمة من الخدمات التي تقدمها المؤسسة الاستشفائية من فحوصات ، تحاليل، أشعة، استشفاء.

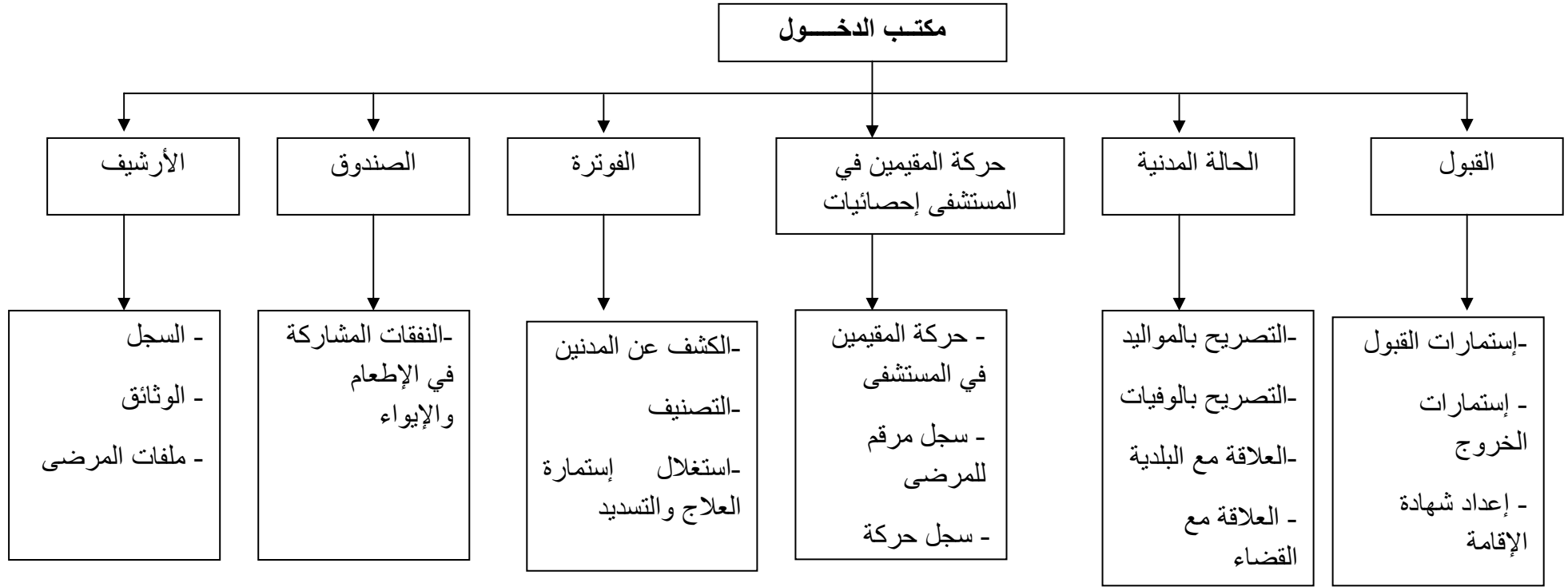
ينظم مكتب الدخول على شكل ستة مكاتب لكل منها نشاطها الخاص بها وكذا مهامها الخاصة وهي كما يلي [30]ص15.

- مكتب القبول: يتمثل دوره في استفاء الإجراءات الإدارية والإدارية الطبية التي تسمح للمرضى بالاستفادة من خدمات المستشفى.

- مكتب الحالة المدنية: يقوم بالتصريح بالمواليد وبالوفاة.

- مكتب حركة المقيمين في المستشفى والإحصائيات: يسير حركة المقيمين بالمستشفى ويهتم بإعداد ومتابعة الإحصائيات والتقارير الدورية المترتبة عن ذلك.

- مكتب الفوترة: يتم فيه إعداد كشف الحساب (الفاتورة) المتضمن نفقات الإيواء والإطعام.
- مكتب الأرشيف: بعد خروج المريض من المستشفى يحال ملفه الطبي الإداري إلى الأرشيف.
- الصندوق: يتولى جمع الإيرادات المتمثلة في النفقات المتأتية من مشاركة المريض في الإيواء، والإطعام وردها لقبضة الضرائب المختلفة للمؤسسة. وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم 05 : تنظيم مكتب الدخول [30]ص16

فيما يلي سوف نقوم بشرح تنظيم مكتب الدخول:

1.1.2.2.2. مكتب القبول

يعد هيئة تابعة لمكتب الدخول وإحدى المصالح الإدارية في المؤسسة الإستشفائية، يقوم بتسجيل حركة المرضى بالمستشفى من دخول، إقامة، خروج، تحويل، إضافة إلى توجيه وإعلام الجمهور.

كما يعد مكتب القبول ملزماً بتسجيل كافة الاستشفاءات لكونه المسؤول على حساب الإيرادات المالية.

أما فيما يخص قبول (دخول) المريض بالمستشفى فيتم ذلك وفق الإجراءات التالية:

يمتثل كل مريض أهل للاستشفاء أمام مكتب القبول مصحوب بوصفة طبية أو بطلب الاستشفاء موقع من طرف طبيب المؤسسة الإستشفائية، أين يتم تحرير له ملف القبول الذي يشمل الوثائق التالية:

-استمارة القبول: تملأ كل البيانات التي يدلي بها المريض بحرص، وهي تأشيرة تسمح له بالدخول إلى مصلحة الاستشفاء.

-استمارة العلاج: تملأ فيها كل المعلومات التي من شأنها تشخيص المريض ، وتحديد المصلحة المستقبلية له، إسم الطبيب المعالج وساعة الدخول إلى المصلحة، وكل الفحوصات المقدمة للمريض.

بالإضافة إلى احتواء ملف القبول على طلب الاستشفاء، ثم يوجه المريض نحو المصلحة المعنية مصحوباً بملفه.

أما إجراءات الخروج من المستشفى فتكون كالتالي:

بعد انتهاء فترة العلاج المحددة من قبل الطبيب يغادر المريض المؤسسة الإستشفائية وفق إجراء

الخروج، وهنا نميز بين إجراءين للخروج:

- إجراء الخروج العادي: إذا تعافى المريض كلياً أو جزئياً بصورة لا تستدعي مكوثه بالمصلحة فإنه يغادر المستشفى بإحدى الصور التالية:

• باتفاق الطبيب المعالج.

- بعدم رضا الطبيب المعالج، أين يجبر المريض على إمضاء شهادة عدم التكفل التي تستبعد مسؤولية المستشفى.
 - تنقله نحو مؤسسة إستشفائية أخرى.
- وفي أي حال من الأحوال لا بد من إرجاع "استمارة القبول" لمكتب القبول الذي يتولى مهمة تسجيل جميع المعلومات الخاصة بالمريض وكذا تاريخ خروجه أو تنقله على السجلات التالية:
- سجل حركة المرضى : تملك كل مصلحة من مصالح المؤسسة الإستشفائية سجلها الخاص أين تدون عليه خلال اليوم حركة المرضى من دخول، خروج، تحويل... إلخ.
 - سجل مصنف حسب الحروف الأبجدية: يتم فيه تسجيل المرضى حسب الحروف الأبجدية لأسمائهم طيلة السنة ابتداء من شهر جانفي إلى غاية شهر ديسمبر من نفس السنة.
 - سجل يومي: يتواجد على مستوى مكتب الدخول، وهو يعد بمثابة دليل تسجل عليه حركة المرضى يوميا.
- إجراء الخروج بعد الوفاة : يتم تسجيل جميع الوفيات بالمستشفى مع تحديد كل المعلومات الخاصة بالمتوفى في سجل الوفيات وفي حالة ما إذا كانت الوفاة خارج المستشفى وتم وضع الجثة في مصلحة حفظ الجثث يسجل المتوفى في سجل خاص يدعى "بسجل حفظ الجثث".

2.1.2.2.2 . مكتب الحالة المدنية

- إن كل تصريح للحالة المدنية لا بد أن يتميز بالصرامة ذلك لأن أي تصريح خاطئ يوجب الإحالة على القضاء ويقوم مكتب الحالة المدنية بـ :
- التصريح بالمواليد : كل مولود بالمؤسسة الإستشفائية لا بد أن يصرح بمولده بمقر البلدية في أجل أقصاه خمسة أيام من تاريخ ازدياده.
 - التصريح بالوفاة: في حالة وفاة المريض بإحدى مصالح المؤسسة الإستشفائية يستلزم إخبار أهله، وهنا نميز بين الحالات التالية:
 - الوفاة الطبيعية: لا بد أن يسجل التصريح بالوفاة في سجل الوفيات مع تحديد عبارة "وفاة طبيعية" ويوقع من قبل الطبيب المعاین للوفاة ومدير المؤسسة الإستشفائية.

● الوفاة من جراء حادث: بالإضافة إلى الإجراءات المنصوص عليها سابقاً لابد من إخبار السلطات القضائية وإطلاع السيد وكيل الجمهورية في أقرب الآجال، ويجب الإشارة لعبارة "وفاة بعد حادث" على شهادة الوفاة" وترد الجثة لأهلها بعد الترخيص الرسمي والقانوني للسيد وكيل الجمهورية والمتمثل في رخصة الدفن.

● الوفاة المشكوك فيها: تتبع نفس الإجراءات السالفة الذكر مع تحديد عبارة "وفاة مشكوك فيها" على شهادة الوفاة.

● الوفاة بمرض معدي: تتبع نفس إجراءات الوفاة الطبيعية باستعمال دفن الجثة والحرص على تطهير الأماكن وحرق جميع الأشياء المستعملة بعد الدفن.

- علاقات مكتب الدخول بالآخرين والنزاعات: إن طبيعة الخدمة التي يقدمها مكتب الدخول للمواطن تملئ عليه إقامة علاقات وطيدة ودائمة مع مجمل مصالح المؤسسة الإستشفائية وكذا المحيط الخارجي. وقد تنشأ نزاعات يتكفل مكتب الدخول بمتابعتها وحلها نظراً لتعدد مهامه.

نميز بين نوعين من علاقات مكتب الدخول وهما: العلاقات الداخلية، والخارجية نعرضهما فيما يلي:

- العلاقات الداخلية: تتمثل في العلاقة مع المصالح الإستشفائية مصلحة التوليد (الولادة بما في ذلك تسمية المولود)، الإدارة العامة (الإحصائيات والتقارير الدورية)، المصلحة الاقتصادية (المطبخ، الحضيرة...)، مصلحة الطب الشرعي (وضع ونقل الجثث، التشريح سواء من أجل غرض علمي أو المأمور به من قبل السيد وكيل الجمهورية)، مصلحة الوقاية (نقل الجثث بعد مرض معدي).

- العلاقات الخارجية: وتتمثل في:

● علاقة مكتب الدخول بالمريض وعائلته: إن أعوان مكتب الدخول على علاقة مباشرة مع المريض وعائلته وكذا الزوار، فغالبا ما تحدث خلافات خاصة عند تهاون أحد أعوان المكتب في استعلام المريض وعائلته.

كما يتولى مهمة إرسال "التلغراف" لعائلات المرضى المتوفين بالمستشفى كما يرسل للمصلحة الإستشفائية المعنية "طلب الحضور" لولي المريض القاصر حتى يتسنى له ملء تصريح إجراء العملية الجراحية وإجراءات الخروج.

- علاقة مكتب الدخول بالبلدية: علاقة تتمثل بالحالة المدنية أي الإعلان بالمواليد والوفيات، استخراج تصريحات الدفن في حالة الموت الطبيعي.

أما النزاعات فتتمثل في عدم احترام المدة القانونية عند الإعلان بالمواليد والوفيات.

- علاقة مكتب الدخول بالولاية: فيما يتعلق بتصريح نقل الجثة من ولاية إلى أخرى.
- علاقة مكتب الدخول بالسيد وكيل الجمهورية: فيما يخص التصريح الفوري لوضع جثة المتوفي خارج المستشفى بمصلحة حفظ الجثث، الموت المشكوك فيها، حادث.
- علاقة مكتب الدخول بالمؤسسات الإستشفائية الأخرى: وذلك لغرض التحويل أو التحاليل الخاصة بالإضافة إلى العلاقات الخارجية السابقة، فإن له علاقات مع صندوق الضمان الإجتماعي، الحماية المدنية الشرطة.

3.1.2.2.2 . مكتب الفوترة

بعد انتهاء فترة الاستشفاء، يودع ملف المريض بمكتب الدخول، ومن ثم يشرع مكتب الفوترة في استغلال استمارة العلاج، بحيث يحرص أعوان الصحة على ملئها، وذلك بتسجيل جميع الخدمات الصحية الطبية وشبه الطبية التي يستفيد منها المريض، طيلة مدة إقامته بالمستشفى لحوصلة كل ما أنفق لأجل المريض خلال استشفائه، بغرض إعداد كشف الحسابات (الفوترة)، غير أن هذا الكشف ليس بترجمة نقدية لكل خدمة مقدمة وإنما هو عبارة عن مجموعة رموز تخص كل خدمة صحية مقدمة للمريض.

4.1.2.2.2 .مكتب حركة المقيمين في المستشفى والإحصائيات

يتكفل بتسيير حركة المقيمين بحيث يتولى مهمة إعداد التقارير الدورية والتقييم بعد استغلال مجموعة من المعلومات والإحصائيات المرتبطة بحساب أيام الإقامة بالمستشفى، احتلال الأسرة، الإقامة المتوسطة، استهلاك كل مريض...).

5.1.2.2.2 . مكتب الصندوق

يعد بمثابة خزينة مالية على مستوى مكتب الدخول تحرص على جمع الإيرادات المتأتية من مشاركة المريض في نفقات الإيواء والإطعام، وردها لقباضة الضرائب.

6.1.2.2.2. مكتب الأرشيف

بعد خروج المريض من المؤسسة الإستشفائية وفور الانتهاء من استغلال استمارة العلاج "يودع الملف الإداري الطبي للمريض" الذي يتضمن كل من استمارة العلاج، استمارة القبول، وطلب الاستشفاء بمكتب الأرشيف.

3.2.2. علاقة الاتصال الداخلي بالتسيير

يملك الاتصال الداخلي علاقة وطيدة بعملية التسيير فهو يتدخل في كل مرحلة من مراحل هذه العملية لاسيما فيما يخص تسيير الموارد البشرية، وهذا ما سنحاول توضيحه من خلال ما يلي .

1.3.2.2. دور الاتصال الداخلي في تعبئة وتجنيد الموارد البشرية

يلعب الإتصال الداخلي دورا هاما في تسيير الموارد البشرية ويظهر ذلك من خلال ما يلي:

1.1.3.2.2. الإتصال الداخلي أداة لتحفيز وتنشيط العاملين

إن استخدام العلاقات الإنسانية كقوة دفع وتأثير في الأداء يتوقف بالدرجة الأولى على تصميم نظام إيجابي وفعال من الحوافز يعمل على إثارة كافة القوى الحركية في الفرد والتي تؤثر على سلوكه وتصرفاته[31]ص140.

يعتبر الإتصال الداخلي أهم أداة للتحفيز إذ عن طريقه يمكن التعرف على رغبات الأفراد وحاجاتهم، وذلك عن طريق استعمال عدة طرق وأساليب كالمقابلات، الاجتماعات، التقارير، الرسائل.. إلخ.

إن نظام الإتصال الفعال يساعد على خلق بيئة عمل محفزة، ويعمل على بناء روح الفريق بتشكيل فريق عمل ذو أداء عال من خلال انسجام المصالح والأهداف.

2.1.3.2.2. الإتصال الداخلي كوسيلة لإدماج الموارد البشرية

إن القائد الإداري الناجح هو الذي يعرف كيف يحقق الأهداف المسطرة في أقصر وقت وبأقل تكلفة، وينال رضا العمال ورجبتهم في العمل معه.

وتتحقق قدرة القائد هذه عن طريق توفير مناخ من الثقة المتبادلة بين الإدارة العليا والمستويات الإدارية الأخرى جاعلا خطوط الاتصال بينهما مفتوحة وتزداد فعالية الاتصال الداخلي من خلال نمط المشاركة في المسؤولية واتخاذ القرار.

3.1.3.2.2. الإتصال الداخلي وسيلة للوقاية من النزاعات.

النزاع ظاهرة نقيضة للتماسك، يأخذ صوراً كثيرة داخل المنظمة، فقد يكون منصبا على السلطة التي يتمتع بها طرف النزاع، أو قد يكون على المكانة الاجتماعية أو الحصول على أكبر نصيب من المعلومات.

ينشأ النزاع نتيجة لغياب التفاعل الاجتماعي والديناميكي بين الأفراد داخل المنظمة ، هو الآخر ناتج عن غياب شبكة الإتصالات من هنا يبرز الاتصال الداخلي في كونه وسيلة تنسيق فعالة تسمح بفض النزاعات داخل المنظمة أو الوقاية منها.

وللحد من النزاعات داخل المنظمة لابد من توفير قنوات اتصال مفتوحة بين الرئيس ومرؤوسيه خاصة فيما يخص الأمور التي تؤثر مباشرة على وظائفهم ومستقبلهم المهني.

2.3.2.2. دور الاتصال الداخلي في تغيير سلوك العاملين

تتأثر عملية الاتصال الداخلي وتؤثر من حيث وضعها الديناميكي مع الوسائل المختلفة، حيث تسند جميع أوجه النشاط الاتصالي على الجوانب النفسية والسلوكية للأفراد.

ف نجد أنه في مجال الإدارة، يعتمد الكثير من المديرين على السلطة كقوة رسمية في اتصاليهم بمرؤوسيهي، بهدف إحداث التغيير في سلوكههه، والسلطة من وجهة نظر ممارسيها، هي أداة لضبط سلوك العاملين والمرؤوسين وتحقيق النظام والتجانس بينهم، والتنسيق بين الجهود ومراقبة أعمالهه لتحقيق الأهداف المسطرة. أما من وجهة نظر المرؤوسين، فالسلطة التي يتهه بها المدير ليست كافية، فالأهم هو كيفية استعمال تلك السلطة، فقد يؤثر حسن استعمال السلطة على حسن الاتصال بين الرؤساء والمرؤوسين، وقد ينقطع الاتصال نهائيا إذا ما أسيء استخدامها.

إضافة إلى السلطة فإنه توجد طريقة أخرى لتغيير سلوك العاملين تههثل في التشويق[32]ص25، عن طريق إقامة المدير علاقات طيبة مع المرؤوسين مع استغلال هذه العلاقات في تحقيق الأهداف اعتمادا على الناحية النفسية للمرؤوسين.

3.3.2.2. دور الاتصال الداخلي في العملية التسييرية

يعرف التسيير على أنه مجموعة من العمليات المنسقة المتكاملة المتواصلة المنظمة والتي تههمل أساسا: التخطيط، التنظيم، التوجيه، الرقابة[33]ص33. والتسيير هو عبارة عن عملية دائرية يبدأ بتحديد الأهداف، وينتهي عند الرقابة التي تحدد الانحرافات وتصححها، وتصحيح الانحرافات لا يتم هكذا فقط، وإنما يعتمد على التخطيط، وهكذا تبدأ الحلقة من جديد. ولا يمكن أن تقوم عملية دون أن يكون هناك اتصال كتابي أو شفوي مباشر أو غير مباشر، وسوف نبين ذلك من خلال ما يلي:

- التخطيط: يعتبر من إحدى وظائف الإدارة ويتطلب توافر معلومات وبيانات كمية أو كيفية من أجل وضع البرامج لتحقيق الأهداف المسطرة هنا يبدو دور الاتصال في التخطيط إذ يعتبر العملية التي تهه تسمح بتدفق وتوافر المعلومات التي يعتمد عليها للقيام بعملية التخطيط، وللحصول على المعلومات اللازمة لابد من استخدام وسائل الاتصال المناسبة.

- التنظيم: يكون على أساس تقسيم العمل وتوزيعه داخل المؤسسة على مختلف الوحدات، وهذا يتطلب توفر شبكة من المعلومات أو الاتصالات بين هذه الوحدات حتى يسهل تبادل المعلومات بينها، وبالتالي تحقيق التعاون لضمان سير العمل وتحقيق الأهداف المسطرة.

- التوجيه: ويقصد به توجيه المرؤوسين، تشمل الطريقة التي يتعامل بها المدير مع مرؤوسيه من حيث كيفية إصدار الأوامر وكيفية تحفيزهم، ومدى اشتراكهم في اتخاذ القرارات وكيفية التعامل مع النزاعات التي قد تنشأ بينهم، وهذا يتطلب من المدير أن يتمتع بمهارات اتصالية عالية حتى يتمكن من القيام بعملية التوجيه.

الرقابة: إن للاتصال الداخلي علاقة بالرقابة إذ أن هذه الأخيرة تعني متابعة الأداء وتعديله بما يتفق مع ما سبق تحديده من أهداف (خلال مرحلة التخطيط)، للقيام بالتعديل لابد من الاتصال بين الإدارة والمرؤوسين لتحسيسهم بضرورة التعديل، وتوفير البيانات والمعلومات اللازمة لوضع البرامج لتصحيح الانحراف.

من أجل إنجاز أي عملية تسيير لابد على المؤسسة أن تعتمد على الاتصال بين مختلف هياكلها وأفرادها وهذا ما يعرف بالاتصال الداخلي والذي هو عبارة عن تعبئة جميع الموارد المادية والمالية لبلوغ الأهداف التي سطرته، المؤسسة ويكون هذا الاتصال داخل نطاق المؤسسة سواء بين مصالحها وأقسامها أو بين مستخدميها على جميع مستوياتهم ويعتبر وسيلة مهمة من وسائل التقدير والتقييم وهو المحور الأساسي الذي يعتمد عليه نشاط أي مؤسسة بما فيها المؤسسة الاستشفائية، ونظرا لظهور المفهوم الجديد للتسيير القائم على مبدأ المشاركة فإن الاتصال الداخلي يؤثر على مجموع مسيري المستشفى والأطباء للعمل سويا من أجل تجاوز الخلافات الداخلية وإحداث حوار عميق بين أفراد المؤسسة وحل المشاكل المتعلقة بالتنسيق التخطيط والعلاقات الإنسانية وتحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة في ظل نظام الصحة العمومية بالجزائر

فكيف تطور إذن النظام الصحي العمومي بالجزائر؟ وما المقصود بقطاع الصحة العمومي؟

الفصل 3

تجربة مشروع المؤسسة الإستشفائية في الجزائر

كل مؤسسة منذ وجودها تحمل في طبيعتها بشكل ضمني ميثاقا يعرف مسارها وأسباب وجودها وغايتها الأساسية، هذا الميثاق تشكل محتواه شيئا فشيئا طوال عمر المؤسسة لا سيما الإستشفائية منها.

ومع تواجد الصعوبات التي تواجهها اقتصاديات العالم طرحت ضرورة تحسين العلاقة بين المستخدمين والمؤسسة وبين المؤسسة والمنتفعين من خدماتها، ومن ثم برزت حتمية إخراج ما كان ضمني وجعله ظاهرا ومتعارفا عليه ومتقاسما في شكل مشروع يدعى بمشروع المؤسسة.

هذا ما سنحاول إبرازه في الفصل الثالث وذلك من خلال تقسيمه إلى قسمين يخصص القسم الأول إلى دراسة نظام الصحة العمومية بالجزائر واهم تطوراتها ومكوناته

أما القسم الثاني فندرس فيه مشروع المؤسسة من خلال تقسيمه إلى ثلاثة أجزاء يحتوي الجزء الأول على مفهوم وخصائص مشروع المؤسسة وتنفيذه أما الجزء الثالث فتبرز فيه مبررات اللجوء إلى تسيير المؤسسات الإستشفائية في سياق مشروع المؤسسة.

1.3. تذكير حول نظام الصحة العمومية بالجزائر

تعتبر الصحة العمومية من ضمن أولويات الدولة الجزائرية منذ الاستقلال لهذا سخرت لها إمكانيات مالية ضخمة من اجل ضمان تلبية احتياجات المواطنين الصحية، وفيما يلي نعرض مراحل تطور نظام الصحة العمومية بالجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا الآن.

1.1.3 . مراحل تطور نظام الصحة العمومية بالجزائر

لقد شهد نظام الصحة العمومية بالجزائر عدة تطورات سوف نتطرق إليها من خلال تقسيمها إلى ثلاثة مراحل كالتالي .

1.1.1.3 . تطور نظام الصحة العمومية الجزائري من 1962 إلى 1974

مباشرة بعد الاستقلال ،كان النظام الصحي العمومي متركزا في المدن الكبرى متمثلا في طب عمومي مجاني ممارس داخل المستشفيات والعيادات التي تشرف عليها البلديات ومراكز الطب المدرسي و التي تسهر عليها وزارة التربية والتعليم ،إضافة إلى تواجد طب خاص يضم 600 طبيب اغلبهم أجنب يعملون في عيادات خاصة .

تميزت هذه المرحلة بكونها مرحلة انتقالية حاولت فيها الدولة إيجاد صفة وطنية لنظام الصحة ، إضافة إلى نقص عدد الأطباء إذ كانت الجزائر تضم اقل من 500 طبيب[34]ص،241 (50 % جزائريين) يغطون 10.5 مليون نسمة ، ونقص الهياكل الصحية ارتفاع نسبة الوفيات عند الولادة إذ كانت تقدر ب180% وكان توقع مدى الحياة لا تتعدى الخمسين سنة إضافة إلى انتشار الأوبئة و الأمراض المعدية ،والتي كانت السبب الرئيسي للوفيات ، فحاولت الجزائر في هذه الفترة توجيه نظامها الصحي نحو العلاج الاستشفائي الوقائي مواجهة ومحاربة الأمراض المعدية و جعل نظام الصحة في متناول الجميع من خلال إجبارية تلقيح الأطفال ، ووضع برنامج للقضاء على بعض الأمراض كحمى المستنقعات والسل، وتسهيل عمليات إنتاج واستيراد وتوزيع الأدوية و في سنة 1973 تم تنظيم الإطار الصحي حسب قطاعات وتم توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية و أصبحت الولاية مسؤولة عن التكفل الحالي لمستخدمي هذا القطاع بدلا من الوزارة .

وقد تم خلال هذه المرحلة توسيع الشبكة الصحية عبر كامل مناطق التراب الوطني مع تنظيم القطاعات الصحية إلى : القطاع العام ، القطاع الشبه عام ، القطاع الخاص ، العلاج بالخارج .

خلال هذه المرحلة شهد قطاع الصحة تطورات كبيرة من حيث المستخدمين والهياكل القاعدية لكن بمستوى بطئ مقارنة مع النمو الديموغرافي الذي كانت تشهده البلاد ، وسوف نحاول إبراز ذلك من خلال الجدول التالي

الجدول رقم 01 : تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي [35]ص40

1973		1969		1967		1963		
%	كل	%	ك	%	ك	%	ك	
50.30	1241	30.5	519	27	417	22	285	الأطباء الجزائريون
49.7	1226	69.5	1179	73	1036	78	1034	الأطباء الأجانب
100	2467	100	1698	100	1453	100	1319	المجموع
84	332	78	206	65.5	160	36	70	الصيدالة الجزائريون
16	64	212	59	34.5	84	64	194	الصيدالة الأجانب
100	396	100	265	100	244	100	264	المجموع
74	279	63	132	52.5	86	31	36	أطباء الأسنان
26	93	37	78	47.5	78	69	115	الجزائريين
100	376	100	212	100	164	100	151	المجموع
15065000		13348000		12567000		10674000		عدد السكان

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن نسبة الأطباء الأجانب في سنة 1963 يمثل أكثر من 3 مرات نسبة الأطباء الجزائريين بنسبة 78% مقابل 22% .

غير أن هذه النسبة في تراجع مستمر، إذ نجد أنها كانت في سنة 1976 ، 73% أجنب مقابل 27% طبيب جزائري، وفي سنة 1969، 30.55% أجنب مقابل 69.5% طبيب جزائري، و أصبحت تمثل اقل من نصف إجمالي الأطباء سنة 1979 بمعدل 49.7% مقابل 50.30% كذلك هو الحال بالنسبة للصيادلة الأجانب ، إذ شهدوا تراجعا ملحوظا فينسبهم بعدما كانوا يمثلون 64% في سنة 1963 أصبحوا يمثلون نسبة 16% سنة 1973.

نفس الكلام يطبق على أطباء الأسنان الأجانب الذين تراجعت نسبهم من 69% سنة 1963 إلى 26% سنة 1973 .

