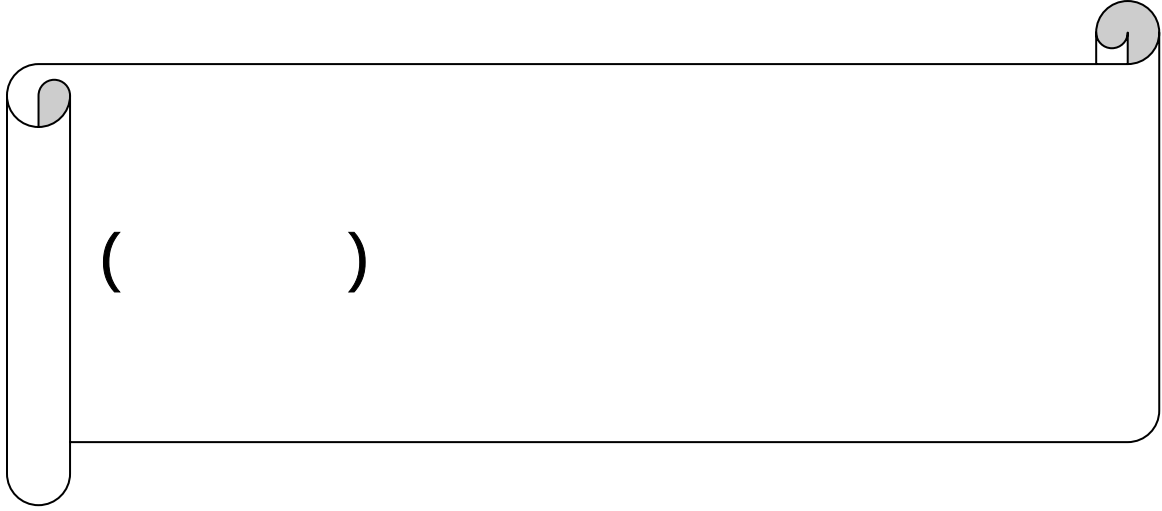


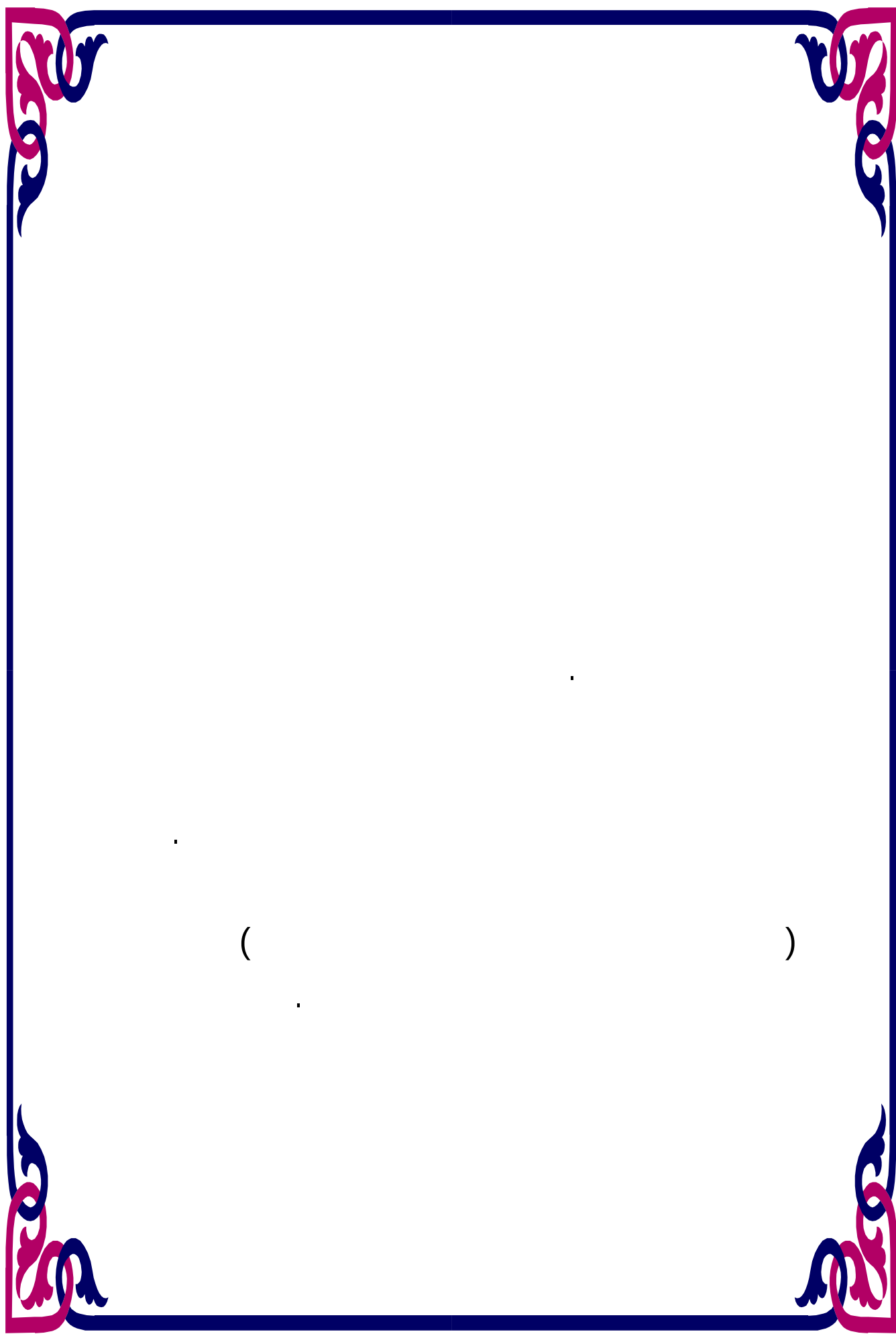


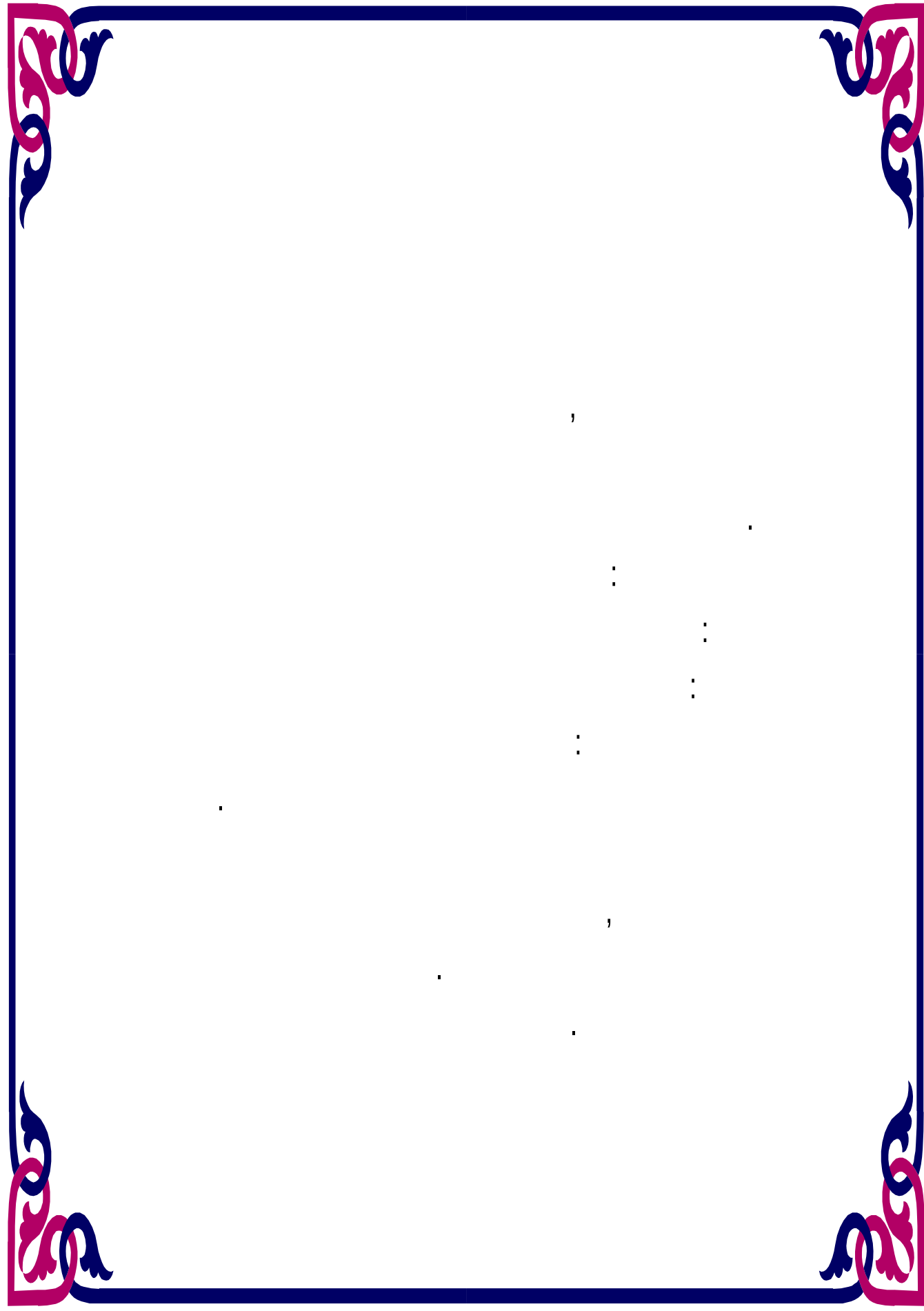
()

⋮

⋮

:2009-2008





فهرس المحتويات

الإهداء

الشكر

المقدمة

الفصل الأول: النظام الصحي الجزائري

- 09..... النظام الصحي في الفترة الاستعمارية
- 10..... النظام الصحي بعد الاستقلال
- 11..... النظام الصحي خلال التسعينيات

الفصل الثاني : الجانب المنهجي للدراسة

15. 1 – الإشكالية
- 24 2 – الفرضيات
- 25..... 3 – المنهجية و التقنيات

الفصل الثالث : 1 -النموذج التنظيمي للمستشفى

- 34..... * تمهيد
- 36.. * التنظيم المندمج(Intégré)
- 37..... *التنظيم البيروقراطي(Bureaucratique)
- 38..... * التنظيم الإقطاعي (Féodale)
- 39..... *النموذج الجماعي المعكوس(Collégial contraire)
- 40..... *النموذج المركزي المنحرف(Centralisé dévoyé)
- 40..... *النموذج الجماعي (Collégial)
- 42..... * البيروقراطية المهنية(Bureaucratie professionnelle)

2 - النموذج التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية الجزائرية

- * - التنظيم الاستشفائي الجزائري.....47
- 1 - المركز الاستشفائي الجامعي لنفيسة حمود.....53
- 2 - نمذجة المصالح الطبية.....54
- 3 - المصالح الطبية للمستشفى.....56
- 4 - التقسيم التقني للعمل العلاجي62
- **النموذج التنظيمي في مستشفى الأستاذة نفيسة حمود (بارني سابقا)
- تنظيم العمل و العلاج66
- أشكال التنظيم76
- الإعلام و الاتصال
- 1- تمهيد.....81
- 2- نوع الاتصال81
- 3- سيرورات الاتصال.....87
- 4- نمط الاتصال92
- 5- الاستقبال في المصالح الطبية.....95
- 6-الاتصال الصحي و العلاقات داخل المؤسسة العلاجية
- * العلاقات (الطبية- الشبه طبية)10
- * العلاقات (الطبية –الطبية).....101
- * العلاقات(الشبه طبية –الشبه طبية).....102
- *العلاقات بين المعالجين والمريض106
- الخلاصة الجزئية111

- 1- القدرة و السلطة 113
- 2- القدرة الرسمية و القدرة الغير رسمية 117
- 3- إشكالية ثنائية السلطة في المستشفى 120
- 4- نوع القيادة 122
- 5- علاقات السلطة و القيادة في المستشفى 127
- 6- الخلاصة الجزئية 132

الفصل الرابع : التكاليف الاقتصادية

- * التكاليف الاقتصادية لميدان الصحة في الجزائر 135
- * الموارد المادية 139
- * تهيئة محيط العمل و ظروف الممارسة 148
- * الموارد البشرية 152
- * النظام الوقتي للعمل 154

الفصل الخامس : 2- التكاليف الاجتماعية

- * تمهيد 162
- * الخدمة الصحية و المردود العلاجي 162
- * تأثير ظروف العمل على الأشخاص و على الخدمة الصحية 164
- * واقع الاستشفاء من منظور المريض 170
- * العلاج و الإقامة في المستشفى 190
- * ظروف الإقامة و النظافة في المستشفى 193
- * الصراع في المستشفى 197
- * الإشراف L'implication في العمل و في المؤسسة 210

الفصل السادس :

* دراسة حالة مصلحة استعجالات جراحة الأطفال.....232

♣ موقف المهنيين من المنظومة الصحية ومن تسيير المستشفى..258

النتائج العامة

260..... بناء النموذج التنظيمي للمستشفى

* نتائج الفرضية الأولى267

* نتائج الفرضية الثانية274

* نتائج الفرضية الثالثة281

285..... الخاتمة

المراجع

الملاحق

يتميز العالم اليوم بطابعه التنظيمي بحيث يولد الشخص و يتكفل بتربيته و تعليمه و يعمل في إطار التنظيم ، و قد عرفت التنظيمات نموا كبيرا بسبب التغيرات الاجتماعية و الاقتصادية و السياسية في المجتمعات الحديثة .
و وجدت هذه التنظيمات لتحقيق أهدافا معينة فيعرف الباحث

"Mintzberg"المختص في علم التنظيمات التنظيم على أنه فعل جماعي يبحث من خلاله تحقيق مهمة مشتركة .¹ ويشير الدكتور الحسيني إلى كونه وحدة اجتماعية تقام بطريقة مقصودة لتحقيق أهدافا محددة و تتخذ طابعا تنظيميا يلاءم تحقيق هذه الأهداف ،² و قد تطور التنظيم و أثري من خلال الاكتشافات و التجديدات التي عرفتھا المجتمعات فالإنسان تنظم تدريجيا و يبحث باستمرار عن النموذج الذي يتميز بنجاعة و عقلانية أكثر.

إن دراسة التنظيم على المستوى المجهرى، قد تتيح لنا فرصة دراسة الظواهر دراسة معمقة لأن كل جماعة إنسانية في العمل تتميزها خصوصيات متعلقة ومرتبطة بخصوصيات التنظيم الذي تتواجد فيه،ومن بين هذه التنظيمات التنظيم الاستشفائي الذي يميّزه نشاطه عن التنظيمات الأخرى ،كونه مؤسسة خدمائية،تتعامل مباشرة مع الأشخاص (الأجسام) و ليس مع الآلات لذلك يحتاج دائما إلى تجديد للأجهزة و للتكوين و لطرق التشخيص والعلاج وتوفير الموارد اللازمة ،سواء كانت مادية أو مالية أو بشرية لكي يقوم التنظيم الاستشفائي بوظيفته والدور المنوط به و يحقق أهدافه.

و يظهر المستشفى العمومي اليوم كما يعبر عنه (George Arbuz et Denis debrosse) المختصان في دراسة المستشفى ، كنتيجة لنمو تدريجي للعدد

¹ MINTZBERG: Le management (voyage au centre des organisations), édition d'organisation France 2001 p 14

² الدكتور السيد الحسيني : علم اجتماع التنظيم ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1994 ص 14.

(effectifs) و للوسائل التقنية ، بدون تحليل ملائم لمشكل التسيير الذي نتج ، فبعض هذه المجموعات أخذت بعدا يظهر للملاحظ من الخارج أنه لم يتمكن من التحكم فيه ، فحجمهم يصعب من فهم طريقة سيره وأيضا لتحليل كيفية استعمال الموارد الموضوعة تحت تصرفهم¹.

هامة، و يتواجد أيضا و في نفس الوقت مواجهها لمتطلبات ، متنوعة باستمرار و أحيانا متناقضة و ينتظر منه أن يكون مكان استقبال و يضيف أن المستشفى يواجه نوعين من المتطلبات ، يجب أن يقود إلى عصرنة الممارسات و أن يحقق تنظيمه على المستوى الداخلي لإصلاحات و استماع لحاجيات الصحة للسكان و مركز امتياز للتقنيات ، و أيضا أن يكون التنظيم ذو أداء جيد مع ترك حرية كبيرة لنشاط المسؤولين ، و قد انشغلت الوصاية بوتيرة زيادة وارتفاع للمصاريف ، بينما يطالب المستعملين للعلاج كثيرا بتواجد دائم للفرق الناقصة و باستمرار².

فالمستشفى هو منتج للخدمات الغير معرفة non identifiés³ , لذلك يصعب تقييمها و الحكم على نوعيتها ، لأنه حتى و لو توفرت كل الظروف المادية منها و المالية و البشرية و حتى بتطور الطب يبقى الفريق الطبي أحيانا عاجز على علاج مريض دون آخر، لأن هناك عدة عوامل تتدخل في ذلك منها الاجتماعية أو الشخصية ، لهذا تقام في المستشفى خاصة الجامعي منه، البحوث الأكاديمية من أجل تحسين و تطوير تقنيات العلاج.

و يعاني المستشفى من نقص للموارد البشرية شبه الطبية نظرا لكون المهنة شاقة لكثرة المهام و نظام المناوبة ، و خاصة في فترات الأعياد و نهاية الأسبوع فهذه المهن تحتاج إلى توضيحات عديدة على حساب الحياة الشخصية ،

¹ George Arbuz et autres: réussir le changement de l'hôpital , édition inter éditions paris 1996 p 20 .

² Ibid p 27

³ Caryn Mathy : la régulation hospitalière , édition médica éditions, Paris,2000,p 56.

إضافة أنها لا تسمح بمسار مهني محفز ، تجعل الطلب لها محدود، الشيء الذي يجلبهم لممارستها هو ضمان لمنصب عمل .

و على غرار ذلك فالمستشفى الجزائري يعيش نفس الظروف ،مع زيادة الطلب للعلاج وللأداء الفعال مع نقص للموارد و كثرة التكاليف ، مما يجعله يعيش تناقضات عديدة ، واختيارنا لدراسة موضوع التنظيم الاستشفائي لم يأتي صدفة بل جاء نتيجة لكوني أعمل فيه كمرضة رئيسية و قد ساعدني ذلك على الملاحظة للميكانيزمات التي تتحكم فيه و التفاعلات التي يعرفها أعضائه من أجل تحقيق الهدف الذي يتواجدون من أجله و أيضا للمشاكل التي يعيشونها وقد يصعب معرفة تلك الأشياء من طرف أشخاص يتواجدون خارج التنظيم ، فلهذا حاولنا من خلال هذه الدراسة التطرق في الفصل الأول إلى النظام الصحي الجزائري وذلك خلال الفترة الاستعمارية و بعد الاستقلال وبالخصوص فترة التسعينيات التي عرف فيها النظام الصحي عدة مشاكل و أزمات ، و التي أدت بالوصاية فيما بعد ،للتفكير و إعادة النظر في تسيير المستشفيات ،

و في الفصل الثاني تطرقنا إلى الجانب المنهجي للدراسة و في الفصل الثالث إلى النموذج التنظيمي للمستشفى من خلال نوع القيادة في المستشفى ونوع التنظيم فيه (الرسمي و الغير الرسمي) و نمط الاتصال فيه ،و في الفصول الأخرى لثقل التكاليف الاقتصادية التي أصبح يعاني منها ميدان الصحة،و التي يصعب تكفلها و بالخصوص المستشفى الجامعي لكونه لديه مهام التكوين و البحث ويحتاج إلى تكاليف إضافية وهذا ما يجعل المسير مضطرا إلى الضغط على المهنيين فيؤثر ذلك عليهم و على الطالبين للعلاج ،و تطرقنا للتكاليف الاجتماعية التي تنتج عن ذلك ، وإلى عامل إشراكهم و اندماجهم في العمل و في المؤسسة الذي يمكن المستشفى من أن يسير،و أخيرا لدراسة حالة وحدة الاستعجالات لمصلحة جراحة الأطفال.

الفصل الأول

النظام الصحي الجزائري

لفهم النظام الصحي الجزائري يجب الرجوع و معرفة السيرة التاريخية التي مر بها و التي ترجع إلى العهد الاستعماري، حيث كانت وضعية الصحة بالجزائر مثلها مثل بقية بلدان العالم و خاصة منطقة البحر الأبيض المتوسط، و المعروف أنّ في هذه المنطقة انتشر تبادل العلوم الطبية و طرق العلاج عن طريق الثقافة العربية الإسلامية التي أثرت enrichi و نشرت المعرفة المتراكمة من الحضارات المختلفة، ولم يكن لمفهوم الصحة مدلول عقلائي بل يتلخص في مفهوم المرض و كيفية مقاومته، وقد كان لاستعمار الفرنسي للجزائر في سنة 1830 أهداف رأسمالية وأفضلية للجندى من أجل تحقيق الأهداف و ليتمكن المعمر من الاستعمار.¹

النظام الصحي في الفترة الاستعمارية : كان الطب آنذاك عسكريا موجه لخدمة الجيش و الجالية الأوروبية واهتم بوقاية و علاج المعمرين وكان علاجهم لبعض الجزائريين القاطنين بالقرب من الأوروبيين سوى من باب الوقاية من أثر العدوى. وكان الجزائريون يلجئون للعلاج وفق أساليب ثقافتهم و الوسائل الذاتية للمجتمع حيث يؤدي المعالجون دورا اجتماعيا يقدمون من خلاله خدماتهم العلاجية² وقد لوحظ حدوث تغييرات تدريجيا فيما يخص موقف الجزائريين إزاء الطب الفرنسي و كان ذلك قبل اندلاع الثورة الجزائرية، بحيث عدد قليل من السكان أي 10/1 منهم من يستفيد و بصفة غير متساوية من البقايا الطبية و الاجتماعية للنسق الصحي المعمول على مقياس المعمرين، ثم جاءت مرحلة الثورة التي ستسمح للجزائريين

¹ Massboeuf, Bencharif, M.Laib : L'organisation de la distribution des soins durant la période coloniale, in Séminaire sur le développement d'un système national de santé , Alger 7-8 avril 1983 . p 23

² محمد رضا بلمختار : نسق العلاج و عقلانية الفاعلين ضمنه رسالة ماجستير ، جامعة الجزائر ، معهد علم الاجتماع الجزائر ، 1991 ص 79

استعادة هويتهم. وفيما بعد بدأت تظهر شيئا فشيئا هياكل لبلد منظم، الدولة، الجيش، الدبلوماسية التي قامت بتهيئة ما يسمى فيما بعد بالنظام الصحي، و قد قاد التنظيم الصحي في تلك الفترة، إلى بناء النظام الصحي الحالي.¹

النظام الصحي بعد الاستقلال :

و قد كانت الوضعية في سنة 1962 هي وضعية أزمة متميزة بنقص مفاجئ للموارد البشرية.² و لمواجهة ذلك لجأت الجزائر إلى مساعدة من إدارات العديد من البلدان (بلغاريا ، رومانيا ، الصين، روسيا ...). و إلى تكوين الأعوان في العلاج و الأطباء الجزائريين.³

و قد وجه النظام الصحي خلال هذه الفترة للمهام العلاجية، لهذا تم وضع مخطط للتكوين لعمال الصحة، و لبناء مراكز علاجات أولية، و وضع شبكة توزيع الأدوية و أيضا مخطط مهم للوقاية.⁴

عرفت مرحلة السبعينيات بتنفيذ قانون الطب المجاني في كل القطاع العمومي . و سمحت في سنة 1980 توصيات المجلس المركزي بتوجيه أحسن للنظام الصحي وبأداء أرفع ، و كانت الجهود منصبة على : الوقاية و العلاج و توزيع أحسن للإطارات الطبية.⁵

¹ A.Boucherit- Dj.ould Abbas-M.Toumi : le système de santé durant la guerre de libération nationale , in séminaire sur le développement d'un système nationale de santé , Ministère de la santé , Alger 7-8 1983 p 39-40.

² A.Hammani –R.Boukheloua –A.Bouroukba : L'évolution du système national de santé depuis l'indépendance , in séminaire sur le développement d'un système national de la santé , ministère la santé Alger 7-8avril 1983 p 52 -53

³ محمد رضا نفس المرجع السابق ص 91

⁴ A.Outi et Y.Guidoum : l'organisation de la distribution des soins, son insertion dans le développement socio-économique du pays, in séminaire sur le développement. De santé. ,ministère de la santé 7/8/avril 1983 p 111

A.OUATI et Y.GUIDOUM op.cit p 112

⁵

و تميزت هذه المرحلة بتحسن مهم كانخفاض نسبة وفيات الأطفال ، و نقص

لبعض الأمراض المعدية(كالحصبة ، السل ، الديفتيريا و شلل الأطفال)، لكن نقائص السياسة الوطنية للصحة التي كانت مبنية على تحقيق لأهداف معينة، و المركزية القصوى للتسيير و أخذ القرار و التطور الكمي والكيفي لطلب العلاج، قادت النظام الصحي إلى الأزمة .¹

النظام الصحي في التسعينيات :

و قد كانت فترة التسعينيات بداية لمرحلة جديدة وهي مرحلة الإصلاح الصحي في إطار الإصلاح السياسي ، و الاقتصادي و الاجتماعي ، فعرف القطاع ولادة مشروع الإصلاح للنظام الصحي والضمان الاجتماعي من الديناميكية التي أخلطت اليوم آفاق البلاد ، فقد قامت الجزائر بجهود كبيرة فيما يخص التكفل بصحة السكان و خاصة منذ تطبيق الطب المجاني الذي حطم الحواجز المالية لكل المواطنين للحصول على العلاج ، كقبول لاستثمارات طويلة منذ سنة 1974 لمواجهة الزيادة الكبيرة لنفقات العلاج : النفقات الوطنية للصحة كانت تزيد عن 2% من الدخل الوطني الخام PIB سنة 1974 و أصبح 6% سنة 1990 . إن نظام زيادة النفقات لا يتماشى مع نسبة النمو الاقتصادي للبلاد .

بحيث بنيت عدة هياكل وتم استيراد لعدد كبير من العتاد المتطور، و بقيم كبيرة و أيضا وضعت جهود كبيرة لتكوين عدد كبير من الأطباء و شبه الطبيين .

بالرغم من تحسين للوضعية الصحية للسكان كانخفاض نسبة وفيات الأطفال مثلا، إلا أن ذلك لم يمر دون أن يترك أثر سلبي ربما لا يمكن تفاديه لنمو هذا النظام و التي انتهت إلى:- تضخم بدون أسبقية للتكاليف ،- تسيير الموارد المالية على حساب الضمان

¹ MINISTERE DE LA SANTE : RAPPORT GENERAL SUR L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE ,
JANVIER 1990 P 4

الاجتماعي ،-تخطيط نظام المحاسبة داخل وحدات العلاج خاصة في المستشفيات سمح بتبذير مهم،-أخيرا غياب لأهداف واضحة لنظام الصحة أدى إلى عدم توافق النفقات مع الحاجات المعلنة عنها من طرف السكان و يظهر هذا من خلال احتجاج عمال الصحة والمطالبين للعلاج¹.

و تمثل سنة 1995 نهاية لمرحلة على الأقل من الناحية الرمزية ،بحيث شرع في تطبيق للإصلاح الذي كان وضع من قبل أي سنة 1987 لكن بصفة خفيفة ويعمل على إشراك المستعملين للعلاج 20% من تكاليف الاستشفاء و التشخيص ، و تشكل إشراكهم في التكاليف إحدى توصيات البنك العالمي لسنة 1988 كشرط أساسي لإعادة الجدولة للديون و هذا الجانب هو الذي أسرع في تطبيقه في 1 جانفي 1995². وكان منتظرا أن تكون لهذه المساهمة تأثير بسلوكي على المعالجين ،و أيضا لنقص النشاط في القطاع العام لحساب القطاع الخاص لكن حسب منشور وزارة الصحة فقد لا يمس الفئات المعوزة و إنما يمس و يضر بحياة الفئات المتوسطة. و لم تؤثر المداخل على نوعية العلاج لأن هناك نقص للعتاد و المواد المستهلكة و الأدوية ،لأن الطبيعة القانونية للمؤسسات الاستشفائية كمؤسسة عمومية ذات طابع إداري لا يسمح باستعادة الأموال ،فقد تقدم للخزينة العامة³.

فعلى مستوى وضعية الصحة فإنه يوجد غياب للتخطيط على المدى الطويل ، و هناك مركزية للقرار ،وببيروقراطية في الهيكل الإداري ، كل ذلك تسبب في تقهقر تدريجي للخدمة العلاجية مرورا بزيادة مستمرة للنفقات الوطنية للصحة 3.5% من الدخل الوطني الخام PIB سنة 1973 ، و 4.4% سنة 1980 ، و 5.5% سنة 1988 ،

¹ Ministère de la santé : Actes de la conférence nationale sur la reforme du système de la santé et de sécurité sociale , club des pins 4,5,6decembre 1990, p 3 - 4

² Mostéfa khiati : Regard sur la santé , Edition Dahleb, Alger, 1995. p 7

³ Ibid p 8 -9

و قد قدمت انتقادات النظام الصحي و المتمثلة في غياب لسياسة صحية أو برامج وطنية ذات أهداف واضحة فقد يرى الباحثون بوزياني و مبتول و ميسلي (في فرقة بحث في انثربولوجيا الصحة) : "أن الصحة في الجزائر تعتبر رهانا مهما من الجانب الاجتماعي و يظهر ذلك من خلال تعقد التمثيلات الاجتماعية داخل المجتمع، التي هي بعيدة en décalage عن المنطق المؤسساتي لنسق العلاج.

و قد عرف النظام الصحي منذ سنة 1962 توسعا كبيرا والذي مرّ بعدة مراحل تطور، فقد تحول نموذج العلاج الموروث من الاستعمار في بضعة أعوام إلى نظام صحي من نوع عمومي (Étatique)، وعرف عدة تطورات إلى غاية نهاية الثمانينيات و بسبب الأزمة الاقتصادية الوطنية في بداية التسعينيات وضع حد لإمكانية التطور السريع لنظام العلاج العمومي، الذي سيعرف فيما بعد المرور إلى نظام العلاج الوسيط intermédiaire.²

لم يتكيف نظام العلاج على مستوى النتائج مع التغيرات السوسيو اقتصادية ولم يستطيع نظام العلاج أن يستجيب للمتطلبات الديموغرافية المتزايدة من جهة و تعيّر إشكالية الصحة من جهة أخرى ، هذه الأخيرة عرفت تغييرا كبيرا في العشرية الأخيرة ، بحيث تميزت بثقل متزايد للأمراض المزمنة، التي أصبحت تكاليف التكفل بها مرتفعة جدا و تضاف إليها ظواهر متنوعة للمرض و الموت بسبب تدني المستوى المعيشي و النظافة .

فيتميز سير النظام الصحي بغياب الفعالية و تكمن درجة الخطورة في كون توجهاته هي علاجية على حساب استراتيجيات وقائية و العلاج الأساسي (العام) ".³

Ibid p 11

Bouziani M , Mebtoul M , Mesli F: Regards pluriels sur la santé aujourd'hui ; in santé publique et sciences sociales ; revue semestrielle ; n° 1 , juin 1998 p 46

ibid. p 46

الفصل الثاني

*الإشكالية

*الفرضيات

* المنهجية

الإشكالية

يعتبر التنظيم الاستشفائي مؤسسة خدماتية و إنتاجية، تختلف عن غيرها في نوعية منتوجها و طبيعته المتمثلة في الخدمة الصحية. فالمستشفى تنظيم بشري اجتماعي، إنساني، معقد؛ وكما تعبر عنه الباحثة السوسيولوجية (Françoise Gonnet)، أنه سيصبح تقريبا مثل التنظيمات الأخرى ولكنه يحتفظ بخصوصيات قوية جدا ورثها من الماضي والتي هي في تطور مستمر في بعض الأحيان.¹ فخصوصية التنظيم الاستشفائي تتعلق بنشاطه حيث يصعب قياس النتائج و لا يمكن أن تحدد فعالية التنظيم من خلالها حتى و إن وضعت الأهداف مسبقا؛ وأيضا الوضعية التي يتواجد فيها المريض من الناحية النفسية التي تزيد من تبعيته وخصوصية تواجهه داخل التنظيم نفسه، كل ذلك يزيد من صعوبة العلاقات و خاصة مع المستخدمين الذين يعيشون بدورهم وضعيات صعبة و مقلقة، هذا ما جعل العلاقة بين التنظيم و المريض تتعد أكثر.²

يتميز التنظيم الاستشفائي بالتنوع للمشاكل التي تتطلب الحلول باستمرار، وفي نمط العلاقات الموضوعية بين مختلف الجماعات الإنسانية، من أجل مواجهته، وفي داخل هذا التنوع نجد ثراء إنسانيا للمستخدمين مهما كانت درجتهم المهنية.³

قد تطور التنظيم الاستشفائي بصفة مختلفة عن المؤسسات الخاصة التي تهتم بالعقلة والإنتاج المادي حيث كان ينتهج في تسييره النموذج العاطفي القائم

¹ Françoise Gonnet : l'hôpital en question, édition lamarre , paris , 1992 p 21

² Ibid. p21

³ Ibid. p24

على أولوية العلاقات الإنسانية داخل المصالح، أين يعالج المرضى من طرف عدد قليل من المعالجين ذوي المهام المتعددة (polyvalent).¹

يعتبر التنظيم الاستشفائي تنظيماً ثنائياً السلطة، السلطة الطبية والسلطة التسييرية، كون الجامعة والمستشفى مؤسستين في مؤسسة واحدة،² ويظهر ذلك جلياً من العلاقة الموجودة بين المعرفة والممارسة الطبية وبين المعارف الطبية و تطور الطب لذلك يشكل التنظيم الاستشفائي نموذجاً تنظيمياً وتسييراً للمعرفة التي تسبق العلاج، حيث أنها تهيكله أكثر وتأثر على نوعية تنظيمه البيروقراطي.³ ويشير الباحث Mintzberg إلى كون النموذج المستعمل أكثر لوصف السير الداخلي للمستشفى هو نموذج البيروقراطية المهنية (bureaucratie professionnelle*)، الذي يكون فيه توزيع السلطة غير متساو بين الفريق الطبي و الفريق الإداري بسبب اختلاف طبيعة نشاطهم فالأهمية الاجتماعية للنشاط الطبي تعطيه سلطة التأثير أكبر من الفريق الإداري.⁴ فقد يملك السلطة من له القدرة على مراقبة مناطق الشك المتمثلة في عدة جوانب (مصير المرضى، الجانب الاقتصادي و المالي، وكذا تعقد التنظيم) فالأطباء يراقبون مصير المريض و يعتمدون في ذلك على شبه طبيين ذوي تخصص بيولوجيا (المخبر) والأشعة لتشخيص المرض من جهة، ومن جهة أخرى بمساعدة الممرضون (الممرضات) و الأعوان في عامل المراقبة والعلاج فهم من يمتلك للمعلومات الخاصة بالمريض، أما بالنسبة للإداريين فإنهم يراقبون المستقبل

Ibid. P23

Cantandriopoulous et autres , l'hôpital strètege , édition John libbey eurotext paris 1996 P141.

Ibid. p 205

Ibid. P8

*أنظر التعريف في النماذج التنظيمية

الاقتصادي لأنهم أصحاب القرار، إلا أن هذه السلطة منبع اللايقين (الشك) لذلك هي غير مقبولة لأنها تتناقض مع القيم المشتركة، فالحياة ليس لها ثمن بالرغم من أن للصحة تكاليف، فمنطقة الشك هذه تزيد من التوتر والصراع يصعب تجاهله من طرف الفاعلين؛¹ فهذه السلطة الثنائية تخلق صراعات كامنة.

أما الباحثة (Marianne Binst) فتشير إلى وجود لعدة نماذج تنظيمية لتسيير لمستشفى: النموذج البيروقراطي، Modèle Bureaucratique، والمندمج الإنساني (intégré)، والإقطاعي Féodale، وهناك نموذجين آخرين ينحرفان عن النموذجين البيروقراطي والمندمج، إحداهما مركزي منحرف هو بيروقراطي في تطوره نحو المندمج، والثاني Collégiale جماعي معاكس انحرف في الاتجاه البيروقراطي ونجده قريبا منه²،

لكن النموذج البيروقراطي هو المنتشر أكثر في التنظيمات الاستشفائية، فالإجراءات القانونية مقبولة من طرف أعضاء التنظيم لغرض الحماية؛ ويدعم ذلك قول سان سوليو "Sain Saulieu" أن التنظيم البيروقراطي وأساسه العقلاني الشرعي متواجد في كل التنظيمات الكبيرة.³

وحسب ما جاء به فيبير فإن شكل التنظيم المبني على عقلانية الإدارة بصدد التعميم كشرط أساسي من شروط التطور، في حين يلاحظ علماء اجتماع التنظيم والإدارة في الواقع وجود خلل وظيفي وحلقات مفرغة وعقلانيات محدودة لعدة فاعلين اجتماعيين، بعيدين عن تحقيق نجاح أقصى للنموذج البيروقراطي.

¹ Françoise Gonnet op. cit .

² Marianne Binst : Du mandarin au manager hospitalier , Edition l'harmattan ,Paris ,1990.

³ Sain Saulieu: L'identité au travail , Edition presse FN des sciences politiques, paris 1977.p 249

و يصل سان سوليو إلى القول بأنه لا توجد عقلانية واحدة و إنما عقلانيات محدودة ونجد في كل التنظيمات أثر لكل شكل من الأشكال التنظيمية.¹

يعيش التنظيم الاستشفائي أزمة والكل متفق على ذلك أزمة مالية ، أزمة مستخدمين ، أزمة تنظيم ، و إلى حد ما أزمة دلالة (Crise de sens) ، بسبب التكاليف الاقتصادية و المالية داخل التنظيم التي تؤثر وبشكل قوي على الجانب الإنساني وسلوك الأفراد ، فلا يمكن الفصل بين المشاكل المادية والمالية وبين المشاكل الإنسانية، فنظرة المستخدمين لخفض التكاليف سلبية لأنهم يواجهون نقصا للموارد و العتاد الطبي الشيء الذي يزيد من تضرهم و الضغط عليهم.²

إن المستشفى العمومي يعاني كما تعبر عنه الباحثة في الميدان الصحي (Josianne Gegu) ، فهو مصاب في وظائفه الصحية والاقتصادية و الاجتماعية،³ هذا من جهة ،ومن جهة أخرى يعرف التنظيم الصحي تطورا تقنيا للعتاد و الأجهزة التي تستعمل للتشخيص و للعلاج و التجهيز بهذه التقنية، يتطلب تكاليف كبيرة ونفقات، سواءا لشراء العتاد أم لتكوين المستخدمين لتسيير هذه التقنيات، هذا الارتفاع يشكل عائقا للسير الحسن للتنظيم الاستشفائي ،الذي يعاني من نقص الميزانية تجعل المسيرين يلجئون إلى خفض المصاريف بإنقاصهم من عدد الموارد البشرية والمطالبة في نفس الوقت بالخدمة الفعالة الشيء الذي يولد ضغوطات و صراعات ،تزيد من تضرر المستخدمين و ينعكس ذلك على مردودهم العلاجي.

Ibid.p249

Françoise gonnet ,op. cit. p9

Cité par George Arbuz et autre op cit p 19.

1

2

3

و على غرار التنظيمات الاستشفائية فإن المستشفى الجزائري يتميز بنفس الخصائص التعقد، التخصص الكبير وينتهج نمودجا تنظيميا بيروقراطيا لتسيير المصالح ويشكل موضوع نقد من طرف عدة جهات (أصحاب القرار، مقدمين للعلاج، و من طرف المرضى) الغير راضون عن نوعية الخدمة الصحية المقدمة باعتبارها ارث مشترك للمواطنين وخاصة في ظل مجانية العلاج، و نظام اشتراكي و قد انتقلت الجزائر إلى مرحلة اقتصاد السوق وظهور قيم جديدة تتماشى معه أي (تغيير اقتصادي، و اجتماعي، و سياسي.... الخ). و بما أن التنظيم الاستشفائي هو نسق مفتوح فإنه يتأثر بالأنساق الأخرى النسق الاجتماعي، و الاقتصادي، و السياسي، و الثقافي . الخ؛

فمن الناحية الاجتماعية عرفت نموا ديموغرافيا يجعل الطلب للعلاج يتزايد ، و ارتفاعا للوعي الاجتماعي ،بسبب نسبة تدرس الأشخاص وتطور الإعلام، وكثرة المرض (أمراض العصر) ، فأصبح الناس يهتمون كثيرا بالعلاج في الهياكل المتخصصة و بالخصوص المستشفيات الجامعية، بحثا عن الكفاءة، لعلمهم بوجود أساتذة يتتبعون الحالات وتطورها ،خاصة الصعبة منها .

ومن الجانب الاقتصادي فقد نتج عن المرحلة العصبية التي مرت بها الجزائر انخفاض لميزانية المستشفيات، و في المقابل تطورت التقنيات في الميدان الطبي الذي يتطلب إعادة تجهيزه بآلات و عتاد يساير التطور، مما يزيد من نفقات التنظيم، هذه الأخيرة تضع المسير في مواجهة مشكل التحكم في المصاريف و مشكل النقص للموارد المادية و البشرية، و هذا ما يؤثر على سير التنظيم .وقد ينتج عن هذه النقائص كثرة العمل، و النقص من فعالية الخدمات، نقص النظافة (hygiène) أو شبه انعدامها، و زيادة الالتهابات الاستشفائية infections nosocomiales التي تزيد من مدة الاستشفاء و بالتالي تزيد من النفقات un surcoût من جهة، و من جهة أخرى ، ينتج عن ذلك إجهادا

فيزيقيا وذهنيا وقلقا وعدم الرضا للمستخدمين الذين يواجهون ظروف عمل صعبة تضعهم أحيانا في صراعات مع المرضى و تؤثر على مردود المعالجين. و بما أن منطقة الشك المتعلقة بالجانب الاقتصادي تتحكم فيها الإدارة ، فإن هذه الأخيرة تنتهج النموذج البيروقراطي لشرعية الإجراءات و القواعد فيه حتى تتمكن من فرض الضبط و الانضباط داخل المصالح الطبية و الأقسام، فتقوم بتحديد لأوقات العمل و تغيير للنظام المعمول به سابقا، لتتحكم في النقص خاصة بما يخص شبه الطبيين لأنها تمثل الفئة الكبرى في المستشفى ، هذا ما يخلق جوا مليئا بالتوتر، و يشكل صعوبة للاتصال بينهم وبين الإداريين ،الذين فرضوا ذلك بالرغم من تأثيره سلبا على المردود ،وكثرة المشاكل التي تنتج جراء الغياب المتكرر و الغير شرعي لهم ،هذا ما ولد صراعا معها أي مع الإدارة و مع المسؤولين خاصة شبه الطبيين الذين لا يقومون بوظيفتهم الحقيقية و التي تتمثل في تسيير فعال للمصلحة وتسهيل الاتصال بينهم ، وإدماج المستخدمين وتحسين ظروف العمل وتوفير مواد العمل من عتاد طبي ومواد صيدلانية تلبي الحاجة للعلاج ، فإنهم يقومون بدور المطبق لقرارات الإدارة خوفا على مناصبهم كما يرى ذلك المستخدمون أنفسهم ، لأن الإدارة تملك القدرة لتقديم المنصب (أي منصب المسؤولية)، لذلك نجد المستخدمين الذين كانوا يفضلون العمل الغير الرسمي المبني على التعاون و المشاركة والذي يساعد سير التنظيم أحسن ، أصبحوا يبحثون على التنظيم الرسمي ليحقق لهم الحماية اللازمة ،ويقومون علاقات رسمية مع الإدارة و حتى مع المسؤولين المباشرين في المصلحة ،هذا ما يجعل الاتصال فيما بينهم صعبا يؤثر على المردود و عوض أن تحقق الفعالية المرجوة من التنظيم البيروقراطي، لرسومية وشرعية القرارات فيه، فإنه يضع التنظيم الاستشفائي في خلل وظيفي و حلقات مفرغة ويبعد التنظيم عن السير الرسمي للمصالح .