ما تمكنا استنتاجه من خلال ما سبق هو أن الدولة الجزائرية تسعى إلى إصلاح الدراسات الطبية بهدف تحسين نوعية التعليم وتكثيف التأطير وهو ما ساعد في زيادة عدد الأطباء الجزائريين بشكل ملحوظ ، وسوف نبرز ذلك من خلال الجدول التالي

الجدول رقم 02:التغطية الصحية[36]ص55

1973	1969	1967	1963	السنة الاختصاص
6106	7861	8649	8092	طبيب
38043	50369	51504	52323	صيدلي
4097	62962	76628	70688	طبيب أسنان

نلاحظ أنه في سنة 1963 كان هناك طبيب لكل 8092 مواطن جزائري وتراجع هذا العدد في سنة 1967 إذ أصبح هناك طبيب لكل 8649 مواطن، ، هذا راجع إلى أن الزيادات في عدد الأطباء لا تناسب مع الزيادة في السكان ، نميز ذلك في سنة 1969 ، إذ أصبح هناك طبيب لكل 7861 مواطن وفي سنة 1969 صار هناك طبيب لكل 6106 ، وهذا كله ناتج عن الجهود التي بذلتها الدولة الجزائرية لتحسين نظام الصحة .

الحال هو نفسه بالنسبة للصيدالة ، فكان هنالك في سنة 1963 صيدلي لكل 52323 مواطن، أما في سنة 1973 فأصبح هناك صيدلي لكل 38043 نسمة .

كذلك بالنسبة لأطباء الأسنان ، فكان هناك طبيب أسنان واحد لكل 70688 مواطن ، أصبح في سنة 1973 طبيب أسنان واحد لكل 4097 مواطن .

أما من حيث الهياكل القاعدية فسنوضح ذلك في الجدول التالي

الجدول رقم 03 : تطور الهياكل الصحية القاعدية [36]ص 57 .

1972	1969	1966	الهياكل السنة
148	148	148	المؤسسات العمومية
15	15	15	المؤسسات الخاصة
16	0	0	العيادات المتعددة الخدمات
307	308	256	المراكز الصحية
1266	1005	1081	قاعات العلاج
45	44	29	مراكز مكافحة السل
133	77	0	مراكز حماية الأمومة والطفولة
19	10	0	مراكز مكافحة التسمم

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن هناك استقرار في الهياكل إذ لم تعرف تطورات كبيرة ، ماعدا مراكز حماية الأمومة والطفولة التي عرفت ارتفاعا في سنة 1972 وهذا نتيجة لسياسة الدولة المسيطرة و المتمثلة في التقليل من نسبة الوفيات عند الطفل .

2.1.1.3 . تطور نظام الصحة العمومية الجزائري من 1974 إلى 1979

لقد تم في هذه المرحلة تطبيق قرار الطب المجاني ، و تحويل هياكل التعاضديات الفلاحية إلى مصالح الصحة وتحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي و التعاضديات إلى وزارة الصحة .

لقد أكد الميثاق الوطني في سنة 1976 ، حق المواطن في الطب المجاني : الطب المجاني مكسب ثوري وقاعدة النشاط الصحة العمومية و تعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسم حق المواطن في العلاج[37].

و دعم دستور 1976 هذا الحق في المادة 67 : كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم، وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ،ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي ... [38].

أما فيما يخص تطور الموارد البشرية والهياكل فنوضح ذلك من خلال الجداول التالية :

الجدول رقم 04 : تطور الموارد البشرية في القطاع الصحي [36]ص5

1979		1976		1974		السنوات الاختصاص
%	ك	%	ك	%	ك	
72	4561	63	2427	53	1425	الأطباء الجزائريين
28	1785	37	1148	47	1247	الأطباء الأجانب
100	6346	100	3875	100	2672	المجموع
95	1001	95	764	77	341	الصيدالة الجزائريين
5	50	05	41	23	101	الصيدالة الأجانب
100	1051	100	805	100	442	المجموع
91.5	1305	88	653	81	350	أطباء الأسنان الجزائريين
8.5	121	12	90	19	84	أطباء الأسنان الأجانب
100	1426	100	743	100	434	المجموع

من خلال الجدول السابق، نلاحظ انه هناك تزايد في عدد الأطباء الجزائريين من سنة لأخرى وتناقص في الأطباء الأجانب ، وعلى العموم فان عدد الأطباء في تزايد مستمر من سنة إلى أخرى كما هو الحال كذلك بالنسبة للصيادلة و أطباء الأسنان والشبه طبيون والعمال المسيريون [36]ص58 .

الجدول رقم 05: تطور الهياكل الصحية [35]ص16.

المتغيرات	1974	1976	1979
المؤسسات الإستشفائية	143	-	173
العيادات المتعددة الخدمات	106	139	160
المراكز الصحية	558	590	662
قاعات العلاج	1042	1295	1364

لقد عمل فريق متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني ، حيث تم تحديد المشاكل الصحية ذات الأولوية تتمثل في .

مكافحة الأمراض المتنقلة: الملاريا ، السل،الرمد ، الأمراض المعدية ، التهاب المفاصل الحاد ، الأمراض الزهرية والحصبة .

مكافحة الأمراض غير المتنقلة : الأمراض العقلية ، أمراض القلب ،سوء التغذية ،الشلل، الربو ، المضاعفات بعد الولادة ، تسوس الأسنان ، التكفل بالمعوقين حركيا ، الصم ، البكم ، أمراض السرطان .

المشاكل المتعلقة بنظافة المحيط و الأمن في العمل ، نظافة السكن ، معالجة المياه القذرة وتصريفها ، تلوث الجو ، النظافة الغذائية .

كما وضعت أهداف تسعى المنظومة الصحية إلى تحقيقها تلخص فيما يلي [35]ص18 .

- مركز صحي لكل 7 آلاف مواطن.
- عيادة متعددة الخدمات لكل 15 إلى 25 ألف ساكن .
- مستشفى في كل دائرة .
- مستشفى في كل ولاية .
- عيادة للولادات ريفية و حضرية .
- السكنات الوظيفية.
- مخبر طبي في كل ولاية.
- إعداد منشور يحدد المناطق ذات الأولوية أين يجب تعيين الأطباء فيها .
- بذل الجهود في تكوين الإطارات الطبية والشبه طبية.
- لا مركزية المصالح الصيدلية .
- مضاعفة الوكالات الصيدلية على مستوى التراب الوطني .
- التزويد بالمياه الصالحة للشرب حسب معايير كمية ونوعية .
- التكفل بالمعوقين الحركيين و إدماجهم في الحياة الاجتماعية .
- وفي هذه المرحلة جاء المخطط الرباعي بجملة من التعديلات أهمها ما يلي :

على مستوى البلدية

-توفير مركز صحي في كل قرية أو مجموعة حضرية تضم 2000 شخص يقوم بالوقاية ، النظافة المدرسية ، حماية الطفولة و الأمومة ، و الفحوصات ومراقبة نظافة المحيط .

-عيادات متعددة الخدمات لكل 20000 إلى 30000 نسمة مهمتها العلاج و الوقاية تعتبر وسيطا بين المراكز الصحية البلدية والمستشفيات ،كما يمكنها تقديم الفحوصات المتخصصة.

-مركز طبي اجتماعي :يعد مقر نشاط الفحص والعلاج .

على مستوى الدائرة : مستشفى من نمط "ب" .

3.1.1.3 . تطور النظام الصحي الجزائري من 1979 إلى يومنا هذا

ما يمكن ملاحظته في هذه المرحلة هو إنشاء 13 هياكل صحية جديدة سنة 1986 تسمى بالمراكز الإستشفائية الجامعية ، وكذلك صدور منشور وزاري سنة 1995 [39] تعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الإستشفائي والتي تقدر ب 100 دج لليوم الواحد.

أما فيما يخص تطور عدد الهياكل القاعدية فنوجزها في الجدول التالي:

الجدول رقم 06 : تطور عدد الهياكل القاعدية خلال السنوات (1982، 1997) [40]ص51

السنوات	1982	1986	1987	1988	1997
المستشفيات	196	244	259	265	223
العيادات	192	360	408	447	465
المراكز الصحية	745	1143	1191	1245	1144
عيادات الولادة	-	173	201	215	433
قاعات العلاج	-	3350	3366	3756	4222

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن هناك زيادة في الهياكل القاعدية من سنة لأخرى ، عدا المستشفيات التي انخفض عددها سنة 1997 بالمقارنة مع سنة 1988 ، كما هو الحال بالنسبة للمراكز الصحية ، يمكن تفسير ذلك بكون أن هذه المرحلة تميزت بحالة أمنية صعبة مع نهاية الثمانينات واستمرت حتى نهاية التسعينات ، إذ تم إتلاف وغلق وحرقت الكثير من الهياكل الصحية، خاصة تلك الموجودة في المناطق النائية .

أما تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة فنوضحه في الجدول التالي:

الجدول رقم 07: تطور عدد المستخدمين خلال السنوات (1982 ، 1997) [35]ص23

1997		1988		1987		1986		1982		المتغيرات
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	28274	100	22700	92	18322	87	13396	76	7515	الأطباء الجزائريين
-	-	-	-	8	1600	13	1965	24	2401	الأطباء الأجانب
100	28274	-	22700	100	19922	100	15361	100	9916	المجموع
100	7966	100	6400	100	5235	99	3735	93	1996	أطباء الأسنان الجزائريين
-	-	-	-	-	-	1	19	7	148	أطباء الأسنان الأجانب
100	7966	100	6400	100	5235	100	3754	100	2144	المجموع
100	4022	100	2080	100	1600	99	1576	93	1093	الصيدالة الجزائريين
-	-	-	-	-	-	1	8	7	82	الصيدالة الأجانب
100	4022	100	2080	100	1600	100	1584	100	1175	المجموع

نسبة الأطباء الجزائريين في تزايد مستمر من سنة إلى أخرى إذ كانت نسبتهم سنة 1982، 76% مقابل 24% من الأجانب يتم بصفة كلية جزأة السلك الطبي سنة 1997. لقد كان العامل الأمني دافعنا لهذه الجزأة بحيث غادر الأطباء الأجانب المستشفيات راجعين إلى بلدانهم.

إن أبرز ما يميز النظام الصحي في الفترة الحالية هو وجود اختلال في الموارد البشرية بين المناطق ، إذ نجد معدل الأطباء إلى المواطنين أعلى في المدن الكبرى كالعاصمة ، وهران ، عنابة ، مقارنة بالمناطق الداخلية و الصحراوية ، إضافة إلى وجود تحول الأطباء خاصة منهم الأخصائيين من القطاع العام إلى القطاع الخاص .

كما يسجل النظام الصحي عدم قدرة المؤسسات الصحية العمومية على مواجهة الطلب على الخدمات الصحية أي صعوبة التكفل باحتياجات المواطنين مما نجم عنه عدم إمكانية تحسين الخدمات المقدمة . إضافة إلى ذلك عدم ربحية القطاع الصحي، و ارتفاع أمراض القلب، و السرطان و السيدا.

أمام هذا الوضع تم الشروع في عملية إصلاح القطاع الصحي، إذ تم في 17 جوان 2002 تبديل تسمية وزارة الصحة فأصبحت وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات [34]ص243، إن هذه التسمية الجديدة تمثل رغبة القوة السياسية بإصلاح قطاع الصحة وفق ما يتماشى مع المتطلبات الحالية، و ذلك من خلال إعادة النظر في تنظيم و تسيير القطاعات الصحية.

و تقوم الإصلاحات على المبادئ التالية :

-جعل الصحة حق من حقوق المواطن، و ذلك استنادا إلى الدستور، فالدولة ملزمة (مجبرة) بالتكفل بصحة مواطنيها بالأخص المحتاجين منهم : "الفقراء، العاطلين عن العمل، الصغار، المعوقين..." و ضمان نفس نوعية الخدمات الصحية للجميع.

-على الدولة التكفل بالطلب الوقائي.

-تحسين مستوى صحة المواطنين يتطلب وضع سياسة صحية وطنية تركز على الطرق العلمية لتحديد الحاجيات و تسطير الأهداف، و سياسات للوصول إلى تحقيق الأهداف و تغطية الحاجيات، و ذلك من خلال الإجابة على الأسئلة التالية :

ما هو مستوى الصحة المراد الوصول إليه ؟

ما هي الموارد التي تقبل الدولة تجنيبها بالمقارنة مع مستوى تطور البلد ؟

كيف يكون نظام تمويل الصحة ؟

ما هي مشاكل الصحة ؟

ما هو التنظيم الصحي الأكثر ملائمة للتقدم المسجل على المستوى التعليمي ؟

-لابد من مساهمة كل مستخدمي الصحة، هيئات الضمان الاجتماعي، الجماعات المحلية في رسم و وضع حيز تطبيق البرامج الصحية إضافة إلى متابعتها و تقييمها.

-تكيف الإطار التنظيمي مع التحولات الاقتصادية و الاجتماعية التي تعرفها البلاد.

-المحافظة على القطاع العمومي و تحسين مرد وديته، مع إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية.

-تطوير و تدعيم السند القانوني في المنظمة الصحية.

-خلق وظائف التقييم و مراقبة النشاطات الصحية حسب الأهداف المسطرة.

-تطوير صيغ بدائل لتمويل نفقات الصحة باشتراك المجتمع.

-تشجيع و تطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات و المواد الصيدلانية.

-تدعيم جهاز مراقبة المواد الصيدلانية، و أمن حقن الدم.

-تحسين الظروف و الوضعية الاجتماعية و المهنية لكافة مستخدمي الصحة.

تحديد و إقامة وسائل التقييم للتحكم في تكاليف الصحة.

-تطوير نظام وطني إعلامي للمؤشرات الصحية قصد السماح بالمساهمة في اتخاذ القرار على كافة المستويات من جهة و إعداد برمجة صحية من جهة أخرى.

هناك بعض التحسنات في مجال الصحة لا يمكن إهمالها نلخصها في النقاط التالية [34]ص247.

-نسبة وفيات الأطفال تقدر ب 49 % سنة 2004 مقابل 80% سنة 1984

-مدة حياة الإنسان تقدر ب 75 سنة 2004 مقابل 67 ، سنة 1984.

-تراجع الأمراض المعدية كاسل و بوحمرن، و القضاء على البعض الآخر منها

-توسيع الاستفادة من الخدمات الصحية (13 مركز استشفائي جامعي، 46 مؤسسة إستشفائية متخصصة و189 قطاع صحي)، أي مقدار 70.000 سرير استشفائي (سرير لكل 485 ساكن) وارتفاع في عدد مستخدمي الصحة بنسبة طبيب لكل 1000 ساكن.

و من بين المشاكل التي يعانيها قطاع الصحة ظهور بعض الأمراض سنة 2002 و ذلك لعدم كفاية التفقيح إضافة إلى انتشار الأمراض القلبية، و داء السكري، و الربو، و ما يلفت الانتباه كذلك هو انتشار السرطان إذ تسجل ما يقارب 30.000 حالة جديدة كل سنة، يموت ما يقارب 20.000 شخص سنويا.

إضافة إلى أن تسيير المرافق العمومية للصحة يتميز بالمركزية لغياب استقلالية التسيير و إدارة و تنظيم المؤسسات الصحية أدى إلى زيادة التكاليف، كما أن غياب المحاسبة التحليلية فيها جعل من مسؤوليتها مجرد أمرين بالصرف.

2.1.3 . قطاع الصحة العمومي

إن قطاع الصحة العمومي يتولى تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، و توفير العلاج بما يتماشى مع متطلبات الأفراد.

1.2.1.3 - مفهوم قطاع الصحة العمومي

المؤسسة العمومية للصحة هي مؤسسة ذات طابع إداري تدعى "قطاع صحي" و هي [41]ص11، مجموعة هياكل الوقاية التشخيص، العلاج، و الاستشفاء و إعادة التأهيل الصحي الموجودة داخل إقليم نفس الدائرة و المتكونة من المستشفيات و العيادات متعددة الخدمات، المراكز الصحية، قاعات الفحص و

العلاج، مراكز الأمومة، مراكز المراقبة في الحدود و كل منشأة صحية عمومية تحت وصاية وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات . تهدف المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر إلى تحقيق هدف رئيسي واحد متمثل في تحقيق العدالة الاجتماعية و المساواة في تقديم العلاج و تحقيق مبدأ التضامن الوطني و جعل العلاج في متناول الجميع، وللوصول إلى تحقيق الهدف الرئيسي لا بد من تحقيق الأهداف الفرعية، و التي نوجزها في النقاط التالية :

-تخفيض نسبة وفيات الأطفال و الأمومة.

-تخفيض نسبة الأمراض المتنقلة عن طريق المياه و الحوادث و الأمراض المهنية.

-تقديم الخدمات و الإرشادات الصحية.

-كسب ثقة المريض و الممارس الطبي في الجهاز الصحي.

-المحافظة على القطاع و تحسين مردود يته و فعاليته.

-إعادة النظر في الهياكل الصحية القاعدية.

-العلاج و الوقاية.

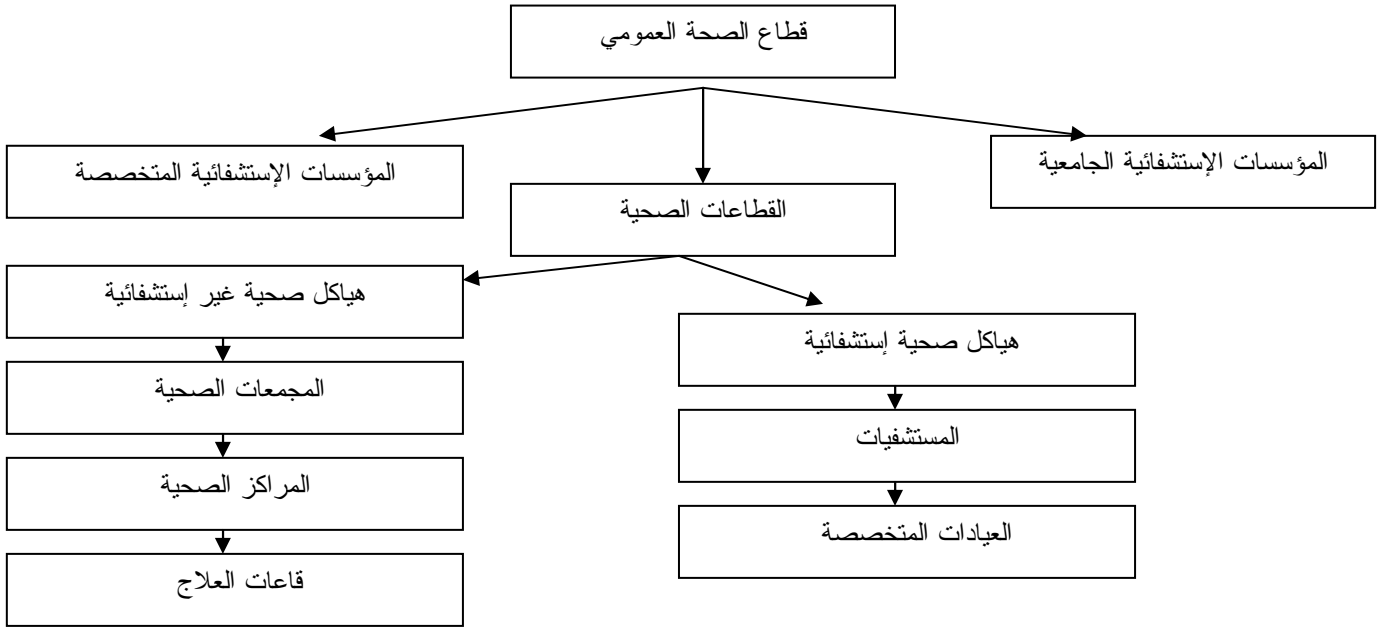
-مسايرة التطورات الاجتماعية و الاقتصادية.

-التكفل بالحاجات فيما يتعلق بالاستعجالات، و الطب الجراحي، و الأمراض المزمنة [42]ص7.

2.2.1.3. مكونات قطاع الصحة العمومي

يقدم قطاع الصحة العمومي خدماته المتمثلة في التشخيص، الوقاية، العلاج، الاستشفاء، من خلال

العديد من المؤسسات الصحية نوضحها فيما يلي :



الشكل 6 : مكونات قطاع الصحة العمومي [43]ص50.

سوف نقوم بشرح الشكل التالي فيما يلي مع التركيز على المؤسسات الإستشفائية الجامعية كون أن الدراسة الميدانية لهذه المذكرة تمت في إحدى هذه المراكز.

1.2.2.1.3 . المؤسسات الإستشفائية الجامعية CHU

تقوم كمرحلة أولى بإعطاء تعريف للمؤسسة الإستشفائية على أساس كونها منظمة صحية تشمل من مجموعة من التخصصات و المهارات، و المهن الطبية و غير الطبية، و كذا مجموعة من الخدمات والأدوية و المواد، تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين و المستقبلين و إشباع حاجياتهم المختلفة.

يعد المركز الإستشفائي الجامعي مؤسسة إدارية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلالية المالية يخضع لنظام القانون الإداري ينشأ [44] ، بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين وزير الصحة و وزير التعليم العالي و البحث العلمي، تمارس عليه وصاية مزدوجة، فوزير

الصحة يمارس وصاية إدارية أما وزير التعليم العالي و البحث العلمي فيمارس الوصاية البيداغوجية و التربوية على جميع أعمال المركز الإستشفائي الجامعي، المتعلقة بالأنشطة التربوية و العلمية، و هو بذلك يعد تزاوجا بين الجامعة و المستشفى[45]ص5.

كما تجدر الإشارة إلى أن المرسوم يحدد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية و مقرها، وقوامها المادي، و تتبع نفس الطريقة عند إلغاء أو تعديل المراكز الإستشفائية الجامعية.

فيما يخص التنظيم الهيكلي و الإداري فإنه طبقا المرسوم أعلاه، يشمل كل مركز استشفائي جامعي على مجلس التوجيه مجلس علمي، و يسير المركز مدير يعين بموجب مرسوم بناء على اقتراح وزير الصحة، يساعده في إدارة المستشفى أمين عام و مدراء حسب الهياكل التي يضمها، و عددها على الأكثر 3 مديريات مديرية الإدارة العامة، مديرية الهياكل القاعدية والتجهيزات، مديرية النشاطات التربوية و العلمية.

أما خصائص المراكز الإستشفائية الجامعية فهي نفسها تلك التي تخص المراكز الإستشفائية تتمثل في :

-دوام حسن سير المرفق العام الإستشفائي بصورة جيدة و منتظمة بمعنى آخر استقبال المرضى و تقديم العلاج على دوام 24 ساعة على 24 ساعة طوال السنة.

-المساواة بين المرتفقين بمعنى وجوه استقبال أي شخص تتوجب حالته علاج استشفائي أو نقله إلى مؤسسة صحية أخرى في حالة عدم القدرة لتوفير العلاج، فلا يميز بين المرضى.

-إن نشاط المؤسسة الإستشفائية ذو طبيعة غير مربحة فهي تهدف إلى تحقيق مصلحة عامة، و نفع عام عن طريق إشباع الحاجات المواطنين فيما يخص صحتهم.

فيما يخص مهام المؤسسات الإستشفائية الجامعية فنوجزها في :

-في مجال العلاج لا بد من المشاركة في إنجاز البرنامج الوطني للوقاية و التربية الصحية، كذلك تأمين الفحوصات و العلاج، و إعداد قائمة الأدوية و برامج التموين الخاصة بها.

-في مجال التكوين المشاركة في إعداد البرامج الخاصة للتكوين في العلوم الطبية وإنجازها، إضافة إلى المشاركة في تكوين المستخدمين شبه الطبيين، و الإداريين و التقنيين التابعين لميدان الصحة العمومية، و تحسين مستواهم.

-في مجال البحث تنظيم كل أشغال الدراسات و الأبحاث في العلوم الطبية، إضافة في الندوات و الملتقيات و الأيام الدراسية.

إن إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية يتوقف على ما يلي :

-توفير الطاقة البشرية بعدد كاف بحيث تتمتع هذه الأخيرة بالكفاءة المطلوبة للقيام بأعمال العلاج و التكوين و البحث.

-هياكل قاعدية و تجهيزات علمية و تقنية تسمح باستقبال الأساتذة و الطلبة لضمان أدنى شروط العمل.

-توفر حد أدنى من الإختصاصات.

2.2.2.1.3. المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS)

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي. تنشأ بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي، و توضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر المؤسسة¹. تتكون من هيكل واحد أو هياكل متعددة متخصصة التكفل بما يأتي :

-مرض معين.

-مرض أصاب جهازا أو جهازا عضويا مماثلا.

-أو مجموعة ذات عمر معين.

3.2.2.1.3 . القطاعات الصحية

تتكون هذه الأخيرة من :

- قطاعات صحية إستشفائية :

هي مجموعة المستشفيات، و العيادات المتخصصة التابعة للقطاع الصحي و التي تقوم بعلاج و الجراحة و استشفاء المرضى القادمين من المراكز الصحية غير الإستشفائية.

- قطاعات صحية غير إستشفائية :

تتم على مستواها الرعاية الصحية الأولية للمرضى، و توجيههم نحو القطاعات الإستشفائية عند الضرورة تضم المجتمعات الصحية، المراكز الصحية، قاعات العلاج.

تقوم القطاعات الصحية بالمهام التالية :

-ضمان تنظيم توزيع الإسعافات و برمجتها.

-تطبيق النشاطات الوقائية و التشخيص و إعادة التكيف الطبي و الاستشفاء.

-ضمان النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية و التخطيط العائلي.

-تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية و المحلية للصحة و السكان.

-المساهمة في ترقية المحيط و حمايته في مجالات الوقاية و النظافة و الصحة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية.

-المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح و تحسين مستواهم.

3.2.1.3. القطاع الصحي الخاص بالجزائر

بالإضافة إلى المؤسسات العمومية للصحة التي تقوم بجميع نشاطات الوقاية و التشخيص و العلاج، توجد هناك مؤسسات صحية تابعة للقطاع الخاص تقوم بنفس النشاطات سوف نتطرق فيما يأتي إلى نشأة الطب الخاص، و تطوره و كذلك النصوص المنظمة لهذا القطاع.

1.3.2.1.3. نشأة الطب الخاص و تطوره

ظهر الطب الخاص في الجزائر بشكل غير مباشر خلال النصف الثاني من القرن 19، بهدف تشجيع استقطاب المستعمرين إلى الجزائر، و ذلك من خلال إرسال أطباء إلى العاصمة و تنصيبهم في مراكز صحية أوروبية، من أجل تحمل احتياجات العلاج الخاصة بالسكان الأوروبيين.

إن تواجد الطب الخاص في تلك المرحلة كان يقتصر على الأماكن الحضرية حيث يتواجد السكان الأوروبيون، و قد بلغ عدد الأطباء الخواص مع نهاية سنة 1962 ما يقارب 1500 طبيبا من بينهم 100 جزائري.[43]ص62، و بعد رحيل الأوروبيين أقر قانون الصحة لسنة 1967 على ترك المجال مفتوح للممارسة الطب الخاص، و اشترط على الأطباء الخواص تخصيص مصلحة أو قسم مدني لمدة 05 سنوات، مع 25 ساعة أسبوعيا للعمل في الهياكل العامة.

لقد احتل الطب الخاص مرتبة هامة داخل نظام الصحة الجزائري، و قد ساعده على ذلك ضعف القطاع العام، خاصة بعد إقرار مجانية العلاج في سنة 1974، و ما يلاحظ هو تسرب المهنيين الطبيين إلى القطاع الخاص و رحيلهم إلى الخارج مما أدى إلى انخفاض الأطباء خاصة المختصين داخل هياكل القطاع الصحي العمومي مما أثر على مكانة و موقع هذا الأخير.

2.3.2.1.3 . النصوص التنظيمية المنظمة للقطاع الخاص

استنادا إلى قانون حماية وترقية الصحة [46]، فإن نشاطات الصحة تمارس داخل العيادات الخاصة بالفحص و العلاج ، عيادات الأسنان، مختبرات الصيدلة، مخابر التحليل الطبي، البصري، النظارات، الجراحة الترقيعية (تبديل الأعضاء) إضافة إلى أن إنشاء مثل هذه العيادات يخضع لتحرير و إصدار سابق مرخص من وزارة الصحة على أساس ملف يقدم إلى الوالي المعني، يحمل جميع الوثائق الخاصة (المخططات، الوصف المبين للمشروع و نشاطاته).

إن فتح العيادات الخاصة خاضع لبعض المعايير الثابتة من طرف القرار الوزاري المؤرخ في 1988/10/22، و المحدد للأشكال التقنية و الصحية، و أيضا بالشروط الخاصة بتشغيل هذه العيادات، و يجب أن يكون كل إنجاز مطابق للمعايير المدونة في هذا القرار.

بعد مطابقة المشروع للاتفاق للمعايير التقنية و الصحية يقوم الوالي بتعيين خبير الاستخراج الرخصة من أجل فتح و تشغيل العيادة كما هو مذكور في المادة 09 من المرسوم رقم 88/204 الصادر ب 1988/10/18 تم تحويل الملف إلى وزارة الصحة.

3.1.3. تمويل قطاع الصحة العمومي بالجزائر.

يعتمد تمويل قطاع الصحة العمومي على مصدرين هامين يتمثلان في "الدولة أي الميزانية العامة" و "الضمان الاجتماعي" بالإضافة إلى مصادر أخرى أقل أهمية

1.3.1.3. الدولة الميزانية العامة

تحتل مساهمة الدولة نسبة كبيرة في تمويل قطاع الصحة العمومي خاصة بعد تطبيق مبدأ مجانية العلاج، و ذلك بنسبة تفوق 70% [43]ص63، من الميزانية المعدة من طرف وزارة الصحة، و السكان و إصلاح المستشفيات، إذ يتم على مستوى كل القطاعات الصحية هيكلية توزيع الاعتمادات من طرف كل قطاع صحي بين مختلف النفقات.

تعطي الدولة أهمية كبرى لتمويل البرامج الوقاية الهادفة إلى السيطرة على الأوبئة و مكافحة الأمراض المعدية و برامج التلقيحات الواسعة و تمويل الاستثمارات عن طريق إنشاء و تجهز هياكل متعددة العلاج و وضعها تحت تصرف المواطنين.

2.3.1.3. الضمان الاجتماعي

نشأت فكرة الضمان الاجتماعي بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1929 حيث اتفقت مجموعة من أصحاب العمل على إنشاء مجموعة من الصناديق من أجل تغطية حوادث العمل الكبرى، و تم هذا بعد تدخل النقابة التي نصت على عدة اتفاقيات بين أرباب العمل و العمال.

بذلك يعد الضمان الاجتماعي مؤسسة مسخرة لخدمة العمال و عائلاتهم، و يعد مصدر تمويله الأساسي الاشتراكات التي تقتطع من رواتب العمال.

أما في الجزائر فتعد مؤسسة عمومية تقدم خدمات اجتماعية ذات طابع إداري، تعد اجتماعية لأنها تلعب دور الوسيط بين العمال و أرباب العمل، و بموجب قانون 1997 أصبحت مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بشخصية معنوية و استقلال مالي.

و قد حددت صلاحيات و مهام الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية فيما يلي [47]ص 25 :

-تسيير التأمينات الاجتماعية و حوادث العمل و الأمراض المهنية.

-تسيير الأداءات المستحقة للمستفيدين من اتفاقيات الدولة للضمان الاجتماعي.

-تسيير الأداءات العائلية لحساب الدولة، و ترقيم المستخدمين، و المؤمن لهم اجتماعيا.

-تغطية النفقات، مراقبة النزاع في تغطية اشتراكات الضمان الاجتماعي لحساب التقاعد و البطالة.

-تنظيم و ممارسة المراقبة الطبية، و ممارسة العمل الطبي الاجتماعي.

-إعلام المستفيدين و المستخدمين.

عموما فإن الضمان الاجتماعي يقوم بالتكفل بمصاريف العلاج الصحي و تعويض أيام العطل

المرضية أثناء التوقف على العمل، و تتمثل هذه المصاريف في :

-العلاج، الجراحة، الأدوية الصيدلانية (بنسب مختلفة)، الإقامة بالمستشفى.

-الفحوص البيولوجية، و الكهروبيوغرافية، و النظرية.

-علاج الأسنان و تركيب الطقم.

-العلاجات المعدنية و المتخصصة التي لها علاقة بالعلل التي تصيب المريض.

-الجبارة، و الأجهزة و الأعضاء الاصطناعية.

-إعادة التدريب الوظيفي للأعضاء و التأهيل المهني.

-النقل بسيارة الإسعاف.

-الأداءات الخاصة بالتخطيط العائلي و تنظيم النسل.

أما بالنسبة للتعويضات، فيتكفل صندوق الضمان الاجتماعي ب :

التعويض بنسبة 80 % للفحوص و المواد الصيدلانية، النظارات و التداوي بالمياه المعدنية.

التعويض بنسبة 100 % لبعض العمليات الجراحية المهنية و بعض الأمراض المزمنة.

3.3.1.3 . مصادر أخرى

تمثل نسبة أقل من 10 % [43]ص63،من مصادر التمويل تتمثل في :

الدفع المباشر الكامل لغير المؤمنين اجتماعيا القادرين على الدفع.

دخل النشاطات الطبية المختلفة.

مساهمة المؤمنين الاجتماعيين في مصاريف الفندقة و الاستشارة.

-دفع العيادات الخاصة لمصاريف العلاج، الاستشفاء و الفحص الناتج عن تحويل مرضاها إلى المنشآت العامة الصحة.

-مداخيل طب العمل.

2.3 . مشروع المؤسسة .

إن مشروع المؤسسة كتطبيق من تطبيقات التدبير الحديث يطرح كضرورة، يمكن من انتقال المؤسسة الإستشفائية من تسيير إدارة إلى منطق تسيير يقوم على الوظائف الأساسية التالية :

التخطيط، التنظيم، التنشيط، الرقابة و التقييم.

يتضمن مشروع المؤسسة كل الوظائف المشار إليها، فهو يقوم على الإشراف و التخطيط للمستقبل فهو يقوم على تسطير أهداف لبلوغها لفترة تمتد من 03 إلى 05 سنوات، كما أنه يعمل على خلق العلاقة الثلاثية بين الوسائل المجندة و الأهداف المسطرة و النتائج المحققة.

إن تجسيد العلاقة الثلاثية بفضل مشروع المؤسسة، يعكس انتقالا نوعيا لنمط تسيير المؤسسة الإستشفائية من طابعه الإداري إلى نمط يقوم على مشروعية جديدة.

يرتكز مشروع المؤسسة على الاتصال في جميع الاتجاهات خاصة الأفقي، فهذا من شأنه أن يساعد على رفع الحواجز المتواجدة، فهو يحقق وجهة النظر التي مفادها أن "المنظمة شبيهة بالكائن الحي، كل نظام فرعي فيه يتصرف كخلية حية، تختلف عن الباقي لكن وظيفيا ترتبط بالكل و تساهم في خلق هويته".

1.2.3 . مفهوم و خصائص مشروع المؤسسة

قدمت لمشروع المؤسسة عدة تعاريف تعددت بحسب الباحثين كما أن مشروع المؤسسة يحمل في طياته خصائص مختلفة، وفيما يلي سنبدأ بتعريف مشروع المؤسسة ثم نتطرق إلى ذكر خصائصه.

1.1.2.3 . تعريف مشروع المؤسسة

تعددت التعاريف المقدمة لمشروع المؤسسة بحسب الأشكال التي أخذتها عبر المؤسسات التي تبنت هذه الفكرة :

- تعريف برنارد هونوري BERNARD HONORE : هو وثيقة مكتوبة تعلن عن مجموعة من القيم و المبادئ، تعمل المؤسسة على ترقيتها حتى تصل إلى إرساء طريقة عمل اجتماعية، هذه المبادئ تعطي معنى للنشاط الذي تمارسه المؤسسة، و يعزز لدى مجموعات العمل المختلفة الروح التضامنية و الحيوية[48]ص26.

- تعريف لارك بوايي و نوال إكلبي LUC BOYER, NOEL EQUILBEY : هو تعبير عن إرادة مشتركة[49]ص17.

-تعريف قانون الإصلاحات الإستشفائية الفرنسية المؤرخ في 1991/07/31 : مشروع يعرف على أساس المشروع الطبي، الأهداف العامة للمؤسسة في المجال الطبي و في مجال العلاجات التمريضية و في مجال السياسة الاجتماعية و مخططات التكوين و تسيير نظام المعلومات، يحدد وسائل الاستشفاء و الوسائل البشرية و التجهيزات التي تحبذها المؤسسة لتحقيق أهدافها [50]ص41.

من خلال التعاريف السابقة يمكن استنتاج التعريف التالي :

مشروع المؤسسة هو مشروع يعد لفترة متوسطة المدى، يعرف التوجهات الكبرى للمؤسسة يتضمن عناصر أساسية نلخصها في النقاط التالية :

-نظرة مستقبلية لمصير المؤسسة.

-إرادة الوصول إلى الأهداف المسطرة رغم تعقيد الظروف و العقبات التي قد تواجه المؤسسة، هذه الإرادة تكون مشتركة بين كل أفراد المؤسسة.

-منظومة قيم، أي مجموعة من العناصر التي ترشد المؤسسة في اختياراتها من جهة، و تتخذها أفرادها مرجعا لهم من جهة أخرى.

-أولويات، و محاور كبرى للنشاط، تنتج عنها أهداف مقبولة من طرف الجميع.

2.1.2.3. خصائص مشروع المؤسسة

يمكن حصرها في أربعة خصائص رئيسية :

- هو وثيقة مكتوبة : إذ يعتبر مرجعا لإستراتيجية المؤسسة، يسطر إطار مخططات النشاط التي توضع حيز التنفيذ لبلوغ الأهداف المسطرة، كما أنه يعرف بالمهام الكبرى للمؤسسة.

- هو نص يعكس الحيوية داخل المؤسسة: فيعلن عن إرادة الفريق المسير معتمدا على تعبئة الطاقات الخاصة بكل فرد مع توضيحه للعلاقات مع المستفيدين و إعلانه عن الأولويات.

- هو فضاء للمشاركة : إذ يعد ركيزة لإشراك كل فرد في رسم السياسة العامة للمؤسسة عن طريق تطويره بالشعور بالمسؤولية بهدف العمل من أجل المصلحة العامة.

- هو رسالة المؤسسة لمحيطها : رسالة موجهة للمحيط الخارجي تقدم للشركاء ضمانا لإرادة جماعية للاستجابة لانشغالاتهم، كما يقوي إمكانية التناسق الداخلي لأنه يعد بشكل جماعي، يكرس التقارب بين الطموحات الفردية و طموحات المؤسسة.

مما سبق يمكن القول بأن مشروع المؤسسة ينسق بين التسيير الداخلي و الخارجي للمنظمة، فهو أداة تتقاسم من خلالها المؤسسة مصيرها مع مستخدميها و تنمي روح انتمائهم للمجموعة على الرغم من الفوارق التي قد تكون موجودة.

2.2.3. خطوات إعداد مشروع المؤسسة وتنفيذه

من أجل إنجاز مشروع المؤسسة لابد إتباع المراحل والخطوات التالية:

1.2.2.3. خطوات إعداد مشروع المؤسسة

يمر إعداد مشروع المؤسسة بمرحلتين أساسيتين تبدأ بالتشخيص كخطوة أولى نحو الإعداد ثم مرحلة الإعداد في حد ذاتها، كل مرحلة تمر بخطوات متعددة كل منها لها لبنتها الخاصة بها لإنجاح إنجاز مشروع المؤسسة.

1.1.2.2.3. مرحلة التشخيص .

تعد هذه العملية تأسيساً لقرار المؤسسة بأن تحدد لنفسها مشروعاً وتنفذه، وتعتبر الخطوة الأساسية التي تسمح بإعداد المشروع [49]ص16.

و تتميز مرحلة التشخيص بالخصائص التالية :

- كون التشخيص تأسيساً بقرار إعداد مشروع المؤسسة : إذ تمنح عملية التشخيص إمكانية تحليل ما هو موجود، و يسمح بالانتقال من الحاضر إلى المستقبل من خلال القراءة النقدية والتحليلية للمؤسسة من خلال : تاريخ المؤسسة، الوضع الحالي لها، و الأهداف المستقبلية تمس عملية التشخيص المجالات التالية :

المحيط الخارجي للمؤسسة : عن طريق دراسة المخاطر و الفرص الحالية و المستقبلية التي يوفرها المحيط الخارجي للمؤسسة مع رصد العوامل التي تقدم إمكانية النجاح و تقييم موقع المؤسسة في محيطها. يمس التشخيص بالنسبة للمؤسسات الإستشفائية و ذلك على الصعيد الوطني المواضيع التالية :

منظومة القوانين.

الميزانية أو النفقات العمومية.

تطور التقنيات و التكنولوجيا في مجال الصحة.

الوضع الإبيديميولوجي.

أما على الصعيد المحلي فيمس المواضيع التالية :

دراسة وضعية العرض و الطلب فيما يخص العلاج.

معرفة تركيبة السكان المطلوب علاجهم.

العوامل المتدخلة في قرارات المؤسسات الإستشفائية (عوامل ديموغرافية، جغرافية... الخ).

المحيط الداخلي للمؤسسة : تتمثل عملية تشخيص المحيط الداخلي للمؤسسة الإستشفائية [51]، في دراسة هذه الأخيرة كنظام إنتاجي من حيث تنظيم التسيير، مع دراسة العلاقة بين مصالحها. يمكن أن يشمل التشخيص المجالات التالية :

-الدراسة الشاملة حول وظيفة و أهداف المؤسسة (شروط العمل، التسيير، المرافق التقنية، الموارد البشرية).

-دراسة الوظائف المختلفة بالمؤسسة الإستشفائية (الوظيفة الطبية، العلاجية، التقنية، الإدارية، الإمداد لإقامة).

-دراسة مصالح المؤسسة الإستشفائية (خصائصها، نقاط القوة و الضعف، مهامها، نشاطاتها، الكفاءات المهنية المتوفرة فيها، الاتصال، نوعية الخدمات المقدمة، التحفيز داخل المصلحة...).

من خلال ما سبق فإن عملية التشخيص على الصعيد الخارجي تسمح بفهم خصوصيات ورهانات المحيط الخارجي حتى تتمكن المؤسسة الإستشفائية من معرفة كيفية تحقيقها للملائمة بين عناصر المحيط و ميكانزماتها. أما على الصعيد الداخلي [52]ص52، فإنها تسمح بتحديد نقاط القوة التي يتوجب دعمها، و نقاط الضعف التي ينبغي تصحيحها و معالجتها.

- كون التشخيص يحدد طريقة إعداد المشروع: من بين طرق إعداد المشروع التي تحددها عملية التشخيص ما يلي :

- طريقة الإعداد المركزي: من خلال هذه الطريقة يمر إعداد المشروع بالمراحل التالية [17]ص67:

*المرحلة الأولى يعد فيها المدير مع طاقمه الإداري، التوجهات العامة التي تحكم إعداد مشروع المؤسسة، مركزين على الأسباب التي دفعتهم إلى العمل بهذه الآلية .

*المرحلة الثانية يتم فيها طبع الأفكار و الآراء على مختلف مستويات المسؤولية بالمؤسسة الإستشفائية بعرض المناقشة و التوسع.

*المرحلة الثالثة و الأخيرة تتم فيها الصياغة النهائية للمشروع بناء على الأفكار و الآراء المقدمة من طرف مختلف المستويات.

- طريقة الإعداد المركزي: تعد كثيرة الاستعمال في المؤسسات الإستشفائية المعتمدة على لامركزية التسيير، فتقوم لجنة قيادة المشروع بطرح الأفكار الأساسية لمضمون المشروع، ثم تطلب من مختلف المصالح إعداد مشاريع فرعية تستجيب لنفس الإطار العام الذي حددته اللجنة، بعد أن تقوم كل مصلحة بذلك تجمع المشاريع الفرعية في مشروع عام شامل، يعاد طرحه في الأخير إلى القاعدة للتنفيذ.

- طريقة الإعداد حسب المصالح : بموجب هذه الطريقة تقوم كل مصلحة بإعداد المشروع الخاص بها ضمن نفس سياق مشروع المؤسسة ككل.

- طريقة الإعداد حسب المواضيع : من خلالها يتم إعداد مشروع المؤسسة حسب المواضيع المعالجة، فمثلا الموضوع الطبي نكوّن له مشروع يدعى بالمشروع الطبي، أما إذا تعلق الأمر بالمحاسبة فنسميه المشروع المحاسبي و هكذا بحسب الموضوع.

2.1.2.2.3 . مرحلة صياغة المشروع

بعد انتهاء مرحلة التشخيص يتم القيام بإعداد مشروع المؤسسة و صياغته نهائيا وفق الخطوات التالية[51].

- صياغة التوجهات العامة للمؤسسة الإستشفائية : يتم ذلك بالتعبير عن الفرص و الأخطار التي يضمها محيط المؤسسة كإضافة نشاط، أو إلغاء نشاط ما، التوسع لمهام أخرى، التركيز على خدمة معينة... الخ.

- اختيار سيناريو من بين الخيارات المطروحة : يتم اختيار إمكانية من إمكانيات التغيير المطروحة أمام القائم على إعداد المشروع و هذه الإمكانية تكون الأنسب حسب احتمالات تجسيدها في الميدان.

- صياغة الأهداف : يتم القيام بتحديد الأهداف و صياغتها مع مراعاة القواعد التي تحكم هذا المجال[52]ص47، نذكر من أهمها

تعريف الهدف : هو نتيجة منتظرة لفترة معينة، هذه النتيجة تكون قابلة للقياس، مسطرة، يتم العمل على تحقيقها بفضل القيام بجملة من العمليات المخططة.

خصائص الهدف : الهدف يعكس نظرة مستقبلية ينفذ بواسطة عمليات كمرحلة إجبارية للانتقال من حالة أولى للهدف في زمن "ن" إلى وضعية جديدة في تحقيق هذا الهدف في المرحلة الزمنية (ن+1) الغاية من وضع الهدف إما أن تكون تقديم حلول للاختلالات، أو اغتنام الفرص أو مواجهة المخاطر المتواجدة في المحيط. تتم صياغة الهدف بواسطة فعل كأن يقول : نرفع أو نخفض أو نقضي... كما يقترن بالفعل قياس و فترة لتحقيق الهدف.

- أنواع الهدف : هناك أهداف عامة منها ما يرتبط بالنشاط في حد ذاته و منها ما يرتبط بالتسيير، و هناك أهداف فردية منها ما يرتبط بالإنتاج، و منها أهداف عملية تنصب على المهمة أو الوظيفة، و أهداف أخرى ترتبط بالمجهودات أي القدرات و المعارف الفردية.

2.2.2.3 . مرحلة تنفيذ مشروع المؤسسة

بعد الانتهاء من إعداد الخطوط العريضة لمشروع المؤسسة، تأتي مرحلة وضع هذا المشروع حيز التطبيق، و يتم ذلك من خلال ما يلي :

-إعداد مخطط النشاط : مخططات النشاط تركز أهميته التسيير اليومي لإنجاح مشروع المؤسسة، و تجيب هذه المخططات على التساؤلات التالية :

- من ؟ يقصد بذلك المصلحة أو عنصر من المصلحة يتولى تنفيذ عملية معينة تسمح معرفة هذا العنصر من تحديد حقل تفويض السلطات و آليات الرقابة.

- ماذا ؟ مخطط النشاط مرتبط بممارسة المهنة، فهو يحدد طرق و تنظيم العمل، الهياكل التي تم إنشاؤها لتنفيذ المخطط و الإجراءات التي تطبق ، و يحدد المسار الواجب إتباعه لتحقيق الأهداف المسطرة.

- كيف ؟ بتشخيص الأعمال اليومية و يشارك في توفير المعلومات العملية، و نشر معلومات تخص التسيير اليومي بواسطة عقد اجتماعات للتشاور و الإعلام و غيرها من وسائل الاتصال.

الهدف			
النشاط الذي يتم القيام به	المسؤول عن النشاط	الأجل	
		النهاية	البداية
كيفية إنهاء النشاط (الطريقة الإجراء، الوسائل)			

الشكل رقم 07: مخطط النشاط [54]ص20

بالنسبة لكل هدف مسطر يحدد من 8 إلى 12 نشاطات كما يجب تفادي الخلط عند تعريف العمليات التي يجب القيام بها، لأن كل عملية قد تحمل في طياتها عدة عمليات أخرى.

- إعداد لوحة القيادة : لوحة القيادة وسيلة قيادة و متابعة للعمل تضم مجموعة مؤشرات النشاط التي ترسم تطور مسار تحقيق الأهداف نحو تحقيقها النهائي، تقيس مستوى مردودية المصالح مقارنة بالأهداف المسطرة، تظهر شهريا الفروق بين النتائج المحققة و النتائج المنتظرة.

قد تبين لوحة القيادة عند تحليل نتائج في حالة عدم بلوغ الأهداف وجود :

- محيط غير مستقر.
- غياب الوسائل.
- عدم وضع حيز تطبيق كلي أو جزئي لمخطط النشاط.
- عدم الدقة في تحديد النشاطات.
- تحليل النتائج يتطلب مشاركة عناصر المصلحة في التفكير خلال الاجتماعات في القرار الذي يتم الخروج به على إثر عملية الفروق.

الأشهر												المؤشر	الهدف رقم 01	
D	N	O	S	A	T	J	M	A	M	F	J			

الشكل رقم 08: لوحة القيادة [53]ص 21

3.2.3. مبررات اللجوء إلى تسيير المؤسسات الإستشفائية في سياق مشروع مؤسسة

يعرف العالم تحديات كبيرة أفرزتها التحولات والتطورات العميقة من جراء وعيه بندرة الموارد، تلك الوضعية فرضت على المنظمات ضرورة إعادة النظر في أساليب تنظيمها وآليات تسييرها.

فالمنظمات الناجحة، هي تلك التي جعلت من الزبون أو المنتفع من خدماتها، متعاملا حقيقيا، له حقوقا و مساحة للمشاركة.

على خلاف ذلك فالمنظمات غير الناجحة هي تلك التي انعدمت لديها إستراتيجية للتسيير وتقوم برقابة متقطعة تصب على الجانب المالي فقط دون الجوانب الأخرى.

من هنا تظهر فكرة مشروع المؤسسة، كآلية تستجيب لضرورة عصنة تسيير المؤسسات الصحية عامة و الإستشفائية منها خاصة لكونها في محيط تحكمه نفس تحديات المنظمات الأخرى لاسيما المتعلقة بإدخال البعد الاقتصادي على نمط تسييرها. لكونها كذلك تمكن المؤسسة الإستشفائية من الانتقال من تسيير إداري إلى منطق تسيير يقوم على تحديد الأهداف، و تستجيب لضرورة تعبئة الموارد البشرية حول تلك الأهداف، و ترفع الحواجز الوظيفية و الهيكلية داخل و بين المصالح الإستشفائية.

1.3.2.3. مشروع المؤسسة كآلية تسمح بالانتقال من تسيير إداري إلى منطق تسييري

تستجيب المؤسسة الإستشفائية لنفس الخصائص التي تحكم المرافق العمومية من وجهة نظر القانون الإداري [54]ص273، كونها صنفت كمؤسسة عمومية ذات طابع إداري فهي تخضع لمبدأ استمرارية الخدمة العمومية، تخضع لمبدأ المساواة أمام المرفق العمومي، تخضع لمبدأ التكيف.

و لقد انعكس هذا التصنيف على نمط تسيير المؤسسة الإستشفائية، من عدة نواحي، فمن ناحية التسيير المالي، فإن للقطاع الصحي ميزانية خاصة تمول بأموال عمومية بالتالي فإن تسييرها يستجيب لمبادئ المحاسبة العمومية، و القانون الميزاني (لا وجود لمحاسبة تحليلية، و لا لمحاسبة عامة)، أما تسيير المستخدمين فإنه يتم بالخضوع لقوانين الوظيف العمومي.

أما من ناحية اللامركزية فإن المؤسسة الإستشفائية تستفيد منها نظريا إلا أن الواقع لا يعكس حقيقة ذلك، بحيث نجد أن المؤسسة الاستشفائية مرهونة بقرار الإدارة الوصية في جميع مجالات النشاط، فهي تخضع لرقابة وصائية تعدت الأمر إلى تدخل، يأخذ أشكالا عديدة، إذ أنه هناك عوامل خارجية تتدخل و تشكل حدودا لاستقلالية القرار، نذكر منها :

-يتم أخذ القرارات في حدود الاعتمادات الممنوحة و المحددة من قبل الإدارة الوصية.

-المدير مسؤول سلمي ينحصر دوره في الحفاظ على النظام الداخلي للمؤسسة الإستشفائية.

-إن تسيير القطاع الصحي غير مرفوق بآليات تضمن فعالية استخدام الموارد، إذ يطبع تسيير المؤسسة الإستشفائية التنظيم الإجرائي فالالتزام بالقوانين و التنظيمات هو الغاية الأساسية للعمل الإداري، في ظل غياب آليات لقياس الفعالية، و عدم تسطير أهداف واضحة و مستقبلية تحكم أداء المرفق العمومي، من هنا نجد أن مشروع المؤسسة كتطبيق من تطبيقات التدبير يعد كضرورة تمكن من انتقال المؤسسة الإستشفائية من تسيير إداري إلى منطق تسيير يقوم على التخطيط، التنظيم، التنسيق، الرقابة.

فمشروع المؤسسة و من خلال تعريفه يتضمن في ثناياه الوظائف السابقة، فهو يقوم على التنسيق و التخطيط للمستقبل بدءا من تسميته حتى الوصول إلى مراحل إعداده، فهو يقوم على تسطير الأهداف لبلوغها في فترة تمتد من 03 إلى 05 سنوات.

كما أنه يبحث في خلق علاقة ثلاثية بين الوسائل المجندة و الأهداف المسطرة و النتائج المحققة. تجسيد هذه العلاقة يعكس انتقالا نوعيا لنمط تسيير المؤسسة الإستشفائية من الطابع الإداري إلى نمط يقوم على تسطير الأهداف و بلوغها[55].

2.3.2.3. مشروع المؤسسة كآلية تسمح بتعبئة و تجنيد الموارد البشرية حول أهداف مشتركة

إن مستخدمى المؤسسات الإستشفائية يخضعون كموظفين إلى قانون الوظيف العمومي الذي يحدد بوضوح و بشكل يضمن استقرار المسار المهني للموظف دون أدنى عمليات تقييم لجهوده أو إخضاعه لأهداف.

إضافة إلى عدم إشراك الموظفين في اتخاذ القرار، إذ نجد أن هناك تركيز في عملية اتخاذ القرار، ذلك لأن المسير ينفرد بأكثر عدد من المعلومات الرسمية و غير الرسمية فيضع نفسه في مرتبة الوحيد الذي يمتلك مجموعة البدائل التي تساعد في اتخاذ القرار، إلا أن إمام المسير بكل الملابس و ظروف مشكلة ما

أمر بعيد المنال، ذلك أن بعض الموظفين داخل المؤسسة الإستشفائية أيا كانت مستوياتهم، يملكون معطيات تقنية دقيقة غاية في الأهمية، و كثيرا ما تغيب عن ذهن المسير.

نتج عن تركيز سلطة اتخاذ القرار مظاهر التباطؤ في العمل تقيد في عملية الاتصال مما أدى إلى سوء حركة المعلومات و تحريكها، فنجد أن المسؤولين السلميين يقولون أنهم يقومون بعملية الاتصال و بالمقابل نجد أن المستخدمين يقولون أنهم لا يتلقون أي معلومات تلك الاختلالات نتج عنها تطوير ميكانيزمات دفاعية عند العامل أخذت الأشكال التالية[52]ص20 .

- اللاتحفيز: له أسباب كثيرة من بينها الجو المهني المفعم بالسلبية غياب النية الحسنة و الثقة إزاء المسؤولين.

النقد المتواصل للزملاء و المسؤولين السلميين حتى أصبح الأمر كقاعدة تميز كل المؤسسات الإستشفائية.

-المنافسة الهدامة: ينخرط المستخدمون الاستشفائيون في ما يسمى بالجماعات الضاغطة التي تفعل كل ما بوسعها لمعارضة كل الجهود التي يتقدم بها أي مسؤول.

مما سبق نستخلص أنه لا بد من تجنيد و تعبئة الطاقات الفردية و تحويلها إلى طاقة جماعية عن طريق بعث الوعي في أفراد المؤسسة الإستشفائية بأن تحقيق أهداف المؤسسة مرهون بطاقة و بمشاركة كل واحد منهم مهما كانت رتبته.