أما من الناحية الثقافية فقد ظهرت قيم جديدة في المستشفى نظرا لظهور القطاع الخاص مواز ، وبما أنه يبحث عن الكفاءات فإنه استقطب المستخدمين من القطاع العام ، ليحقق بذلك الكفاءة و إنقاص لتكاليف التأمينات التي كان من واجبه دفعها ، لأنهم مؤمنين من قبل المستشفى الذي يعملون به ، لذلك نجد الأطباء يتركون المصالح حتى في أوقات عملهم، و شبه الطبيين يفضلون المناوبة الليلية لإيجاد وقت يتفرغون فيه سواءا للعمل في العيادات الخاصة أو في الصيدليات ، يؤثر هذا العمل على المردود للمهنيين في المستشفى، لأنه يسبب لهم الإرهاق و الإعياء و يزيد من حدة ذلك نقص العدد للمستخدمين وكثرة العمل ، لذلك نجدهم يفضلون العمل في المصالح التي لا يتوافد إليها المرضى بكثرة كمصلحة طب العيون مثلا ولذلك يتسببون في مشاكل داخل مصالحهم و يكثر من الغياب حتى تغير لهم المصلحة بما أن لديهم مورد مالي آخر غير رسمي .

وقد تيقنت الوزارة الوصية (الصحة) بضرورة إصلاح المستشفيات فشكلت لجنة وطنية خاصة لدراسة المعوقات الوظيفية في الميدان الصحي فتوصلت إلى ضرورة تجنيد عمليات استعجالية (des actions urgentes) وأولويات لتطبيق الإصلاح ومن خلال ست لقاءات للمجلس سمحت بإنتاج عمل فكري حول العناصر التي تبنى عليها إشكالية متفتحة على أهداف حقيقية و يمكن تحقيقها على المدى القصير و المتوسط و هذه الدراسة انطلقت في شهر أوت 2002 وكانت قد توصلت لدراسة ست ملفات:

- 1- ملف حول الحاجات للصحة و الطلب للعلاج،
- 2- ملف حول الهياكل الاستشفائية،
- 3- ملف حول الموارد البشرية (الترقية و تقييم المستخدمين من خلال مراجعة المكانة leurs statuts وظروفهم و طرق الممارسة، و الأجور، و تطورهم المهني ، و التكوين... الخ)،

4 - ملف الموارد المادية (أي إعطاء مواد ضرورية للعلاج بطريقة عقلانية...)

5- ملف حول المالية (توسيع الموارد) 6- ملف حول " مابين القطاعات " (قطاع

المالية،و العمل،و الضمان الاجتماعي ،و الحماية الاجتماعية و التضامن،و

التكوين المهني ، التعليم ،)¹

ومن الضغوطات والخلل الوظيفي الذي تطرق إليه المجلس الضغوطات

المتعلقة بالتنظيم و الموارد المادية و البشرية،و المتعلقة بالتمويل و المتعلقة

بالإعلام و التي كنا قد تطرقنا إليها مسبقا لأن من خلال معاشية الواقع الاستشفائي

تظهر هذه المعوقات واضحة و استطاع المستخدمون أن يتعايش معها لذلك ما

يبدو أنه عادي بالنسبة إليهم، هو غير عادي بالنسبة للمرضى.

لذلك فإن عدم الموازنة بين الحاجة و الطلب للعلاج و بين تقديمه

يخلق ذلك توتر دائم و ضغوطات مستمرة ينشأ عنها عدم الرضا الذي يعيق حتما

المردود العلاجي ، لذلك نتساءل عن ما إذا كانت هذه النقائص و الخلل الوظيفي

نتاج للنظام الصحي الذي يتميز بمجانية العلاج و تسيير ذاتي للمستشفيات ؟ أم أن

النموذج التنظيمي المطبق في المستشفى هو الذي أبعد التسيير الحقيقي (الفعلي) عن

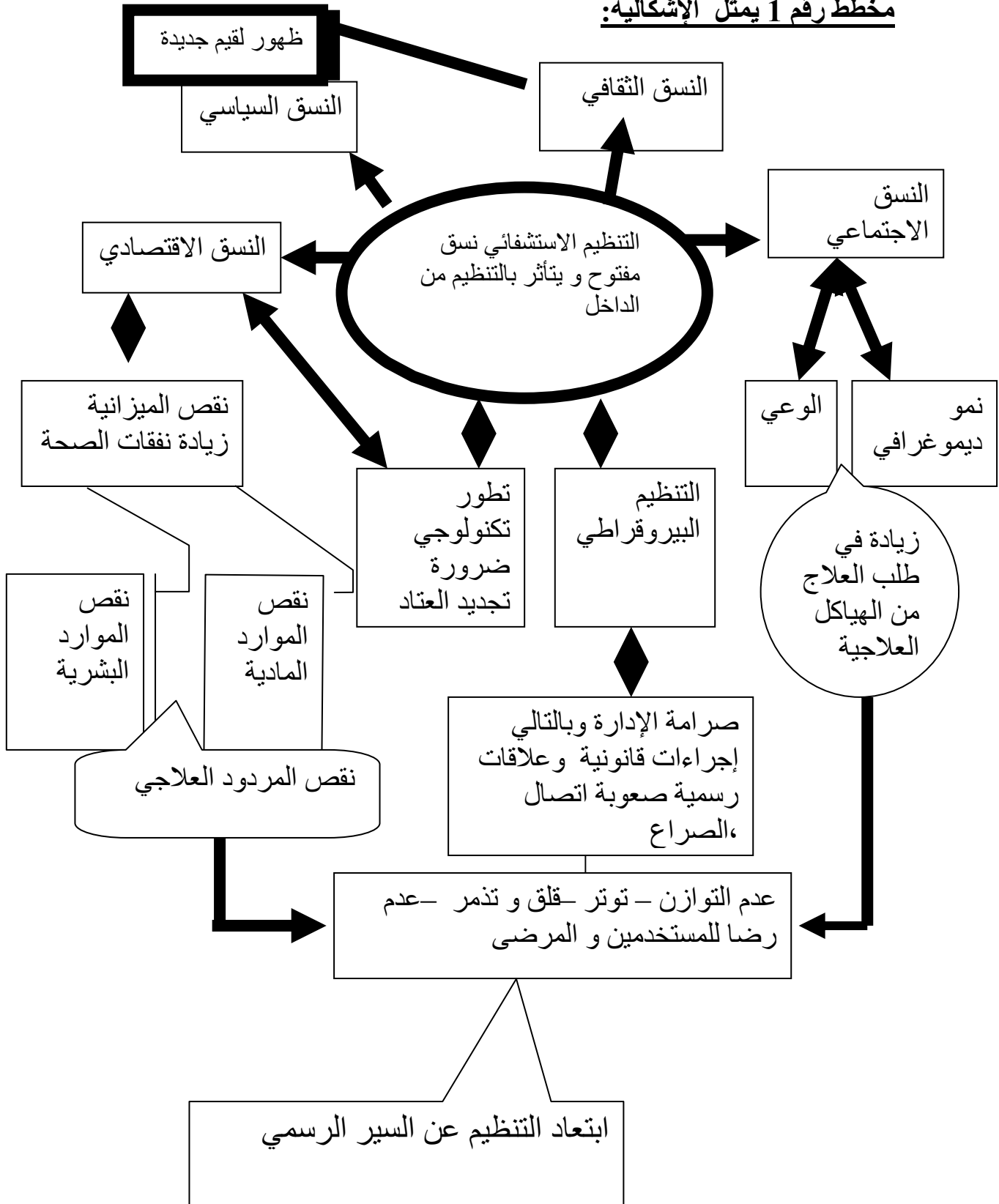
التسيير الرسمي؟

كيف هي استجابة المستخدمين للوضعية التي توصل إليها؟و كيف يرون

إشراكهم في العمل و في المؤسسة الاستشفائية؟

النسق الصحي :

مخطط رقم 1 يمثل الإشكالية:



الفرضيات

الفرضية الأولى : يستعمل التنظيم الاستشفائي النموذج البيروقراطي عوض نماذج

أخرى كالجماعي والمندمج و البيروقراطية المهنية الخ لتحقيق التوازن في التسيير
فيبعد التنظيم عن سيره الرسمي .

الفرضية الثانية : يؤدي تزايد التكاليف الاقتصادية ونفقات الصحة من جهة ونقص

الميزانية و خفض الموارد المادية و البشرية من جهة أخرى إلى تكاليف اجتماعية
باهظة للمريض و للمهنيين .

الفرضية الثالثة:

يعاني شبه الطبيين من ضغوطات متعددة ، تدعوهم للقيام مناورات دفاعية
للتخفيف منها .

المنهجية و التقنيات المستعملة في البحث :

وقد انتهجت الدراسة في إطار منهج البحث للأسلوب الكمي و الكيفي معا ، لطبيعة الموضوع الذي يمثل مجالا اجتماعيا غير معروفا و يفتقر إلى دراسات سابقة ضمنه ، بحيث استعملنا الجانب الكيفي خاصة في دراسة الحالة تناولنا من خلالها حالة استعجالات جراحة الأطفال ،،و في بناء النموذج التنظيمي .
فأما الجانب الكمي فاستعملناه في تكميم إجابات العينة للطبيين و شبه طبيين .
فاعتمدنا في هذه الدراسة على ثلاث تقنيات :

1- الاستمارة بالمقابلة للطبيين و شبه الطبيين في المستشفى ،الذين يقدمون سواء التشخيص الإكلينيكي و شبه الإكلينيكي و العلاج للمرضى و استثنينا الذين يعملون بصفة غير مباشرة مع العلاج كالأمينة الطبية و المساعدة الاجتماعية و أطباء (علم الأوبئة) *épidémiologiste*

2- المقابلة وعدد المقابلات (12) مع المرضى أو أمهات المرضى في مصالح طب وجراحة الأطفال ،وقمنا بتحليل محتوى هذه المقابلات .
3-الملاحظة بالمشاركة خاصة فيما يخص دراسة الحالة .

المجال المكاني :

تمت الدراسة بمستشفى نفيسة حمود (بارني سابقا) و قد تم ذلك على مستوى كل المصالح الطبية التي تقدم تشخيص إكلينيكي و شبه الإكلينيكي و العلاج للمرضى في المستشفى أو في ملحقاته سيتم تعريف ذلك لاحقا ، و ستخصص في الأخير دراسة مصلحة الاستعجالات لجراحة الأطفال و اختيارنا لهذه المصلحة لم يكن بدون مبرر، بل لكوني أعمل على مستواها ، و تشكل مصالح الاستعجالات الصورة الحقيقية التي تعكس حالة المصلحة التي تنتمي إليها ، فعلى مستواها يعيش المهنيين الظروف السيئة و الضغوطات ، و هذه الصعوبات تكمن في عدم وجود الوقت الكافي للتفكير في الحالات، خاصة المستعجلة جدا فعامل الوقت مهم و القرار الطبي يكون محدد زمانا، مهما كان إيجابيا أم سلبيا .

المجال الزمني :

تمت الدراسة الميدانية من سنة 200 إلى 2004 ، أي مرحلة ما قبل إصلاح المستشفيات.

اختيار العينة :

من الصعب أن ندرس كل العاملين بالمستشفى كمجتمع بحث نظرا لكبر حجمه و عددهم ، لذلك نأخذ عينة تكون ممثلة للكل و بنفس الخصائص ،فاخترنا عينة حصية باختيار موجه حيث أعدنا إنتاج الحصص حسب المرتبة و حسب الجنس في إطار الوظيفة.

و تضم العينة الطبيين وشبه الطبيين الذين يقومون بمهام التشخيص و العلاج و قد تم اختيار 20 % بالنسبة للأطباء في مرتبة الأطباء الجامعيين و الأطباء المساعدين و العاميين ما عدا الأطباء المقيمين،بحيث قمنا بتعديل (redressement) للفئة إلى نسبة 30% لأن هذه الفئة متغيرة ، أحيانا حتى في السداسي الواحد ، أردناها أن تكون كعامل مراقبة (témoin) و نسبة 25% بالنسبة لشبه الطبيين العاملين في المصالح الطبية ، و لم نأخذ كل التخصصات ،إلا التخصصات التي تباشر العلاج مباشرة مع المريض أو الفحوصات شبه الإكلينيكية، المخبر(البيولوجيا) و الأشعة.

التخصصات الطبية المختارة هي :

جراحة الأطفال ، طب الأطفال ، طب العيون ، طب النساء ، طب القلب ، طب الكلى ، الأطباء في التخدير و الإنعاش ،والبيولوجيا و، التشريح الخلوي و التخصصات شبه الطبية هي :

علاج عام ،علاج المواليد، مخبر(البيولوجيا) ،الأشعة ، القابلة ، تخدير ، تدليك طبي ،

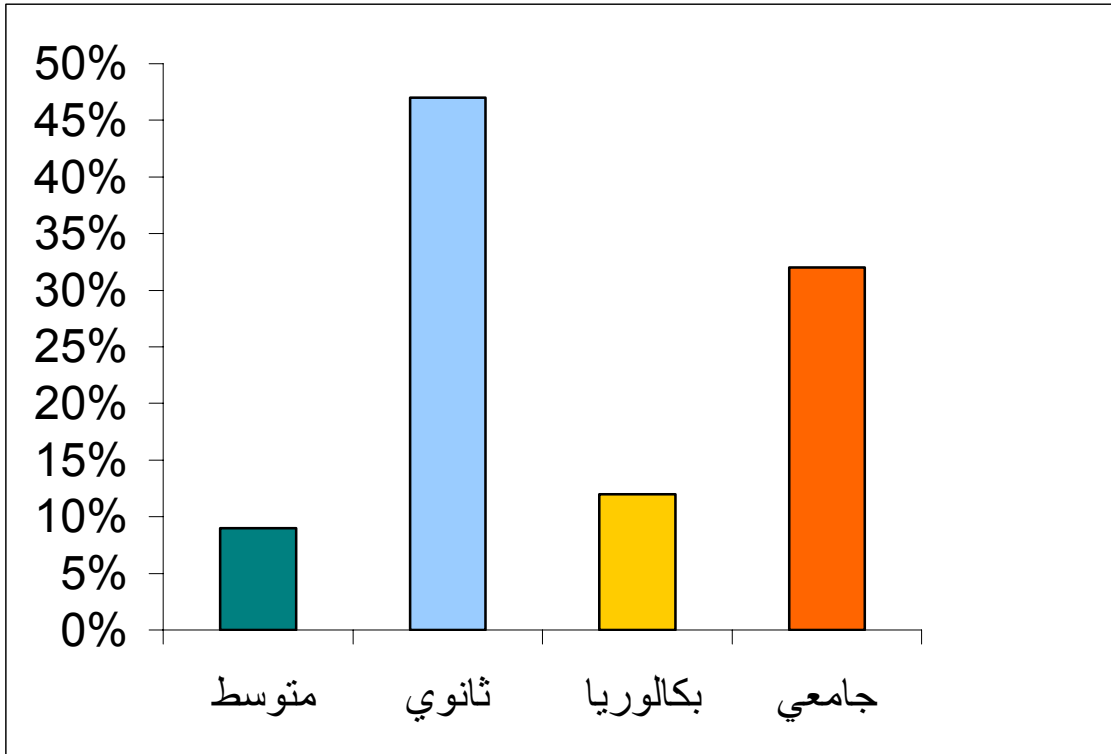
وقد تم اختيار العينة حسب الوظيفة و حسب الجنس و حسب المرتبة ولم نأخذ بعين الاعتبار التخصص و المصلحة ، كما يبينه الجدول الموالي :

الجدول رقم 01: يبين العينة حسب الجنس والوظيفة و المرتبة :

الوظيفة	المرتبة	الجنس	ذكور	إناث	المجموع
الطبيين	الأطباء الجامعيين		12 34%	23 66%	35 100%
			2 34%	5 66%	7 20%
	الأطباء المساعد		19 33%	39 67%	58 100%
			4 33%	8 67%	12 20%
	الأطباء المقيمين		18 31%	40 69%	58 100%
			5 31%	12 69%	17 30%
	الأطباء العاميين		8 19%	34 81%	42 100%
			2 19%	6 81%	8 20%
	المجموع الجزئي		57 30%	136 70%	193 100%
			13 30%	31 70%	44 23%
شبه الطبيين	الرئيسيين		40 40%	59 60%	99 100%
			10 40%	15 60%	25 25%
	ذوي شهادة دولة		56 31%	123 69%	179 100%
			14 31%	31 69%	45 25%
	المؤهلين		54 39%	84 61%	138 100%
			14 39%	21 61%	35 25%
	الأعوان		15 52%	14 48%	29 100%
			4 52%	3 48%	7 25%
	المجموع الجزئي		165 37%	280 63%	445 100%
			42 37%	70 63%	112 25%
	المجموع الكلي		222 35%	416 65%	638 100%
			55 35%	101 65%	156 24%

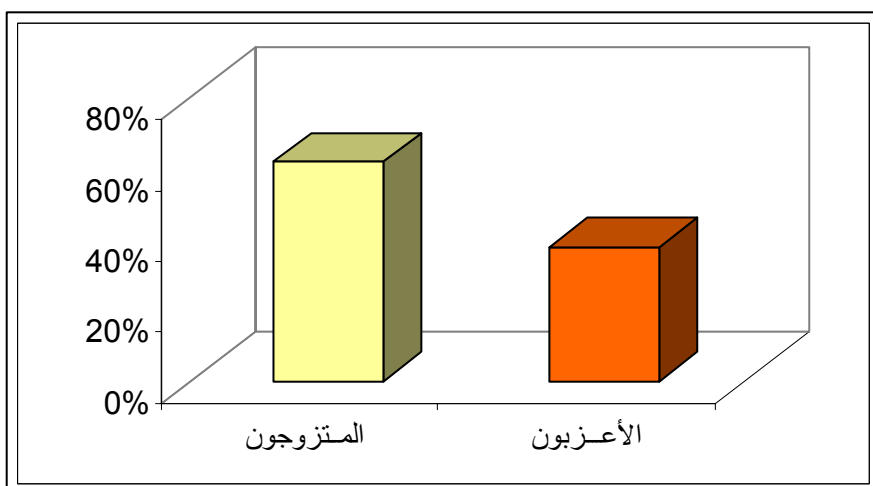
يمثل شبه الطبيين فئة كبيرة في المستشفى خاصة ذوي شهادة دولة والمؤهلين وبأغلبية جنس الإناث .

مخطط رقم 02 : يمثل المستوى الدراسي للعينة المختارة في المستشفى :

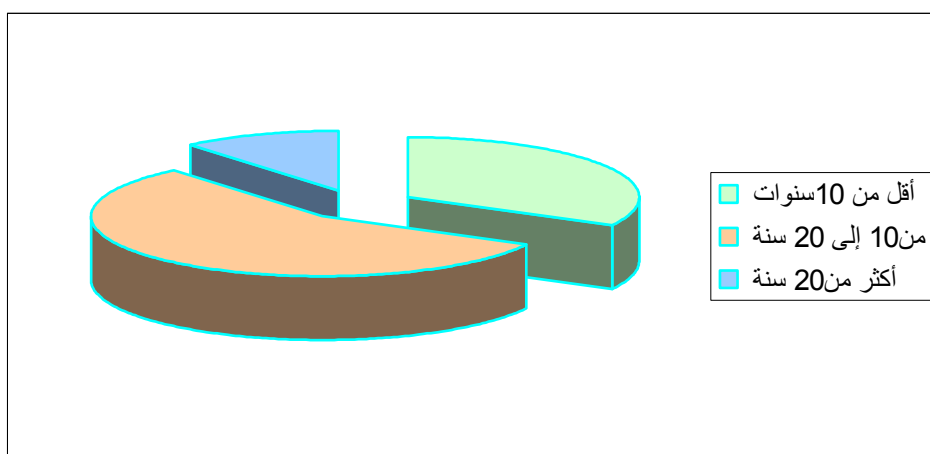


تمثل أكبر نسبة في المستشفى التي ذات المستوى ثانوي (شبه طبيين) و يمثل الجامعيين ثان نسبة و معظمهم طبيين بينما أصغر نسبة تمثل ذوي المستوى المتوسط فهي فئة شبه الطبيين ذات الأقدمية الكبيرة ، لأنه لا يتكون حاليا إلا ذوي شهادة بكالوريا للشهادة دولة والثانية أو الثالثة ثانوي للأعوان ، وهذا ما يفسر وجود النسبة الثالثة لذوي مستوى بكالوريا .

مخطط رقم 03: يمثل الحالة المدنية للعينة :

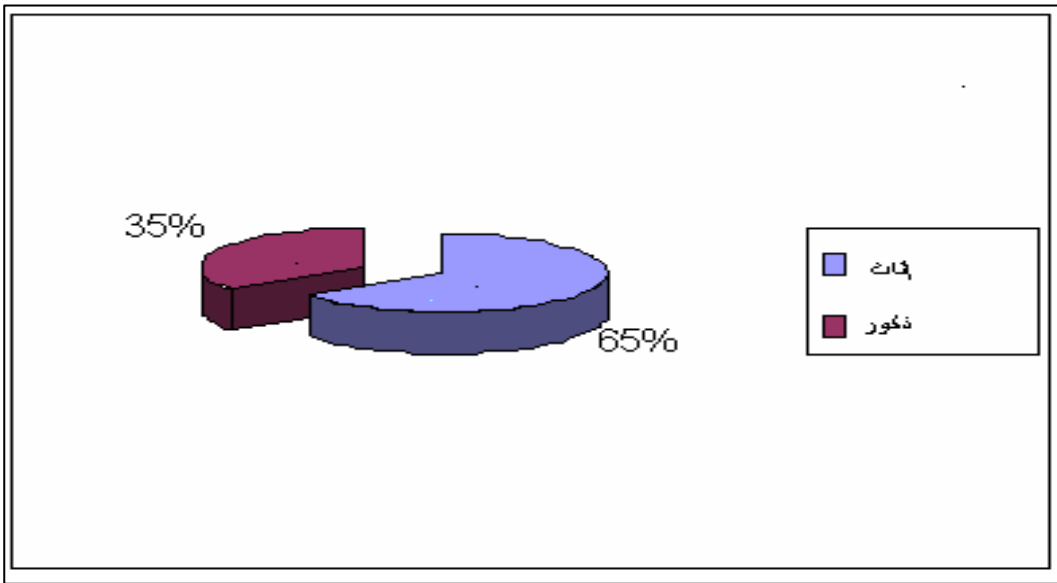


و يمثل المتزوجون النسبة الكبرى في العينة مخطط رقم 04 : يمثل الأقدمية في المستشفى للعينة :



تمثل النسبة من 10 سنوات إلى 20 سنة أقدمية أكبر نسبة في المستشفى ثم تليها نسبة أقل من 10 سنوات بينما تمثل القدامى نسبة قليلة .

مخطط رقم 05 : يمثل جنس العينة في المستشفى :



تمثل الإناث نسبة كبيرة في المستشفى تقريبا ضعف الذكور و هذا لكون النساء في المجتمع الجزائري تفضل و تميل للعمل في التعليم أو في ميدان الصحة .

الفصل الثالث

النماذج التنظيمية في المؤسسة الاستشفائية

1 - النماذج التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية

2 - النموذج التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية الجزائرية

النماذج التنظيمية للمستشفى

- *التنظيم المندمج
- * التنظيم البيروقراطي
- * التنظيم الإقطاعي
- * النموذج الجماعي المعاكس
- * النموذج المركزي المنحرف
- * النموذج الجماعي
- * البيروقراطية المهنية

يختلف النموذج التنظيمي من تنظيم لآخر ويتميز التنظيم الاستشفائي لبقائه ولمدة طويلة بعيدا عن الضغوطات الاقتصادية وقد تطور بصفة مختلفة عن المؤسسة الخاصة لذلك سَيّر وفق النموذج العاطفي و تفضيل للعلاقات الإنسانية،¹ وتختلف النماذج حسب نوعية السلطة و الدور الاندماجي الذي يلعبه المسؤولون، فالتنظيم الاستشفائي في الواقع هو نسق إنساني مصغرو لا يمكنه أن يؤدي دوره بفعالية إلا إذا كان مندمجا جيدا، لأن الاندماج لا يمكنه أن يتحقق بفرض نظام تدرجي (هرمي) سلطوي و لا بالتكثير من الإجراءات القانونية². ولكي تكون سلطة لا يكفي أن يمتلك الشخص حق العقاب وتطبيقه عندما يرفض الامتثال، بل يجب أن يكون نظام العقاب مقبول من طرف المرؤوسين و معترف به على أنه شرعي³. و بعبارة أخرى فإن السلطة تفترض وجود الشرعية التي حاول فيبر تصنيفها بتحديد ثلاث أنماط في كتابه le savant et le politique:

- 1- السلطة المبنية على الشرعية وتعني وجود مكانة شرعية و كفاءة ايجابية مبنية على أساس قواعد موضوعة عقلانيا، فشرعية هذا النوع مبنية على أساس الإيمان بالإجراءات و القواعد وبالأشخاص الذين لديهم سلطة تغييرها أو تثبيتها.
- 2- السلطة المبنية على التقليد و على العادة، التي يجب على المرء احترامها، فتلك هي القدرة التقليدية التي يمارسها الباطريارقي le patriarch حيث تكون الشرعية مبنية على أساس الإيمان بالنظام الموضوع بطريقة قديمة عن طريق التقليد ويكون مقدس في حد ذاته.

1 . Françoise Gonnet ; OP.CIT P 23 .

2 Ibid p 10

3 Renaud sainsaulieu : sociologie de l'entreprise (organisation ,culture ,et développement) ,édition presse des sciences po et dalloz ,2^{ème} édition et mise à Jour ,Paris , 1997 .P 52.

3- السلطة المبنية على التفاني: لشخص توضع فيه الثقة لشخصيته الفريدة و هذه القدرة الكاريزماتية التي يمارسها السياسي أو الرسول....الخ ، وفي هذا النوع من الشرعية يكون الامتثال هو امتثال شخصي مرتبط بمدى الإيمان بالرئيس الكاريزماتي.¹

وتكون النماذج التنظيمية مرتبطة بنوعية السلطة المبنية على شرعية الإجراءات القانونية و السلطة التقليدية والسلطة الكاريزماتية، وقد نجدها في التنظيمات الاستشفائية مثلها مثل التنظيمات الأخرى وهذا ما تبينه دراستين سوسيولوجيتين: الأولى ل Marianne Binst في مؤلفها Du Mandarin au Manager hospitalier من خلال المسار الذي يتخذه المريض منذ دخوله المستشفى إلى غاية خروجه، داخل عدة مصالح تحمل نفس التخصص جراحة القلب والأوعية (chirurgie cardiovasculaire) ونفس التقنيات و نفس الآلام و تنتمي إلى خمس مستشفيات متواجدة في ثلاثة بلدان غربية أمريكا، سويسرا و فرنسا، أين يعتبر ميدان الطب في هذه البلدان متطورا ، والدراسة الثانية ل Françoise Gonnet للتنظيم الاستشفائي الفرنسي. فالدراسة الأولى تتمثل في نوعين من التنظيم يتواجدان على مستوى مستشفيات أمريكيين ينتميان إلى نفس الجامعة Harvard لكنهما متناقضين في توجههما : إحداهما مندمج و الثاني بيروقراطي bureaucratic:

فالتنظيم المندمج

يعتمد على شخصية رئيس المصلحة والجراحون الذين يلعبون دور الاندماج l'intégration¹، حيث نجد داخل هذه المصلحة فئتان تلعبان دورا أساسيا: الجراحون و الممرضات، تتكفل الفئة الأولى بالعمليات الجراحية وبينما تعتني الثانية بالاستشفاء، فالفئتان مكملتان لبعضهما البعض ،لا يوجد تنافس بينهما، فالمصلحة متبادلة والهدف هو نفسه بالنسبة إليهما، بحيث تبحث الممرضات على الاستقلالية و الحصول على مسؤوليات ويريد الجراحون إلقاء العبء على عاتق الممرضات و في الغالب أثناء مرحلة ما بعد الجراحة، ليتفرغوا للعمليات الجراحية الأخرى، وبذلك تحافظ الفئتين على استمرارية العلاج و ديمومة علاقات السلطة في المصلحة، فهذا التنظيم هرمي بحيث أن كل الطلبات تأتي من الجراحين و خاصة من رئيس المصلحة ويكون مبدأ السلطة فيه بسيط بحيث ما هو إيجابي بالنسبة إليه هو إيجابي للمصلحة ، لذلك يفوض بعض المسؤوليات للجراحين من نفس المصلحة، و يتميز بقوة انتمائه للمصلحة identification ودوره الكبير في الإدماج و سلطته القوية يحافظ بذلك على التوازن داخل التنظيم ، و يمكن تشبيه هذا النموذج بالنموذج العائلي،حيث يتمتع كل شخص بمكانته و ينظم الأب الباترياركي القواعد و يحقق المصلحة العامة¹.

ولهذا النموذج ميزتين : فعاليتها و بساطته بإمكانه تجاوز منطق المحاسبة، والإدارة و الممرضات أو الأطباء، للتركز حول الحاجات الحقيقية للمريض.²

MARIANNE BINST : OP CIT P 64- 65 -66

Ibid p 258

1

2

التنظيم البيروقراطي: يسود المنطق البيروقراطي داخل المصلحة، في المستشفى الثاني ويظهر ذلك في توزيع المهام بين مختلف الفئات، و الذي يتميز بالمكانة وبالصرامة والاحترام الكبير للقوانين وأيضا الحلقة البيروقراطية المفرغة في تسييره، ويسود المنطق التايلوري من خلال تجزئتهم للمهام و للفرق والمسار الذي يسلكه المريض منذ دخوله لغاية خروجه من المصلحة¹.

و توضع القواعد البيروقراطية لتفادي الصراع ولتسيير تحويل المرضى من وحدة لأخرى، حيث تقدم الأماكن حسب الأسبقية للمرضى، وقد أدى هذا إلى عدم الاتفاق الغير رسمي بين المستخدمين، أدى بدوره إلى التسيير البيروقراطي لهذا النسق، فلا تتجسد السلطة و القدرة في الأشخاص أو الجماعات الذين يسعون لأهداف واضحة بل في القواعد و الإدارة، و يمكن تفسير رجوعهم إلى الإدارة في اتخاذ القرارات هو غياب لفئة مهيمنة، ملتزمة، ذات سلطة معترف بها من طرف الغير، إضافة لغياب الاتصال بين الفرق، ولّد بيروقراطية كبيرة للإجراءات، حتى البسيطة منها، وقد انتزعت من المصلحة القرارات، تجعل الفئات المختلفة تنفصل عن بعضها، ويؤدي ذلك إلى ضرورة تدخل الإدارة و لهذا يمكن التحدث عن الحلقة المفرغة للبيروقراطية؛ و قد يمثل الزيادة الدائمة للموارد المادية و المالية و البشرية لهذه المصلحة الشيء الوحيد الذي يسمح لسيرها بدون عوائق وصراعات؛ وهذا يعد طبعا من استراتيجيات إدارة المستشفى²

ibid p 94

1

Ibid p 98 -99-100-101.

2

التنظيم الإقطاعي (féodale):

نجد هذا النموذج من خلال مصلحة جراحة القلب و الأوعية لمستشفى فرنسي كبير و ذو سمعة عالمية، بحيث أن الميزة الأساسية في تسيير هذه المصلحة هو عدم احترام لجدولة العمليات الجراحية و قد يتشابه مع النموذج المندمج في كون مجموعة الفئات تعتمد على رهانات داخلية للمصلحة وسلطة الجراحين الكبيرة، و أيضا لتفويض كبير للسلطة ، لذلك يمكن اعتبار هذا النموذج اشتقاق للنموذج المندمج لأنه يحوي على كل العناصر المكونة له، إلا عنصر واحد و هو كون رئيس المصلحة لا يلعب دور الموحد للمصلحة واندماج المستخدمين¹، لأنه ليس له هدف شامل محدد من طرف الإدارة ليلجأ إلى تحقيقه، و قد تختلف نظراته لكيفية تحقيقه لهذه الأهداف التي يحددها مختلف الفئات، فينصب اهتمام الجراحون بإجراء العمليات الجراحية بأكبر عدد ممكن، ويضعون لذلك مناورات لتحقيق أهدافهم إلا أنه يحدث العكس و لا يتحقق ذلك²، و يميز هذا التنظيم غياب كلي لتدخل الإدارة عكس التنظيم البيروقراطي، فتدخلها يكون محدودا ، إلا عندما تقدم له الميزانية، وتكون بذلك غير فعالة لأنها لا تدعو إلى العمل الكبير³.

Ibid p155

1

ibid p 176

2

ibid p 165

3

و هناك تنظمين آخرين انحرفا عن النموذج الموضوع و المسطر له مسبقا من طرف الإدارة أحدهما في فرنسا و الثاني في سويسرا :

النموذج الأول هو النموذج الجماعي المعكوس (collégial contraire):

نجد هذا النموذج في مصلحة لمستشفى فرنسي حديث النشأة، و قد تدخل عدة فاعلين لوضعه، المنطق السائد فيه عند فتحه هو الجماعي collegial، بحيث أن كل فئة تحتاج لفئة أخرى ليتسنى لهم جميعا الوصول للأهداف، في البداية لم تكون هناك سلطة سائدة، بحيث تفاوض الفاعلون بعض المكانات مسبقا حسب التخصص، لكن هذا التنظيم انحرف مرتين عن طبيعته، في البداية كانت إدارة المصلحة جماعية collegial باقتسام الميدان، وشيئا فشيئا، اهتم الجراحون أكثر بالعمليات الجراحية و المخدرون بالإنعاش و أطباء القلب بالجناح الشمالي، فانقطع الحوار بينهم و أصبح التعاون ميكانيكي، إلا بالنسبة للقداى خاصة رئيس المصلحة و المسؤول عن المخدرين، فإنهم واصلوا تعاونهم، ومن خلال هذا التنظيم تقترب من النموذج البيروقراطي¹، فقد كانت في البداية عدة فئات تملك قدرة قوية في التنظيم، لذلك كانوا مجبرون على التفاوض لإدماج المجموع للنسق إلا أنه حدث الاندماج بسبب انقطاع الاتصال حيث اتخذت كل جماعة من الفاعلين الأقوياء لها موقعا، وأهم سبب هو غياب فئة سائدة في الأول، و أدى تساوي القدرات إلى تفاوض خاطئ،²

Ibid p 238-239

Ibid p 248

1

2

النموذج الثاني هو النموذج المركزي المنحرف (centralisé dévoyé) :

ونجد هذا النموذج في مصلحة بمستشفى يقع بسويسرا (suisse

romande) حيث يهتم رئيس هذه المصلحة بعمليات المرضى الخواص

و الأغلبية منهم من الخارج خاصة الإيرانيين و السبب هو مادي (مالي)

بالدرجة الأولى، علاقاته مع الجراحون معقدة لأنه يتدخل في عملهم، وهو من

يضع برمجة العمليات الجراحية لهم، و يطلب منهم المساعدة في مهام الروتينية

كفتح و غلق (الخيطة) للعمليات الجراحية، يضع على عاتقهم برمجة مرضى

الاستعجال، و متابعة المرضى الخواص في مرحلة ما بعد الجراحة،¹

فهذا التنظيم مركزي جدا، لكن انحرفت هذه المركزية لكون لبعض الفاعلين

(خاصة الجراحون) يسيرون الضغوطات التي فرضت عليهم، خاصة في قاعة

العمليات و أيضا في قاعة الاستيقاظ، فقد استطاعوا الحفاظ على مسؤوليتهم اتجاه

المرضى و تنظيم العمل فيها، و أيضا يتفاوض الجراحون مع أطباء التخدير في

قاعة الإنعاش الحالات المستعجلة، للحصول على أماكن أو من خلال تعاون

المرضات مع الجراحون أو زملائهم من مصلحة الإنعاش، في هذه الحالة و في

عدة وضعيات مماثلة، بحيث تخلق نزعة جماعية عن طريق غير رسمي حول

مسار المريض داخل المصلحة.²

النموذج الجماعي collegial :

تناولت الباحثة Françoise gonnet في دراستها نموذج سير

المصالح في المستشفى الفرنسي، وأشارت إلى تسيير مصالح قسم الطب الداخلي

لمركز استشفائي إقليمي (فرنسي) وفق نموذج جماعي، في بعض نشاطاته

(كالتكوين ما بعد الجامعة مع أطباء المدن، طلب العتاد، الاجتماعات، السكرتارية

العامة..... الخ) وهذا النموذج الجماعي le collégiale هو غير رسمي تشكل

Ibid p 198

1

Ibid p 214-215

2

تدريجيا عن طريق انتقاء جماعي يقوم حول القائد، ويركز هذا التنظيم على المريض، وبالرغم من كون المستخدمين لهم هويات مهنية (Identités Professionnelles) مختلفة إلا أن الهدف الذي يجمعهم هو مشترك، بحيث تربط مختلف الفئات المهنية علاقات جيدة و مشاركة فعالة ملحوظة، و لتنظيم العمل المتبنى، فائدة واضحة للجميع، سواءا بالنسبة لتناسق المعلومات أو للمشاركة في أداء المهام و يسمح لكل واحد منهم أن يقوم بمهامه على أحسن وجه و بسهولة، وتعطى فرصة التعريف بالمساهمات الخاصة للجميع، ويتمتع المستخدمون بالاستقلالية و المسؤولية و المبادرة في عملهم، و يقيّمون حسب النتائج¹ .

تتفق الباحثتان في كون عامل الاندماج يلعب دورا مهما في فعالية التنظيم، وقد ظهر أنه رهانا أساسيا، توصلت إليه الباحثة Marianne binst عندما حاولت تقييم الأداء في مختلف النماذج التنظيمية، حيث يعتبر مستقل عن ثقافة المجتمع و نوع المرض المعالج أو التقنية المستعملة ، بل يدخل في إطار إشكالية عامة للمستشفى.²

ويرى ميشال كروزييه أنه إذا لاحظنا الواقع اليومي داخل المصلحة الاستشفائية، فإنه يشكل نسق إنساني مصغر ، لا يمكنه أن يؤدي مهامه إلا إذا اندمج، و يضيف أن مشكل الاندماج أصبح صعب جدا في المصلحة ذات مستوى تقني كبير و متعدد للتخصصات الطبية و الجراحية، و لا يمكن للاندماج أن يتحقق عن طريق فرض نظام هرمي وسلطوي و لا بالتكثير من الإجراءات القانونية.³

أما الباحث Mintzberg المتخصص في التنظيمات فقد يرى أن النموذج المستعمل أكثر لوصف السير الداخلي للمستشفى هو نموذج البيروقراطية المهنية⁴

1 [Françoise Gonnet :OP CIT P[118.....134]

2 Marianne Binst ; Op cit P 252

3 Françoise Gonnet ;Op.cit P 10

4 Cantandriopoulous et autres ;Op.cit p8

نموذج البيروقراطية المهنية

و يعرف Mintzberg هذا النموذج أنه عبارة عن تنظيم بيروقراطي لكنه غير مركزي (لا مركزي) ، و نجده عندما يكون العمل معقد ويحتاج إلى تحقيق و مراقبة من طرف المهنيين (les professionnelles) ، وفيه نوع من الاستقلالية لهم وفي نفس الوقت يبقى مستقر حيث يكون هناك تحسين للكفاءات عن طريق برامج تنميط عملية (standardisation opérationnelle) وقد نجد هذا النوع من التنظيم في الجامعات ، وفي المستشفيات الكبرى ،.... الخ ، و تعتمد في سيرها على الكفاءات و المعرفة التي تميز المهنيين فيها وتنتج خدمات منمطة¹ . و يركز التنظيم المهني لتنسيق نشاطاته على تنميط الكفاءات، والتي تتحقق أساسا عن طريق التكوين و التنشئة الاجتماعية (socialisation) ، و لذلك تشغل متخصصين ذوي تكوين وتنشئة اجتماعية ، تفسح لهم مجالا مهما لمراقبة عملهم، و حرية التصرف ويعني ذلك أن المهنيين يعملون مستقلين نسبيا عن زملائهم ولكن يبقون قريبين من الزبائن الذين يتعاملون معهم مثل الطبيب الذي يعالج مريضه الخاص، و يبقى اللقاء معه شخصي. وقد يحقق أكبر جزء من التنسيق عن طريق تنميط الكفاءات و المعرفة ، لأن كل شخص منهم يعرف ما ينتظره الغير منه وذلك حسب ما تعلمه ، فمثلا خلال نشاط طويل و معقد لعملية جراحية لقلب مفتوح، لا يحتاج الجراح للاتصال كثيرا مع المخدر قبل فتح القفص الصدري و حتى عند العملية على القلب نفسها يمر أكبر وقت العملية في هدوء تام. و قد قام SPENCER بالقاء مداخلة قبل اجتماعه مع الجمعية الدولية لجراحة القلب و الأوعية ، على الطريقة التي يكون فيها العمل المعقد لهذا التنظيم منمط ، بحيث لاحظ أن التكوين لدى الجراح له ميزة مهمة و هي ممارسته التكرارية ، لها هدف خلق فعلا أوتوماتيكيا، هذه الممارسة أوتوماتيكية إلى درجة أن للجراح سلسلة

¹ H.Mintzberg :le management (voyage au centre des organisation)

édition d'organisation ,France 2001 p 257.

من الوصفات في ذاكرته يستخرج ما هو ضروري لحظة العمليات.و بالرغم من درجة التمييز للكفاءات إلا أن المهنيين (الجراح، أو المهندس) لا يستعمل كفاءته بنفس الطريقة فكل مهني يستخدم منطقته الخاص¹

و يمتد التكوين الأولي التقليدي عادة عدة سنوات ويقدم في الجامعات أو في معاهد متخصصة، وفي هذه الفترة، تقدم الكفاءات و المعرفة المهنية بطريقة مبرمجة و نظرية للطلبة، وتتبع هذه السيرة بمرحلة تدريب طويلة المدى مثلما هو الحال النسبة للأطباء المتربصين الداخليين، أين تطبق المعرفة النظرية في الميدان و تحسن الكفاءات و يكمل التدريب سيرة التنشئة الاجتماعية التي بدأت أثناء التكوين الأولي الجامعي، ومع مرور الوقت تظهر وتتطور كفاءات و معارف جديدة وهذا يساعد المهني ليصعد في سلم المراتب في ميدان تخصصه .

و يتوجه هذا التكوين نحو هدف واحد و هو أن تصبح المعايير و الإجراءات دولية و هذا ما يعطي للبنية مظهر البيروقراطية التقنية (و التي تعرف بكونها مرتبطة بعملية التنسيق عن طريق التمييز) ، و تعتمد البيروقراطية المهنية على سلطة من نوع مهني (وهي قدرة الكفاءات) (le pouvoir de la compétence)².

لا يملك المدراء في هذا التنظيم القدرة مثلما هو الحال في التنظيمات الأخرى لأنهم لا يمكنهم مراقبة المهنيين مباشرة إلا أن لديهم مجموعة من الأدوار التي تعطي لهم قدرة معتبرة و غير مباشرة لأنهم يمضون وقتا كبيرا لمعالجة المشاكل التي تحدث داخل التنظيم ، و يملكون لمناصب واضحة موجودة على حدود التنظيم أي بين المهنيين داخل التنظيم و بين المساهمين من الخارج والمؤثرين les détenteurs d'influence كالحكومة، الجمعيات..... الخ فهم يحاولون من جهة حماية استقلالية المهنيين ومن جهة أخرى مواجهة الضغوطات الخارجية وللحصول على مساعدات للتنظيم (معنويا و ماليا) لذلك ينتظر منهم هؤلاء المؤثرون أن يراقبوا المهنيين ، ويعتبرون حلهم لمشاكل المهنيين التي تكون فيما

IBID P 257-258
IBID p 259.

1
2

بينهم أو مع الأشخاص الخارجيين أن تعطيهم القدرة، وهذه الأخيرة مصدرها اللاتيقين l'incertitude، فالإداري الذي يستطيع جلب تمويل إضافي للتنظيم تكون له الكلمة عندما يتم توزيعها، والذي يحل الصراعات لفائدة المصلحة أو يستطيع عزل المهنيين عن المؤثرات الخارجية يكون شخص محبوب لديهم و بذلك قوي في التنظيم، ويمكن القول أن القدرة في التنظيم المهني يمر عبر المهنيين الذين يبذلون كل قواهم وجهودهم للعمل الإداري عوض نشاطاتهم المهنية، وقد يحافظ الإداري على قدرته أكبر فترة ممكنة يظن فيها المهنيون أنه يخدم مصالحهم بفعالية¹. يكون اخذ القرار في هذا النموذج عن طريق اختيار جماعي بحيث لا تتحدد القرارات لا من الإداريين و لا من المهنيين، بل تعالج عن طريق سيرورة تفاعل التي تجمع المهنيون بالإداريين، لتنوع كبير للمستويات و الوحدات، كالقرارات المبهمة التي تخص المستقبل و الترقية للمهنيين، و في بعض الأحيان وضع الميزانية. الخ²، ويشبه بعض المتخصصين هذا النموذج بالنموذج الجماعي أين تأخذ القرارات عن طريق مجموعة من الأشخاص أو جماعة، يكون لكل واحد منهم دور و تخصص مختلف، لكن يتقاسمون غاية واحدة وأهداف مشتركة لتنظيمهم. و البعض الآخر يقترح النموذج السياسي أين يكون اختلاف مصالح الجماعات المشاركة تخدم مصالحهم الشخصية و العامل السياسي يصبح وسيلة تحديد النتائج، لكن الواضح أنه لا تستطيع لا المصلحة المشتركة ولا المصلحة الشخصية أن تسيّر في كل وقت لسيرورة القرار؛ بل يمكن اعتبار السلوك النابع من الرغبة القوية لتحقيق مصلحة المؤسسة كفعل جماعي، وكل الذي ليس له غاية أساسية إلا المصلحة الشخصية كفعل سياسي³.