و من هنا تبرز ضرورة الاستعانة بمشروع المؤسسة كآلية توحيدية و تجنيدية عن طريق جعله فضاء للاتصال في كل مرحلة من مراحل إعدادة، و أن لا يكون مجرد وثيقة لا تعكس الواقع أو إجراء صادر عن قمة الهرم السلمي و مطلوب تطبيقه فالإتصال و التواصل هو القلب النابض للمشروع.

3.3.2.3 . مشروع المؤسسة كآلية تسمح برفع الحواجز الوظيفية و الهيكلية داخل و بين

مختلف مصالح المؤسسة الإستشفائية

تخضع المؤسسة الإستشفائية إلى هيكل تنظيمي هرمي موحد، تقوم بتسييرها التركيبية تدعى "مجلس الإدارة" و هيئة استشارية تقدم الاستشارة في المجال التقني دون أن تكون آرائها ملزمة.

يتكفل بمهمة الإدارة مدير عام يعين من قبل الوزير، و يساعده في تأدية مهامه مديرون فرعيون يختارهم بنفسه، و تختلف عدد المديريات الفرعية من مؤسسة إستشفائية لأخرى.

إن تنظيم الهياكل الإدارية، يأخذ شكلا هرميا، فهو يتشكل من قمة وحيدة و قاعدة موسعة.

ما يلاحظ في المؤسسات الإستشفائية هو الميل إلى عزل كل مصلحة عن الأخرى، فالمصالح لا تقوم بعقد روابط ملموسة بين نشاطاتها و نشاطات المصالح الأخرى، حتى و أنه ليس هناك ترابط وظيفي داخل المصلحة نفسها [56]ص87.

إن نشاط كل مصلحة داخل المؤسسة الإستشفائية يؤول في نهاية المطاف إلى خدمة المريض، فمشروع المؤسسة يحوي في طياته عناصر تمكن من خلق فضاء للتبادل الخدماتي بين مختلف المصالح، و تقرب كل الفئات المهنية داخل نفس المصلحة على اختلاف السلك الذي تنتمي إليه.

بالإضافة إلى كونه يقوم بتعديل السلوكات عن طريق عقود نشاط دورية تقوم على التفاوض [56]ص72، و ارتكازه على الاتصال لاسيما الداخلي منه و ذلك في جميع الاتجاهات خاصة الأفقية، و هذا من شأنه أن يساعد على رفع تلك الحواجز، فالمؤسسة الإستشفائية تعد منظمة و المنظمة شبيهة بالكائن الحي، كل نظام فرعي فيه يتصرف كخلية حية، تختلف عن الباقي وظيفيا و ترتبط بالكل، و تساهم في خلق هويته.

يعتبر قطاع الصحة العمومي المسؤول الأول عن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين و ذلك في إطار مهامه الذاتية إلى حماية حياة الإنسان من الأمراض و الإخطار و تحسين ظروف المعيشة و توفير العلاج بما يتماشى و حاجيات السكان مما جعله الركيزة الأساسية لعرض الصحة العمومية في الجزائر.

إذ يعتمد النظام الوطني للصحة على تحقيق أهدافه الأساسية من خلال مبادئ العدالة الاجتماعية و الفعالية التي تضمن أداء الخدمات الصحية التي تحتاج إليها المواطن، و هذا كله تحت وصاية و تنسيق

السلطة المكلفة بالصحة العمومية والمتمثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والتي من مهامها السهر على تلبية الحاجات الصحية للمجتمع وإدارة مؤسساتها الصحية العمومية.

الفصل 4

دراسة الحالة

تطرقنا في الفصول النظرية السابقة إلى تعريف الاتصال خاصة الداخلي منه وإبراز أهميته ودوره في المؤسسات سيما الإستشفائية منها, كما أننا أبرزنا ضرورة عصنة تسيير المؤسسات الإستشفائية بما يتماشى مع المتطلبات الحالية.

هذا ما سنحاول إسقاطه في الدراسة الميدانية التي أجريت بمستشفى بن بولعيد المتواجد ب20 شارع محمد بوضياف البلدية خلال الفترة الممتدة من 05 جوان 2006 إلى 04 جويلية 2006، من خلال استبيان ومقابلات أجريت مع مختلف المسؤولين إضافة إلى المعايشة الميدانية والتجربة الشخصية.

قسمت الدراسة الميدانية إلى قسمين حيث نتطرق في الأول إلى التعريف بقطاع الصحة العمومي لولاية البلدية مع ذكر مكوناته، ثم التعريف بالمؤسسة الإستشفائية محل الدراسة.

أما القسم الثاني فتم فيه تبويب وتحليل بيانات استمارات كل من، الأطباء وشبه الأطباء، المرضى، والإداريين.

1.4 . قطاع الصحة العمومي لولاية البليدة

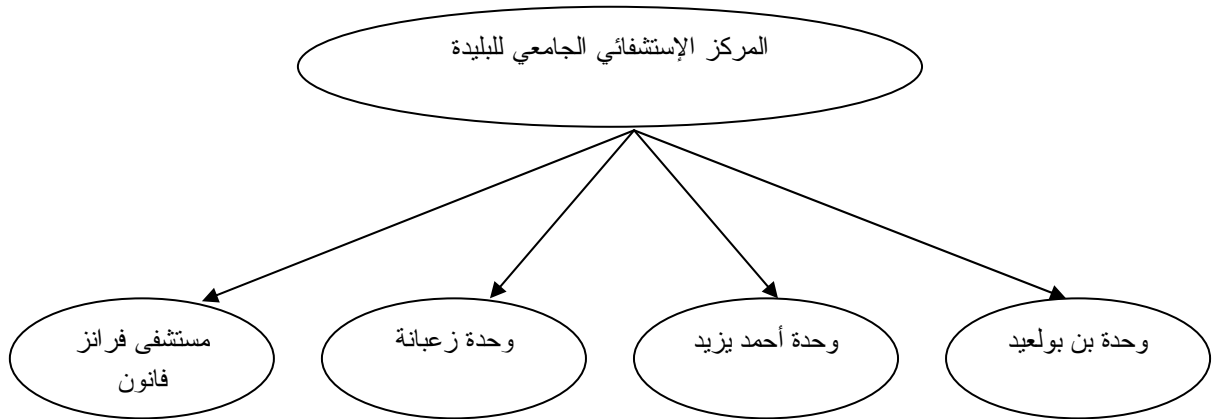
نقوم فيما يلي بالتعريف بقطاع الصحة العمومي المتواجدة به المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة ثم يتم بعد ذلك التطرق إلى التعريف بالمستشفى بن بولعيد.

1.1.4 . مكونات قطاع الصحة العمومي لولاية البليدة

تضم ولاية البليدة أربعة قطاعات صحية، إضافة إلى مركز استشفائي جامعي، ومؤسسة إستشفائية متخصصة و مدرسة التكوين شبة الطبي.

1.1.1.4 . المركز الإستشفائي الجامعي

يضم أربع وحدات كما يوضحه الشكل التالي :



الشكل رقم 09: وحدات المركز الإستشفائي الجامعي للبليدة

مستشفى فرانز فانون: وهو المقر العام للمركز الإستشفائي الجامعي للبلدية، واهم وحدة إستشفائية وذلك من خلال هياكله وإطاراته ومديرياته ومصالحه.

وحدة احمد يزيد: وهي وحدة تابعة للمركز الإستشفائي الجامعي للبلدية تتميز بوجود وحدة الاستعجالات

وحدة زعبانة: هي وحدة صغيرة الحجم، تغطي احتياجات المواطنين فيما يتعلق بطب وجراحة الأسنان

وحدة بن بولعيد: تعتبر ثاني اكبر وحدة تابعة للمركز الإستشفائي الجامعي للبلدية من حيث سحاعة الوحدة ومن حيث هياكلها.

2.1.1.4. مؤسسة إستشفائية متخصصة

يتمثل في مركز محاربة أمراض السرطان للبلدية « CAC » يشمل 183 سرير، [57].

3.1.1.4. القطاعات الصحية

كما سبق الذكر فهي 4 قطاعات كما يلي :

- القطاع الصحي للبلدية : يغطي 115 291 نسمة، يتكون من مستشفى ذو 115 سريرا

و 20 وحدة إستشفائية، واحدة مكونة من عيادة للولادة ذات 10 أسرة في أولاد يعيش.

- القطاع الصحي لبوفاريك : يغطي ما يقارب 174 189 نسمة يتكون من مستشفى يحتوي على

183 سريرا و 28 وحدة إستشفائية هي الأخرى مكونة من عيادتين للولادة في كل من الشبلي و بوينان.

- القطاع الصحي للعفرون : يغطي حوالي 464 208 ساكن يتكون من مستشفى يحتوي على 69

سريرا و 32 وحدة استشفائية، ثلاثة منها تضم عيادة الولادة في كل من موازية، واد جر، واد العلايق.

- القطاع الصحي للأربعاء : يغطي ما يقارب 530 191 نسمة يتكون من مستشفى ذو 240 سرير

(مستشفى مفتاح) و 23 وحدة إستشفائية إثنان منها ذات عيادة للولادة الأربعاء، بوقرة.

4.1.1.4. مدرسة التكوين الشبه الطبي

مدرسة لتكوين الشبه طبيين متواجدة بالقرب من وحدة محمد يزيد.

5.1.1.4. وحدات العلاج القاعدية لولاية البليلة

هذه الوحدات موزعة على كافة تراب الولاية تشمل 11 ، و 29 مركز و 63 قاعة علاج موزعة كما يلي :

- العيادات المتعددة الخدمات : تتوزع كما يلي:

الجدول رقم 08 :توزع العيادات المتعددة الخدمات في ولاية البليلة [57].

المجموع	القطاعات الصحية			
	الأربعاء	العفرون	بوفاريك	البليلة
11	02	03	02	04

- المراكز الصحية : تتوزع كما يلي :

الجدول رقم 09 : توزع المراكز الصحية في ولاية البليلة [57].

المجموع	القطاعات الصحية			
	الأربعاء	العفرون	بوفاريك	البليلة
29	05	07	06	11

-قاعات العلاج : تتوزع كما يلي :

الجدول رقم 10: توزيع قاعات العلاج في ولاية البليدة [57]

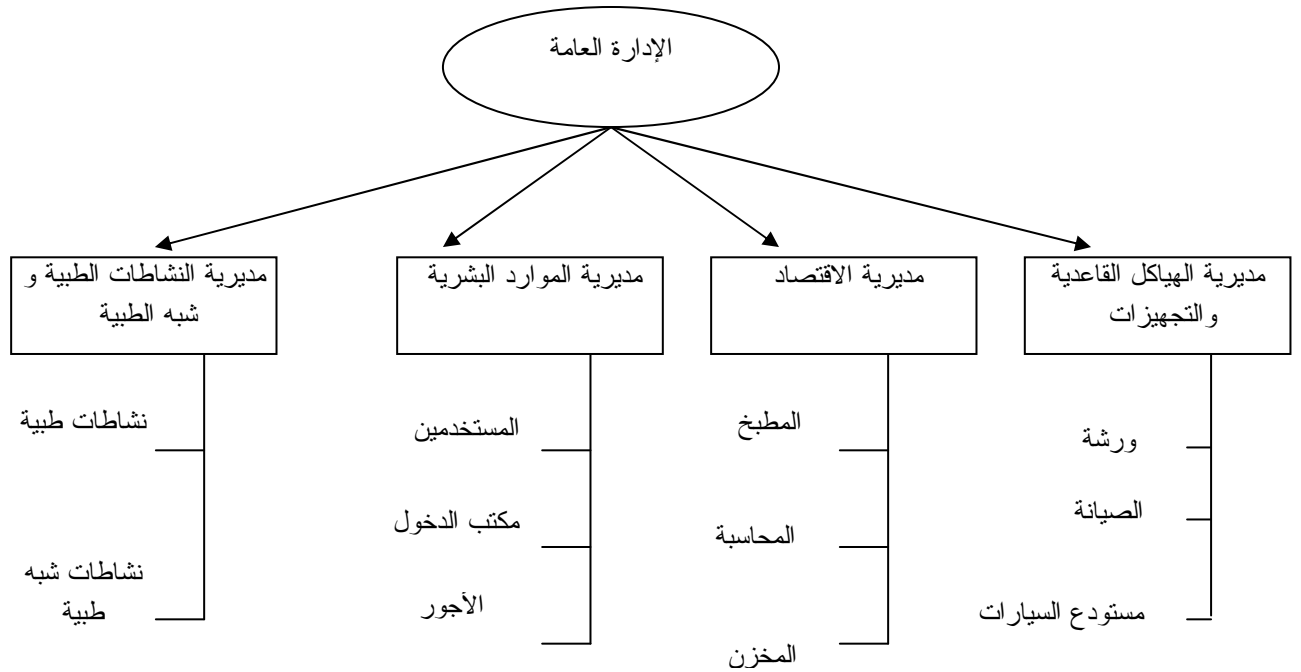
المجموع	القطاعات الصحية			
	الأربعاء	العفرون	بوفاريك	البليدة
63	16	22	20	05

2.1.4 . التعريف بمستشفى بن بولعيد

يعتبر مستشفى بن بولعيد من أهم وحدات المركز الإستشفائي الجامعي للبليدة من حيث عدد المستخدمين و شساعة الحجم. تأسس في سنة 1984 و هو عبارة عن عيادة مختصة بطب الأطفال و النساء.

1.2.1.4 . الهيكل الإداري لمستشفى بن بولعيد

يتكون مستشفى بن بولعيد من العديد من المديريات نوضحها من خلال الشكل التالي



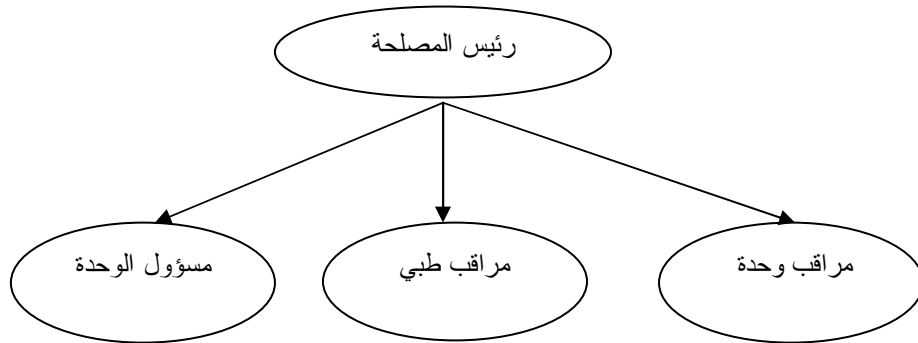
الشكل رقم 10 : الهيكل الإداري لمستشفى بن بولعيد [58]

يضم مستشفى بن بولعيد 4 مديريات أساسية ممثلة مديرية الهياكل القاعدية والتجهيزات تشمل ورشة وقسم الصيانة وستودع السيارات أما مديرية الاقتصاد فإنها تضم المطبخ ، المحاسبة والمخزن.

كما أن هناك مديرية الموارد البشرية والتي تغطي المستخدمين مكتب الدخول، والأجور ، بالإضافة إلى تواجد مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية المتكلفة بنشاطات الفريقين الطبي وشبه الطبي.

2.2.1.4. المصالح الإستشفائية

سوف نوضح من خلال الشكل التالي المصالح تنظيم المصالح في مستشفى بن بولعيد

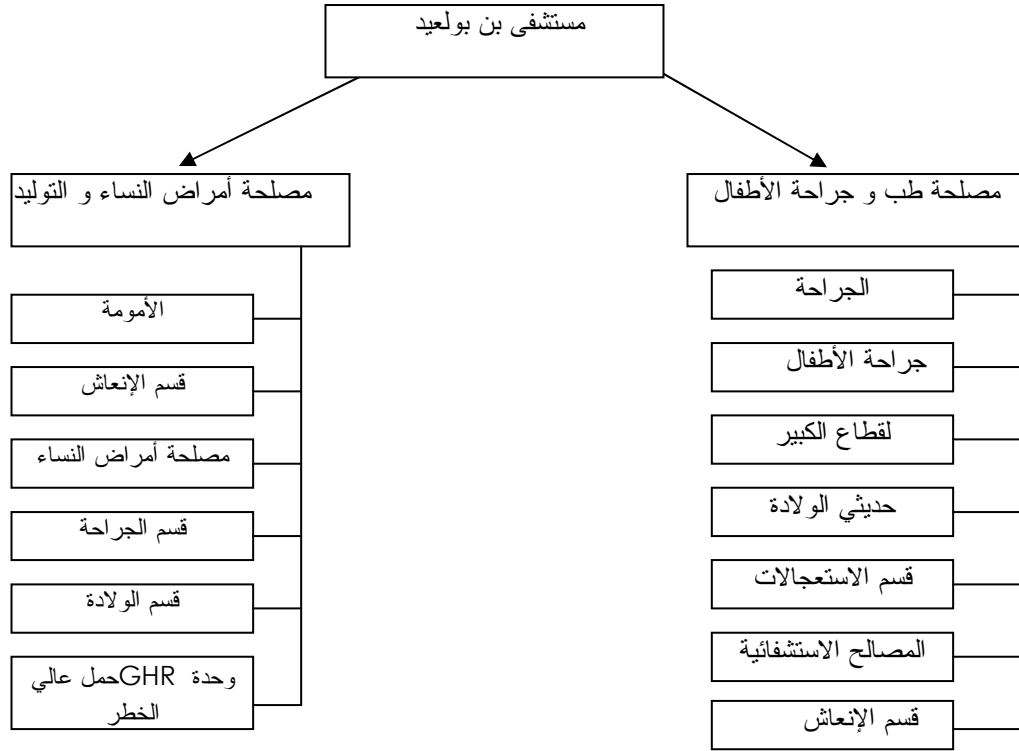


الشكل رقم 11: تنظيم المصالح بمستشفى بن بولعيد [58]

يشترط أن يكون رئيس المصلحة أستاذا في الطب، و مسؤول الوحدة أستاذا محاضرا، أما المراقب الطبي فلا بد أن يكون شبه طبي و هو كذلك بالنسبة لمراقب الوحدة.

3.2.1.4 . مصالح مستشفى بن بولعيد

يتكون مستشفى بن بولعيد من مصلحتين رئيسيتين كما يوضحه الشكل التالي :



الشكل رقم 12: مصالح مستشفى بن بولعيد [58]

إضافة إلى طب النساء و التوليد و طب و جراحة الأطفال فإن مستشفى بن بولعيد يضم مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة SAMU، فريق تقني متكون من مخبر و مركز أشعة، وصيدلية.

4.2.1.4 . عدد المستخدمين .

من خلال الجداول التالية سوف نوضح توزيع المستخدمين حسب الاختصاصات بمستشفى بن

بولعيد.

الجدول رقم 11 : توزيع الأطباء لمستشفى بن بولعيد [58].

النسبة	العدد	الاختصاص
37	35	-أطباء استشفائيين جامعيين
17	16	-أطباء مختصين
45	42	-أطباء عامون
1	1	-بروفسور
%100	94	المجموع

ما يلاحظ في مستشفى بن بولعيد هو نقص في عدد البروفسورات إذ نجد بروفسور واحدا على مستوى كل الوحدة ، في حين أن الأطباء العاميين يشكلون أغلبية الطاقم الطبي.

الجدول رقم 12 : توزيع شبه الأطباء بمستشفى بن بولعيد [58].

النسبة	العدد	الاختصاص
4	4	-المختصون نفسانيون
46	48	-قابلات
23	24	-مخدرون
22	23	-إسعافيون
5	6	-آخرون (اختصاصي الأكل...)
%100	105	المجموع

إن الفريق شبه طبي يضم 46% قابلات وهذا يعود إلى طبيعة الخدمة التي يقدمها المستشفى ، كذلك نلاحظ أن المختصين النفسانيين لا يشكلون سوى 4% من مجموع شبه أطباء، وهذا راجع إلى عدم الاهتمام بالجانب النفسي للمريض أو العائلة.

الجدول رقم 13 :توزيع الإداريين بمستشفى بن بولعيد[58]

النسبة	العدد	الاختصاص
21	74	-إداريين
38	135	-مخبرين، موظفي مصلحة الأشعة
41	141	-مؤقتون و المتعاقدون
%100	350	المجموع

إن المؤقتين والمتعاقدين يمثلون نسبة 41% من إجمالي الإداريين كما هو الحال في اغلب المؤسسات الجزائرية.

5.2.1.4 . حركة المرضى بمستشفى بن بولعيد

إن عدد المقيمين تم حسابه على أساس متوسط دخول المرضى لطلب الخدمات الصحية بمستشفى بن بولعيد يوميا.

الجدول رقم 14 : حركة المرضى بمستشفى بن بولعيد لسنة 2006. [58]

النسبة	العدد	الاختصاص
33	220	-مقيمين
67	400	-غير مقيمين
%100	620	المجموع

يوضح الجدول التالي توزيع الأسرة في مستشفى بن بولعيد.

الجدول 15 رقم : توزيع الأسرة في مستشفى بن بولعيد [58]

الاختصاص	العدد	النسبة
-مصلحة طب الأطفال	78سريرا	39
-مصلحة طب النساء	72سريرا	36
-مصلحة الأمومة	50سريرا	25
-مصلحة جراحة الأطفال	30سريرا	15
المجموع	200	%100

3.1.4 . الإطار المنهجي للدراسة الميدانية

تضم منهجية الدراسة الميدانية، مجال الدراسة مع إبراز المجتمع البشري المختار لإنجاز الدراسة الميدانية، إضافة إلى التقنيات المستند إليها لجمع المعلومات.

1.3.1.4 . مجال الدراسة و عينة البحث

أجريت الدراسة الميدانية بمستشفى بن بولعيد بولاية البليدة، و الذي يضم الاختصاصات السابقة الذكر.

و قد شملت الدراسة الميدانية كل من الممارسين الطبيين و شبه الطبيين، المستخدمين الإداريين بالإضافة إلى المرضى المقيمين و غير المقيمين، و ذلك بهدف معرفة حقيقة و مكانة الاتصال الداخلي بهذه الهيئة الإستشفائية، و حصر آراء و اقتراحات كل الأشخاص المتواجدين بالمستشفى.

إن اختيار مجتمع البحث أمر في غاية الأهمية فهو خطوة من خطوات البحث العلمي ويهدف اختياره إلى توفير وجمع البيانات الكافية للتحري أكثر في ظاهرة الاتصال الداخلي والوصول إلى نتائج معبرة وتحليلها.

تم اختيار عينة عشوائية تمثل 10% من المجتمع الكلي، يمكن توضيحها من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 16: عينة البحث.

الفئات	العدد الكلي	حجم العينة
أطباء	94	9
شبه أطباء	105	10
مرضى مقيمين	220	22
مرضى غير مقيمين	400	40
إداريين	350	35
المجموع	1209	120

اعتمدنا في اختيار العينة على طريقة الحصر الشامل و التي تعتبر طريقة تحليل جميع القضايا الحيوية بالتالي فإن هذه الدراسة الميدانية مهمة و أساسية لمعرفة مكانة الاتصال الداخلي في المؤسسة الإستشفائية، و ما مدى أهميته أو دوره في فعالية تسيير المؤسسة الإستشفائية.

2.3.1.4 . المناهج و التقنيات المتبعة .

تعتبر هذه الدراسة وصفية تحليلية بحيث اعتمد فيها على منهج دراسة الحالة من خلال المسح الداخلي الذي خصّ الأطباء، شبه الأطباء، المرضى، الإداريين مستندين على :

- المنهج التحليلي : اعتمد هذا المنهج بهدف استنباط علاقة أو دور الاتصال الداخلي وفعاليتها في تسيير المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة و ذلك من خلال مرحلتين :

- مرحلة استطلاعية : تعتبر هذه المرحلة أول خطوة يقوم بها الباحث بهدف الحصول على أكبر قدر ممكن من البيانات و المعلومات التي لها علاقة بموضوع بحثه.

- مرحلة التشخيص و الوصف المعمق : في هذه المرحلة تم إجراء مقابلات مع مسؤول مصلحة المستخدمين لمستشفى بن بولعيد و المراقبين الطبيين و المرضى، إضافة إلى ذلك فإنه تم توزيع الاستمارات على كل من الأطباء و شبه الأطباء، و الإداريين المرضى المقيمين و غير المقيمين في هذه المرحلة من الدراسة.

- الملاحظة : تمكن الملاحظة من تفحص الظاهرة المدروسة مباشرة، إضافة إلى جمع البيانات على حالها، كما أن الملاحظة تساعدنا في فهم و اكتشاف الحقائق.

- المقابلة المباشرة : تمكن المقابلة المباشرة الحصول على معلومات و بيانات مختلفة عن طريق إجراء حوار قائم على الأسئلة (غالبا ما تكون أسئلة مفتوحة) بين الباحث الذي يكون هو السائل و المجيب و الذي يكون إما مستخدما إداريا، طبيا، شبه طبي، مدير و حتى مريض.

- الاستمارة : تستخدم الاستمارة كأداة منهجية للحصول على معلومات كمية، تترجم بعد ذلك إلى معلومات كيفية بعد تبويبها و تحليلها. و لقد اعتمدنا في دراستنا على 3 استمارات موجهة لكل من الأطباء و شبه الأطباء، الإداريين، المرضى المقيمين و غير المقيمين، تتكون كل استمارة من عدد من الأسئلة، تتوزع على النحو التالي.

.استمارة الأطباء و شبه الأطباء .

.استمارة الإداريين .

. استمارة المرضى المقيمين و غير المقيمين .

2.4. تحليل بيانات الاستمارات

خصص القسم الثاني من الدراسة الميدانية إلى تحليل و تبويب بيانات الاستمارات السابقة الذكر.

1.2.4 . تحليل البيانات الخاصة باستمارة الأطباء و شبه الأطباء

نقوم بتحليل استمارة الأطباء و شبه الأطباء و ذلك من خلال طرح 30 سؤالاً مقسمين على 3 فروع :

مميزات عينة الدراسة .

مناخ العمل السائد في مستشفى بن بولعيد.

نموذج الاتصال الداخلي في مستشفى بن بولعيد.

1.1.2.4 . مميزات عينة الدراسة

سوف نحاول إعطاء فكرة واضحة عن عينة الدراسة، و ذلك من خلال ربط المتغيرات التالية : السن، الحالة العائلية، المستوى التعليمي، الوظيفة، المصلحة و الأقدمية بمتغير الجنس.

-توزيع العينة بحسب السن و الجنس:

من أجل معرفة نسبة الذكور و الإناث المكونة لمجموع العينة بالنسبة لكل من الأطباء و شبه الأطباء
نفرض الجدول التالي:

الجدول رقم 17 : توزيع الأطباء وشبه الأطباء حسب السن و الجنس

المجموع		أكثر من 40 سنة		25-40 سنة		أقل من 25 سنة		السن	الجنس
		%	ك	%	ك	%	ك		
		<u>أطباء</u>							
56	5	11	1	34	3	11	1		ذكر
44	4	22	2	11	1	11	1		أنثى
100	9	33	3	45	4	22	2		المجموع
		<u>شبه الأطباء</u>							
40	4	10	1	30	3	-	0		ذكر
60	6	-	0	60	6	-	0		أنثى
100	10	10	1	90	9	-	0		المجموع

نلاحظ أن هناك تفاوت من حيث نسبة الإناث و نسبة الذكور في كلا السلكين، إذ نجد أن الذكور يمثلون 56 % في السلك الطبي، أما الإناث فتمثلن 60 % في السلك شبه الطبي.

أما توزيع العينة بحسب السن و الجنس فيكون كالتالي :

الفئة العمرية أقل من 25 سنة نجد أن هناك تعادل من حيث النسبة بين الذكور و الإناث فيما يخص السلك الطبي فكلاهما يمثلان نسبة 11%، إضافة إلى انعدام هذه الفئة العمرية بالنسبة للسلك شبه الطبي.

أما الفئة العمرية من 25 إلى 40 سنة، فنجد أن من بين 4 مستخدمين طبيين هناك 34 % منهم ذكور و 11% إناث، بينما نجد العكس بالنسبة للمستخدمين شبه الطبيين فمن بين 9 مستخدمين 60 % إناث و 30 % ذكور.

تبين الفئة العمرية أكثر من 40 سنة، بالنسبة للسلك الطبي أن من بين 3 مستخدمين 22 % إناث

و 11 % ذكور، أما فيما يخص شبه الأطباء فإن 10 % منهم 10 % منهم ذكور مع غياب الإناث عند هذه الفئة.