Ibid P 264-265

Ibid P271

Ibid P 271-272-273

1

2

3

النموذج التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية الجزائرية

- 1 التنظيم الاستشفائي الجزائري
- 2 النموذج التنظيمي لمستشفى الأستاذة نفيسة
حمود (بارني)

التنظيم الاستشفائي الجزائري

- 1 -المركز الاستشفائي الجامعي لنفيسة حمود (بارني)
- 2- تبيولوجية (نمذجة)المصالح الطبية
- 3-المصالح الطبية في المستشفى
- 4 التقسيم التقني للعمل العلاجي

التنظيم الاستشفائي الجزائري:

لا توجد دراسات حول النماذج التنظيمية للمستشفى الجزائري و سنتطرق في هذه الدراسة إلى النموذج المطبق من خلال دراسة ميدانية لتنظيم استشفائي جزائري يتمثل في مستشفى بارني(أنيسة حمود) الذي يقع في شرق مدينة الجزائر، حيث لا يمكن تعميم الدراسة على كل المستشفيات، فلكل خصوصياته وتخصصاته، وقد تشترك في أمور كثيرة بانتمائها إلى نفس النسق الصحي، ويسيرها مدراء معظمهم متخرجون سواء من المدرسة العليا للإدارة ذوي تخصص تسيير المستشفيات، أو من معهد تكوين المدراء للمستشفيات أو من معهد التسيير الإداري و العلوم القانونية ، ولديها نفس النظام ولكن تتميز باستقلالية للتسيير المالي،

و نجد تقسيم للمؤسسة الاستشفائية إلى ثلاث أنواع:

1-المركز الاستشفائي الجامعي 2- القطاع الصحي 3- المستشفى المتخصص

1- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة:

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي، تنشأ بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي وتوضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر المؤسسة. وتتكون من هيكل واحد أو هياكل متعددة متخصصة للتكفل بمرض معين، أو مرض يصيب جهازا عضويا معينا أو مجموعة ذات عمر معين .¹

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية / العدد 81 (10 شعبان عام 1418 هـ)
ص 13-20 ص 29،30

القطاع الصحي:

هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، يوضع تحت وصاية الوالي، يقترح الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي، في إنشاء أو حل أي قطاع صحي بمرسوم تنفيذي.

يتكون القطاع الصحي من مجموعة الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكييف الطبي، التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات و التابعة للوزارة المكلفة بالصحة.

المركز الاستشفائي الجامعي:

هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. ويتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي.

يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي و يمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية.

يكلف المركز الاستشفائي الجامعي بمهام التشخيص والكشف والعلاج والوقاية والتكوين والدراسة والبحث العلمي وذلك بالتعاون مع مؤسسة التعليم و/ أو التكوين العالي في علوم الطب المعنية.¹ ويقوم المركز الاستشفائي بالمهام التالية:

1- في ميدان الصحة :

ضمان نشاطات التشخيص والعلاج والاستشفاء والاستعدادات الطبية الجراحية والوقاية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة، المساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية العلمية والتربوية للمؤسسات الصحية. و المساهمة في حماية المحيط والترقية في الميادين المتعلقة بالوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية،

¹ نفس المصدر ص 31-32-33-34.

2- في ميدان التكوين:

ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي في علوم الطب و المشاركة في إعداد البرامج المتعلقة به ، و المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم .

3- في ميدان البحث :

لقيام في إطار التنظيم بكل أعمال الدراسة و البحث في ميدان الصحة ، تنظيم مؤتمرات وندوات و أيام دراسية و تظاهرات أخرى تقنية و علمية من أجل ترقية نشاطات العلاج و التكوين و البحث في علوم الصحة . تنظيم النشاطات البيداغوجية و العلمية للمركز الاستشفائي و تحديد شروط التحاق الطلبة و توجيههم .

التنظيم الإداري:

يدير المركز الاستشفائي الجامعي مجلس إدارة يديره مديرا عاما مزودا بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي و و تقوم اللجنة الاستشارية بمساعدة المدير العام في فترة بين دورات المجلس العلمي .

المجلس الإداري :

يضم المجلس عدة أعضاء ممثلين بممثل الوزير المكلف بالصحة ، ممثل الوزير المكلف بالتعليم العالي، ممثل التأمينات ، ممثل هيئات الضمان الاجتماعي، ممثل المجلس البلدي، ممثل للطبيين ،ولشبه الطبيين ، وللأخصائيين الجامعيين ، ممثل جمعيات المنتفعين، ممثل العمال، رئيس المجلس العلمي .

المدير العام : عين بمرسوم تنفيذي وبقرار من الوزير المكلف بالصحة ويساعده في تأدية مهامه أمين عام ، و مديرون ومديرو الوحدات عند الضرورة.

المجلس العلمي: و يضم الرئيس ورؤساء المصالح مدير مؤسسة التكوين

العالي المعنية أو الممثلة وعند الاقتضاء مسؤولون لوحدات البحث ،عضوان أو ثلاثة أعضاء يعيّنهم المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي من بين المجموعة العلمية للمؤسسة ، أستاذ محاضر وأستاذ معيد ينتخبوهما زملاؤهما لمدة ثلاث سنوات وموظف شبه طبي يعينه المدير العام للمركز يتمتع بأعلى رتبة في السلك شبه الطبي.

و يكلف المجلس العلمي بإصدار آراء لاسيما فيما يخص :

- إقامة علاقات عملية بين المصالح الطبية.

- مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية و إعادة تهيئتها . - برامج الصحة و السكان .

- برامج التظاهرات العلمية و التقنية .

- إنشاء المؤسسات الطبية أو إلغاؤها

- الاتفاقيات الخاصة بالتكوين و البحث في علوم الطب .

يقترح المجلس العلمي كل الإجراءات التي لها علاقة بنشاطات المصالح و التي من شأنها أن تحسن تنظيم مصالح العلاج و الوقاية و سيرها وتوزيع المستخدمين .

يشترك في إعداد برامج التكوين و البحث في علوم الطب و يقدر نشاط المصالح

في ميدان العلاج والتكوين و البحث . و يمكن لمدير المركز الاستشفائي أن يطلع

المجلس الطبي كل أمر ذي طابع طبي ، علمي أو تكويني وأن يستدعي للاستشارة

كل شخص قد يساعده في أشغاله .

اللجنة الاستشارية: تشمل اللجنة الاستشارية الرئيس ،رئيس المجلس العلمي ، من

(3) إلى (7) رؤساء مصالح يعيّنهم المجلس العلمي . وتجتمع هذه اللجنة مرة كل

شهر.

تمويل المركز الاستشفائي الجامعي:

تحدد مدونة ميزانية المركز الاستشفائي الجامعي بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالمالية و تتضمن بابا للإيرادات و بابا للنفقات،

تتضمن الإيرادات ما يلي:

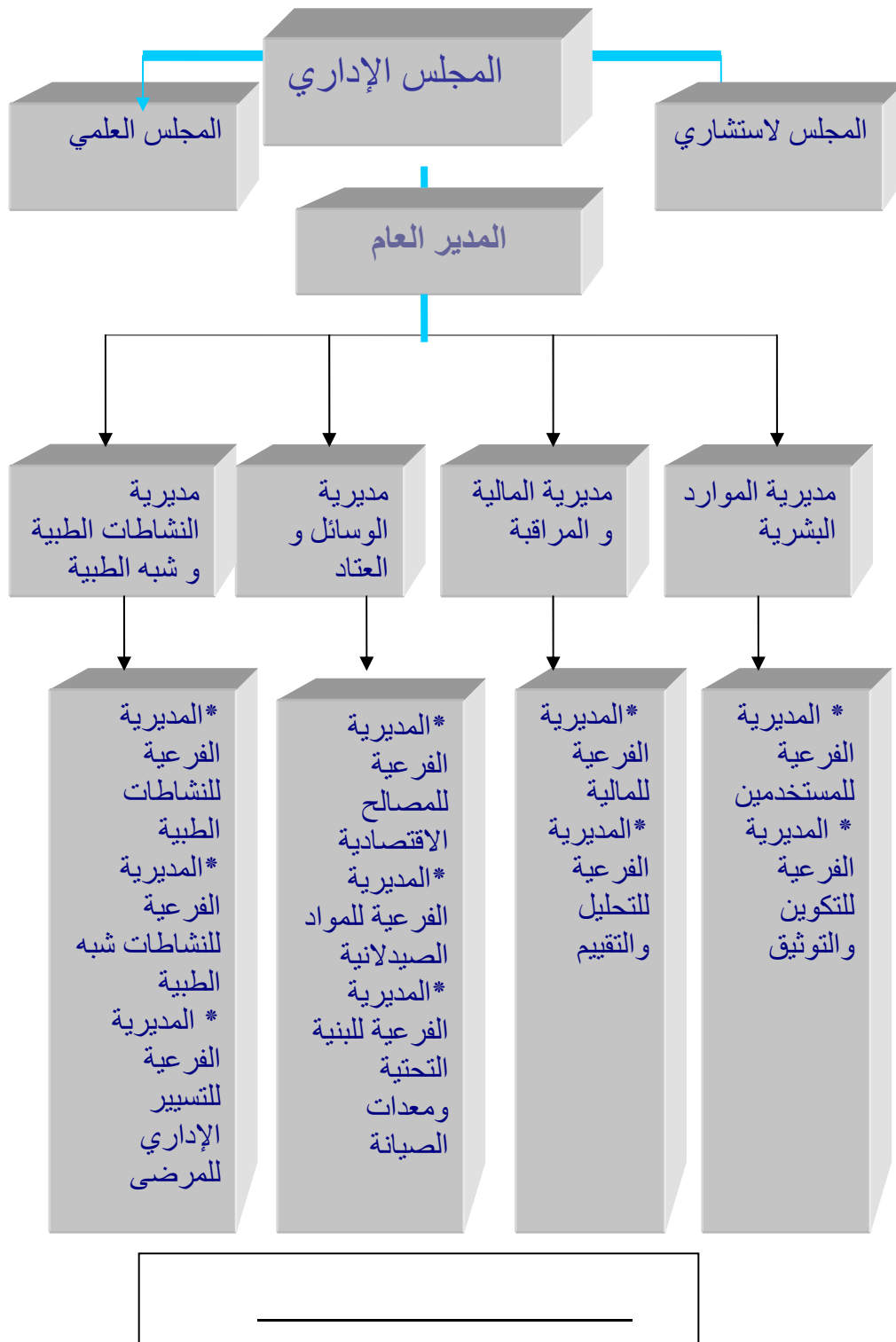
- إعانات ومساهمة الدولة المتمثلة في أعمال العلاج و الوقاية و البحث الطبي و التكوين و التكفل بالمعوزين الغير المستفيدين من التأمينات الاجتماعية .
- إعانات الجماعات المحلية .
- الإيرادات الناتجة عن التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي و الخاصة بالعلاج المقدم للمؤمنين الاجتماعيين و لذوي الحقوق و عن التعاقد مع التعااضديات و المؤسسات و مؤسسات التكوين.
- التخصيصات الاستثنائية.
- الهبات و الوصايا الممنوحة في إطار التشريع و التنظيم المعمول بها
- الإيرادات المختلفة .
- الإيرادات و الإعانات الأخرى المتعلقة بنشاط المؤسسة .
- تسديدات التأمينات الاقتصادية الخاصة بالإضرار الجسدية .

تتضمن النفقات ما يأتي :

- نفقات التسيير
 - نفقات التجهيز
 - أي نفقة أخرى ضرورية لتحقيق هدفه .
- يحضر المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي مشروع الميزانية و يعرضه على مجلس الإدارة للمداولة ، و يرسله بعد ذلك إلى السلطة الوصية للمصادقة عليه . و تحدد الكيفيات المناسبة لمراقبة النفقات بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالمالية¹ .

¹ نفس المصدر ص 34-35

مخطط رقم 06 : يبين منظم المستشفى :



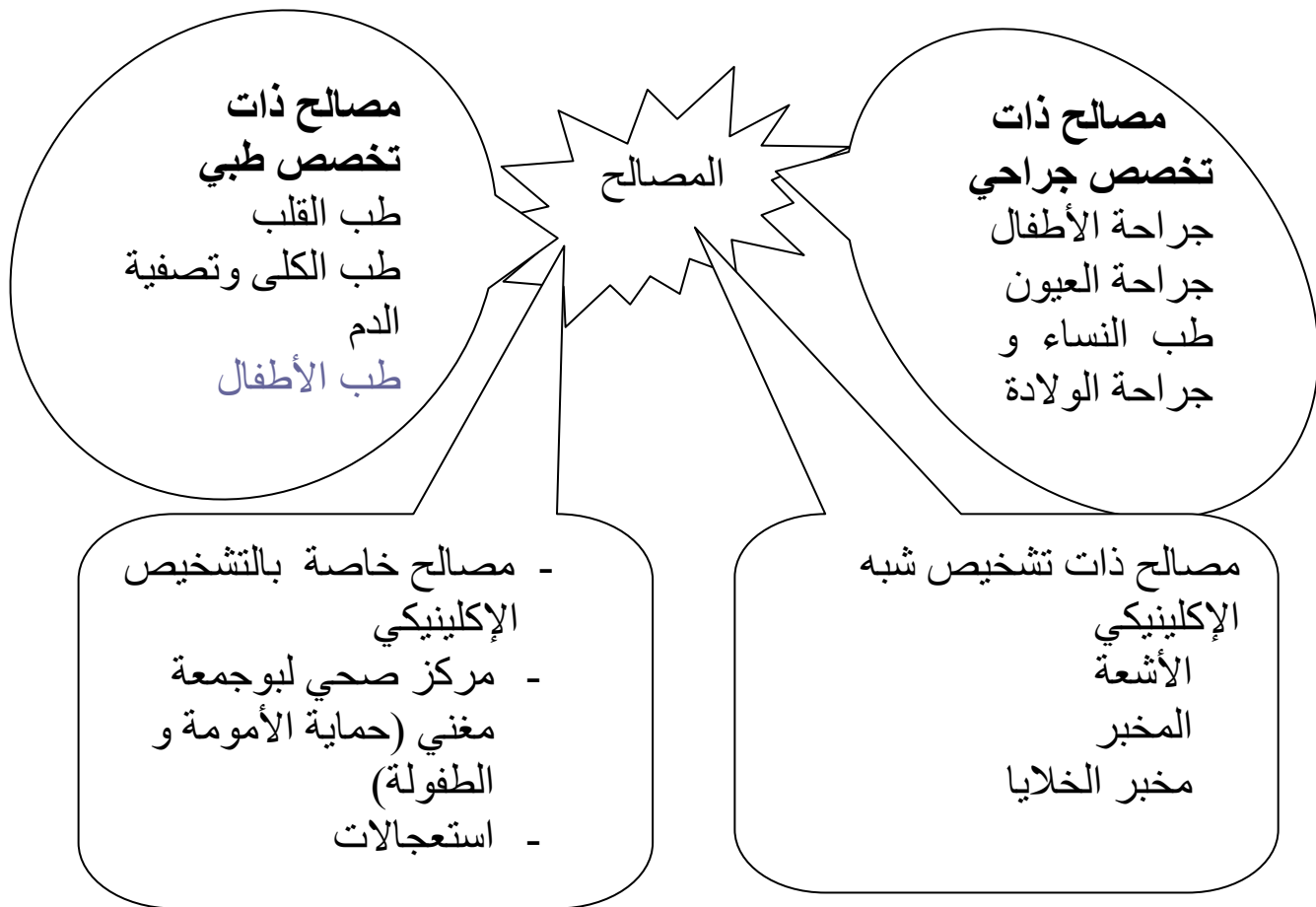
• مصدر المعلومة : من إدارة الموارد البشرية

المركز الاستشفائي الجامعي للأستاذة نفيسة حمود بارني سابقا :

يعتبر مستشفى نفيسة حمود مركز استشفائي جامعي و يقع في شرق مدينة الجرائر الموجود بشارع بوجمعة مغني بحسين داي، يقوم بمهام الصحة و التكوين و البحث العلمي شأنه شأن المراكز الاستشفائية الجامعية الأخرى ، و يعتبر مكان حضاري، ذو تكنولوجيا حديثة ، وقد كان ملجأ للعجزة تبرع به السيد بارني و منه بقيت التسمية وقد كان ذلك سنة 1898 ، ثم أنشأت فيما بعد مدرسة تكوين الممرضات التابعة للمستشفى و قد استخدم الجيش الفرنسي هذا المستشفى كمخزن للعتاد الصحي أثناء الحرب التحريرية ، و بعد الاستقلال أدخلت عليه عدة تعديلات وأصبح يضم عدد من الأقسام و المصالح التي تغيرت تخصصاتها من فترة لأخرى ،وأصبح اليوم يحوي على المصالح التالية : طب الأطفال ، جراحة الأطفال (استعجالات طب و جراحة الأطفال) ، طب النساء و التوليد ، طب القلب ،طب الكلى و تصفية الدم و تمييز غشاء الصفاق dialyse péritonéale ،طب و جراحة العيون، المخبر (مركز حقن الدم ،المخبر المركزي)،مخبر الخلايا والتشريح المرضي (Anapathologie) ومصلحة الأشعة المركزية، و توجد مصلحة تابعة للمستشفى، وهي مصلحة الاستعجالات و تقام فيها أيضا تشخيصات متخصصة تابعة لمصلحة طب القلب ومصلحة جراحة الأطفال ومركزين صحيين إحداهما يقوم بالتشخيص المتخصص طب الأطفال طب القلب و تخصصات أخرى كالطب الداخلي و تخصص الغدد و أيضا حماية الأمومة و الطفولة ،ومركز صحي آخر يمثل تشخيص أمراض العيون تابع لمصلحة طب العيون و تشخيص و متابعة النساء الحوامل تابع لمصلحة طب و جراحة النساء .

بما أن المستشفى يحوي على عدة مصالح ذات تخصصات مختلفة جراحية و طبية
فإننا سنقدم تيبولوجية TYPOLOGIE نمذجة للمصالح حسب التخصص و
حسب شدة الضغوطات :

مخطط رقم 07: يبين تيبولوجية (نمذجة) المصالح الطبية حسب التخصص:





التوتر والضغوطات اللذان يميّزان المصالح الطبية متواجدان بصفة مستمرة في

المصالح ذات الاستعجال الكبير le pronostic vital est touché

كالولادات الصعبة (لأنه يتعلق الأمر بحياة شخصين) وحالات النزيف مهما كان

سببه بالنسبة لمصلحة الولادة ، والاستعجالات بالنسبة لحوادث المرور الكثيرة و

المتكررة التي تصيب عدة أجهزة في الجسم تكون في بعض الأحيان مميتة و

مرتبطة بعامل الوقت و وسائل العمل الخاصة بالاستعجال وهذا بالنسبة لمصلحة

جراحة الأطفال، التي يتردد إليها عدد كبير من المرضى.

المصالح الطبية في مستشفى نفيسة حمود :

يعتمد تنظيم العلاج في المستشفى على المصالح الطبية التي هي عبارة عن وحدات وظيفية متخصصة ، تخضع لمسؤولية رئيس المصلحة، ونجد في مستشفى بارني (نفيسة حمود) عدة مصالح طبية:

1- مصلحة طب النساء : تتكون مصلحة طب النساء من عدة وحدات ، بحيث أن كل وحدة تؤدي وظيفة معينة أو وظائف

1-1 - مصلحة التشخيص (تشخيص الاستعجالات، تشخيص خارجي، تحقيق

التشخيص شبه الإكلينيكي (échographie,biologie)

1-2 - مصلحة الاستشفاء فيها عدة وحدات،

- وحدة خاصة بالحمل ذوي الخطورة الكبيرة تحوي على 24 سرير

- وحدة ما بعد الولادة(26)سرير+وحدة للمواليد الجدد (26) مهد للمواليد الجدد

- وحدة ما بعد الجراحة يحوي على (14) سريرا.

- وحدة استشفاء أمراض النساء يحوي على (19)سريرا.

- قاعة الولادة – قاعة العمليات - وحدة التنظيم العائلي

2 - مصلحة طب الأطفال:

مصلحة (أ)وتضم الوحدات التالية و التي قسمت حسب فئات العمر :

* وحدة(berceau) يختص بالمرضى ذوي عمر من 40 يوم إلى 18 شهرا

*وحدة(La Ruche)تضم المرضى ذوي أعمار 18شهر إلى 04 سنوات مع أمهاتهم

*وحدة(Prairie) تختص باستشفاء المرضى ذوي أعمار من 04 إلى 16 عاما بنات.

* وحدة (Oasis)تضم المرضى ذوي نفس العمار أي من 04 إلى 16 عاما ذكور.

* وحدة التشخيص المتخصص

مصلحة(ب) وتضم المصالح الخاصة بالاستعجالات و العناية المركزة و تضم
الوحدات التالية :

- وحدة الإنعاش (10 أسرة) - وحدة الاستشفاء اليومي(12)سريرا
- وحدة العش (LE NID) (14) سريرا – وحدة الاستعجالات
- تشخيص متخصص في طب الأطفال في مركز " بوجمعة مغني"
- وحدة تشخيص شبه إكلينيكي للكشف الوظيفي Explorations fonctionnelles
(Echographie,endoscopie digestif,Endoscopie bronchique)

3- مصلحة جراحة الأطفال:

تضم مصلحة جراحة الأطفال علي 5 وحدات:

- وحدة (BOUISSON) الخاصة بجراحة Viscérale ذات (31) سريرا .
- وحدة (POTAIN) الخاصة بجراحة العظام ذات (19) سريرا.
- قاعة العمليات: ويشمل 3 قاعات للعمليات الجراحية وقاعة عمليات الغير نظيفة
- Septique، وقاعة الاستيقاظ ب3 أسرة وحدة الاستشفاء اليومي بسريرين ،
- وحدة الاستعجال تتواجد مع مصلحة الاستعجال طب و جراحة الأطفال هي
- منفصلة عن المصلحة من حيث الموقع لكن تحت مسؤولية رئيس مصلحة جراحة
- الأطفال وتتكون من قاعتين للعمليات وقاعة تضم (4) أسرة، لقبل وبعد الجراحة و
- تستعمل أيضا كقاعة للملاحظة و مراقبة المريض (La surveillance) وفيها
- قاعة لوضع الجبس Salle de plâtre و قاعة لتشخيص الاستعجال، و قاعة
- (مدخل الوحدة) للخياطة والتضميد و علاج الحروق.