- توزيع العينة حسب الحالة العائلية والجنس:

من أجل معرفة الحالة العائلية لكلا الفريقين يتم التحليل عن طريق الربط بين الحالة العائلية و الجنس.

الجدول رقم 18: توزيع الأطباء وشبه الأطباء بحسب الحالة العائلية و الجنس .

المجموع		مطلق		أرمل		متزوج		أعزب		الحالة العائلية الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
<u>أطباء</u>										
56	5	-	0	-	0	33	3	22	2	ذكر
44	4	-	0	-	0	33	3	11	1	أنثى
100	9	-	0	-	0	99	6	33	3	المجموع
<u>شبه الأطباء</u>										
40	4	-	0	-	0	20	2	20	2	ذكر
60	6	-	0	-	0	50	5	10	1	أنثى
100	10	-	0	-	0	70	7	30	3	المجموع

تتوزع عينة الدراسة حسب الحالة العائلية إلى 04 فئات هي كالتالي :

-فئة العزاب و العازبات بالنسبة للأطباء فإن هناك 22 % عازب مقابل 11 % عازبة وهذا راجع إلى طول مدة الدراسة مما يؤدي إلى عدم الزواج المبكر خاصة لدى الذكور.

نفس الأمر بالنسبة لفئة شبه الأطباء فالعزاب يمثلون ضعف العازبات أي بنسبة 20 %.

فئة المتزوجين و المتزوجات إذ نجد أن هناك تعادلا في السلك الطبي بنسبة المتزوجين هي نفسها نسبة المتزوجات و تقدر ب 33%، أما فيما يخص شبه الأطباء فهناك تفاوتاً في النسب إذ تبلغ نسبة المتزوجات 50 % مقابل 20 % متزوج.

- توزيع العينة حسب المستوى التعليمي و الجنس :

من أجل معرفة المستوى التعليمي لكل من الأطباء و خاصة شبه الأطباء و نسبة الذكور والإناث في كلا الفريقين فسوف نقوم بالربط بين متغيري الجنس و المستوى التعليمي.

الجدول رقم 19 : توزيع الأطباء وشبه الأطباء بحسب المستوى التعليمي و الجنس

المجموع		جامعي		ثانوي		متوسط		ابتدائي		المستوى التعليمي الاختصاص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
<u>أطباء</u>										
56	5	56	5	-	0	-	0	-	0	ذكر
44	4	44	4	-	0	-	0	-	0	أنثى
100	9	100	9	-	0	-	0	-	0	المجموع
<u>شبه الأطباء</u>										
40	4	10	1	30	3	-	0	-	0	ذكر
60	6	20	2	40	4	-	0	-	0	أنثى
100	10	30	3	70	7	-	0	-	0	المجموع

يتبين لنا أن كل الأطباء مستواهم التعليمي هو جامعي وهو أمر عادي نظرا لخصوصية هذه الفئة، 56% منهم ذكور و الباقي إناث.

أما شبه الأطباء ف 70 % منهم ذو مستوى ثانوي، و الباقي جامعي، و في كلا المستويين فإن نسبة الإناث هي الأعلى إذ هناك 40 % من الإناث شبه الطبيين لهم مستوى ثانوي، و 20 % منهم لهم مستوى جامعي. ويفسر ارتفاع نسبة شبه الأطباء ذوي المستوى الثانوي إلى أن الالتحاق بمدارس التكوين شبه الطبي

في السنوات الماضية لا يتطلب سوى هذا المستوى وبالتالي لجوء الكثير ممن فشلوا في شهادة البكالوريا للالتحاق بها.

- توزيع العينة بحسب الوظيفة و الجنس :

في هذه الخطوة سنقوم بربط الوظيفة بالجنس من أجل معرفة نسبة الإناث و الذكور في كل وظيفة.

الجدول رقم 20: توزيع الأطباء وشبه الأطباء بحسب الوظيفة و الجنس

المجموع		قابلية		مراقب طبي		ممرض		طبيب مختص		طبيب العام		الوظيفة الاختصاص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
<u>أطباء</u>												
56	5	-	-	-	-	-	-	22	2	33	3	ذكر
44	4	-	-	-	-	-	-	11	1	33	3	أنثى
100	9	-	-	-	-	-	-	33	3	66	6	المجموع
<u>شبه الأطباء</u>												
40	4	-	0	10	1	30	3	-	-	-	-	ذكر
60	6	30	3	-	0	30	3	-	-	-	-	أنثى
100	10	30	3	10	1	60	6	-	-	-	-	المجموع

أن تحليل معطيات هذا الجدول تظهر أن ثلثي الأطباء المتواجدين بمستشفى بن بولعيد هم أطباء عامون النصف منهم ذكور و النصف الآخر إناث. أما الأطباء المختصون فهم يشكلون الثلث الباقي، 22 % ذكور و 11 % إناث.

أما بالنسبة للشبه أطباء فهناك 30 % ممرضين، 10% مراقبين طبيين و 30 % قابلات كلهن إناث.

- توزيع العينة بحسب المصلحة و الجنس :

من أجل معرفة نسبة توزيع الإناث و الذكور في كل مصلحة، ستقوم بربط متغير الجنس بالمصلحة.

الجدول رقم 21: توزيع الأطباء وشبه الأطباء حسب المصلحة و الجنس

المصلحة		طب و جراحة الأطفال		أمراض النساء و التوليد		المجموع	
الاختصاص		ك	%	ك	%	ك	%
<u>أطباء</u>							
ذكر	3	33	2	22	5	56	
أنثى	2	22	2	22	4	44	
المجموع	5	55	4	44	9	100	
<u>شبه الأطباء</u>							
ذكر	4	40	0	-	4	40	
أنثى	3	30	3	30	6	60	
المجموع	7	70	3	30	10	100	

تتوزع عينة الدراسة على مصلحتين رئيسيتين : طب و جراحة الأطفال، أمراض النساء والتوليد، بحيث نجد 55% من الأطباء يمارسون نشاطاتهم في المصلحة الأولى في حين الباقي منهم يمارس في مصلحة أمراض النساء و التوليد أما شبه الأطباء فهم يتمركزون في مصلحة طب و جراحة الأطفال بنسبة 70% أغلبهم نساء، و الباقي فيتواجد بالمصلحة الثانية.

- توزيع العينة بحسب الأقدمية و الجنس :

سوف نربط الأقدمية بالجنس من أجل معرفة إذا ما كان للجنس تأثير على أقدمية المستخدم.

الجدول رقم 22: توزيع الأطباء وشبه الأطباء حسب الأقدمية في المؤسسة و الجنس :

المجموع		أكثر من 20 سنة		10-20 سنوات		5-10 سنوات		أقل من 5 سنوات		الأقدمية الاختصاص
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
أطباء										
56	5	11	01	11	1	11	1	22	2	ذكر
44	4	-	0	11	1	11	1	22	2	أنثى
100	9	-	1	22	2	22	2	44	4	المجموع
شبه الأطباء										
40	4	10	1	20	2	10	1	-	0	ذكر
60	6	10	1	30	3	20	2	-	0	أنثى
100	10	20	2	50	5	30	3	-	0	المجموع

من حيث الأقدمية في المؤسسة الإستشفائية فنجد أن أكثر من 44 % من الأطباء لهم أقدمية تقل عن 5 سنوات يرجع ذلك لكون أن المستشفى الجامعي يكون الأطباء و يعطيهم فرصة الممارسة حتى و إن لم يكملوا دراساتهم. أما شبه الأطباء فنجد أن 50 % لديهم أقدمية تتراوح ما بين 10 إلى 20 سنة، 30 % منهم إناث و الباقي ذكور.

2.1.2.4. مناخ العمل السائد في مستشفى بن بولعيد

للاتصال الداخلي تأثير واضح على مناخ العمل السائد في أي تنظيم أي كان نوعه، فوجود ثقافة اتصالية يشارك فيها كل المستخدمين بدون استثناء، و وجود اتصال داخلي واضح مبني على أسس سليمة سيؤدي حتما إلى تواجد روح فريق عالية بين المستخدمين مما يؤدي إلى وجود عمل مريح خالي من التوترات.

سنحاول معرفة ما إذا ينطبق ما قلناه سابقا على مستشفى بن بولعيد من خلال طرح العديد من التساؤلات، نوضحها فيما يلي .

- تقييم العينة للعلاقة بينهم وبين كل من المرضى و الإداريين :

كفكرة أولى نحاول الوصول إلى معرفة رأي كل من الأطباء و شبه الأطباء حول العلاقة المهنية السائدة بينهم و بين كل من الإدارة و المرضى من خلال طرح التساؤل التالي : كيف تقيمون العلاقة بين كل من "الأطباء و شبه الأطباء" "الأطباء المرضى" "الأطباء و الإداريين" "الشبه الأطباء و المرضى" "الشبه أطباء و الإداريين".

الجدول رقم 23: العلاقة بين كل من الأطباء و شبه الأطباء و الإداريين و المرضى .

المجموع		سيئة		عادية		حسنة		جيدة		جيدة جدا		الإجابة الفئات
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
<u>أ- فئة أطباء</u>												
العلاقة بينكم وبين شبه الأطباء:												
56	5	-	0	44	4	11	1	-	0	-	0	ذكر
44	4	-	0	22	2	11	1	11	1	-	0	أنثى
100	9	-	0	66	6	22	2	11	1	-	0	المجموع
العلاقة بينكم و بين المرضى:												
56	5	-	0	22	2	22	2	10	1	-	0	ذكر
44	4	-	0	13	1	33	3	-	0	-	0	أنثى
100	9	-	0	35	3	55	5	10	1	-	0	المجموع
العلاقة بينكم وبين الإداريين :												
56	5	-	0	22	2	22	2	11	1	-	0	ذكر
44	4	11	1	22	2	11	1	-	0	-	0	أنثى
100	9	11	1	44	4	33	3	11	1	-	0	المجموع

ب- فئة شبه الأطباء												
العلاقة بينكم وبين الأطباء:												
40	4	-	0	30	3	-	0	-	0	10	1	ذكر
60	6	-	0	50	5	10	1	-	0	-	0	أنثى
100	10	-	0	80	8	10	1	-	0	10	1	المجموع
العلاقة بينكم وبين المرضى:												
40	4	20	2	-	0	-	0	20	2	-	0	ذكر
60	6	-	0	30	3	10	1	10	1	10	1	أنثى
100	10	20	2	30	3	10	1	30	3	10	1	المجموع
العلاقة بينكم وبين الإداريين :												
40	4	10	1	20	2	-	0	10	1	-	0	ذكر
60	6	20	2	30	3	10	1	-	0	-	0	أنثى
100	10	30	3	50	5	10	1	10	1	-	0	المجموع

وصف الأطباء علاقتهم بكونها عادية مع كل من شبه الأطباء و ذلك بنسبة 66 %، و مع الإداريين بنسبة 44%، أما مع المرضى فوصفوها بكونها حسنة بنسبة 55 % أما شبه الأطباء فوصفوا علاقتهم بالعادية مع كل من الأطباء بنسبة 80% و هذا ما يعزز إجابة الأطباء، و بنسبة 50 % مع الإداريين، أما فيما يخص علاقتهم بالمرضى، فهي جيدة بنسبة 30%.

من خلال ذلك نستنتج أن الأطباء و شبه الأطباء يرون أن علاقتهم ببعضهم البعض مع الإدارة عادية، بينما تختلف العلاقة مع المرضى من حسنة إلى جيدة.

و من خلال المعاشية و الملاحظة اليومية لكل من الأطباء و شبه الأطباء فيمكننا القول بأن علاقتهم علاقة عمل لا أكثر كل واحد منهم يلتزم بالقيام بمهامه فالأطباء يعطون التعليمات للشبه الأطباء، وشبه الأطباء يطبقونها لا أكثر لا أقل.

هذا الوضع يلتزم به الأطباء لأنه في رأيهم إذا كان هناك احتكاك أكثر من اللازم بينهم وبين شبه الأطباء، فإن شبه الأطباء لن يطبقوا تعليماتهم و يتماطلون في العمل بالإضافة إلى نقص التقدير و الاحترام، لذلك لابد أن يلتزم كل سلك حدوده و لا يتعدى على حدود الآخر.

إن هذه النظرة لا تتطابق مع المداخل النظرية للاتصال الداخلي التي تحاول أن تذكر على تكوين فرق العمل وروح الجماعة، وقد يعود هذا إلى الخصوصيات السوسيو ثقافية للمنظمة الجزائرية والمعبر عنها بالدسار، أي الدخول في علاقات غير رسمية تؤثر على المكانة الإدارية للفرد إضافة إلى مفهوم السلطة في المنظمة، بحيث يعتبر الطبيب أن ممارسة سلطته على المساعد المباشر يستلزم حدودا اتصالية معينة يرسم من خلالها علاقته المهنية مع الآخرين.

- التشاور بين الأطباء و شبه الأطباء :

نحاول في هذا المقام معرفة ما إذا كان هناك تشاور بين الفريقين بالتالي معرفة إذ كان هناك اتصال و تبادل الآراء و الأفكار بينهم، و ذلك من خلال طرح التساؤل التالي : هل يتم التشاور بين كل من الأطباء و شبه الأطباء قبل اتخاذ القرارات ؟

الجدول رقم 24: التشاور بين كل من الأطباء وشبه الأطباء

المجموع	في حالة لا فهل يعود ذلك إلى									في حالة نعم فهل يتم ذلك						التشاور بين الأطباء و شبه الأطباء قبل اتخاذ القرارات				الإجابة الفئة
	آخر			اختلاف التكوين			عدم الاهتمام بذلك			نادرا	أحيانا		دائما		لا		نعم			
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
																				<u>الأطباء</u>
56	5	-	0	60	3	-	0	-	0	50	2	-	0	33	3	22	2		ذكر	
44	4	-	0	40	2	-	0	-	0	50	2	-	0	22	2	22	2		أنثى	
100	9	-	0	100	5	-	0	-	0	100	4	-	0	55	5	44	4		المجموع	
																				<u>شبه الأطباء</u>
40	4	-	0	25	2	12	1	-	0	50	1	-	0	30	3	10	1		ذكر	
60	6	-	0	37	3	25	2	-	0	50	1	-	0	50	5	10	1		أنثى	
100	10	-	0	62	5	38	3	-	0	100	2	-	0	80	8	20	2		المجموع	

إن 55% من الأطباء أكدوا عدم التشاور مع أفراد السك الشبه طبي قبل اتخاذ القرارات إذ كل الذين صرحوا بذلك قالوا أن السبب يكمن في اختلاف التكوين بينهم وبين شبه الأطباء. أما 80% من شبه الأطباء ف أكدوا عدم وجود التشاور، 62% منهم أرجعوا ذلك إلى اختلاف التكوين و 38% الباقية قالوا أن غياب التشاور يعود إلى عدم الاهتمام بذلك.

أما الأطباء الذين أجابوا بنعم فإنهم يمثلون 44% جميعهم صرحوا أن ذلك يتم أحيانا، أما شبه الأطباء 20% منهم قالوا أن هناك تشاور كلهم أكدوا أن ذلك يتم أحيانا، وهذا ما يعزز إجابة الأطباء.

من خلال ما سبق نستنتج أن كل فريق يعمل بمعزل عن الفريق الآخر إضافة إلى غياب التفاعل بينهما يؤثر على مناخ العمل. إن نظرية ديناميكية الجماعات تظهر أن العلاقات التفاعلية بين عناصر الجماعات تعتبر عاملا هاما في ديناميكية وفعالية هذه الجماعات و تلعب دورا هاما في تفعيل المنظمات.

- رأي العينة حول النزاعات المهنية :

سنحاول معرفة ما إذا كانت النزاعات المهنية متواجدة بين السلكين، و ما مدى دورية هذه النزاعات في حالة تواجدها، و أسبابها و ذلك عن طريق طرح التساؤل التالي : هل توجد نزاعات مهنية بين الأطباء و شبه الأطباء.

الجدول رقم 25 : رأي الأطباء و شبه الأطباء حول النزاعات المهنية .

التساؤل		هل توجد نزاعات مهنية بينكم														الاختصاص				
		في حالة نعم فهل يتم ذلك							في حالة نعم فهل يعود ذلك إلى											
		نعم		لا		يومية		معظم الأحيان		نادرا		اختلاف وجهات النظر		تنازع الصلاحيات			آخر			
ك		%		ك		%		ك		%		ك		%		ك		%		
<u>الأطباء</u>		نذكر		3	33	2	22	0	0	1	20	2	40	3	60	0	0	-	-	-
أنثى		2	22	2	22	0	0	0	0	2	40	2	40	1	20	1	20	0	0	-
المجموع		5	55	4	44	0	0	1	20	4	80	4	80	4	80	1	20	0	0	-
<u>شبه الأطباء</u>		نذكر		4	40	0	0	1	11	3	33	0	0	3	33	1	11	0	0	-
أنثى		5	50	1	10	0	0	4	44	3	33	1	11	3	33	2	22	0	0	-
المجموع		9	90	1	10	1	11	7	77	1	11	1	11	6	66	3	33	0	0	-

نلاحظ من المعطيات إن 55% من الأطباء أكدوا تواجد نزاعات مهنية بينهم و بين شبه الأطباء، 80 % منهم قالوا أن ذلك يكون نادرا و أرجعوها إلى اختلاف وجهات النظر بنسبة 80 %.

أما 90 % من شبه الأطباء فصرحوا هم الآخرين بتواجد النزاعات المهنية، 77 % قالوا أنها تكون في معظم الأحيان، 66 % منهم أرجعوها إلى اختلاف وجهات النظر.

نلاحظ أن هناك اتفاق بين السلكين على تواجد النزاعات المهنية سبب ذلك يعود إلى اختلاف وجهات النظر ، غير أن دورية هذه النزاعات تختلف فالأطباء يقولون أنها نادرة أما شبه الطبيين فيؤكدون بأنها تحصل معظم الأحيان . غير أن حسب رأينا فان الضغوطات التي يواجهها الأطباء و شبه الأطباء يوميا في المستشفيات إضافة إلى ظروف العمل الصعبة تؤثر سلبا على نفسية الموظفين مما ينعكس على علاقات العمل متسببين في حدوث نزاعات مهنية منها ما هو بارز و الآخر لا يمكن التعبير عنه و يبقى خفيا.

- رأي الأطباء و شبه الأطباء حول الروح الجماعية .

نحاول معرفة كيف ينظر الأطباء و شبه الأطباء إلى الروح الجماعية في مؤسساتهم الإستشفائية.

الجدول رقم 26: رأي الأطباء و شبه الأطباء حول الروح الجماعية.

السؤال		هل ترون أن لروح الجماعية في مؤسستكم																في حالة تواجدها فهل تكوين بين				في حالة ما إذا كانت متواجدة فلماذا حسب رأيك			
		عالية جدا		عالية		نوعا ما		غير موجودة		الأطباء		شبه الأطباء		الأطباء و شبه الأطباء		الأناية		اختلاف التكوين		دون إجابة					
الاختصاص		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك				
<u>الأطباء</u>																									
ذكر		0	-	0	-	4	44	1	11	3	43	0	-	1	14	1	50	0	-	0	-				
أنثى		0	-	0	-	3	33	1	11	3	43	0	-	1	-	1	50	0	-	0	-				
المجموع		0	-	0	-	7	77	2	22	6	86	0	-	2	14	2	100	0	-	0	-				
<u>شبه الأطباء</u>																									
ذكر		0	-	1	10	2	20	1	10	1	0	20	1	40	2	20	1	20	0	-	0	-			
أنثى		0	-	2	40	2	20	2	40	4	40	2	-	2	-	2	40	1	20	1	20	-			
المجموع		0	-	3	60	3	60	3	50	5	50	3	-	3	40	3	60	1	20	1	20	-			

لقد أكد 77% من الأطباء على الوجود النسبي للروح الجماعية في مؤسساتهم الإستشفائية، 86% منهم يرون أنها تكون بين الفرق الطبية.

أما شبه الأطباء فإن 50% منهم يرون أن الروح الجماعية غير موجودة 40% منهم أناث و أرجع أغليبتهم ذلك إلى الأناية السائدة بين المستخدمين. في حين أن الذين أجابوا بأنها موجودة يمثلون النصف المتبقي حيث أكدوا أنها تكون بين شبه الأطباء.

إن غياب التشاور بين كل من الأطباء و شبه الأطباء، و غياب الروح الجماعية بين السلكين إضافة إلى تواجد النزاعات المهنية يؤكد أن هناك تنظيم مؤسساتي يقتصر الإتصال فيه على إعطاء الأطباء تعليمات للشبه الأطباء، في كثير من الأحيان ينظر إليها و كأنها مجرد أوامر، و هذا ما قد يؤثر سلبا على مناخ العمل السائد في المستشفى لذا يعتبر الإتصال في هذه الحالة أداة تقليدية تستعمل لممارسة سلطة الأطباء على شبه الأطباء دون أن تكون أداة لتكوين الروح الجماعية و روح الفريق.

3.3.2.4 . نموذج الاتصال الداخلي في مستشفى بن بولعيد.

يهدف التوصل إلى حصر نموذج الاتصال الداخلي المطبق في المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة من خلال طرح العديد من الأسئلة تدور حول عدة محاور نوضحها فيما يلي:

- اللغة المستعملة في إطار العمل اليومي :

تعد اللغة وسيلة من وسائل الاتصال الداخلي إن أحسن اختيارها و استعمالها فإن ذلك يؤثر إيجاباً على فعالية الاتصال الداخلي و هذا ما سنحاول معرفته من خلال طرح التساؤل التالي : ما هي اللغة المستعملة في إطار عملكم اليومي ؟

الجدول رقم 27 : اللغة المستعملة في إطار العمل اليومي للأطباء وشبه الأطباء.

المجموع	ما هي اللغة المستعملة في إطار عملكم اليومي												السؤال الاختصاص		
	للمراسلة						المخاطبة								
	فرنسية		عربية		خليط		دارجة		فرنسية		عربية				
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
															<u>الأطباء</u>
56	5	56	5	-	0	33	3	11	1	11	1	-	0	ذكر	
44	4	44	4	-	0	11	1	11	1	22	2	-	0	أنثى	
100	9	100	9	-	0	44	4	22	2	33	3	-	0	المجموع	
															<u>شبه الأطباء</u>
40	4	30	3	10	1	20	2	10	1	10	1	-	0	ذكر	
60	6	60	6	-	0	30	3	-	0	30	3	-	0	أنثى	
100	10	90	9	10	1	50	5	10	1	40	4	-	0	المجموع	

أكد 44% من الأطباء أنهم يستعملون خليطا من اللغة العربية و الفرنسية و الدارجة للمخاطبة مقابل 50% من شبه الأطباء.

فيما يخص المراسلة فإن كل الأطباء يستعملون الفرنسية، مقابل 90% لشبه الأطباء لذا نستنتج أن اللغة السائدة للمراسلة هي "الفرنسية" لأن التكوين الطبي باللغة الفرنسية.

أما فيما يخص المخاطبة فإن كلا السلكين يستعملان خليطا من اللغات بين العربية و الفرنسية و الدارجة و ذلك حسب الأفراد الذين يتعاملون معهم، فإن كان الفرد يتقن الفرنسية فتتم مخاطبته بالفرنسية، و إن كان لا يجيد لا العربية و لا الفرنسية فتتم مخاطبته بالدارجة أغلبية الأطباء <كور يلجؤون إلى استعمال خليط من اللغات في حين فريق شبه الأطباء فان الإناث يلجأن إلى الخليط غير أن هناك بعض الصعوبات يواجهها الأطباء و شبه الأطباء تتمثل في شرح المصطلحات الطبية و تبسيطها حتى يفهمها المواطن البسيط الذي لا علاقة له بالطب، كون مجال الصحة مفرس. إن غياب مقاييس و وحدات تخص علم الإنسان في البرامج الطبية، يطرح إشكالا بعد التخرج خاصة ما يتعلق بالثقافة المجتمعية و كيفية التعامل مع المواطن الجزائري، لذلك لابد من إعطاء صبغة اجتماعية لعلم الطب في الجامعات الجزائرية.

- الوسيلة الاتصالية المستعملة لنقل الانشغالات و الاقتراحات :

سنحاول في هذا المقام معرفة نوع وسيلة الاتصال المستخدمة من قبل الأطباء و شبه الأطباء من خلال طرح التساؤل التالي ما هي الوسيلة الاتصالية الأكثر استعمالا لنقل انشغالاتكم آرائكم و اقتراحاتكم ؟

الجدول رقم 28 : وسائل الاتصال الداخلي التصاعدي :

التساؤل		ما هي الوسيلة الاتصالية الأكثر استعمالا لنقل كل من :																الاختصاص							
في حالة شفويا يتم ذلك عن طريق		أرائكم و اقتراحاتكم												انشغالاتكم											
في حالة كتابيا فهل يتم عن طريق		الهاتف		المقابلة		الاجتماعات		آخر		شفويا		كتابيا		معا											
التعليمات	التقارير	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		ك	%	ك	%			
																							ك	%	ك
<u>الأطباء</u>																									
ذكر		-	-	-	-	0	-	0	34	2	17	1	22	2	-	0	33	3	22	2	-	0	33	3	
أنثى		-	-	-	-	0	17	1	34	2	-	0	11	1	-	0	33	3	22	2	-	0	22	2	
المجموع		-	-	-	-	0	17	1	68	4	17		33	3	-	0	66	6	44	4	-	0	55	5	
<u>شبه الأطباء</u>																									
ذكر		20	1	20	1	-	0	-	0	20	2	20	1	20	2	-	0	20	2	10	1	-	0	30	3
أنثى		20	1	40	2	-	0	-	0	40	2	20	1	30	3	10	1	20	2	20	2	-	1	30	3
المجموع		40	2	60	3	-	0	-	0	60	4	40	2	40	5	10	1	40	4	30	3	-	1	60	6

إن 55% من الأطباء ينقلون انشغالاتهم شفويا، 66% منهم عن طريق المقابلة كذلك هو الحال بالنسبة لاقتراحاتهم.

أما 50% من شبه الأطباء فينقلونها شفويا وكتابيا، 60% عن طريق المقابلة 60% منهم عن طريق التقارير.

إن الوسيلة الاتصالية المستعملة من طرف الأطباء و شبه الأطباء تعكس الثقافة الاتصالية للمجتمع الجزائري المبنية على التعبير الشفهي أكثر من التعبير الكتابي رغم أن التكوين لدى الأطباء و شبه الأطباء يؤهلهم للكتابة وهو ما يؤكد أن طابع الاتصال الداخلي السائد في المستشفى يعتبر غير رسمي يعتمد أكثر على الشفوي خاصة في التعبير عن بعض المسائل التي تتطلب الكتابة.

- أخذ الآراء و الاقتراحات بعين الاعتبار :

نحاول معرفة ما إذا كانت تؤخذ آراء و اقتراحات الأطباء و شبه الأطباء بعين الاعتبار، و في حالة عدم أخذها بعين الاعتبار معرفة السبب و ذلك عن طريق طرح التساؤل التالي : هل تؤخذ آراؤكم و اقتراحاتكم بعين الاعتبار.

الجدول رقم 29 : أخذ آراء و اقتراحات الأطباء و شبه الأطباء بعين الاعتبار .

المجموع	في حالة لا فهل يعود ذلك إلى								هل تؤخذ آرائكم و اقتراحاتكم بعين الاعتبار				التساؤل	
	آخر		المسيرين		نوع التنظيم		عدم الاهتمام بذلك		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الاختصاص
<u>الأطباء</u>														
56	5	-	0	33	2	-	0	33	2	44	4	11	1	ذكر
44	4	-	0	17	1	-	0	17	1	22	2	22	2	أنثى
100	9	-	0	50	3	-	0	50	3	66	6	33	3	المجموع
<u>شبه الأطباء</u>														
40	4	-	0	5.12	1	-	0	25	2	30	3	10	1	ذكر
60	6	-	0	5.37	3	-	0	25	2	50	5	10	1	أنثى
100	10	-	0	50	4	-	0	50	4	80	8	20	2	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن 66 % من الأطباء يؤكدون عدم أخذ آرائهم و اقتراحاتهم بعين الاعتبار أغلبهم ذكور 50 % يرجع ذلك إلى عدم الاهتمام و 50 % الآخر يرجعها إلى المسيرين.

كما أن 80 % من الأطباء يرون أن آراءهم و اقتراحاتهم لا تؤخذ بعين الاعتبار، 50 % منهم يرجعون ذلك إلى عدم الاهتمام و الباقي يرجعها إلى المسيرين.