4- مصلحة طب القلب : تمثل مصلحة القلب عدة وحدات للاستشفاء و أخرى

للتشخيص

- 1 - وحدة الرجال : تحوي على (26) سرير يتم على مستواها علاج كل الأمراض المتعلقة بالقلب و الأوعية ، وأيضا الكشف عنها ، والقيام بالتشخيصات الإكلينيكية و شبه الإكلينيكية ،
- 2 - وحدة النساء : تحوي على (26) سريرا و تقوم بنفس المهام .
- 3 - وحدة الإنعاش: تحوي على (8) أسرة تقوم بالعناية المركزة للمرضى الذين تسوء حالتهم أو الذين قدموا في إطار الاستعجال وحالتهم تحتاج إلى عناية فائقة لأنها تحتوي على الآلات تقوم بمراقبة دقيقة (Monitoring).
- 4 - وحدة الأطفال : التي هي حاليا لا تعمل، و هي في طور الإنجاز بها (12) سريرا و (8) أسرة صغيرة للأطفال اللذين لا يزالون في المهد .
- 5 - وحدة الاستعجال : تحوي على سريرين تقوم باستقطاب الحالات الاستعجالية للمرضى اللذين يتابعون تشخيصهم في المصلحة و الحالات الجديدة.
- 6 - وحدة لتشخيص و العلاج (Cathétérisme): تقوم بالتشخيص و علاج السكتة القلبية (infarctus du myocarde) في المرحلة الاستعجالية الأولى و تقوم بالمراقبة، و تملك الآلات و الأجهزة الحديثة.
- 7 - وحدة المخبر و وحدة التشخيص شبه الإكلينيكي كال " doppler " ، و Epreuve d'effort ، و أخيرا جراحة الأسنان لمرضى القلب .

5- مصلحة طب الكلى و تصفية الدم :

يحيوي على ثلاث وحدات أساسية:

- 1 - وحدة الاستشفاء تحوي على (13) سريرا .
- 2 - وحدة تصفية الدم عن طريق الكلى الاصطناعية (Générateurs) تحوي على (11) منها و (11) سريرا للمرضى اللذين يقومون بذلك .

3 - وحدة تصفية (Dialyse péritonéale) (غشاء الصفق) هي ليست بوحدة كبيرة وإنما غرفة تقام فيها هذا النوع من التصفية (فتحل محل الكلى في وظيفتها حيث تغيّر فيها الأكياس التي تحوي على مواد تقوم بواسطتها تصفية عن طريق واسطة (un cathéter) يوضع في البطن (Dans la cavité péritonéale).

6- مصلحة طب العيون :

تحوي على وحدتين للاستشفاء ،

- وحدة الرجال ، ب(30) سرير ،

- وحدة النساء ب (30) سرير مع (3) أسرة للأطفال ،

- وحدة للتشخيص التي تقع خارج المستشفى

- وحدة لغرفة العمليات، تحوي على 3 غرف للعمليات وغرفتين للجراحة

الصغيرة la petite chirurgie

- وحدة الاستعجالات

7- مركز تحقيق الدم : لم تأخذ في دراستنا هذه المصلحة على أنها قائمة بذاتها

نظرا لكون المهنيين الذين يعملون بها هم شبه طبيين في المخبر وقد تم استجوابهم

على أساس أنه مخبر للتحاليل ، يحوي على غرفة لنزع الدم بأربعة كراسي ،

مكتب للاستقبال ، وحدتين لتحليل الدم لكل تخصصها

(, Immuno-hématologie, Sérologie) ، و وحدة توزيع و تقديم الدم

وسيارة متنقلة للبحث عن متطوعين لنزع الدم .

8-المخبر : نأخذ بعين الاعتبار المخبر المركزي و مخبر الأطفال ومخبر أمراض

القلب ، وهناك عدة تخصصات :

(Biochimie ,microbiologie,hémobiologie,immunologie,

Parasitologie) .

و وحدة لنزع الدم و تقديم النتائج (نظام خارجي)

و يداوم المخبر المركزي 24/24 ساعة

9 الأشعة :

وتحتوي على عدة وحدات متفرقة عبر المصالح لذلك نجد بعض المصالح بها وحدة الأشعة كما هو الحال ب: (مصلحة طب الأطفال، استعجالات طب و جراحة الأطفال ، القلب، الاستعجالات ، الخ)
وبعض المصالح لا تملكها، فنجد لديهم آلة الأشعة متنقلة كمصلحة جراحة الأطفال و الإنعاش بالنسبة لمصلحة طب الأطفال، وهناك غرفة للفحص الإكوغرافيا ، للمرضى الذين تم استشفائهم في المستشفى . وهناك مركز أشعة جديد في طور الإنجاز .

المصالح الموجودة خارج المستشفى :

10- مخبر الخلايا و تشريح المرضى anatomo –pathologie و فيزيولوجيا

إنتاج الطاقة : عبارة عن مصلحتين داخل مصلحة واحدة:

Cytologie ,d'anatomie pathologique , de physiologie

(métabolique)

وتحتوي على عدة وحدات لعدة تخصصات :

Histopathologie ,Histo chimie،Immuno histo chimie

Cytopathologie générale, Nutrition, Exploration fonctionnelle

و مكتب للاستعلام

القطاع الصحي لبو جمعة موغني و مصلحة الاستعجالات :

11 - القطاع الصحي لبو جمعة موغني:

ويحتوي على الفحوصات المتخصصة (تابعة لمصالح مستشفى نفيسة حمود) وهي:

طب الأطفال و طب القلب و طب الكلى و طب الغدد و أمراض السكري

(endocrinologie et diabétologie) و طب الشرعي .

و هناك وحدة حماية الأمومة و الطفولة ، ويقام فيها التلقيح للأطفال من طرف شبه طبيين ذوي تخصص علاج المواليد و متابعة الحمل بالنسبة للنساء الحوامل و أيضا تنظيم الولادات و تقوم بذلك القابلة .

و هناك أيضا يقام الفحص ببيكولوجي و أرتو فوني .

وخلال البحث الميداني تطرقنا إلى وحدة حماية الأمومة و الطفولة فقط لأنه يعمل في هذا القطاع أطباء تم استجوابهم في مصالحهم داخل المستشفى .

12-الاستعجالات : وتتكون هذه المصلحة من عدة وحدات :

-وحدة الاستعجال: الجراحة الصغيرة (petite chirurgie) وهناك حجرة للعمليات

- الطب العام و هناك قاعتين للملاحظة و المراقبة للمرضى

- الفحوصات : - طب عام

- المتخصصة : جراحة الأطفال ، طب القلب ،

- فحص ببيكولوجي

- قاعة العلاج العام

- الأشعة

- مكتب الاستقبال .

التقسيم التقني للعمل العلاجي في المستشفى :

يعمل بالمصالح الطبية لمستشفى نفيسة حمود (بارني) كغيره من المؤسسات الاستشفائية الأخرى أطباء وشبه طبيين ينتمي كل منهما إلى تنظيم تدريجي هرمي وتقسم المهام لكل منهم وفق مكانته في التنظيم الذي ينتمي إليه و ذلك كما يلي:

1- التنظيم الطبي :

1 - 1 - الأستاذ رئيس المصلحة : (le professeur chef de service) وهو أستاذ في الطب يمثل قمة الهرم الطبي و له مسؤولية المصلحة يقوم بالوظيفة الطبية و التسييرية داخل المصلحة ، و يهتم بالعلاج و التكوين و البحث العلمي و يشرف على الرسائل الطبية ويمكن أن يكون أيضا الأستاذ المكلف بالدروس (le docent) هو من يقوم بهذه المهام .

1- 2 - الأستاذ المساعد (le maitre assistant) وهو طبيب متخصص و حصل على رتبة الأستاذ المساعد عن طريق مسابقة (امتحان يقام للأطباء المتخصصون، و يكون قد قدم دروس بيداغوجية للطلبة في الطب في التدرج أو ما بعد التدرج) أو لشبه الطبي أو الإشراف على مذكراتهم ، ويقوم بدور التكوين و دور العلاج و يكلف في بعض الأحيان برئاسة الوحدات أو المصلحة إذا تعذر وجود الأستاذ (le professeur) .

1- 3 - الطبيب المساعد (المختص) (l'assistant) و هو طبيب تم دراسته في التخصص وأصبح يقوم بمهام التشخيص و العلاج في إطار تخصصه .

1- 4 - الطبيب المقيم (le resident) هو طبيب له شهادة الطب العام و لكنه في طور الدراسة للتخصص .

1- 5 - الطبيب العام (le généraliste) وهو طبيب حاصل على دكتورا في الطب العام و يعمل في هذا الإطار .

1- 6 - الطلبة الداخليين و الخارجيين : (les internes et les externes) :

هم لا يزالون طلبة و لم يحصلوا على شهادة الطب إلا بعد إنهاء التربص و كل المواد المقررة للدراسة لمدة سبع سنوات.

2: التنظيم شبه الطبي : وتنقسم هذه الفئة إلى أربعة مستويات يصنفون من

أعلى مرتبة إلى أدناها كما يلي:

1 فئة شبه الطبيين الرئيسيين

وهي مرتبة أعلى من ذوي شهادة الدولة و لكنها لا تقوم على أساس التكوين بل هي ترقية عن طريق امتحان مهني لذوي شهادة دولة الذين لهم أقدمية أكثر من خمس (5) سنوات أو عن طريق الاختيار Au choix (أي ترقية عن طريق الأقدمية لأكثر من عشر سنوات ويختار واحد الأكثر أقدمية للمرشحين في كل التخصصات مجتمعة) .

ويكون الرئيسيون هم المرشحون للمسؤولية أكثر من غيرهم و في كثير من الأحيان ذوي شهادة دولة هم من يحصل على مناصب مسؤولية بعد ثلاث سنوات على الأقل من الأقدمية ليكون رئيس الفريق و لذوي أقدمية أكثر بالنسبة لمنصب المراقب للمصالح الطبية . هذا من الناحية الرسمية أما في الواقع فيمكن أن ينصب أشخاص للمسؤولية و بعدها يساعد على نيل المرتبة الأعلى في الامتحان المهني و ذلك بطريقة غير رسمية .

2- التقنيون السامون في الصحة (شبه طبيون ذوي شهادة دولة) :

و تشكل هذه الفئة الأعلى درجة للمكونين أي لا توجد فئة أخرى متكونة ذات مستوى أعلى * ، و يتطلب لتكوين لذلك شهادة البكالوريا ، وقد كانت هذه الفئة

- المرتبة الأعلى : تتمثل في الرئيسيون ، و تكون ترقيتهم على أساس الامتحان المهني و ليس عن طريق التكوين ، فيكون التكوين فقط للمكونين أي أساتذة التكوين شبه الطبي و ذلك حسب عدد المناصب المحددة من الوظيفة العمومي و تكون المسابقة وطنية و قد تكون مناصب في بعض التخصصات فقط .

تتكون بمستوى ثلاثة ثانوي مع إجراء لمسابقة فيصنفون حسب ترتيبهم فالأوائل ضمن التقنيون السامون (ذو شهادة دولة) و الذين يأتون في المؤخرة سيكونون ضمن تقنيون في الصحة (المؤهلون)، و تمتد مدة التكوين لثلاث سنوات مع إنجاز لمذكرة نهاية الدراسة و اجتياز امتحان نهائي نظري و آخر تطبيقي، تجمع فيها كل تخصصات الطب بالنسبة للعلاج العام في ثلاث تخصصات (الطب الداخلي) ، (الجراحة) و (طب الأطفال وطب النساء) ، للحصول على شهادة دولة ، و تضم عدة تخصصات (العلاج العام ، القابلات التخدير و المساعدة الاجتماعية ،التدليك الطبي ، الأمانة الطبية.... الخ و تقوم كل فئة بالمهام الموكلة إليها حسب تخصصها.

3 - فئة التقنيين في الصحة أو (المؤهلون)

وهي فئة في وسط السلم شبه الطبي و تقوم بمهام العلاج و قياس الحرارة و الضغط و أحيانا تطهير الأدوات الجراحية و جمعها و ترتيبها ،وقد كان يتم توظيفهم بعد تكوين لسنتين و يتطلب لذلك المستوى الثانوي مع النجاح في مسابقة للدخول إلى التكوين،والآن توقف تكوين هذه الفئة إلا في إطار التكوين الداخلي (تكوين متواصل في إطار تسيير للموارد البشرية أو عن طريق الامتحان المهني).

4 فئة مساعدين التقنيين (ATS) أو مساعد شبه طبي :

وهي فئة في أدنى درجة شبه الطبي و تقوم بمساعدة في التمريض و النظافة والتطهير وأيضا مساعدين لمعالجة المواليد و في المخبر و الأشعة ، يقومون بالمساعدة من ناحية النظافة للمريض وتغيير الأفرشة و قياس الحرارة و تطهير الأدوات الجراحية و الوحدات (Désinfection) و أحيانا يقومون بمهام غير موكلة إليهم رسميا كالعلاج العام (حقن ، تضميد و خاصة تحقيق عن طريق الأوردة (Intraveineuse)) و هذا بصفة غير رسمية و قد كان تكوين هذه الفئة لمدة سنتين لذوي مستوى أولى أو الثانية ثانوي ، و توقفت لمدة سنوات ثم أعيد فتحها و أصبح يشترط المستوى الثالثة ثانوي مع إجراء مسابقة.

النموذج التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية الجزائرية

● النموذج التنظيمي لمستشفى الأستاذة نفيسة
حمود (بارني سابقا)

- * - تنظيم العمل و العلاج
- ** - أشكال التنظيم
- *** - الإعلام و الاتصال
- **** - السلطة و القيادة

* تنظيم العمل و العلاج

تمهيد:

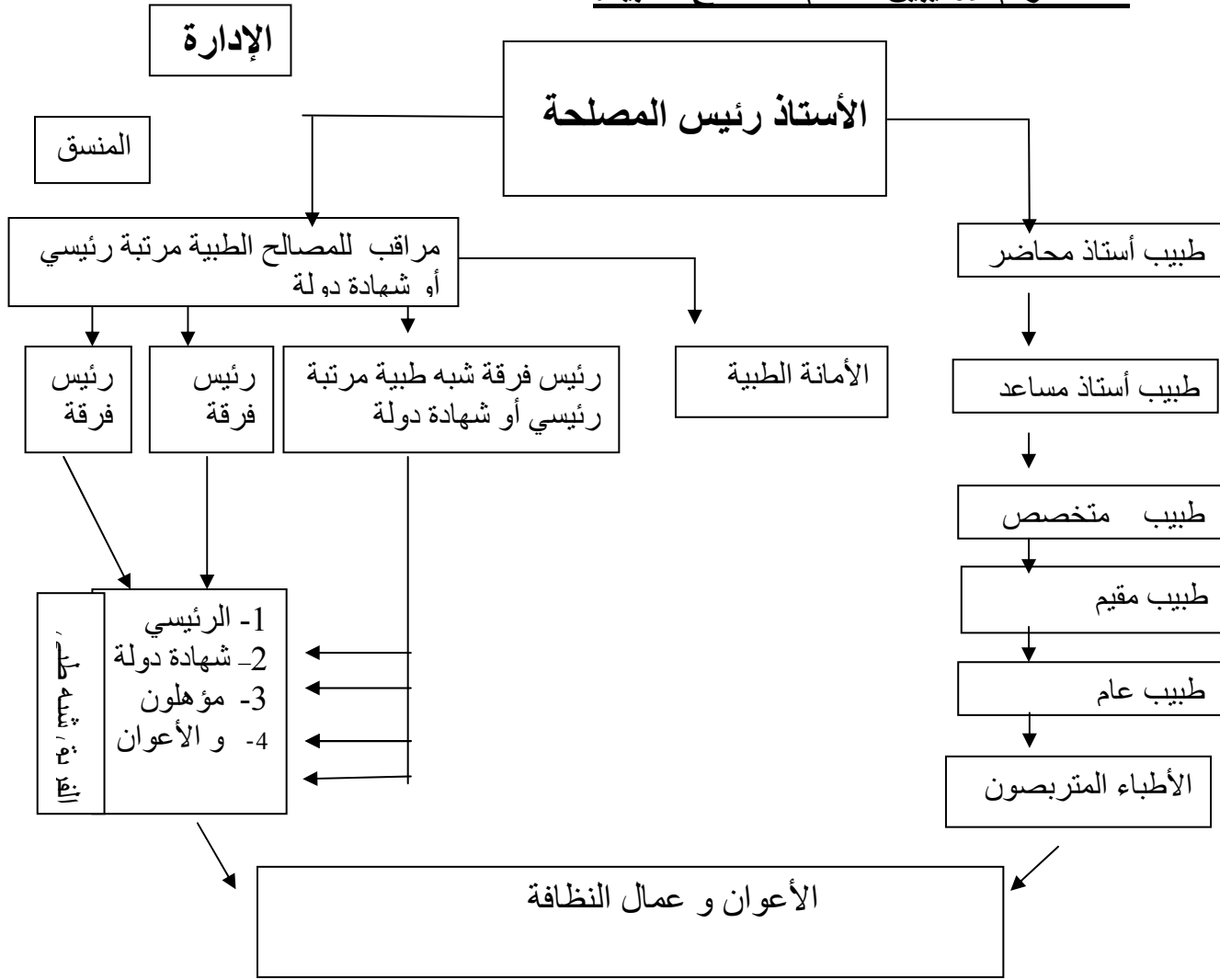
يعتبر التنظيم الاستشفائي مؤسسة علاجية و اجتماعية وظيفته هي تنظيم مجال اجتماعي متميز يتمثل في العلاج، لذلك يعتمد على عنصر قاعدي ألا و هو المصلحة الطبية، هذه الأخيرة هي عبارة عن وحدة أو عدة وحدات متخصصة تتميز بنوع من الاستقلالية في تسييرها وتنظيم العمل فيها. وتتكون المصلحة من عدة أفراد يتفاعلون مع بعضهم البعض وفق أدوار اجتماعية بها و تحوي على تنظيم متدرج للسلطة وتقسيم للعمل الذي يحدد لكل شخص دوره حسب مكانته داخل التنظيم، ويخضعون كلهم لسلطة و مسؤولية الأستاذ رئيس المصلحة (وتفوض رئاسة المصلحة للأستاذ المساعد في حالة غياب هذا الأخير).

إن دراسة تنظيم العمل و العلاج داخل التنظيم الإستشفائي تعتمد على هذه المصالح لأن على مستواها تمارس الخدمة الطبية ، و الانطلاق منها لدراستها تسمح لنا بالمعرفة المعمقة للحقائق ،وتظهر العناصر التي تتحكم في التنظيم الصحي ،وبالتالي فهم المشاكل المطروحة،وما ذلك إلا لتعقد التنظيم وحجمه وتخصصاته المتعددة.

1 - تنظيم العمل و العلاج

إن تنظيم العمل قد يتشابه في مظهره الخارجي في كل المصالح ،و ذلك لتواجد منظم رسمي موحد ، ويمثل المنظم organigramme الملامح الخارجية لتطبيق نظرية معينة من التنظيم في المؤسسة ،في شكل مخطط لبنية التنظيم .

مخطط رقم 09 يبين منظم المصالح الطبية:



كما يبدو من المنظم الرسمي، فإنه يوجد فرقتان إحداهما طبيّة و الأخرى شبه طبيّة تنتميان إلى سلمين هرميين منفصلين يلتقيان في أعلى الهرم عند الأستاذ رئيس المصلحة ، و بموجبه يكون تقسيم تقني للعمل وتنظيم تدرجي للسلطة حيث يختص كل حسب مؤهلاته بوظيفته.

نظريا يمكن الفصل بين الفريقين لكن في الواقع هما متكاملان في تطبيق المهام ، لا يوجد فريق يعمل على حدة لأن عمل كل منهما ليس له معنى إلا في علاقته بعمل غيره الذي يشكل امتدادا له ؛ لذلك فإنه في الواقع يوجد منظمين في المصلحة الطبية أحدهما رسمي والثاني فعلي (حقيقي) الذي يمثل حقيقة تنظيم العمل لكل مصلحة و التي لها طريقة عملها الخاصة بها ، واختلاف بعض مهامها وطبيعة العمل فيها يرجع لتخصصها الطبي أو الجراحي ، الذي يستدعي اختلافا في طريقة

تنظيمها داخل المصلحة. وكما يبدو فإن العمل يكون منظما مسبقا خاصة في المصالح التي تحتوي على مرضى تطول إقامتهم أما بالنسبة للمصالح الإستعجالية فهي تختلف نوعا ما لأنها غير متوقعة (non prévu)، فتبدأ الفرق الطبية و شبه الطبية عملها بتبادل المعلومات، و إعطاء (تمرير) الإرشادات بين الفرق الليلية و الصباحية وبين الصباحية و المسائية (passation de consignes) .

فالتنظيم يظهر أنه منظم تلقائيا، لكن رأي المستخدمين في ذلك يختلف حسب اختلافهم في المرتبة أو الأقدمية أو المستوى الدراسي.

جدول رقم 02: يبين العلاقة الموجودة بين المستوى الدراسي و منظم للعمل

المستوى الدراسي	منظم العمل	الفريق هو منظم العمل	أنا من ينظم العمل بمفردي	الطبيب رئيس المصلحة هو منظم العمل	رئيس فريق شبه طبي هو منظم العمل	<u>المجموع</u>
متوسط	6 43%	5 36%	2 14%	1 7%	14 100%	
ثانوي	28 38.4%	28 38.4%	5 6.8%	12 16.4%	73 100%	
بكالوريا	6 32%	8 42%	1 5%	4 21%	19 100%	
جامعي	5 10%	21 42%	22 44%	2 4%	50 100%	
<u>المجموع</u>	45 28.8%	62 39.7%	30 19.2%	19 12.2%	156 100%	

نلاحظ من الجدول أن نسبة 39.7% من المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين ينظمون عملهم بمفردهم بتأييد من فئة الحاملين لشهادة بكالوريا و ذوي المستوى الجامعي ب 42%، تليها نسبة 28.8% للذين ينظمون عملهم عن طريق الفريق بتأييد لفئة ذوي مستوى دراسي متوسط 43% و ثانوي 38.4%. بينما نسبة 19.2% ينظم الأستاذ رئيس المصلحة عملهم خاصة ذوي المستوى الدراسي جامعي بنسبة 44% و المتوسط بنسبة 14%.

في حين نسبة 12.2% ينظم رئيس الفريق شبه الطبي عملهم خاصة ذوي المستوى بكالوريا بنسبة 21% و ثانوي بنسبة 16.4%.

كلما كان المستوى الدراسي مرتفعا كلما كانت درجة الاستقلالية كبيرة ، إلا أننا نجد في الحالة التي ترى أن الأستاذ رئيس المصلحة هو من ينظم العمل نسبة معتبرة من الجامعيين، لذلك نبين في الجدول الموالي من هي الفرق التي تعتمد على استقلالية في التنظيم ومن هي تابعة و إلى أي مرتبة تنتمي كل منهما.

الجدول رقم 03: يبين العلاقة بين منظم العمل و المرتبة:

المرتبة	الوظيفة	الفريق	أنا أنظم العمل بمفردي	الطبيب رئيس المصلحة	رئيس الفريق شبه طبي	المجموع
الفريق الطبي	الأطباء الجامعيين		5 71.4%	2 28.6%		7 100%
	المختصين	1 8.3%	8 66.7%	3 25%		12 100%
	أطباء مقيمين	1 5.9%	2 11.8%	4 82.4%		17 100%
	أطباء عامين	3 37.5%	3 37.5%	2 25%		8 100%
	المجموع الجزئي	5 11.36%	18 40.9%	21 47.7%		44 100%
الفريق شبه الطبي	شبه طبي رئيسي	7 28%	11 44%	3 12%	4 16%	25 100%
	ذو شهادة دولة	18 40%	17 37.8%	3 6.7%	7 15.6%	45 100%
	مؤهل	13 37.1%	14 40%	2 5.7%	6 17.1%	35 100%
	مساعد شبه طبي	2 28.6%	2 28.6%	1 14%	2 28.6%	7 100%
	المجموع الجزئي	40 35.7%	44 39.28%	9 8.03%	19 16.9%	112 100%
	المجموع	45 28.8%	62 39.7%	30 19.2%	19 12.2%	156 100%

نلاحظ من الجدول أن نسبة 39.7% من المستخدمين ينظمون أعمالهم بمفردهم بتدعيم لفئة الأساتذة المساعدين ب71.4% و الأطباء المختصون بنسبة 66.7% للطبيين ؛ و الرئيسيين بنسبة 44% و المؤهلين بنسبة 40% لشبه الطبيين . ثم تليها نسبة 28.8% للذين ينظمون عملهم جماعيا خاصة الأطباء العامين بنسبة 37.5%

من الطبيين وشهادة دولة بنسبة 40% والمؤهلون بنسبة 37.1% من شبه الطبيين .
بينما نجد نسبة 19.2% ينظم الطبيب رئيس المصلحة عملهم مع أغلبية لفئة الأطباء
المقيمين. في حين نسبة 12.2% يعتمدون على المسؤول شبه الطبي لتنظيم عملهم
خاصة الأعوان شبه الطبيين بنسبة 28.6%.

إن الاستقلالية في تنظيم العمل كبيرة في أعلى الهرم الطبي (الأطباء
الأساتذة المساعدون) والمساعدون (المتخصصون) ، لأنهم لديهم من المعارف
التقنية ما يجعلهم يستغنون عن غيرهم في ذلك ، و يملكون مسؤولية خاصة اتجاه
المرضى عند أداء مهام التشخيص و إعطاء العلاج المناسب، هذه المسؤولية
تجعلهم يأخذون قرارات فردية اتجاه المريض ، وفي بعض الأحيان تفوض إليهم
مسؤولية المصلحة، أما الفئة التي تنتمي إلى وسط الهرم الطبي (الأطباء المقيمين)
فهي تعتمد على الأستاذ رئيس المصلحة في تنظيم عملها، فذلك هو نوع من تبعية
الطالب للأستاذ باعتبارهم لا يزالوا طلبة ما بعد التدرج ؛ بينما الفئة الطبية التي تقع
في أسفل الهرم الطبي أي الأطباء العامين فينظم عملهم جماعيا عن طريق الفريق
هذا ما يدل على محدودية المهام التي يادونها خاصة في المصالح المتخصصة
فالأطباء الأخصائيين هم من يقوم بالمهام مع الأطباء المقيمين لأنهم في مرحلة
التدريب والتربص ، فلما يقوم الطبيب العام بمهام فانه يستشيرهم، لذا يرون أنهم
ينظمون العمل جماعيا، لكن هناك من هذه الفئة من ينظم عمله بمفرده خاصة
بالنسبة للذين يعملون في المصالح الغير متخصصة كالأطباء العامين المعالجين
للعمل يرجع ذلك للضرورة لأنه لا يوجد أخصائيون معهم.

أما بالنسبة لشبه طبيين فنلاحظ تذبذب بسبب اختلاف الأجيال
فالمرتبة العليا لا تعني بالضرورة ارتفاع المستوى الدراسي، إلا لذوي أقدميه أقل
من عشر سنوات لأن التشغيل في القطاع الصحي تغير وأصبح يشترط شهادة
البكالوريا مع تكوين لمدة ثلاث سنوات لشهادة دولة و الثالثة ثانوي مع تكوين لمدة
سنتين للأعوان. لذلك تختلف آراءهم؛ فتعمل فئة الرئيسيين والمؤهلين باستقلالية

أكثر لأن لديهما أقدمية كبيرة (على الأقل من عشرة إلى عشرين سنة) لعدم وجود تكوين لفئة المؤهلين منذ أكثر من عشر سنوات، بينما لا يمكن الحصول على مرتبة الرئيسي إلا بعد ست سنوات أقدمية لذوي شهادة دولة، ويختار الذي له أقدمية أكبر سواء عن طريق الاختيار (au choix) أو عن طريق الامتحان المهني، هذه الاستقلالية ترجع للثقة التي اكتسبوها و لأن بعض الرئيسيين لديهم مسؤولية المصلحة لذلك ينظمون العمل بمفردهم. وينظم ذوي شهادة دولة عملهم مع الفريق لأنهم الأكثر تأهيلا و كفاءة (بعد تكوين لثلاث سنوات بعد الحصول على شهادة البكالوريا) و توكل إليهم المهام الصعبة، و لتفادي كثرة العمل فإنهم يفوضون جزءا من المهام الموكلة إليهم حسب مكانتهم إلى الفئات أقل مرتبة، بالرغم من أنهم كانوا يشكون من الخلط في المهام إلا أنهم تخلو عن مطالبهم هذه، للنقص في العدد الذي يعاني منه السلك شبه الطبي داخل المصالح.

يكون تنظيم العمل داخل المصالح من طرف الأستاذ رئيس المصلحة ، الذي يضع الإطار العام الذي تسيير عليه المصلحة ويتبع ذلك المستخدمون و مع مرور الوقت، وبفعل العادة و أيضا دخول طبيين أو شبه طبيين جدد يسيرون عليها فيتبين لهم أنهم يعملون بمفردهم؛ فاستقلالية البعض ما هي إلا استقلالية مؤقتة و محدودة، و تبعية الكل للأستاذ رئيس المصلحة واضحة ، يظهر ذلك جليا عند استشفاء الحالات الغير استعجالية ، خاصة إن لم يكن هناك مبررا كافيا، لكن سيتم ذلك بعد استشارته و أخذ الإذن منه ، و أيضا التفاوض عن الأماكن الشاغرة مع رئيس فريق شبه الطبي هذا ما يبين أن العمل في المستشفى يكون جماعيا و باستشارة الأستاذ رئيس المصلحة، هذا الأخير هو من يترك أو لا يترك مجالا للحرية، و يسمح بالمبادرة هذا ما يجرنا للبحث عن الفئة التي ترى أنها تبادر.

جدول رقم 04: يبين العلاقة المبادرة والمرتبة:

المرتبة	الوظيفة	المبادرة	نعم أبادر	لا أبادر	المجموع
الفريق الطبي	طبيب جامعي	7	%100		7 %100
	طبيب مساعد	11	%91.7	1 %8.3	12 %100
	طبيب مقيم	15	%88.2	2 %11.8	17 %100
	طبيب عام	7	%87.5	%12.5	8 %100
	المجموع الجزئي	40	%90.9	4 %9.1	44 %100
الفريق شبه الطبي	شبه طبي رئيسي	23	%92	2 %8	25 %100
	شبه طبي شهادة دولة	42	%93.3	3 %6.7	45 %100
	شبه طبي مؤهل	24	%68.6	11 %31.4	35 %100
	عون شبه طبي	5	%71.4	2 %28.6	7 %100
	المجموع الجزئي	94	%83.92	18 %16.07	112 %100
المجموع		134	%85.89	22 %14.10	156 %100

من الجدول نلاحظ أن نسبة 85% من المستخدمين يبادرون في عملهم بتأييد لفئة الأساتذة المساعدين بنسبة 100% والمتخصصين بنسبة 91.7% لفئة الطبيين و ذوي شهادة دولة بنسبة 93.3% و الرئيسيين بنسبة 92% لفئة شبه الطبيين. في حين نجد نسبة 14.10% لا تبادر بتأييد لفئة المؤهلين بنسبة 31.4% و الأعوان بنسبة 28.6% من شبه الطبيين و فئة الأطباء العاميين بنسبة 12.5%. تكون المبادرة كبيرة في أعلى الهرم الطبي وأيضا للهرم شبه الطبي، إلا أننا نجد فئة ذوي شهادة دولة يبادرون أكثر من الرئيسيين على الرغم من أن هذه الأخيرة هي أعلى مرتبة، يمكن تفسير ذلك بالمستوى الدراسي لديهم وخاصة لذوي أقدمية أقل من عشر سنوات. والجدول الموالي يوضح أكثر ذلك :

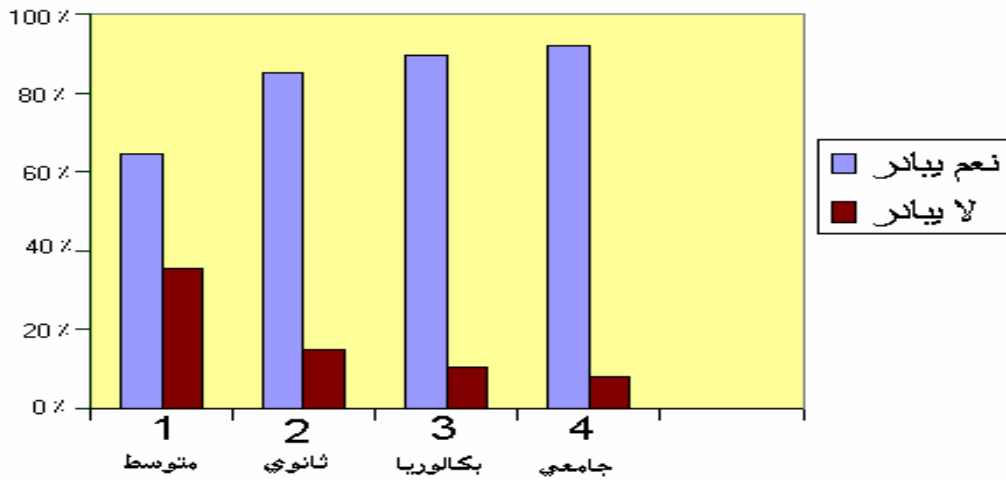
جدول رقم 05: يبين العلاقة الموجودة بين المبادرة و الأقدمية:

الإجابة / الأقدمية	نعم يبادر	لا يبادر	المجموع
أقل من 10 سنوات	46 %90.2	5 %9.8	51 %100
بين 10 و 20 سنة	74 %85.1	13 %14.9	87 %100
أكثر من 20 سنة	14 %77.8	4 %22.2	18 %100
المجموع	134 %85.9	22 %14.1	156 %100

نلاحظ في الجدول النسبة التي تبادر أكثر هي الفئة ذات الأقدمية أقل من 10 سنوات ، ثم تليها فئة ذوي أقدمية بين 10 و 20 سنة .

ترى الفئة ذات الأقدمية صغيرة أنها تبادر لأنها هي فئة ذات مستوى عال و لديها من المعارف تساعد على ذلك . و المخطط التالي يبين مدى ارتباط المبادرة مع المستوى الدراسي للأشخاص .

مخطط (رسم بياني) رقم 09 : يبين العلاقة بين المبادرة و المستوى التعليمي



من الرسم البياني رقم 1 نلاحظ أن المبادرة تكون كبيرة لدى المستخدمين كلما كان مستواهم الدراسي عالي ، لكن في بعض الأحيان يواجه الأشخاص رفض لمبادرتهم فلكل رد فعله فأردنا معرفة ذلك في الجدول الموالي:

جدول رقم 06 : يبين العلاقة بين الوظيفة و رد الفعل لرفض المبادرة:

الإجابة الوظيفة	المواجهة	المناقشة	الرضوخ	آخرون	المجموع
طبي	1 2.5%	24 60%	14 35%	1 2.5%	40 100%
شبه طبي	7 7%	60 64%	24 26%	3 3%	94 100%
المجموع	8 6%	84 63%	38 28%	4 3%	134 100%

من الجدول نلاحظ أن نسبة 63% من المستخدمين يفضلون المناقشة

(discussion) عندما ترفض مبادرتهم ، تليها نسبة 28 % يفضلون الرضوخ

لصاحب القرار وخاصة الطبيين ب 35% ، في حين تمثل نسبة 6% المواجهة خاصة شبه الطبيين ، ونسبة 3 %آخرون.

تختلف في الكثير من الأحيان الآراء حول طرق العمل وأيضا طرق

التكفل بالمرضى لاختلاف الحالات وتدخل لعوامل خارجية تصعب من أخذ القرار؛

تكون مبادرات من طرف المستخدمين و إذا ما قوبلت بالرفض تفضل الأغلبية

النقاش و تحاول بذلك إقناع الغير ، فتميل الفئة الطبية إلى الرضوخ للأوامر أكثر

مما تواجهها لأن طبيعة التنظيم الطبي المتدرج يفرض ذلك ،بينما تميل فئة شبه

الطبية للمواجهة لكونها ترفض أن لا يسمع رأيها، في بعض الأحيان يشكل ذلك

ضغوطات ومشادات تصعب من التعامل اليومي .

* * أشكال التنظيم

1-2 أشكال التنظيم :

المستشفى كتنظيم هو عبارة عن نظام يتكون من مجموعات رسمية ومجموعات غير رسمية حيث تكون العلاقات متداخلة بين أفراد الجماعة لذلك نجد شكلين للتنظيم: التنظيم الرسمي و التنظيم الغير رسمي.

1-2-1 التنظيم الرسمي في المستشفى :

نجد في المستشفى التنظيم الرسمي لتفاعل عدة فرق وفق لوائح و قواعد رسمية تحدد أهداف المستشفى و سياسته و الإجراءات التي يجب أن يسير عليها ، وتكون وفق إطار مكتوب و تحدد أيضا وسائل الضبط و الأدوار التي يقوم بها النسق الطبي بشكل تعاوني منظم و تقسم فيه المهام و الوظائف الطبية و شبه الطبية حسب التخصص و المكانة و تعتبر الخدمة الصحية التي يتلقاها المريض نتاج نهائي لأنشطة تنظيمية رسمية و معقدة و تضم العلاقات الرسمية والاتصال الرسمي بين الفرق الإدارية و الطبية و بين الفرق الطبية و شبه الطبية كالوصفة الطبية و الملف الطبي و لكن هذا التنظيم لا يمكنه أن يكون لوحده ، لذلك نجد دائما تنظيما غير رسميا معه لتسهيل سيره .

2-2-1 التنظيم الغير رسمي في المستشفى :

تفرض طبيعة التنظيم الإستشفائي وجود تنظيما غير رسمي إضافة للتنظيم الرسمي حيث يبتعد عن القواعد الرسمية ويكون السلوك فيه تلقائي و تجمع الجماعات علاقات صداقة و مساندة ، و لا يكتفي شبه الطبيين بالقيام بالوظائف و الأدوار المنوطة بهم بل تتعدى ذلك إلى المهام التي تفوض إليهم خاصة الذين يملكون مؤهلات للقيام بها و القيام بممارسات طبية ككتابة الوصفة مثلا بالنسبة لشبه الطبيين ، فالعلاقات الغير الرسمية تنشأ من العلاقات الاجتماعية التي قد تنمو تلقائيا نتيجة للتفاعل اليومي و التعود على العمل معا ، فمن الضروري وجود

نسق غير رسمي كما يشير إليه الباحث في علم الاجتماع الطبي باعتباره يبرز أنماط التفاعل التي تبعد عن القواعد الرسمية ، فهو نسق سلوكي تلقائي له أهميته الفائقة في الأداء الرسمي ذاته و في حل مشكلات المستشفى¹

ولمعرفة أي التنظيمين المنتشر أكثر في المصالح الطبية في مستشفى بارني ارتأينا أن نبحث عن ما إذا كانت طرق العمل مطابقة للقواعد الرسمية (أي تدرج في إطار المكانة) ، أم لا و هذا ما يبينه الجدول الموالي:

جدول رقم 07: يبين العلاقة بين طبيعة طرق العمل و المصلحة :

الإجابة المصلحة	غير قانونية	قانونية	قانونية و غير قانونية	المجموع
مخبر الخلايا		7 100%		7 100%
جراحة الأطفال		27 87.1%	4 12.9%	31 100%
طب القلب		12 80%	3 20%	15 100%
طب النساء والولادة	4 17.5%	12 52%	7 30.5%	23 100%
طب الكلى وتصفية الدم	1 8%	8 67%	3 25%	12 100%
طب وجراحة العيون		9 90%	1 10%	10 100%
طب الأطفال		24 92%	2 8%	26 100%
حماية الأمومة والطفولة		1 50%	1 50%	2 100%
الاستعجالات		9 82%	2 18%	11 100%
الأشعة	1 14%	6 86%		7 100%
المخبر	1 8.5%	10 83%	1 8.5%	12 100%
المجموع	7 5%	125 80%	24 15%	156 100%

من الجدول نلاحظ أن نسبة 80.1% من المستخدمين داخل المصالح الطبية

يلجئون إلى طرق العمل التي تدرج في إطار القانون.

¹ الدكتور علي الميكاوي :علم اجتماع الطبي مدخل نظري، دار المعارف الجامعية ،الإسكندرية، 1996 ص 256

بينما 15.4 % يستعملون الطرق القانونية والغير قانونية، في حين 4.5% يطبقون الطرق الغير قانونية.

إن ميل المستخدمين لطرق العمل القانونية هو لغرض الحماية و لتجنب المشاكل نظرا للوعي الذي أصبح لدى المرضى أو عائلاتهم، و المطالبة المستمرة لحقوقهم . أما في ما يخص استعمالهم للطرق القانونية والغير قانونية معا يرجع لغموض المكانة والمهام الموكلة لكل فئة رسميا (أي المكتوبة في الجريدة الرسمية) خاصة شبه الطبيين ، هذا ما يسبب خلطا في المهام . بينما نسبة صغيرة جدا تبين أنها تقوم بمهام غير قانونية لأنها فعلا تقوم بمهام غير موكلة إليها كأعوان شبه الطبي مثلا، ونلاحظ هذا في بعض المصالح وتتميز بنقص في عدد المستخدمين شبه الطبيين كمصلحة طب النساء و طب الكلى لذلك يكون الخلط في المهام بين مختلف الفئات ،

أهم شيء يميز المستشفى هو خضوع معظم المصالح للطرق القانونية ويدل هذا على أن التنظيم الرسمي هو المنتشر أكثر لكن هذا لا ينفي وجود التنظيم الغير الرسمي وإنما لا يعترف المستخدمون لتطبيقهم لمهام لا تدرج في إطار قانوني سنرى في الفصول الموالية مدى ارتباط وجود التنظيمين معا .

*** الإعلام و الاتصال في المستشفى

يمثل نسق الإعلام مجموعة من التقنيات و السيرورات التي تسمح للمعلومة أن تسير داخل التنظيم ، و يرى عدة باحثين أنه توجد علاقة متبادلة بين التنظيم و الإعلام و أيضا نسق الإعلام ، فيجب تحديد الفرق بين معنى الإعلام الذي يهتم بإرسال المعلومة (الرسالة) ، و الاتصال الذي يستعمل تقنيات الإرسال و يثرها بتقنيات الحوار : فإذا كان الاتصال يعني إعلاما ، فليس بالضرورة أن يكون الإعلام اتصالا¹.

الاتصال هو فعل الإعلام، بحيث يوجد بالضرورة إرسال للمعلومة عند كل اتصال و لكنه هو أكثر من تبادل عادي للمعلومة بين المرسل و المستقبل، فهو عبارة عن سيرورة تقاسم لمعنى عن طريق تفسير متبادل للإشارات ، و للاتصال نوعه و مكوناته :

يكون نوع الاتصال بين الأشخاص و الجماعات و الاتصال الجماهيري .. الخ ومكوناته هي : الفاعلون (المرسل ، والمرسل إليه) ، الرسالة ، القناة ، الاستراتيجيات المستعملة ، الإطار و المعنى الذي يؤديه الاتصال .

فالالاتصال فعل (un acte) و الإعلام منتوجه (le produit)² ، كما عبر عنه (ESCARPIT) في دراسة استراتيجيات الاتصال للمؤسسة الاستشفائية

دراسة حالات و حلول للباحث Claude le bœuf •

يمثل الاتصال تحد دائم للمؤسسة (التنظيم) و عامل مهم لفعالية العاملين فيها³.

¹ -Escarpit cité par Claude le bœuf : **stratégie de communication d'établissements hospitaliers** , édition JOHN LIBBEY, PARIS, 1991 p9

² - Claude le bœuf : op cit p 10 .

• هو مدير أبحاث لمخبر الاتصال (Epidaure-CRLC)

³ -Maurice Thévenet: Audit de la culture d'entreprise , édition d'organisation ,1986. p 45-46.