من هنا نستنتج أن كل من الأطباء و شبه الأطباء يتفقون في القول بأن آراءهم و اقتراحاتهم لا تؤخذ بعين الإعتبار و ذلك حسب رأيهم يعود إلى عدم الاهتمام و إلى مسيري المؤسسة الإستشفائية الذين لا يولون اهتماماً بالآراء و الاقتراحات الصاعدة.

- نقل انشغالات الأطباء و شبه الأطباء :

من اجل معرفة كيف يتم نقل انشغالات السلكين للإدارة يتم طرح التساؤل التالي : هل ينقلون انشغالاتكم للإدارة بنفسكم أو عين طريق التسلسل الإداري.

الجدول رقم 30 : نقل انشغالات الأطباء و شبه الأطباء.

المجموع	هل تنقلون انشغالاتكم للإدارة						التساؤل	
	بنفسكم		عبر التسلسل الإداري		وسائل أخرى		الاختصاص	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
<u>الأطباء</u>								
ذكر	3	33	2	22	0	-	5	56
أنثى	3	33	1	11	0	-	4	44
المجموع	6	66	3	33	0	-	9	100
<u>شبه الأطباء</u>								
ذكر	3	30	1	10	0	-	4	40
أنثى	4	40	2	30	0	-	6	60
المجموع	7	70	3	40	0	-	10	100

إن 60% من الأطباء ينقلون انشغالاتهم للإدارة بنفسهم مقابل 70% للشبه الأطباء تختلف النسبة بين الذكور و الإناث وبذلك لا يلجأ الأطباء و شبه الأطباء للتسلسل الإداري لعدم ثقهم بمرؤوسيههم وحفاظا

على أسرارهم، غير أنهم عندما يقومون بذلك فإنهم ينقلونها بصفة غير رسمية إذ يستعملون في غالب الأحيان الأسلوب الشفوي.

- وصول المعلومات للأطباء و شبه الأطباء :

يهدف معرفة صفة وصول المعلومات للسلكين الطبي و شبه الطبي نلجأ إلى طرح التساؤل التالي : هل تصلكم المعلومات بصفة منتظمة، متقطعة، نادرة؟

الجدول رقم 31 : وصول المعلومات للأطباء و شبه الأطباء.

المجموع		هل تصلكم المعلومات بصفة						التساؤل الاختصاص
		نادرة		متقطعة		منتظمة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
<u>الأطباء</u>								
56	5	11	1	33	3	11	1	ذكر
44	4	11	1	22	2	11	1	أنثى
100	9	22	2	55	5	22	2	المجموع
<u>شبه الأطباء</u>								
40	4	10	1	20	2	10	1	ذكر
60	6	10	1	50	5	-	0	أنثى
100	10	20	2	70	7	10	1	المجموع

إن 55 % من الأطباء يؤكدون على أن المعلومات تصل بصفة متقطعة مقابل 70 % من الشبه

الأطباء، يرجعون ذلك إلى غياب ثقافة اتصالية في المؤسسة الإستشفائية.

- عقد اجتماعات تنسيقية :

نحاول معرفة ما إذا كانت تعقد اجتماعات تنسيقية بين الأطباء و شبه الأطباء و الإدارة، بالإضافة إلى معرفة دورية الاجتماعات في حالة عقدها من خلال طرح التساؤل التالي : هل تعقد اجتماعات تنسيقية بينكم و بين الإدارة ؟

الجدول رقم 32 : عقد اجتماعات تنسيقية بين الأطباء و شبه الأطباء و الإدارة:

المجموع	هل تعقد اجتماعات تنسيقية بينكم و بين الإدارة								التساؤل الاختصاص					
	في حالة نعم ما هي دوريتها													
		أخرى		شهرية		أسبوعية		يومية		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
<u>الأطباء</u>														
56	5	-	0	100	1	-	0	-	0	44	4	11	1	ذكر
44	4	-	0	-	0	-	0	-	0	44	4	-	0	أنثى
100	9	-	0	1	1	-	0	-	0	88	8	11	1	المجموع
<u>شبه الأطباء</u>														
40	4	-	0	33	-	-	0	-	0	30	3	10	1	ذكر
60	6	20	2	-	-	-	0	-	0	40	4	20	2	أنثى
100	10	20	2	33	-	-	0	-	0	70	7	30	3	المجموع

يؤكد 88% من الأطباء على عدم عقد اجتماعات تنسيقية بينهم و بين الإدارة، و أن من بين 11 % الذين أجابوا بنعم فإن كلهم يقولون أنها تعقد بصفة شهرية أما شبه الأطباء فإن 70 % منهم يقولون أنه لا تعقد اجتماعات تنسيقية و 30 % الذين أجابوا بنعم فإن 33 % منهم قالوا أنها شهرية، 33 % آخر قالوا أنها سنوية، و 33 % آخرون قالوا أنها تعقد في حالة زيارة وزير و هذا ما يدعم غياب سياسة اتصالية واضحة.

مفهوم الاتصال الداخلي لدى المبحوثين:

من خلال سؤال مفتوح سنحاول معرفة مفهوم الاتصال الداخلي لدى كل من الأطباء و شبه الأطباء.

الجدول رقم 33: مفهوم الاتصال الداخلي :

المجموع		ما هو مفهومكم للاتصال الداخلي						التساؤل الاختصاص
		دون إجابة		سيرورة جيدة للمعلومات		التحاور و التشاور بين كل من الأطباء و شبه الأطباء و الإدارة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
								<u>الأطباء</u>
56	5	11	1	-	0	44	4	ذكر
40	4	-	0	11	1	33	3	أنثى
100	9	11	1	11	1	77	7	المجموع
								<u>شبه الأطباء</u>
40	4	10	1	-	0	30	3	ذكر
60	6	10	1	-	0	50	5	أنثى
100	10	20	1	-	0	80	8	المجموع

إن 77 % من الأطباء يرون أن مفهوم الاتصال الداخلي يتمثل في ، التحاور و التشاور بين كل من الأطباء و شبه الأطباء و الإدارة، و 80 % من شبه الأطباء يؤكدون ذلك المفهوم، كما نجد أن 11 % من الأطباء يرون أن الاتصال الداخلي عبارة عن سيرورة جيدة للمعلومات. إضافة إلى 11 % من الأطباء لم يدلوا بالإجابة لجهلهم لمفهوم الاتصال الداخلي، كذلك هو الحال بالنسبة للشبه الأطباء و اللذين يمثل نسبتهم 20 % نصفهم إناث و النصف الآخر ذكور.

لذا نلاحظ فقط أن الإجابات لا تفرق كثيرا بين الاتصال والإعلام وهو ما يعكس درجة اهتمام الإدارة بمنظور الثقافة الاتصالية داخل المستشفى بحيث تقتصر فقط على الإعلام دون الإتصال .

- مكانة الاتصال الداخلي :

نحاول من خلال ذلك معرفة مكانة الاتصال الداخلي في المؤسسة الإستشفائية "بن بولعيد" و ذلك حسب رأي الأطباء و شبه الأطباء.

الجدول رقم 34 : تقييم مكانة الاتصال الداخلي

المجموع		ما هو تقسيم مكانة الاتصال الداخلي في مؤسستكم الصحية										التساؤل الاختصاص
		دون إجابة		غائب		سيء		غير واضح		شبه منعدم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
<u>الأطباء</u>												
56	5	11	1	22	2	22	2	-	0	11	1	ذكر
44	4	-	0	11	1	22	2	11	1	-	0	أنثى
100	9	11	1	33	3	44	4	11	1	11	1	المجموع
<u>شبه الأطباء</u>												
40	4	10	1	20	2	-	0	-	0	10	1	ذكر
60	6	10	1	10	1	-	0	-	0	40	4	أنثى
100	10	20	2	30	3	-	0	-	0	50	5	المجموع

نجد أن إجابات الأطباء تختلف ف 44 % منهم يرون أن الاتصال الداخلي في مؤسستهم الإستشفائية سيء، 33% يرى أنه غائب، 11 % غير واضح، 11 % شبه منعدم، 11 % دون إجابة.

نلاحظ من إجابات الأطباء و شبه الأطباء أن الاتصال الداخلي في مستشفى بن بولعيد يتراوح بين شبه منعدم و سيء، وهذا ما تؤكدته الملاحظة و المعيشة الميدانية .

- اقتراحات لتحسين الاتصال الداخلي :

نحاول معرفة اقتراحات الأطباء و شبه الأطباء لتحسين الاتصال الداخلي في مستشفى بن بولعيد.

الجدول رقم 35 : اقتراحات الأطباء وشبه الأطباء لتحسين الاتصال الداخلي

المجموع		ما هي اقتراحاتكم لتحسين الاتصال الداخلي في مؤسساتكم الإستشفائية														التساؤل الاختصاص
		دون إجابة		تحسين الموظفين بأهمية الاتصال		توفير الإمكانيات و أخذ الآراء بعين الاعتبار		الرقابة		عقد اجتماعات		الحوار و تواجد ضمير مهني		الرجل المناسب في المكان المناسب		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
56	5	11	1	-	0	11	1	-	0	22	20	-	0	11	1	الأطباء
44	4	11	1	-	0	-	0	11	1	-	20	-	0	22	2	ذكر
		11	1	-	0	-	0	11	1	-	20	-	0	22	2	أنثى
100	9	11	1	-	0	11	1	11	1	22	2	-	0	33	3	المجموع
40	4	-	0	10	1	-	0	-	0	-	0	20	2	10	1	شبه الأطباء
60	6	-	0	-	0	10	1	-	0	-	0	40	4	10	1	ذكر
		-	0	-	0	10	1	-	0	-	0	40	4	10	1	أنثى
100	10	-	0	10	1	10	1	-	0	-	0	60	6	10	1	المجموع

نجد أن إجابات و اقتراحات الأطباء و شبه الأطباء تختلف خاصة لكون هذا السؤال سؤالاً مفتوحاً على العموم نجد أن 33 % من الأطباء اقترحوا وضع الرجل المناسب في المكان المناسب، 22 % من الأطباء اقترحوا عقد اجتماعات بكثرة، و 11 % اقترحوا توفير الإمكانيات و أخذ الآراء بعين الاعتبار بينما 22 % لم يجيبوا على السؤال.

أما شبه الأطباء فإن 60 % اقترحوا ضرورة الحوار و تواجد ضمير المهني، و 20 % اقترحوا وضع الرجل المناسب في المكان المناسب، 10 % اقترحوا توفير الإمكانيات و أخذ الإمكانيات و أخذ الآراء والاقتراحات بعين الاعتبار، 10 % آخرين اقترحوا تحسين المستخدمين بأهمية الاتصال.

إن تصريحات الأطباء وشبه الأطباء تبين أن مناخ العمل السائد في مستشفى بن بولعيد يتسم بوجود نزاعات مهنية بين السلكين وغياب روح الجماعة بينهما أما في حالة وجودها تكون بين أعضاء السلك نفسه مما يؤدي إلى تواجد فريقين ، فريق الأطباء وفريق شبه الأطباء كل واحد يعمل في زاويته الخاصة به، دون النظر إلى الآخر ، بالتالي فإن علاقتهم ببعض البعض علاقة عمل لا أكثر.

أما فيما يخص نموذج الاتصال الداخلي المطبق داخل المستشفى فإنه يتسم بكونه غير رسمي أكثر من رسمي، وهذا ما تؤكد إجابات الأطباء وشبه الأطباء فيما يخص نقل انشغالاتهم واقتراحاتهم إذ تتم بالطريقة الشفهية وتنقل بنفسهم لعدم ثقتهم بمرووسيتهم إضافة إلى ما سبق فإن نموذج الاتصال الداخلي المطبق لا يعتمد على أسس عملية سليمة إذ يتميز بغياب التشاور والتنسيق بين مختلف مستخدمي المستشفى ويتجسد ذلك في عدم عقد اجتماعات تنسيقية ، وعدم أخذ الآراء والاقتراحات بعين الاعتبار .

2.2.4. تحليل البيانات الخاصة باستمارة المرضى المقيمين و غير المقيمين

سوف نقوم بتحليل استمارة المرضى المقيمين و غير المقيمين و التي تتكون من 16 سؤالا موزعين على 3 فروع:

- البيانات العامة.

- نموذج الاتصال الداخلي.

- نوعية الخدمات الصحية.

1.2.2.4. البيانات العامة

من أجل معرفة خصائص عينة البحث سنقوم بربط متغير السن بالجنس، لمعرفة تركيبة العينة.

- توزيع المرضى حسب السن و الجنس.

سوف نقوم بربط متغير السن بالجنس لمعرفة تركيبة العينة من خلال الجدول التالي.

الجدول رقم 36: توزيع المرضى حسب السن و الجنس .

المجموع		أكثر من 40 سنة		25-40 سنة		أقل من 25 سنة		السن الجنس	
		%	ك	%	ك	%	ك		
		<u>مرضى مقيمين</u>							
32	7	-	0	-	0	32	7	ذكر	
68	15	-	0	45	10	23	5	أنثى	
100	22	-	0	45	10	55	12	المجموع	
		<u>مرضى غير مقيمين</u>							
25	10	-	-	-	0	25	10	ذكر	
75	30	17.5	07	37.5	15	20	08	أنثى	
100	40	17.5	07	37.5	15	45	18	المجموع	

إن 55% من المرضى المقيمين متواجدين في الفئة العمرية أقل من 25 سنة، 32% منهم ذكور أغلبهم متواجدون في مصلحة طب و جراحة الأطفال، أما الفئة العمرية 25 إلى 40 سنة فكلها مكونة من الإناث مقيمت في مصلحة أمراض النساء و التوليد.

فيما يخص المرضى غير المقيمين فإن 45% تقل أعمارهم أقل عن 25 سنة، 37,5% من الذين تتراوح أعمارهم ما بين 25-40 سنة نساء كذلك هو الحال بالنسبة للفئة العمرية الأكثر من 40 سنة ف 5,17% كلهم نساء.

نلاحظ أن نسبة الرجال منعدمة في الفئتين العمريتين 25-40 سنة و الأكثر من 40 سنة، و ذلك لطبيعة الخدمة المقدمة من قبل المستشفى و المتمثلة في خدمات الأطفال و النساء.

2.2.2.4 . نموذج الإتصال الداخلي

نحاول من خلال هذا الفرع معرفة رأي المريض اتجاه نموذج الإتصال الداخلي المطبق في المستشفى و ذلك من خلال طرح عدة أسئلة على المرضى، تدور حول تواجد صعوبات عند دخول المستشفى، علاقة المرضى مع كل المستخدمين، المعلومات الصحية المقدمة للمرضى و مدى فهمها.

- تواجد صعوبات عند دخول المستشفى :

نحاول معرفة ما إذا واجه المرضى صعوبات عند دخولهم للمستشفى إذ تم ذلك بطريقة سهلة دون عراقيل، و ذلك بطرح التساؤل التالي : هل واجهتكم صعوبات عند دخولكم للمستشفى ؟

الجدول رقم 37: تواجد صعوبات عند دخول المرضى للمستشفى .

المجموع		في حالة نعم ما هو نوعها						هل واجهتكم صعوبات عند دخولكم للمستشفى				التساؤل الاختصاص
		أخرى		إدارية		بيروقراطية		لا		نعم		
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
												<u>المرضى المقيمين</u>
32	07	5	1	9	2	5	1	14	3	18	4	ذكر
68	15	-	0	18	4	5	1	45	10	23	5	أنثى
100	22	5	1	27	6	10	2	59	13	41	9	المجموع
												<u>المرضى غ المقيمين</u>
25	10	6	1	6	1	12	2	15	06	10	04	ذكر
75	30	18	3	29	4	29	5	42.5	17	32.5	13	أنثى
100	40	24	4	35	5	41	7	57.5	23	42.5	17	المجموع

إن 59% من المرضى المقيمين يؤكدون على عدم مواجهة صعوبات عند دخولهم المستشفى كذلك هو الحال بالنسبة للمرضى غير المقيمين و الذين دعموا ذلك بنسبة 57,5%. أما الذين أفادوا بأنه واجهتهم صعوبات فإن 27% من المرضى المقيمين يقولون أنها إدارية بمعنى أن إدارة المستشفى لم تسهل لهم الإجراءات إذ أن الكثير من المرضى تم توجيههم إلى مستشفيات أخرى حتى خارج المدينة بواسطة وسائلهم الخاصة ثم يعاد إرسالهم إلى مستشفى بن بولعيد مرة أخرى و هكذا.

أما 29% من غير المقيمين فإن منهم من يرجع الصعوبات إلى التهاون و المعاملة غير اللائقة إضافة إلى تواجد الوساطة.

- علاقة المرضى بالأطباء و شبه الأطباء و الإدارة :

من أجل تقييم علاقة المرضى مع مستخدمي المستشفى تم طرح على كل من المرضى المقيمين و غير المقيمين السؤال المتمثل في: كيف تقيمون علاقتكم مع كل الأطباء ، شبه الأطباء، الإدارة؟

الجدول رقم 38 : تقييم العلاقة بين المرضى ،الأطباء، شبه الأطباء الإداريين

المجموع		سيئة		عادية		حسنة		جيدة		نوع العلاقة المتغيرات
%	ك	%	ك	%	ك	النسبة	ك	%	ك	
<u>المرضى المقيمين :</u>										
<u>الأطباء</u>										
32	7	-	0	9	2	9	2	14	3	ذكر
68	15	-	0	9	2	23	5	20	8	أنثى
100	22	-	0	18	4	32	7	34	11	المجموع
<u>شبه الأطباء :</u>										
32	7	-	0	9	2	14	3	9	2	ذكر
68	15	-	0	22	5	14	3	32	7	أنثى
100	22	-	0	31	7	28	6	41	9	المجموع
<u>الإداريين :</u>										
32	7	-	0	14	3	5	3	14	3	ذكر
68	15	4	1	36	8	9	2	18	4	أنثى
100	22	4	1	50	11	14	3	32	7	المجموع
<u>المرضى غير المقيمين :</u>										
<u>الأطباء</u>										
25	10	5	2	7.5	3	5	2	7.5	3	ذكر
75	30	5	2	32.5	13	20	8	17.5	7	أنثى
100	40	10	4	40	16	25	10	25	10	المجموع
<u>شبه الأطباء</u>										
25	10	5	2	10	4	5	2	5	2	ذكر
75	30	5	2	32.5	13	20	8	17.5	7	أنثى
100	40	10	4	42.5	17	25	10	22.5	9	المجموع
<u>الإداريين :</u>										
25	10	5	2	17.5	7	-	0	2.5	1	ذكر
75	30	5	2	52.5	21	5.7	3	10	4	أنثى
100	40	10	4	70	28	5.7	3	12.5	5	المجموع

نلاحظ أن 34% من المرضى المقيمين يصفون علاقتهم بالأطباء على أنها "بالجيدة" كذلك هو الحال بالنسبة للشبه الأطباء فالعلاقة على العموم جيدة. بينما يصفون علاقتهم مع الإدارة بكونها عادية هذا بنسبة 50%، و يعود هذا الاختلاف لكون المرضى في اتصال دائم مع الأطباء و شبه الأطباء خاصة أن هاذين السلكين يقدمان لهم الفحوصات، و ينفذان حياة البعض منهم. أما العلاقة مع الإدارة فإنها تكون يوم دخول المستشفى و يوم الخروج منه لملأ الاستمارات اللازمة عبر مكتب الإستقبال.

و يقول المرضى غير المقيمين أن علاقتهم مع الأطباء و شبه الأطباء و الإدارة "عادية" لا أكثر، يمكن إرجاع ذلك إلى كون أنهم لا يمكثون بالمستشفى إلا لساعات معدودة، فلا يتسنى لهم نسج علاقات مع الفرق الطبية و شبه الطبية.

- الاتصال و التحوار داخل المستشفى :

نبرز فيما يلي العناصر التي يفضل المرضى الاتصال و التحوار معهم داخل المستشفى وذلك بعد طرح التساؤل التالي : مع من تفضلون الاتصال و التحوار داخل المستشفى ؟

الجدول رقم 39 : تفضيل الاتصال و التحوار داخل المستشفى .

المجموع	مع من تفضلون الاتصال و التحوار داخل المستشفى										التساؤل المرضى	
	آخر		الإدارة		المراقب شبه الطبي		الطبيب المعالج		مسؤول المصلحة			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
<u>المقيمين</u>												
32	7	-	0	4	1	5	1	18	4	5	1	ذكر
68	15	-	0	0	0	14	3	25	10	9	2	أنثى
100	22	-	0	4	1	19	4	43	14	14	3	المجموع
<u>غير المقيمين</u>												
25	10	-	0	5	2	2.5	1	15	6	2.5	1	ذكر
75	30	-	0	2.5	1	-	0	67.5	27	5	2	أنثى
100	40	-	0	7.5	3	2.5	1	82.5	33	7.5	3	المجموع

إن 43% من المرضى المقيمين يفضلون الاتصال و التحوار مع الطبيب المعالج مقابل 82,5% للمرضى غير المقيمين و يميل المرضى للاتصال و التحوار داخل المستشفى مع طبيبيهم المعالج وذلك لثقتهم به و لما يعرفه من معلومات حول حالتهم الصحية، خاصة و أنه في نظرهم ذو كفاءة أعلى من شبه الأطباء و الإداريين.

- تقديم معلومات حول الحالة الصحية :

من أجل معرفة إذا ما كانت تقدم معلومات حول الحالة الصحية للمرضى فإننا نطرح التساؤل التالي:

هل تقدم لكم معلومات حول حالتكم الصحية ؟

الجدول رقم 40 : تقديم المعلومات بخصوص الحالة الصحية للمرضى

المجموع	هل تعطي لكم المعلومات						في حالة نعم من تقدم لكم المعلومات						هل تقدم لكم معلومات حول حالتكم الصحية				التساؤل المرضى			
	آخر		عند الطلب		بصفة تلقائية		آخر		إداريين		شبه الأطباء		أطباء		لا			نعم		
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		%	ك	
																				<u>المقيمين</u>
32	7	-	0	19	4	10	02	-	0	-	0	10	2	19	4	5	1	27	6	ذكر
68	15	-	0	42	9	29	03	-	0	-	0	24	5	47	10	-	0	68	15	أنثى
100	22	-	0	61	13	39	05	-	0	-	0	34	7	66	14	5	1	95	21	المجموع
																				<u>غير المقيمين</u>
25	10	-	0	15	5	9	3	-	0	-	0	9	3	15	5	5	2	20	8	ذكر
75	30	-	0	67	23	9	3	-	0	-	0	20	17	56	19	10	4	65	26	أنثى
100	40	-	0	82	28	18	6	-	0	-	0	29	8	71	26	15	6	85	34	المجموع

إن 95 % من المرضى المقيمين يؤكدون تلقيهم معلومات حول حالتهم الصحية، 66 % منهم يقولون أن الأطباء هم الذين يقومون بذلك و 61 % من المرضى المقيمين يصرحون بأن هذه المعلومات التي تعطى لهم تكون بطلب منهم.

كذلك هو الحال بالنسبة للمرضى غير المقيمين فإنه تعطى لهم معلومات حول حالتهم الصحية، إذ 71 % من الذين صرحوا بذلك قالوا أن الأطباء هم الذين يقدمون المعلومات و أن الكثير من هؤلاء المرضى أكدوا أنها تعطى لهم بطلب منهم.

بالتالي فإن المرضى يتفقون في أن المعلومات تقدم لهم و لكن عند الطلب فقط، و هذا ما أكدته الملاحظة و المعاشية الميدانية في المستشفى إضافة إلى التجربة الشخصية، فإنه تعطى المعلومات عند الطلب فقط إلحاحا و إصرار من المريض، خاصة إذا كان ذو مستوى ثقافي وتعليمي عالي.

- نوعية المعلومات :

نود في هذا المقام معرفة ما إذا كانت المعلومات المقدمة للمرضى مفهومة أم لا و سبب عدم فهمها.

الجدول رقم 41 : نوعية المعلومات المقدمة :

التساؤل المرضى		هل كل معلومات المقدمة لكم												في حالة ما إذا كانت غ مفهومة أو نوعا ما فهل يعود ذلك إلى		
		مفهومة جدا		مفهومة		نوعا ما		غير مفهومة		اللغة المستعملة		المفاهيم			عدم إعطاء الوقت الكافي	
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		%	ك
<u>المقيمين</u>																
ذكر	1	4	3	14	2	9	1	4	1	8	1	8	1	8	1	8
أنثى	3	14	3	14	88	36	1	4	19	8	6	50	2	17	2	17
المجموع	4	18	6	28	90	45	02	8	20	16	7	58	3	25	3	25
<u>غير المقيمين</u>																
ذكر	1	2.5	3	7.5	4	10	2	5	1	6	3	17	2	12	2	12
أنثى	3	7.5	9	22.5	10	25	2	5	2	12	7	39	3	17	3	17
المجموع	4	10	12	30	14	35	4	10	3	18	10	56	5	29	5	29

إن 45 % من المرضى المقيمين يرون أن المعلومات المقدمة لهم مفهومة نوعا ما، بمعنى أنها مفهومة لكن هناك الكثير من الغموض 58 % منهم أرجعوا ذلك إلى المفاهيم المستعملة من قبل الأطباء و شبه الأطباء كذلك هو الحال بالنسبة للمرضى غير المقيمين فإنهم أكدوا بالأغلبية عدم فهمهم للمعلومات بشكل جيد، 56% أرجعوا ذلك إلى المفاهيم المستعملة.

يمكن تفسير ذلك إلى كون أن التكوين الطبي يتم باللغة الفرنسية، و أن مجال الصحة له مفاهيمه الخاصة به، لا يفهمها سوى أصحاب الصحة، فمن الصعب على المواطن البسيط أن يتفهمها، ويصعب على الأطباء و شبه الأطباء تفسيرها للمرضى في كل الحالات خاصة في غياب مقاييس في برنامج تكوين الأطباء و شبه الأطباء خاصة بتبسيط اللغة الطبية.

3.2.2.4. رأي المريض حول نوعية الخدمات المقدمة .

من خلال طرح العديد من الأسئلة نحاول معرفة رأي المريض حول الخدمات الصحية المقدمة ومدى رضاه، و ما هي اقتراحاته لتحسين الخدمات الصحية.

- تقييم خدمات "الاستقبال" "التكفل" التوجيه:

من أجل الحصول على رأي المريض حول خدمات "الاستقبال"، "التوجيه"، و "التكفل" بطرح التساؤل التالي:

ما هو تقييمك للخدمات التالية : "الاستقبال"، "التكفل"، "التوجيه" ؟

الجدول رقم 42 : تقييم الخدمات الاستقبال التوجيه، التكفل

المجموع		ما هو تقييمك للخدمات التالية								المرضى
		غير راضي		نوعا ما		راضي		راضي جدا		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
<u>المقيمين :</u>										
<u>الاستقبال</u>										
32	7	5	1	10	2	14	3	5	1	ذكر
68	15	5	1	27	6	32	7	5	1	أنثى
100	22	10	2	37	8	46	10	10	2	المجموع
<u>التوجيه</u>										
32	7	5	1	10	2	14	3	-	0	ذكر
68	15	-	0	27	6	36	8	10	2	أنثى
100	22	5	1	37	8	50	11	10	2	المجموع
<u>التكفل :</u>										
32	7	5	1	14	3	5	1	10	2	ذكر
68	15	7	5	7	5	14	3	10	2	أنثى
100	22	12	6	21	8	19	4	20	4	المجموع
<u>غير المقيمين :</u>										
<u>الاستقبال</u>										
25	10	2.5	1	2.5	1	15	6	5	2	ذكر
75	30	5	2	20	8	25	10	5	2	أنثى
100	40		3	22.5	9	40	16	10	4	المجموع
<u>التوجيه :</u>										
25	10	5	2	5	02	12.5	5	2.5	1	ذكر
75	30	5	2	30	12	37.5	15	2.5	1	أنثى
100	40	10	4	35	14	50	20	5	2	المجموع

<u>التكفل</u>										
25	10	5	2	10	4	5	2	5	2	ذكر
75	30	5	2	32.5	13	35	14	7.5	3	أنثى
100	40	10	4	42.5	15	40	16	12.5	5	المجموع

إن 46% من المرضى المقيمين راضون عن خدمة الاستقبال في المؤسسة الإستشفائية، كذلك هو الحال بالنسبة لخدمة التوجيه ف 50 % منهم يؤكدون ذلك، أما فيما يخص خدمة التكفل فإن 21 % منهم يقولون بأنهم نوعا ما راضون، هذه النسبة منخفضة، و ذلك لكون المرضى المقيمين يمكثون في المستشفى بضعة أيام فهم يرون خلال هذه المدة فرقا عديدة من الأطباء و شبه الأطباء منهم من يحسن التعامل مع المريض و منهم من لا يجيد ذلك، في الكثير من الأحيان يفقد الأطباء و شبه الأطباء صفة الإنسانية فينظرون إلى المريض و كأنه مجرد شيء خال من الإحساس، هذا ما يؤثر سلبا على العلاقة بين المريض و طبيب و شبه طبي.

أما فيما يخص المرضى غير المقيمين فإن 40 % منهم صرحوا أنهم راضون بالاستقبال و 50 % منهم يقولون أنهم راضين عن التوجيه، أما عن التكفل فأن 42,5 % من المرضى غير المقيمين يقولون أنهم نوعا ما راضون، و السبب في ذلك يعود إلى تجرّد الأطباء و شبه الأطباء من الإنسانية.

- نوعية العلاج المقدم :-

من أجل معرفة مدى رضا المريض عن العلاج المقدم له و من أجل معرفة أسباب عدم الرضا، تم طرح التساؤل التالي :

هل أنت راض عن نوعية العلاج المقدم لك ؟

الجدول رقم 43 : تقييم نوعية العلاج المقدم للمرضى :

المجموع		ما هو تقييمك لنوعية العلاج المقدم لك								التساؤل. المرضى
		غير راضي		نوعا ما		راضي		راضي جدا		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
<u>المقيمين :</u>										
32	7	5	1	23	5	-	0	9	2	ذكر
68	15	5	1	27	6	14	3	18	4	أنثى
100	22	10	2	50	9	14	13	27	6	المجموع
<u>غ المقيمين</u>										
25	10	5	2	7.5	3	5	2	7.5	3	ذكر
75	30	7.5	3	37.5	15	22.5	9	7.5	3	أنثى
100	40	12.5	5	45	18	27.5	11	15	6	المجموع

الجدول رقم 44 : أسباب عدم الرضا :

المجموع		في حالة عدم الرضا حدد لماذا :						التساؤل. المرضى
		عدم الاعتناء بالمرضى		نقص الإمكانيات		عدم إتقان العمل		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
<u>المقيمين :</u>								
50	1	-	0	-	0	50	1	ذكر
50	1	-	0	50	1	-	0	أنثى
100	2	-	0	50	1	50	1	المجموع
<u>غ المقيمين</u>								
40	2	-	0	20	1	20	1	ذكر
60	3	20	1	20	1	20	1	أنثى
100	5	20	1	40	2	40	2	المجموع

أغلبية المرضى يقولون أنهم نوعا ما راضون على نوعية العلاج المقدم لهم بسبب نقص الإمكانيات إذ في أغلب الأحيان فإن المرضى يشترطون الأدوية بأنفسهم، كذلك يرجعون ذلك إلى عدم وجود اتصال و تنسيق بين الأطباء فيأتي طبيب ليعاين مريضا يصف له وصفة دواء، ثم يأتي آخر يعيد وصف وصفة دواء أخرى و هكذا، هذا ما يجعل المريض يشعر بأن الأطباء لا يولون أدنى اهتمام.

أما المرضى الذين أجابوا بعدم الرضا فإن 50 % من المرضى المقيمين أرجعوا ذلك إلى عدم إتقان العمل و التفاني فيه سواء من قبل الأطباء أو شبه الأطباء مقابل 40 % للمرضى غير المقيمين.

كذلك فإن 50 % من المرضى المقيمين قالوا أن نقص الإمكانيات جعلهم يشعرون بعدم الرضا. و هناك 20 % من المرضى غير المقيمين أرجعوا ذلك إلى عدم الاعتناء بهم.

- رأي المريض في ظروف الإقامة:

من أجل معرفة رأي المريض حول الخدمات الأخرى التي تقدمها المؤسسة الإستشفائية تم طرح التساؤل التالي :

ما هو رأيك فيما يخص : النظافة، الوجبة المقدمة، المتابعة الطبية و المتابعة شبه الطبية ؟

الجدول رقم 45 : رأي المريض في نظافة المستشفى، المتابعة الطبية و شبه الطبية:

المجموع		دون إجابة		سيئة		حسنة		جيدة		جيدة جدا		الإجابة المرضى
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
												<u>المقيمين :</u>
												<u>نظافة المستشفى</u>
32	7	-	0	10	2	18	4	-	0	5	1	ذكر
68	5	-	0	14	3	45	10	5	1	5	1	أنثى
100	22	-	0	24	5	53	14	5	1	10	2	المجموع
												<u>الوجبة المقدمة</u>
32	7	5	1	10	2	14	3	-	0	5	1	ذكر
68	15	41	9	5	1	14	3	5	1	5	1	أنثى
100	22	46	10	15	3	28	6	5	1	10	2	المجموع
												<u>المتابعة الطبية</u>
32	7	-	0	-	0	18	4	10	2	5	1	ذكر
68	15	-	0	-	0	41	9	18	4	10	2	أنثى
100	22	-	0	-	0	59	13	28	6	15	3	المجموع
												<u>المتابعة شبه الطبية</u>
												ذكر
32	7	-	0	-	0	18	4	14	3	5	1	أنثى
68	15	-	0	-	0	36	8	18	4	10	2	
100	22	-	0	-	0	54	12	32	7	15	3	المجموع
												<u>غير المقيمين</u>
												<u>نظافة المستشفى</u>
25	10	-	0	12.5	05	7.5	3	2.5	1	2.5	1	ذكر
75	30	-	0	27.5	11	42.5	17	5	2	-	0	أنثى
100	40	-	0	40	16	50	20	7.5	3	2.5	1	المجموع

<u>الوجبة المقدمة</u>												
25	10	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	ذكر
75	30	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	أنثى
100	40	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	المجموع
<u>المتابعة الطبية :</u>												
25	10	-	0	2.5	1	12.5	5	5	2	5	2	ذكر
75	30	-	0	-	0	45	18	20	8	10	4	أنثى
100	40	-	0	2.5	1	57.5	23	25	10	15	6	المجموع
<u>المتابعة شبه الطبية :</u>												
25	10	-	0	-	0	12.5	5	7.5	3	5	2	ذكر
75	30	-	0	-	0	35	14	35	14	5	2	أنثى
100	40	-	0	-	0	47.5	19	42.5	17	10	4	المجموع

يرى 53% من المرضى المقيمين أن نظافة المستشفى حسنة، غير أنهم أكدوا أنه بالإمكان أن تكون أفضل من ذلك بكثير، كذلك هو الحال بالنسبة للمرضى غير المقيمين و من بين المرضى الذين أجابوا بأن نظافة المستشفى سيئة فإن أغلبهم متواجدين بقسم أمراض النساء و التوليد أين النظافة تكاد أن تنعدم.

و لما طرح الإشكال على أحد المسؤولين فإنه أجاب بأنه يستحيل لهذا القسم أن يكون نظيفا بدرجة عالية، و ذلك لكثرة النشاط فيه و كثرة الولادات، إذ أنه يستقطب المرضى من كافة الولايات حتى من الولايات المجاورة الأخرى وهو ما يشكل ضغطا متواصلا على المصلحة لا يسمح بتحسين النظافة.

أما فيما يخص الوجبة المقدمة فإن 46% من المرضى المقيمين لم يجيبوا على السؤال لأنهم في الأصل لم يتذوقوها، إذ يقوم أهاليهم بإحضار الوجبات لهم أما الذين قالوا بأنها حسنة وهم يمثلون 28% من المرضى المقيمين فإن أغلبهم مجبرين على تناول الوجبات لأن أهاليهم يقيمون بعيدا عن المستشفى فيصعب عليهم إحضار الوجبات يوميا.

أما من حيث المتابعة الطبية فأن 59 % من المرضى المقيمين يقولون أنها حسنة كذلك هو الحال بالنسبة للمتابعة شبه الطبية.

- اقتراحات المرضى لتحسين الخدمات الصحية :

من أجل مشاركة المرضى في تحسين الخدمات الصحية، و بما أنهم يتعاملون مع المستشفى أكثر من غيرهم، فهم على دراية بما يجب فعله من أجل تحسين الخدمة الصحية، تم طرح التساؤل التالي :

ما هي اقتراحاتكم لتحسين الخدمات الصحية؟

الجدول رقم 46 : اقتراحات المرضى لتحسين الخدمات الصحية :

المجموع	دون إجابة		الرقابة		تحسين النظافة و الأكل		حسن المعاملة		توسيع المستشفى و توفير الإمكانيات من أطباء و تجهيزات		الإقتراحات المرضى	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
											<u>المقيمين :</u>	
22	7	4.5	1	5	1	5	1	9	2	9	2	ذكر
68	15	4.5	1	14	3	14	3	14	3	23	5	أنثى
100	22	9	2	19	4	19	4	23	5	32	7	المجموع
												<u>غ المقيمين</u>
25	10	2.5	1	25	1	5	4	12	4	5	2	ذكر
75	30	10	4	5	2	15	6	22.5	9	22.5	9	أنثى
100	40	12.5	5	30	3	20	8	32.5	13	27.5	11	المجموع

اقترح 32% من المرضى المقيمين توسيع المستشفى و توفير الإمكانيات من أطباء و شبه أطباء و تجهيزات، ففي رأيهم كلما توفرت الإمكانيات المادية و البشرية كلما تحسنت الخدمة المقدمة للمريض إذ بتوسيع المستشفى و تجهيزه بالمعدات الضرورية اللازمة يساهم في زيادة أداء الفرق الطبية و شبه الطبية فيعملون في جو خال من الضغوطات كما أن زيادة عدد الممارسين الطبيين و شبه الطبيين يجعلهم يهتمون

أكثر بالمرضى فلا يعتبرونه مجرد شيء فقط، و يمنحونه وقتاً أطول لمعالجته و شرح و تفسير حالته الصحية و متابعتها حتى نفسانيا و هذا كله يحسن من نوعية الخدمة الصحية.

أما المرضى غير المقيمين فإن 32،5% منهم أكدوا على حسن المعاملة، و حسن المعاملة هذا من قبل الأطباء و شبه الأطباء و الإداريين بالإضافة إلى حسن المعاملة بين الأطباء و شبه الأطباء و الإداريين فيما بينهم.

يطالب المرضى الأطباء و شبه الأطباء بشرح حالته الصحية بعبارات مبسطة و مطمئنة و إنسانية. و أن يتفانوا في تأدية مهامهم و عدم التفرقة بين المرضى أما بالنسبة للإداريين فيطالبونهم بحسن توجيههم و حسن الكلام و عدم تعصيب الإجراءات الإدارية.

كما نجد أن المرضى المقيمين و غير المقيمين قد اقترحوا تحسين النظافة و الأكل في المؤسسة الإستشفائية بالإضافة إلى الرقابة بمعنى مراقبة الأطباء و شبه الأطباء و الإداريين في أداء عملهم من أجل الحد من الانحرافات و التجاوزات أي كان نوعها.

كما أن 9% من المرضى المقيمين الذين لم يدلوا بأرائهم إضافة إلى 12،5% من المرضى غير المقيمين.

إن عدم تزويد المرضى بمعلومات تخص حالتهم الصحية بصفة تلقائية و عدم توصيلها بطريقة سهلة و مبسطة، يخل ببعض مبادئ الإتصال الداخلي المتمثلة في مبدأ الشفافية و مبدأ الوضوح.

كما أن تجريد الأطباء من الأحاسيس و عدم التفاني في العمل إضافة إلى نقص الإمكانيات و سوء الثقافة و عدم الإتصال والتنسيق بين الأطباء يؤثر سلباً على نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، لذلك فإن أغلبية المرضى اقترحوا لتحسين الخدمات الصحية توسيع المستشفى و تزويده بالإمكانيات

الضرورية من آلات ومعدات طبية وزيادة عدد الأطباء وشبه الأطباء حتى يتسنى لهم الاعتناء بمرضاهم بصفة أحسن.

3.2.4. تحليل البيانات الخاصة باستمارة الإداريين

تشمل استمارة الإداريين 27 سؤالاً موزعين على ثلاثة فروع كما يلي:

البيانات العامة

مناخ العمل في مستشفى بن بولعيد

نموذج الاتصال الداخلي في مستشفى بن بولعيد

1.3.2.4.البيانات العامة

من أجل معرفة تركيبة عينة الدراسة نقوم بربط متغير السن بالجنس، الحالة العائلية، المستوى التعليمي، الوظيفة، المصلحة و الأقدمية في المؤسسة بمتغير الجنس.

- توزيع العينة بحسب السن و الجنس:

من أجل الحصول على نسبة الإناث و الذكور حسب الفئات العمومية، تم ربط متغير السن بالجنس.

الجدول رقم 47: توزيع الإداريين حسب السن والجنس

المجموع		أكثر من 40 سنة		40-25 سنة		أقل من 25 سنة		السن الجنس
		%	ك	%	ك	%	ك	
57	20	11	4	37	13	9	3	ذكر
43	15	6	2	28	10	9	3	أنثى
100	35	17	6	65	23	18	6	المجموع

أغلب الإداريين تتراوح أعمارهم ما بين 25 و 40 سنة إذ تمثلون نسبة 65% و من بين 23 إداري نجد أن 13 إناث، و الباقي ذكور. تليها بعد ذلك الفئة العمومية أقل من 25 سنة أي تمثلون نسبة 18%، و أخيرا فئة أكثر من 40 سنة و التي تمثل نسبة 17%.

- توزيع العينة حسب الحالة العائلية و الجنس:

من أجل معرفة الحالة العائلية أو المدنية لعمال الإدارة نقوم بربط متغير السن بالجنس

الجدول رقم 48: توزيع الإداريين حسب الحالة العائلية و الجنس

المجموع		مطلق		أرمل		متزوج		أعزب		الحالة العائلية الجنس
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
57	20	3	1	-	0	34	12	20	7	ذكر
43	15	3	1	-	0	28	10	11	4	أنثى
100	35	6	2	-	0	62	22	31	11	المجموع

إن نسبة 62% من الإداريين متزوجون أغلبهم ذكور أما العزاب فهم يمثلون 31% من مجموع العينة 20% منهم ذكور، إضافة إلى تواجد المطلقين غير أنهم يمثلون نسبة قليلة من إجمالي العينة أي 6% موزعين بالتساوي بين الإناث و الذكور.

- توزيع العينة بحسب المستوى التعليمي و الجنس:

بهدف معرفة المستوى التعليمي لعمال و عاملات الإدارة سنقوم بربط متغير المستوى التعليمي بالجنس.

الجدول رقم 49: توزيع الإداريين حسب المستوى التعليمي و الجنس

المستوى	ابتدائي		متوسط		ثانوي		جامعي		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ذكر	2	6	3	8	9	26	6	17	20	57
أنثى	0	-	2	6	8	23	5	14	15	43
المجموع	2	6	5	14	17	49	11	31	35	100

إن معظم عمال الإدارة لا يتعدى مستواهم التعليمي " مستوى الثانوي" إذ يمثلون 49% من إجمالي العينة، أما الجامعيين فهم لا يتعدون 31% أغلبهم ذكور.

ما يلاحظ كذلك هو تواجد مستوى " المتوسط " و "الابتدائي" على غرار السلكين الطبي و شبه الطبي. غير أن الإداريين ذوي المستوى الابتدائي و المتوسط أغلبهم متواجد بين الفئة العمرية أكثر من 40 سنة.

- توزيع العينة حسب الوظيفة:

من أجل معرفة توزيع الإناث و الذكور في مختلف الوظائف سنقوم بربط متغير الجنس بمتغير الوظيفة.

الجدول رقم 50: توزيع الإداريين حسب الوظيفة والجنس .

المجموع		مدير المستخدمين		محاسب		مخبري		عون إداري		الوظيفة الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
57	20	3	1	8	3	6	2	26	09	ذكر
43	15	0	0	3	1	11	4	43	15	أنثى
100	35	3	1	11	4	17	6	69	24	المجموع

إن إجمالي العينة يشتغلون كأعوان إداريين منهم 43% إناث، و الباقي ذكور.

كذلك نجد أن المخبريين يشكلون نسبة 17% من العينة أغلبيتهم إناث بالإضافة إلى تواجد نسبة 11% من المحاسبين.

- توزيع العينة حسب المصلحة و الجنس:

بهدف معرفة توزع الإناث و الذكور على مختلف مصالح المؤسسة الإستشفائية نقوم بربط متغير الجنس بمتغير المصلحة.

الجدول رقم 51: توزيع الإداريين حسب المصلحة و الجنس .

المجموع		المحاسبة		مكتب الدخول		الأشعة		المخبر		الشؤون الاجتماعية		أمراض النساء و التوليد		طب و جراحة الأطفال		المصلحة
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
57	20	9	3	20	7	9	3	6	2	9	3	3	1	6	2	ذكر
43	15	3	1	-	0	6	2	11	4	6	2	6	2	9	3	أنثى
100	35	12	4	20	7	14	5	17	6	15	5	9	3	15	5	المجموع

إن أعلى تمركز للإداريين متواجد بمكتب الدخول إذ يمثلون نسبة 20% من إجمالي العينة جلهم ذكور. ثم يأتي بعد ذلك المخبر يشمل على نسبة 17% من الإداريين، 11% منهم إناث، تليها بعد ذلك مصلحة الشؤون الاجتماعية و طب و جراحة الأطفال بنسبة 15% لكليهما.

بالإضافة إلى أن 12% من مجموع العينة متواجدين في مصلحة المحاسبة، أما 9% الباقية فمتواجدين في مصلحة أمراض النساء و التوليد.

- توزيع العينة بحسب الأقدمية و الجنس:

بهدف معرفة أقدمية المستخدمين الإداريين و معرفة نسبة الإناث و الذكور يتم ربط متغير الأقدمية بمتغير الجنس.

الجدول رقم 52 : العلاقة بين الإداريين وكل من الأطباء شبيه، شبه الأطباء، والمرضى

المجموع		أكثر من 20 سنة		20-10 سنة		10-5 سنوات		أقل من 5 سنوات		الأقدمية الجنس
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
57	20	8.5	3	23	8	14	5	8.5	3	ذكر
43	15	8.5	3	17	6	8.5	3	11	4	أنثى
100	35	17	6	40	14	22.5	8	19.5	7	المجموع

إن 40% من إجمالي الإداريين أقدميتهم محصورة بين 10 و 20 سنة أغلبيتهم ذكور.

تأتي بعد ذلك الفئة التي تتراوح أقدميتها بين 5 و 10 سنوات إذ تمثل 22.5% من العينة، أما الإداريون الذين أقدميتهم أقل من 5 سنوات منهم يمثلون 19.5% من العينة.

2.3.2.4. مناخ العمل السائد في مستشفى بن بولعيد

يؤثر الاتصال الداخلي على مناخ العمل السائد في أي تنظيم كان، فإذا كان الاتصال الداخلي يتم وفقا لأسس علمية صحيحة و كان فعالا فإن هذا حتما سيؤثر بالإيجاب على مناخ العمل والروح الجماعية، إذ يشعر المستخدمون و كأنهم عائلة واحدة هذا ما يدفعهم إلى تأدية وظائفهم على أكمل وجه.

- العلاقة بين الإداريين و شبه الأطباء و الأطباء:

بهدف معرفة ما إذا كانت العلاقة بين الإداريين و الفرق الطبية و الشبه الطبية جيدة أم لا، نلجأ لطرح التساؤل التالي:

ما هو تقييمكم للعلاقة بينكم و بين الأطباء و شبه الأطباء؟

الجدول رقم 53 : العلاقة بين الإداريين و كل من الأطباء شبه، شبه الأطباء، و المرضى

المجموع		سيئة		عادية		حسنة		جيدة		جيدة جدا		الأجوبة الفئات
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
												<u>أ- الأطباء:</u>
57	20	-	0	28.5	10	28.5	4	11	4	6	2	ذكر
43	15	3	1	17	6	17	2	8.5	3	8.5	3	أنثى
100	35	3	1	45.5	16	17	6	19.5	7	14.5	5	المجموع
												<u>ب-شبه الأطباء:</u>
57	20	3	1	20	7	11	4	14	5	8.5	3	ذكر
43	15	3	1	14	5	14	5	8.5	3	3	1	أنثى
100	35	6	2	34	12	25	9	22.5	8	11.5	4	المجموع
												<u>ج-المرضى:</u>
57	20	3	1	26	9	6	2	8.5	3	14	5	ذكر
43	15	3	1	20	7	3	1	6	2	11	4	أنثى
100	35	6	2	46	16	9	3	14.5	5	25	9	المجموع

أكد الإداريون أن علاقاتهم بكل من الأطباء و شبه الأطباء و المرضى "عادية"، ووصفوها بأنها مجرد علاقة عمل لا أكثر، ومن خلال المعاشة الميدانية تم ملاحظة أن علاقة الإداريين فيما بينهم جيدة ويرجع ذلك إلى كون الإداريين في نفس المصلحة يقضون وقتهم مع بعضهم البعض، وهذا ما ينمي لديهم مثل هذه العلاقات الجيدة حفاظا على السير الحسن للمصلحة.

- عقد اجتماعات تنسيقية:

من أجل معرفة إذا ما كان هناك حوار و اتصال بين الإدارة و الأسلاك الأخرى يتم طرح التساؤل التالي:
هل تعقد اجتماعات تنسيقية بينكم و بين الفرق الطبية و شبه الطبية؟

الجدول رقم 54: عقد اجتماعات تنسيقية بين الإداريين و الأطباء و شبه الأطباء

السؤال		هل تعقدون اجتماعات بينكم و بين الأطباء و شبه الأطباء		في حالة نعم ما هي دورية الاجتماعات								في حالة لا هل يعود ذلك إلى				الجنس				
		نعم	لا	يومية	أسبوعية	شهرية	أخرى	عدم الاهتمام	اختلاف التكوين	آخر	دون إجابة									
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
ذكر		3	8.5	17	48.5	0	-	0	-	3	43	6	21	08	28	0	-	3	11	
أنثى		4	11	11	31	0	-	0	-	4	57	3	11	06	21	0	-	2	7	
المجموع		7	19.5	28	79.5	0	-	0	-	7	100	9	32	14	49	0	-	5	18	

لقد أكد أكثر من 79% من الإداريين عدم عقد اجتماعات تنسيقية بينهم و بين الفرق الطبية و شبه الطبية و هذا ما يعزز و يدعم إجابة كل من الأطباء و شبه الأطباء و لقد أرجعوا ذلك إلى اختلاف التكوين و ذلك بنسبة 49%، هناك 32% منهم من أجابوا بعدم الاهتمام لذلك و الباقي لم يقدموا إجابة لذلك.

أما الذين أجابوا بنعم فإنهم يمثلون حوالي 20% من إجمالي العينة كلهم صرحوا بأنها تعقد بصفة

شهرية.

إن اختلاف التكوين ليس بالضرورة حجة لعدم عقد اجتماعات تنسيقية بين الأسلاك العاملة في المؤسسة الإستشفائية، فلا توجد للمستشفى دون الفرق الطبية و شبه الطبية و الإدارة فكل واحد منهم له عمله الخاص و لكن في النهاية هدفهم المشترك هو خدمة المريض من خلال تنسيق الجهود للوصول إلى تحقيق ذلك الهدف.

- وجود النزاعات المهنية:

إن غياب تنسيق بين مستخدمي المؤسسة الإستشفائية باختلاف الاختصاص ، قد يؤدي إلى تواجد النزاعات المهنية و هذا ما سنحاول معرفته من خلال طرح التساؤل التالي:
هل توجد نزاعات مهنية بينكم و بين الفرق الطبية و شبه الطبية؟

الجدول رقم 55: رأي الإداريين حول النزاعات المهنية

السؤال		هل توجد نزاعات بينكم و بين الفرق الطبية و شبه الطبية																الجنس							
		و هل يعود ذلك								في حالة نعم فهل يكون ذلك															
		آخر				تنزاع الصلاحيات				اختلاف وجهات النظر				نادرا		معظم الأحيان		يومية		لا		نعم			
		ك	ك	%	ك	ك	%	ك	ك	%	ك	ك	%	ك	ك	%	ك	ك	%	ك	ك	%	ك	ك	%
نكر		13	2	-	0	13	2	27	4	13	2	27	4	13	2	34	12	23	8						
أنثى		20	3	-	0	7	1	20	3	13	2	27	4	7	1	23	8	20	7						
المجموع		33	5	-	0	20	3	44	7	26	4	54	8	20	3	57	20	43	15						

إن 57% من الإداريين صرحوا بعدم تواجد نزاعات مهنية بينهم و بين الفرق الطبية و الشبه الطبية. أما الذين أكدوا تواجد النزاعات فإن 54% منهم يقولون أنها تحصل معظم الأحيان و السبب راجع إلى اختلاف وجهات النظر الناتج عن اختلاف التكوين بينهم و بين الفريقين السابقين، اللذان يعتبران أنهما ذو مستوى تعليمي أعلى من الإداريين.

- تواجد الروح الجماعية:

بما أن هناك نزاعات مهنية بالمؤسسة الإستشفائية، فسنحاول معرفة مدى تواجد الروح الجماعية من خلال طرح التساؤل التالي:

كيف ترون الروح الجماعية في مؤسستكم الإستشفائية؟

الجدول رقم 56: رأي الإداريين حول الروح الجماعية.

السؤال		هل ترون أن الروح الجماعية في مؤسستكم																		الجنس	
		في حالة وجودها فهل تكون بين						في حالة عدم وجودها فلماذا						حسب رأيك							
		عالية جدا		عالية		نوعا ما		غ موجودة		الإداريين		الإداريين و الأطباء		الإداريين و شبه الأطباء		الأناية		اختلاف التكوين		دون إجابة	
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
ذكر		1	-	5	14	10	28	4	112	8	32	2	8	6	24	0	-	2	20	2	20
أنثى		0	-	3	8	6	17	6	18	4	16	1	4	4	16	1	10	2	20	3	30
المجموع		1	3	8	22	16	45	10	30	12	48	3	12	10	40	1	10	4	40	5	50

إن 45% من الإداريين يرون أن الروح الجماعية نوعاً ما متواجدة في مؤسساتهم الإستشفائية، و أنها في أغلب الأحيان تكون بين الإداريين فقط، لأنهم في رأيهم يتكلمون لغة واحدة.

أما الذين أجابوا بعدم تواجد الروح الجماعية فإن نصفهم لم يعط تفسيراً لذلك، و 40% قالوا أن ذلك يعود إلى اختلاف التكوين، و 10% فسروا ذلك إلى الأناية السائدة بين مستخدمي المستشفى خاصة الأطباء.

3.3.4. نموذج الاتصال الداخلي

من أجل معرفة نموذج الاتصال الداخلي السائد في مستشفى بن بولعيد، سوف ندرس مدى رسمية أو غير رسمية الاتصال الداخلي، و مدى تدفق المعلومات، عن طريق طرح عدة تساؤلات نوضحها فيما يلي:

- اللغة المستعملة في إطار العمل اليومي:

تعتبر اللغة وسيلة من وسائل الاتصال الداخلي، إذا أحسن اختيارها و استعمالها فإن ذلك يؤثر بالإيجاب على الرسالة التي نريد نقلها، و هذا ما سنحاول إبرازه من خلال طرح التساؤل التالي:

" ما هي اللغة المستعملة في إطار عملكم اليومي؟ "

الجدول رقم 57: اللغة المستعملة في إطار العمل اليومي للإداريين.

ما هي اللغة المستعملة في إطار عملكم اليومي												السؤال
للمراسلة						للمخاطبة						
فرنسية		عربية		خليط		دارجة		فرنسية		عربية		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
40	14	17	6	31	11	17	6	6	2	3	1	ذكر
32	11	11	4	26	9	14	4	6	2	-	0	أنثى
72	25	28	10	47	20	28	10	12	4	3	1	المجموع

يستعمل الإداريون خليطا من اللغات للمخاطبة، هذا الخليط مكون من العربية، و الفرنسية، و الدارجة و حتى الأمازيغية في معظم الأحيان حين يكون المستقبل (مريضا أو عائلته) يجيدها، هذا ما أكده الإداريين بنسبة 57%، إذ أن الهدف من ذلك هو حسن نقل الرسالة للمستقبل بطريقة صحيحة و سليمة حتى يتسنى له فهم مضمونها دون غموض.

أما فيما يخص المراسلة فإن 72% من الإداريين أكدوا أنها تتم باللغة الفرنسية لكون مجال الصحة مفرنس.

- وسيلة الاتصال المستعملة لنقل الانشغالات الآراء و الاقتراحات:

من أجل معرفة مدى رسمية الاتصال الداخلي يتم طرح التساؤل التالي:

ما هي الوسيلة الاتصالية الأكثر استعمالا لنقل كل من انشغالاتكم آرائكم و اقتراحاتكم؟

جدول رقم 58 : الوسيلة الاتصالية الأكثر استعمالا من طرف الإداريين.

السؤال		ما هي الوسيلة الاتصالية الأكثر استعمالا لنقل كل من												في حالة شفويا فهل يتم ذلك عن طريق		في حالة كتابيا فهل يتم ذلك عن طريق														
		انشغالاتكم						آرائكم و اقتراحاتكم																						
		شفويا		كتابيا		معا		شفويا		كتابيا		معا		الهاتف		المقابلة		الاجتماعات		آخر		التقارير		التعليمات		آخر				
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك			
ذكر		9	2	5	1	6	1	9	2	5	1	6	1	2	1	6	1	2	1	6	1	0	-	3	3	2	2	0	-	
أنثى		8	6	3	4	4	3	8	6	4	3	4	3	7	4	7	4	0	-	6	1	0	-	2	8	1	5	0	-	
المجموع		1	4	8	2	2	1	2	1	2	8	4	1	2	1	2	1	2	1	2	12	2	0	-	5	6	3	3	0	-

إن 49% من الإداريين ينقلون انشغالاتهم آراءهم و اقتراحاتهم شفويا، أكثر من 48% عن طريق المقابلة، و 30% الأخر يستعمل الهاتف، و الباقي يفضل الاجتماعات.

أما الذين قالوا أنهم ينقلونها كتابيا فهم يمثلون نسبة 22% من إجمالي العينة، 63% منهم يلجأ للتقارير و الباقي يفضل التعليمات.

من خلال ذلك نستنتج أن وسيلة الاتصال الداخلي المستعملة هي الوسيلة الشفوية بالرغم من قدرة الإداريين على الكتابة و التحرير.

- أخذ الآراء و الاقتراحات بعين الاعتبار:

من أجل معرفة ما إذا تؤخذ آراء و اقتراحات الإداريين بعين الاعتبار يتم طرح التساؤل التالي:

" هل تؤخذ آرائكم و اقتراحاتكم بعين الاعتبار؟ "

جدول رقم 59 : أخذ آراء و اقتراحات الإداريين بعين الاعتبار

السؤال		هل تؤخذ آرائكم و إصداراتكم بعين الاعتبار											
		في حالة هل لا يعود ذلك إلى:		المسرين		نوع النظم		عدم الاهتمام		لا		نعم	
الجنس		آخر		المسرين		نوع النظم		عدم الاهتمام		لا		نعم	
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
ذكر		-	0	13	3	-	0	43	10	37	13	20	7
أنثى		-	0	31	7	-	0	13	3	29	10	14	5
المجموع		-	0	44	10	-	0	56	13	68	23	34	12

لقد أكد 68% من الإداريين عدم أخذ آرائهم و اقتراحاتهم بعين الاعتبار، 56% منهم قالوا أن ذلك يرجع إلى عدم الاهتمام بذلك، و الباقي يرى أن المسيرين هم الذين لا يكثرثون و لا يعطون أهمية لآرائهم و اقتراحاتهم، وهذا ما يتنافى مع مفهوم الإتصال الذي يحتوي في طياته عملية إشراك الآخرين في إتخاذ القرارات وأخذ آرائهم وإقتراحاتهم بعين الاعتبار بما يخدم مصلحة المؤسسة.

- وصول المعلومات:

إن سير المعلومات في مختلف اتجاهات المنظمة يؤثر إيجابيا على فعالية الاتصال الداخلي، و هذا ما سنحاول معرفته من خلال طرح التساؤل التالي:

هل تصلكم المعلومات بصفة منتظمة متقطعة، نادرة؟.

جدول رقم 60: وصول المعلومات للإداريين

المجموع		هل تصلكم المعلومات بصفة						الصفة الجنس
		نادرة		متقطعة		منتظمة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
57	20	14	5	23	8	20	7	ذكر
43	15	11	4	17	6	14	5	أنثى
100	35	25	9	40	14	34	12	المجموع

يرى 40% من الإداريين أن المعلومات تصلهم بصفة متقطعة، و هناك 25% يقولون أنها نادرة.

و من خلال المعاشية الميدانية أكد الإداريون أن هناك معلومات يحتفظ بها المسؤولون لأنفسهم.

- مفهوم الاتصال الداخلي:

تم طرح التساؤل التالي: ما مدى معرفة مفهوم الاتصال الداخلي لدى الإداريين؟

جدول رقم 61: مفهوم الإداريين للاتصال الداخلي:

المجموع		دون إجابة		التحاور و التشاور بين كل من الأطباء و شبه الأطباء و الإدارة		الاقتراحات الجنس
				%	ك	
57	20	23	8	34	12	ذكر
43	15	20	7	23	8	أنثى
100	35	43	15	57	20	المجموع

تتخصر إجابات الإداريين في أن: الاتصال الداخلي عبارة عن تحاور و تشاور بين كل من الأطباء و الإداريين، و كل مستخدمى المؤسسة الإستشفائية أي كان مقامه بهدف تبادل المعلومات والآراء و الأفكار و الخبرات، إيجاد حلول مشتركة للمشاكل التي يوجهها كل واحد منهم و كل هذا من أجل خدمة المريض، و هذا أكده الإداريين بنسبة 57%.

أما الباقي و الذي يمثل 43% من إجمالي العينة فلم يدلوا بإجاباتهم لجهلهم لمفهوم الاتصال الداخلي.

- مكانة الاتصال الداخلي:

من أجل معرفة مكانة الاتصال الداخلي في المؤسسة الإستشفائية تم طرح التساؤل التالي:

ما هو تقييمكم لمكانة الاتصال الداخلي في مؤسستكم الإستشفائية؟

الجدول رقم 62: تقييم مكانة الاتصال الداخلي

ما هو تقييم لمكانة الاتصال الداخلي بمؤسستكم الإستشفائية												الاقتراحات
المجموع		دون إجابة		غائب		سيء		غير واضح (غامض)		شبه معدم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
57	20	14	5	17	6	-	0	14	5	11	4	ذكر
43	15	6	2	8.5	3	-	0	20	7	8.5	3	أنثى
100	35	20	7	25.5	9	-	0	34	12	19.5	7	المجموع

لقد صرح 34% من الإداريين أن الاتصال الداخلي في مستشفاهم غامض أي غير واضح. و أكثر من 25% قالوا أنه غائب، و أكثر من 19% أجابوا بأنه شبه منعدم و الباقي لم يدلوا بإجاباتهم لأنهم لم يستطيعوا تقييم مكانة الاتصال الداخلي.

- اقتراحات لتحسين الاتصال الداخلي:

تم طرح السؤال المفتوح بهدف الحصول على أكبر قدر ممكن من الحلول، من أجل تحسين الاتصال الداخلي في المؤسسة الإستشفائية.

الجدول رقم 63: اقتراحات الإداريين لتحسين الاتصال الداخلي

ما هي اقتراحاتكم لتحسين الاتصال الداخلي بمؤسستكم الإستشفائية										الجنس
المجموع		دون إجابة		تحسيس الموظفين بأهمية الاتصال الداخلي		الرقابة		الرجل المناسب في المكان المناسب		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
57	20	20	7	20	7	11	4	6	2	ذكر
43	15	14	5	17	6	6	2	6	2	أنثى
100	35	34	12	37	13	17	6	12	4	المجموع

اقترح 37% من الإداريين ضرورة تحسيس الموظفين بأهمية الاتصال الداخلي و ذلك من خلال برمجة حملات توعية و أيام دراسية حول الموضوع و اشتراك كل المستخدمين في بناء سياسة اتصالية فعالة.

و هناك 17% من الإداريين الذين صرحوا بضرورة ممارسة الرقابة ففي رأيهم الرقابة تجعل كل مستخدم يتقانى في القيام بعمله سواء كان طبيبا أو شبه طبي أو إداريا، و هذا ما يؤثر بالإيجاب على الاتصال الداخلي.

كما أن 12% من الإداريين اقترحوا وضع الرجل المناسب في المكان المناسب يساعد كثيرا على تحسين الاتصال الداخلي بمعنى وضع أفراد يؤمنون بالاتصال الداخلي و ينشرون الثقافة الاتصالية في مؤسستهم الإستشفائية.

وما يلفت الانتباه كذلك هو وجود 34% من الإداريين الذين رفضوا الإدلاء بأرائهم قد يرجع ذلك إلى تخوف البعض معهم من وصول إجاباتهم إلى أصحاب المناصب العليا بالرغم من تأكيد أن الاستمارة مجهولة الهوية وتستعمل فقط لغرض علمي لا أكثر.

بعد تحليل إجابات الإداريين يتضح لنا أن مناخ العمل السائد في مستشفى بن بولعيد يتميز بغياب الروح الجماعية بين الإداريين والسلكين الطبي وشبه الطبي مما يؤدي إلى كون العلاقة بين الإداريين وشبه الأطباء علاقة عادية الأكثر، بينما تكون هذه الأخيرة جيدة بين الإداريين أنفسهم وذلك لكونهم ينتمون إلى نفس فريق العمل وهو فريق الإدارة.

إضافة إلى ذلك فإن عقد اجتماعات تنسيقية بين الإداريين والسلكين الآخرين يؤكد عدم وجود مناخ عمل خال من التوترات ، إن نموذج الإتصال الداخلي المعتمد عليه في المستشفى لا يحمل في طياته المبادئ النظرية فعدم أخذ الآراء والاقتراحات بعين الاعتبار وعدم وصول المعلومات بصفة منتظمة يؤكدان ذلك.

بعد تحليل نتائج استبيان كل من الأطباء وشبه الأطباء والإداريين يتبين لنا أن مناخ العمل السائد في مستشفى بن بولعيد لا يخلو من النزاعات المهنية بين مختلف الأسلاك العاملة كما أننا نستخلص غياب الروح الجماعية بين الأسلاك الطبية وشبه الطبية، والإدارية وتواجدها فقط ضمن نفس السلك والسبب في

ذلك يرجع إلى اختلاف التكوين بين الفرق الطبية وشبه الطبية والإدارية غير أن هذا في رأينا ليس سببا كافيا لتبرير غياب الروح الجماعية فالمؤسسة الإستشفائية عبارة عن تفاعل قوي بين الأسلاك الطبية وشبه الطبية والإدارية من أجل تضافر الجهود بهدف خدمة المريض.

ومن خلال إجابات المرضى فإنه تبين لهم غياب الروح الجماعية بين الأسلاك السابقة وخاصة غياب التشاور والتحاوور بينهم بل حتى غياب التحاوور والتشاوور والتنسيق بين الأطباء.

أما فيما يخص نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى فإنهم أكدوا أنه بالإمكان تحسين نوعيتها عن طريق توسيع المستشفى وتوفير الإمكانيات الأزمة من معدات طبية، وموارد بشرية، خاصة فيما يتعلق بالأطباء لكي يتسنى لهم الاعتناء بالمرضى بصفة أحسن بتسخير وقت أطول لكل مريض لمعاينته وشرح حالته الصحية بصفة تلقائية وبعبارات بسيطة.

خاتمة

يعتبر الاتصال الداخلي في المؤسسات عموماً و في المستشفى خصوصاً عنصراً ضرورياً نظراً لعلاقته الوطيدة بتسيير المصالح الاستشفائية و تعزيز التنسيق داخلها ،و باعتباره وسيلة فعالة لتجاوز المشاكل و الخلافات الناتجة عن التعددية الموجودة داخل المستشفى و أداة لاستغلال الإمكانيات البشرية التي يتوفر عليها.

إن الاتصال الداخلي يبرز يوماً بعد يوم كخيار استراتيجي للحوار داخل هيئاتنا الاستشفائية، يمكن بفضله تحسيس المستخدمين بأهميتهم في مؤسساتهم و بالتالي تحفيزهم على بذل جهد أكبر من أجل بقاءها وازدهارها و تحسين نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمريض، و يسمح من جهة أخرى بتقليص الهوة بين القمة و القاعدة و يسمح بسماع كل طرف للآخر و بالتالي يتيح الفرصة لتسيير جماعي وشفاف للمؤسسة الاستشفائية.

يعد الاتصال الداخلي استثماراً حقيقياً و ضرورياً لتحسين نوعية الخدمة الصحية عن طريق إيجاد قنوات اتصال فعالة داخل المستشفى تضمن التنسيق الدائم و الجيد بين مصالحه، و تضمن كذلك استقبالا و اتصالاً إنسانياً مع المرضى من أجل المحافظة على سمعة المؤسسة الاستشفائية و إعادة الثقة المفقودة فيها من طرف المواطنين.

من خلال البحث الذي أجريناه توصلنا إلى مجموعة من النتائج و التي من خلالها نثبت صحة أو عدم صحة الفرضيات الموضوعية سابقاً، و التي على أساسها يمكن تقديم جملة من الاقتراحات و

التوصيات تنصب خاصة على مستشفى بن بولعيد و الذي كان محلا لدراستنا الميدانية و أخيرا نقدم آفاقا للدراسة و التي هي عبارة عن مواضيع لبحوث قادمة.

عرض و مناقشة نتائج الدراسة:

من خلال دراستنا لموضوع الاتصال الداخلي توصلنا إلى الاستنتاجات التالية:

- يعتبر الاتصال الداخلي من أهم المواضيع التي أصبح الباحثون يهتمون به عند دراسة السلوك البشري في المؤسسات ، إذ لا يمكن تصور أي سلوك بشري منظم دون اتصال.
- يفتح الاتصال المجال للاحتكاك البشري و يتيح الفرصة للتفكير و الاطلاع و الحوار و تبادل المعلومات في شتى المجالات و الميادين و يولد الإحساس بالتواصل و الاستمرار.
- يتيح الاتصال الداخلي الفرصة للتعريف بأداء الآخرين و أفكارهم عن طريق الحركة التي يحدثها على شكل جدل و حوار بين طرفين من الناس أو مجموعة مع مجموعة أخرى أو بين فرد و فرد آخر، فهو بذلك لا يجعل الإنسان مجرد مستمعا فحسب بل يحثه على المشاركة في الندوات و الحوارات و المناقشة، فبواسطة الأخذ و العطاء الذين يولدهما الاتصال يصبح الفرد بناء له ركيزته و كيانه الذاتي مما يساعده على تكوين شخصية مستقلة داخل التنظيم الذي يعمل و يتعامل فيه.
- يعتبر الاتصال الداخلي نوعا من أنواع الاتصال يتجسد في الاتصال بين مختلف هياكل و مصالح المؤسسة و أفرادها من خلال وسائله المختلفة.
- يعتبر الاتصال الداخلي في المؤسسة الاستشفائية أكثر من ضرورة و ذلك نظرا لكون أن المستشفى يتولى تقديم الخدمات الصحية للمواطنين و نظرا لحساسية هذه الخدمة كونها تتعلق بصحة و حياة الإنسان فوجب تواجد اتصال داخلي فعال داخل المستشفى.
- يمتلك الاتصال الداخلي علاقة وطيدة بعملية تسيير فهو يتدخل في كل مرحلة من مراحل هذه العملية خاصة فيما يخص تسيير المورد البشري.
- يعتبر مشروع المؤسسة ميثاقا يعرف مسار و أسباب وجود المؤسسة سيما الاستشفائية منها إضافة إلى غايتها و أهدافها، فهو يركز على الاتصال الداخلي في جميع الاتجاهات من أجل رفع الحواجز المتواجدة.

إن تواجدنا في المركز الاستشفائي الجامعي بن بولعيد و محاولتنا معرفة حقيقة الاتصال الداخلي و مدى الاعتماد عليه بهدف تفعيل تسيير المؤسسة الاستشفائية مكننا من استنتاج النتائج التالية:

- غياب نموذج للاتصال الداخلي واضح و تواجد نمط اتصال غير رسمي أكثر من رسمي، إضافة إلى عدم اعتماد الاتصال الداخلي على أسس عملية سليمة إذ يتميز بغياب التشاور و التنسيق بين مختلف مستخدمي المستشفى.
- أكد أغلبية الأطباء و شبه الأطباء و الإداريين و المرضى على غياب اتصال داخلي واضح في مؤسستهم الاستشفائية و اقترحوا لمعالجة ذلك ترسيخ ثقافة اتصالية داخل المستشفى .
- يؤثر الاتصال الداخلي في فعالية تسيير المؤسسات الاستشفائية من خلال تدخله في كل مراحل التسيير و المتمثلة في التخطيط، التنسيق، التنظيم، التوجيه و الرقابة إذ لا يمكن لأي مرحلة أن تقوم دون أن يكون هناك اتصال كتابي أو شفوي مباشر أو غير مباشر بين مختلف مستخدمي المؤسسة الاستشفائية، كما أنه يؤثر في فعالية تسيير المستشفى من حيث نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمريض، و يتجلى ذلك في كون أن غياب الاتصال و التنسيق بين الأطباء و شبه الأطباء و الإداريين و عدم التفاني في العمل يؤثر سلبا على نوعية الخدمة الصحية.
- بناء على نتائج الاستبيان فإنه يتضح أن مناخ العمل السائد في مستشفى بن بولعيد يتسم بوجود نزاعات مهنية خاصة بين السلكين الطبي و الشبه الطبي، وهذا ما يؤثر سلبا على نوعية الخدمة المقدمة للمريض.
- ما يميز مستشفى بن بولعيد هو غياب الروح الجماعية عموما و إن تواجدت فإنها تكون بين نفس أعضاء الفريق بمعنى آخر تكون بين الأطباء أو بين شبه الأطباء أو بين الإداريين، نادرا ما تكون موجودة بين هؤلاء الثلاثة.

التوصيات:

- على ضوء النتائج المتحصل عليها في هذا البحث يمكننا أن نقدم مجموعة من الاقتراحات لمعالجة الوضعية الراهنة و إحداث تغيير في أساليب تسيير المؤسسة الاستشفائية:
- ترسيخ ثقافة الاتصال ضمن منظور علمي في إطار إستراتيجية بمفهوم الأهداف التي تترجم رسالة المؤسسة الاستشفائية المستقبلية بتوظيف أساليب أكثر نجاعة.
- إيجاد قنوات اتصال فعالة داخل المستشفى تضمن التنسيق الدائم و الجيد بين مصالحه و تضمن استقبالا و اتصالا إنسانيا مع المرضى للوصول إلى تحسين الخدمة الصحية.

- تفادي القرارات الفوقية و الانفرادية للمسؤولين و تشجيع العمل الجماعي.
- وضع مسئولين أكفاء يتولون التوجيه و التنسيق بين مختلف الوحدات إذ أن المسير الكفاء هو الذي يستطيع أن ينسق بين الجهود و يخلق روح المبادرة في نفوس العاملين و يحفزهم على تقديم الأفضل
- لا بد من تضافر كل الجهود و إشراك العاملين في اتخاذ القرارات الرشيدة هذا ما يعرف بالإدارة بالمشاركة و التي هي رؤية تسييرية تركز على مشاركة المستخدمين في فحص مشاكل المؤسسة و تحليل المواقف،بالإضافة إلى البحث عن حلول لمعالجة الاختلالات مما يسمح باجتنااب هدر الوقت و الطاقة في المستشفى عن طريق التكامل بين الإدارة العليا و الإدارة التنفيذية و تجنيد العمال و تفعيلهم اجتماعيا و تحفيزهم و تشجيعهم.
- تعزيز العمل الجماعي فالتعاون داخل الجماعة يعتبر أمرا ضروريا في مبدأ الإدارة الفعالة والاتصال الإداري عامل أساسي لمعرفة اتجاه الآخرين وهو وسيلة لتعزيز العلاقات بين كافة المستويات.
- القضاء على الحواجز التي توجد بين المسؤولين و المستخدمين فقلة الاتصالات بين المسئول ومستخدميه تؤدي إلى حجب كثير من المعلومات و البيانات مما يساهم في فقدان الثقة و عدم التعاون.
- إن تسيير المؤسسة الاستشفائية بصورة إيجابية يرتبط بنوعية الاتصال الداخلي و التنسيق بين مختلف الوحدات و المصالح و يتوجب ذلك فتح قنوات اتصال بين الإدارة و العمال و الإكثار من اللقاءات و الاجتماعات التشاورية و أخذ الآراء و الاقتراحات بعين الاعتبار.

آفاق الدراسة:

- على ضوء نتائج هذه الدراسة يمكن فتح آفاق أخرى نلخصها فيما يلي:
- الاتصال الداخلي في المؤسسة الاستشفائية من خلال مكتب الدخول.
- الاتصال الداخلي و الاتصال الجماهيري في المؤسسة الاستشفائية.
- مقارنة بين مؤسسة استشفائية عمومية و مؤسسة استشفائية خاصة في مجال تطبيق الاتصال الداخلي.
- تسيير المؤسسة الاستشفائية وفقا لمبدأ الإدارة بالمشاركة.

المراجع

- 1- سلوى عثمان الصديقي، هناء حافظ بدوي، "أبعاد العلمية الإتصالية رؤية نظرية و علمية و واقعية"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، (1999).
- 2- Agree Worson, "Introduction to muss communication" , New York, Harper and Raw ,(1955).
- 3- Wurcam Hikes," Division of psychology ", The side press, New York ,(1984).
- 4- جيهان أحمد رشتي، "الأسس العلمية لنظريات الإعلام"، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر،(1971).
- 5- أحمد ما هر، "السلوك التنظيمي، مدخل بناء المهارات"، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر (2000).
- 6- ناصر محمد العديلي، "السلوك الإنساني و التنظيمي منظور محلي مقارنة"، معهد الإدارة، الإسكندرية، مصر،(1995).
- 7- M.Millery and Rice," Communication Agencies and social life" , New York ,(1933).

8- رشاد أحمد عبد اللطيف، " حتمية الإتصال الإجتماعي "، جامعة حلوان، عين حلوان، مصر ،(1997).

9- محمد عبد الرؤوف،"علم الإعلام و الإتصال بالناس"، مكتبة النهضة، القاهرة، مصر (2000).

10- عبد الحق سايجي، " الإتصال و التسيير"، دار الطباعة للكتاب الحديث، الدار البيضاء، الجزائر،(2002).

11- محمد سلامة غباري، عبد الحميد عطية، "الإتصال و وسائله بين النظرية و التطبيق"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية،(1991).

24- أحمد محمد الطيّب، " الإدارة التعليمية أصولها و تطبيقاتها المعاصرة"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر،(1999).

12- منال طلعت محمود، " مدخل إلى علم الإتصال"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر ،(1999).

13- Lazard J,"La science de la communication" , Edition Dahleb, Alger ,(2000).

14- www.google.com

15- www.mosanao\mosaic.data.com

16- عبد الغفار حنفي، " أساسيات إدارة المنظمات، المكتب العربي الحديث"، الإسكندرية، مصر ، (1995).

17- كلو عبد الجليل،" دور الإتصال في إتخاذ القرارات على مستوى المؤسسة الصحية"، مذكرة ما بعد التدرج المتخصص، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر،(2003).

18- عاطف عدلي العبد،"الإتصال و الرأي العام"، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر،(1993).

19- فريد عبد الفتاح زين الدين، "فن الإدارة اليابانية حلقات الجودة المفهوم و التطبيق"، دار الكتب المصرية، القاهرة، مصر، (1997) .

20- أحمد محمد المصري، "الإدارة الحديثة الإتصالات المعلوماتية القرارات"، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر ، (2000).

21- بن عمارة محمد، "الإتصال في الوسط الإستشفائي ودوره في مصداقية العلاقة بين الإدارة و المريض"، مذكرة ما بعد التدرج المتخصص، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر، (2001)

22- عبد الحق سايجي، "الإتصال و التسيير"، دار الطباعة للكتاب الحديث، الدار البيضاء، الجزائر، (2002).

23- www.ands.dz

24- أحمد محمد الطيّب، "الإدارة التعليمية أصولها و تطبيقاتها المعاصرة"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، (1999).

25- خيري خليل الجميلي، "الإتصال و وسائله في المجتمع الحديث"، المكتب الجامعي، الإسكندرية، مصر ، (1997) .

26- محمد سيد فهمي، "تكنولوجيات الإتصال في الخدمة الإجتماعية"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر (2000) .

27- ميشيل أرحابيل، ترجمة عبد الستار إبراهيم، "علم النفس و مشكلات الحياة الإجتماعية"، دار الكتب الجامعية، الإسكندرية، مصر (1973).

28- خليل قانة، "الظاهرة الإتصالية في التسيير"، مذكرة ما بعد التدرج المتخصص، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر، (1999).

29- عمر بومار، "الإتصال الداخلي في المستشفى"، مذكرة ليسانس، الجزائر، (1998).

30- آيت زاي نورة، "مكتب الدخول بالمؤسسة الصحية العمومية"، مذكرة ما بعد التدرج المتخصص، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر، (2001).

31- كمال بربر، " الإدارة عملية و نظام، المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع "، لبنان ، (1991) .

32- أمبارك تواتي، "الإتصال الداخلي كوسيلة تسيير في الجماعات المحلية دراسة حالة بلدية بوفاريك" ،مذكرة ماجستير، الجزائر، (1995) .

33- بلخير أحسن،" بطاوي مولود، عزوني محمد، أثر العملية في تسيير المؤسسة الصحية "، مذكرة ليسانس، البليلة، (2004) .

34- Saihi A, Système de santé Algérien, gestion hospitalière N°455, ENSP, Avril,(2006).

35- حاروش نور الدين، النظام الصحي في الجزائر بين الأهداف السياسية و الواقع الاقتصادي "، مذكرة ما بعد التدرج المتخصص، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر، (1999) .

36-"Séminaire sur le développement d'un system de santé", ministère de la santé, Alger.

37- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، حزب جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، (1976) .

38- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، حزب جبهة التحرير الوطني، دستور (1976) .

39- Circulaire N°1, Ministère de la santé et de la population, Alger (le 04/04/1995).

40- عثمان لخلف، "القطاع الصحي المسيرة الطويلة" ،مجلة أحداث اقتصادية عدد 31، (31 سبتمبر 1976) .

41- طاهري حسين، "الخطأ الطبي و العلاجي في المستشفيات العامة"، دار هومة، الجزائر، (2002) .

42-Rapport général sur l'organisation du system de santé, Ministère de la santé,(janvier 1990).

- 43- العلواني عديلة، "تقييم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات في لجزائر دراسة حالة القطاع الصحي ببسكرة"، مذكرة ماجستير، بسكرة، (2004).
- 44- مرسوم تنفيذي رقم 25/86 المؤرخ في 11/02/1986.
- 45- Liffey J, Le management des hospitaliers et universitaires, Paris, (1998).
- 46- قانون رقم 5/85 المؤرخ في 12/02/1985, " المتعلق بحماية و ترقية الصحة", المعدل و المتمم لموجب القانون 17/90 المؤرخ في 13/07/1990.
- 47- فعالية الندوة الوطنية الأولى حول الحماية الإجتماعية وزارة العمل و الحماية الإجتماعية، الجزائر.
- 48- Honoré B, "L'hôpital et son projet d'entreprise", Edition Pivot, Paris ,(1992).
- 49- Boyer .L, Equibbey N, "Le projet d'entreprise", Paris,(1991).
- 50- Vilata S, "Projet d'établissement et projet de services", revue hospitalière N°455, (avril 2006).
- 51- Saihi Abdelhak, " Gestion des services publiques" , dossier pédagogiques, ENSP Alger,(2003).
- 52- Famand P," Le management opérationnel direction et animation des équipes", Edition Maxima, Paris,(1993).
- 53- مخلوفي صفية، " تسيير المؤسسات الصحية في سياق مشروع مؤسسة محاولة التطبيق بالقطاع الصحي بالبرواقية"، مذكرة ما بعد التدرج المتخصص، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر، (2004).
- 54- Lachaume JF, Elodie B, Hélène P," Grand service publiques", Editions Armand, Paris,(2000).

55- Taib M," L'efficacité du service publique, le gestionnaire", ENSP (2002).

56- Arnaud J.O," La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital", Les éditions ESF, Paris, (1991).

57 – www.dspblida.dz

58-مديرية الموارد البشرية لمستشفى بن بولعيد .