و هو ضروريا لديمومة أي تنظيم سواء كان بشري أو مؤسساتي ، و يستعمل في التسيير ليحقق قدر من الامتثال و الخضوع و بذلك تظهر العلاقة الموجودة بين عمليتي الضبط و الاتصال كما يشير إلى ذلك الباحث في علم الاجتماع السيد الحسيني و يضيف أنه عندما يحاول التنظيم مواجهة مطلب الضبط فإنه يلجا لأساليب الاتصال ، و يعرف الاتصال والضبط على أنهما بعدين تنظيميين خالصين يرتبطان برشد التنظيم و فعاليته و بوصفهما عمليتين اجتماعيتين تعبران عن علاقات اجتماعية معينة سائدة بين مختلف فئات التنظيم و طبقاته.¹ و يستعمل التنظيم الاستشفائي مثله مثل التنظيمات الأخرى بكثرة الاتصال و الإعلام، فالمعلومات المقدمة للمريض تعبر عن حقيقة وعن واقع، فلون المنزر أو لون الرمز الذي يوضع فوقه، يدل على منصب العمل وفي بعض الأحيان على التخصص (القابلة لون منزرها وردي)، والطبيب لون رمزه أحمر أما بالنسبة لشبه الأطباء فلون الرمز يكون حسب المرتبة فالأعوان و المؤهلون باللون الأزرق و ذوي شهادة دولة و الرئيسيون باللون الأخضر، و البذلة الخاصة بقاعة العمليات تدل على أن الشخص يعمل داخل حجرة العمليات أو العناية المركزة أما المنزر الأزرق فهو لعاملات النظافة .

تعتبر الكلمات والإشارات و الكتابة والأشياء، رموزا ، والأشكال لا تحمل معلومات إلا إذا كانت معروضة لشخص أو أشخاص وبفضل الفكر يمكن لهذه الرموز أن تحمل معنى و تشكل للذين يرونها تفسيرا تجعل من هذه الأشكال أشياء. ويتساءل الباحث في الاتصال "PRIETO" عما إذا كان المعنى نتاج المرسل إليه، كونه هو من يحقق ما بدأه المرسل، وبواسطة ديناميكية المفسر للأشياء (الفكر) التي يثيرها المرسل ، فيقدم المحتوى للشكل أو من يؤثر على الرسالة عند الإعلام .²

¹ الدكتور السيد الحسيني : علم اجتماع التنظيم ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1994 .

² 1- Claude le boeuf : op cit. p 11

و يعرف الباحث في الاتصال " Claude le Boeuf " الاتصال أنه اقتسام للمعلومات ويضيف: " أن سيرورة الاتصال ل "lasswell" المستوحى من مخطط " Shannon الذي يعرض العناصر الأساسية المعروفة من؟ يقول ماذا؟ كيف؟ لمن؟ وبأي تأثير؟ تحتوي على نقائص ويمكن أن يحد منها إضافة و بالخصوص لمفهوم وضعية الاتصال (situation de communication) التي تأخذ بعين الاعتبار السياق (le contexte) و العلاقات بين المتحدثين".¹

أي أن المستقبل ينظر لما يعبر عنه المرسل، في علاقته مع مجموعة من الأشياء الأخرى، فالمعنى الذي يعطيه للأشياء يأخذ بعين الاعتبار ارتباط العلاقات (interdépendances des relations) مع المرسل و التفاعل بين الإعلان و السياق مثلا المنزر الأبيض لا يؤدي معنى إلا في إطار المكان المتواجد فيه مثلا البهو وقاعة الانتظار و قاعة العلاج مع تصرف سلوك تقني أو طبي يدل على ذلك.....الخ فتوجه بذلك فهم الأشخاص لوظيفة الشخص².

ويعتبر المستشفى مكان للإعلام للعامة ، إعلام عن المرض، التخصص، التربية الصحية عن طريق الملصقات، وتوجيه الناس لتلبية حاجتهم للعلاج...الخ ومكان إعلام للمستخدمين الطبيين وشبه الطبيين وذلك عن طريق الملتقيات الطبية والأيام الدراسية التي تبرمج؛ هذا النوع من الإعلام هو معرفي محض، أما النوع الثاني الذي نريد التطرق إليه هو الذي يكون موجهًا من الإدارة للمصالح الطبية، أو من المسؤولين الطبيين و شبه الطبيين للمستخدمين على مستوى المصالح. لذلك أردنا معرفة طرق التي يتم بها إعلام المبحوثين فكانت الإجابة على النحو التالي :

- Ibid p 14

1

- Ibid p 164-165

2

جدول رقم 08: يبين العلاقة بين طرق الإعلام و الوظيفة:

المجموع	شبه طبي	طبي	الوظيفة الإجابة
101 46.54%	79 52.31%	22 33.33%	الإعلانات
34 15.66%	21 13.90%	13 19.69%	الاجتماع
43 19.81%	28 18.54%	15 22.72%	الإشاعة
33 15.20%	19 12.58%	14 21.21%	المسؤول الهركي
3 1.38%	2 1.32%	1 1.51%	مجلة المستشفى
3 1.38%	2 1.32%	1 1.51%	آخرون
217 100%	151 100%	66 100%	المجموع

من الجدول نلاحظ أن نسبة 46% من المستخدمين يستقبلون المعلومة عن

طريق الإعلانات خاصة فئة شبه الطبيين بنسبة 52.31%، ثم تليها النسبة التي

تستقبل المعلومة عن طريق الإشاعة ب 19.81% ثم التي تستقبل عن طريق

الاجتماع أو مباشرة من المسؤول الهركي ب 15.66% و 15.20% على التوالي

يعتمد المستخدمون في تلقيهم للمعلومات على الإعلانات لكونها رسمية

سواء من طرف الإدارة أم الأستاذ رئيس المصلحة، و تلقيهم للمعلومات عن طريق

الإشاعة خاصة الطبيين هو دليل على نقص في الإعلام الرسمي، و أما عن طريق

الاجتماع أو من المسؤول الهركي فهو بنسبة صغيرة، لأن المعلومة تخبأ ولا

تصل إلى كل الفئات، وإخفاؤها يشكل مصدر قدرة للرؤساء للسيطرة على منطقة

شك مهمة للحفاظ على مناصب المسؤولية؛ أما مجلة المستشفى فتشكل مصدر غير

معروف لدى المستخدمين ولا تعكس انشغالاتهم الحقيقية رغم وجودها .

ونجد 94% من المبحوثين يعانون من نقص للإعلام الذي يؤثر على

تطورهم السوسيو مهني، و المعرفي، لأنه سيجعلهم بعيدين عن كل جديد

يطرأ في الميدان، فيصبح ذلك عائقا في إعلام الغير و خاصة فيما يخص

التربية الصحية التي تعتبر مهمة جدا لتفادي المضاعفات للمرضى أو للوقاية

من الأمراض. لهذا أردنا معرفة سبب هذا النقص الذي يبينه الجدول الموالي:

جدول رقم 09 : يبين العلاقة بين نقص الإعلام و الوظيفة:

المجموع	شبه طبي	طبي	الوظيفة الإجابة
89 50%	74 54.41%	15 35.71%	إخفاء المعلومة
66 37.07%	54 39.7%	12 28.57%	علاقات سيئة
23 12.92%	8 5.88%	15 35.71%	آخرون
178 100%	136 100%	42 100%	المجموع

من الجدول نلاحظ أن نسبة 50% من المبحوثين يعانون نقصا في الإعلام

بسبب إخفاء المعلومة خاصة فئة شبه الطبيين ونسبة 37.07% منهم بسبب

علاقاتهم السيئة مع المسؤولين بينما 12.92% منهم يرجعون ذلك إلى انعدام المعلومات أصلا .

يتميز الإعلام في التنظيم الإستشفائي بالنقص الذي ينتج من إخفاء

المعلومات من طرف ممتلكيها ذلك يرجع أحيانا لظروف المصلحة، كنقص للموارد البشرية شبه الطبية ، حيث لا يتم الإعلان عن وجود لتكوين أو امتحان مهني إلا بعد فوات الأوان، كي لا يعلم المستخدمون بذلك بما أنه سيحدث مزيدا

من النقص للمهنيين عند ذهابهم للتكوين، وينتج عن كل ذلك محدودية لمستواهم من الناحية النظرية و حتى تدريبهم (leur apprentissage) يكون ناقصا لعدم تلقيهم فرصة للتحسين و الرسكلة؛ وفي بعض الأحيان يكون ذلك لأسباب شخصية كتخوف المسئول شبه الطبي من فقدان منصب المسؤولية، لأن تكوينهم أو امتحانهم المهني يسمح لهم بالترقية و يصبح كل شخص ترقى منافسا له للمنصب خاصة إذا كانت لديهم نفس المرتبة و نفس الأقدمية ، فمن الناحية القانونية تكون لذوي المرتبة العالية و أقدمية أكبر، أسبقية للحصول على منصب المسؤولية .

أما بالنسبة للأطباء فيرجع ذلك للعلاقات الغير رسمية حيث تتسبب الأمانة (السكرتيرة) الطبية في بعض الأحيان بإمداد البعض بمعلومات و حرمان

آخرين ، لأنها تمتلكها لمدى ارتباط عملها بالأستاذ رئيس المصلحة،
و السبب الثاني مرتبط بسوء العلاقات مع المسؤول الهرمي الذي يقلل من
الاتصال بينهم و بالتالي لا تصل المعلومات ، ودليل ذلك قلة نسبة المستخدمين
الذين يتلقون المعلومة عن طريق الاجتماع مع الأستاذ رئيس المصلحة ، والسبب
الأخير هو عدم وجود المعلومات أصلا، ويفسرونه بعدم تلقي المصلحة لها من
طرف الإدارة ، ولوعي هذه الأخيرة بذلك أصبحت تؤكد على نشر الإعلانات في
المصالح، فيعتمد المستخدمون على الإعلان في الغالب، ويتنقلون إلى الإدارة
للاستعلام و الاتصال من مصدر المعلومة أحيانا أخرى.

الاتصال هو سيرورة تفاعل لبناء المعنى و لا يمكن أن يفهم دون وضعه في نسق تفاعله فكل اتصال هو نسقي و سياقي contextuelle¹، وقد تساهم في كل وضعية اتصال سبعة سيرورات بواسطة تفاعلها في بناء معنى للاتصال وحسب نظرية السيرورات الاتصالية* تتدخل هذه السيرورات على أحد أو عدة سياقات في إطار الوضعية، لتغيرها (أي هذه السياقات)، كلما كان إطار السياق واسع تكون الوضعية أكثر وضوحا من نظر الأشخاص الذين يعيشونها ؛ فهذه الأطارات المختلفة هي من يؤثر على مستوى التبادلات الرسمية و الغير الرسمية و الواضحة و الغير الواضحة، وتعطي عن طريق سيرورات التفاعل معنى للوضعيات ، لذلك لا يمكن التحدث عن العلاقة بين المرسل و المرسل إليه، عند الحديث عن الاتصال لأن هذه العلاقة تقطع من سياقها، وتختصر إلى تأطير قصير، يمنع وضعية الاتصال نفسها من أن تؤدي معنى.² لذلك يحرص المسؤول على تمرير الرسالة دون الأخذ بعين الاعتبار الأطارات التي تتدخل على الوضعية، وبدون أن يشارك شخصا في العلاقة من أجل التبادل حول هذه الرسالة، لذلك لا يمكن أن تعطي النتائج المنتظرة بحيث لا توجد حقيقة موضوعة فكل حقيقة تلاحظ من خلال تمثيل شعبية كل فاعل و أيضا من الطريقة التي تستعمل سياق الوضعية، فالاتصال هو إعطاء معنى لمحتوى.³

¹ - Josette hart- Sylvie Lucas : Gestion des ressources humaines (management hospitalier) édition Lamarre, Paris , 2002 -2004 p51.

* Théorie des processus de la communication proposé par Alex Mucchielli
Cité par Josette hart –Sylvie Lucas,

2- Ibid p 51

3 Ibid p52.

و السيرورات السبعة هي :

1- سيرورة السياق المكاني : يؤثر السياق المكاني على نوع الاتصال بين

الأشخاص ، فوجود قاعة كبيرة داخل مصلحة طبية مثلا ، يجتمع فيها أولياء المرضى مع آبائهم،يسمح بتقرب الفاعلين فيما بينهم و تجعلهم في وضعية تعاون تلقائي ، فلما تتحدث الممرضة مثلا عن حالة اجتماعية ما، تخص مريض ما مع والدته بوجود أشخاص آخرين يسمح لهؤلاء بالتدخل في الحديث و تبادل الآراء و الاتصال فيما بينهم وهذا بالرغم من وجوب الكتمان من الناحية القانونية عن المعلومات التي تخص المريض ، فقد يسمح السياق المكاني بتغيير نوعية الاتصال.

2- سيرورة السياق الفيزيقي و الحسي : إنّ حواسنا تتدخل في كلّ وضعيات

الاتصال وتسمح لنا بتصفية وجهات نظرنا ، تكون بعض الأصوات مزعجة و أخرى مريحة، تجعلنا نتقبلها أم ننزعج لسماعها ويكون رد فعلنا عدواني، فيمكن أن تؤثر الأصوات على نظرتنا للوضعية ، و بما أنّ سيرورة الاتصال في تفاعل مستمر فإن سيرورة بناء العلاقات تكون *active* (مفتعلة) عندما يساعد السياق الفيزيقي أو الحسي في تقريب الأشخاص و تكون غير نشيطة *désactive* لما يبعدهم السياق .

3- سيرورة السياق الوقتي : إنّ كلّ ما يقال أو يفعل يحمل معنى بالنسبة ما

قليل أو فعل و بالنسبة ما يقال أو يفعل، يستعمل الوقت دوما كسياق للاتصال فالتذكير بالأفعال و بالأحداث و بالتاريخ ، و التوقع للنتائج و للأحداث ، تبني وتيرة اتصال معينة ، والتغيير من الوتيرة ، و التعليقات التي تحدد فترة معينة من الزمن .. كلها عبارة عن سيرورة السياق الوقتي بحيث يشارك سياق الوقت في العمل و الذي سيتدخل في المعنى الذي يعطيه الفاعل في الاتصال ، و قد يساعد ذلك سواء في فهم الوضعيات الحالية و،أو من أجل التغيير

للموضعية الحالية حسب السياق الذي يمثلته المستقبل والذي يجب ضبطه ¹ .

4- **سيرورة بناء العلاقات** : الاتصال فعل لتحقيق العلاقات الأساسية و هو الميكانيزم الذي عن طريقه تتحقق هذه العلاقات و تتطور ، ومعناه جزئيا تكوين و تخصيص العلاقات مع الآخرين ، ويساهم كل اتصال في موضع كل شخص بالنسبة للآخر ، و كل شخص يمكنه الاتصال ليتموقع و يعرف بمكانه من طرف الذين يتصل معهم ، فالحياة الاجتماعية هي عبارة عن صراع مستمر للحصول أو الحفاظ على السلطة، و بناء العلاقات مرتبط بصراع التأثير ، فالمكانة الاجتماعية والأدوار الاجتماعية تساهم ضمنيا في بناء موقع كل شخص في الوضعية ، حيث توجد هناك إشارات ومواقف ضمنية أو واضحة كنبرة الصوت؛ و معرفة مكانة الآخر ، تسمح للشخص بتحديد إذا كان ينظر للآخرين حسب مكانتهم و يتصرف معهم حسب الموقع الذي يحتله هو حسب مكانته؛ فقد ينتج موقع كل شخص في النسق من بناء بين الفاعلين ، والذي تغذيه التمثيلات الخاصة لكل شخص ولكن أيضا من موقع السيطرة أو الرضوخ الذي يتخذه الأشخاص في وضعية ما.²

5- **سيرورة المرجعية للمعايير** : اتصال كل شخص داخل النسق مبنى ثقافيا على المعايير و يعبر عن هذه الأخيرة بالرموز الاجتماعية و القواعد و العادات و التقاليد ، و عندما يتصل الشخص يستحضر معايير و معايير الآخرين كمرجعية، و تستعمل المعايير و باستمرار كمرجعية لشرعية الوضعيات تغذي بناء المعايير أو للتأكيد عليها من خلال التعبير عن الهوية الداخلية ، و تعطي المعايير الشرعية لوضعيات الأشخاص وترتبط مع سيرورة بناء العلاقات فاحترام أو عدم احترام للمعايير تزيد من سيرورة بناء لنوعية العلاقات و بالتالي تنتج الوضعية .

¹ - Alex Mucchielli ; cité par Josette Hart -Sylvi Lucas : op cit. p52-53-54- 55

² - Ibid p 56-57

6- **سيرورة نوعية العلاقات** : تحدد نوعية العلاقات بعض المميزات التي يرجع إليها الفاعلون للتعبير عن مواقفهم على العلاقة ، و تنتمي هذه المميزات إلى عدة مجالات: * مجال الإحساس (sentiment) : كالثقة أو الحذر، و الود أو النفور، لتحديد نوع الجو السائد في وضعية اتصال .

* علاقات القدرة التي يحسها الفاعلون هي موجودة أو تبنى عن طريق لعب القدرة (jeux de pouvoir) الذي يتعلق بموقع الفاعلين كالرضوخ ، و السيطرة ، و الصراع و التعاون لتحديد نوع العلاقات بين الأفراد في الجماعة (نتحدث عن العلاقات المتصارعة)

* القيم الأخلاقية : كالأدب و الاستقامة و احترام الغير و التي تسمح بتحديد نوع علاقاتهم ، (نتحدث عن علاقة تفاوض) .

تؤثر نوعية العلاقات بين الفاعلين على المعنى الذي يعطونه للوضعية و تعبر بها ضمنا أكثر مما يفصح بها ، و تبنى الإشارات و الأفعال و المواقف نوعية العلاقات و تعتبر هذه الأخيرة الشكل الذي يظهر على الاتصال .

7- **سيرورة التعبير عن الهوية** : يعبر كل شخص ضمنا أو بوضوح رؤيته للعالم ، و يبين مصطلح الهوية كل ما يميز قول أو تفكير أو إحساس لشخص يتصل ، فكلما نتصل نوضح هويتنا ، لغتنا أو الانتماء إلى جماعة اجتماعية أو ثقافية ، نتحدث لغة تميزها، و التي تشكل رمزا اجتماعيا يعبر عن هويتنا ، و كلما نتصل نطور استراتيجياتنا و التي تفيد رهاناتنا و مبتغانا¹ ، فالاتصال فعل لموقع الشخص بحيث كل فاعل في إطار وضعية الاتصال يترجم دور يحاول تعريفه فهو جزئيا التوقع بالنسبة للآخر .

خلاصة القول أن هذه السيرورات المختلفة تتفاعل فيما بينها و باستمرار لبناء و تنشيط وضعية الاتصال ، يكون هذا البناء في عمق السياق الذي يظهر خلال

1- IBID P 58-59-60-61

الوضعية ، هذه السياقات تساهم في إعطاء معنى للوضعية التي هي بصدد البناء لكل الفاعلين ، لا تكون سيرورات الاتصال حاضرة في كل وقت في وضعية الاتصال و قد تكون شدتها متغيرة بعضها مهيمنة و في الغالب في تفاعل قوي في بعض الوضعيات .¹

يشكل الاتصال في التنظيم الاستشفائي عامل مهم لسيره سواء على المستوى الإداري أو على المستوى الطبي بحيث يسمح بتقاسم المعلومات بين أفراد التنظيم ، و بجمع المعلومات الضرورية وتساعد المسير على تحديد المشاكل و معالجتها و أخذ القرارات اللازمة ، و إعلام المهنيين للعمليات التي يشرع في تطبيقها و يستعلم عن تطور العمل المحقق من طرفهم للسير الحسن للمستشفى، و أخذ آرائهم في الحلول المطروحة ، فمن جانب التسيير يعتبر الاتصال سيرة تعاون بين المسيرين و المهنيين أين يقومون بتبادل المعلومات و بتفسيرها؛ تجعل الأشخاص، و المصالح أكثر ديناميكية، سواء بتقديمه لهم المعلومات أو بإشراكهم في مهام تمثل لهم عامل تحفيزي، و تعبر على اهتمامه بهم و بكيفية سير المصالح ، فيقوم الاتصال بنزع كل ما يعترض طريق المستخدمين عن الأداء الجيد لوظيفتهم، و يؤثر ذلك ايجابيا على أدائهم لمهام العلاج والإعلام للمرضى ، و تحسين العلاقات فيما بينهم ، يسمح بالاتصال الجيد مع المريض و بالتالي يولد ثقة هذا الأخير لمعالجه و يساعد ذلك المريض نفسه لتقديم المعلومات ، لتشخيص حالته أو معرفة تطور العلاج أو مضاعفات المرض ، لأن تخوفه من رد فعل المعالج يجعله في بعض الأحيان، يتكتم عن حالته ويعيق التشخيص الجيد و العلاج الفعال، و يستعمل شبه الطبيين أو الأعوان هذا العامل من أجل التحكم في منطقة شك مهمة (maîtrise d'une zone d'incertitude) ، وهي المعلومات عن المريض و التي تشكل مصدر قدرة ، التي يستعملها في الغالب و بالخصوص شبه الطبيين عند الضرورة ، أي لما تكون العلاقات سيئة بينهم ، و قد يسهل

1-IBID P 62

الاتصال بين المستخدمين العمل الجماعي ، و يسمح ربح الوقت للقيام بالمهام كلها و في الوقت المحدد و لتفادي تضيق الوقت و الأوقات الميئة التي يعرفها المستشفى ، و التي تعيق أداء الخدمة في وقتها.

نمط الاتصال

ويكون الاتصال وفق طريقتين أساسيين عن طريق الكلام (الكتابي و الشفهي) و غير الكلام (ملامح الوجه ، حركة العينين ، حركة الجسم ، استعمال المكان ، استعمال الأشياء كبذلة الجراحة أو لباس الشرطي تعبر عن مركز الشخص، (le paralanguage) كوتيرة العمل ، الضحك الخ) .

و يكون الاتصال في المستشفى بين الإدارة و المصلحة و داخل المصلحة بين المهنيين، حسب طبيعة العلاقة التي تربط المستخدمين بالإدارة والتي تربط المستخدمين أنفسهم، فيكون الاتصال بين الإدارة و المصلحة عن طريق وسيط سواء كان الأستاذ رئيس المصلحة أو المسؤول شبه الطبي (المراقب العام للمصلحة الطبية) و بواسطة الحركة اليومية للمهنيين بحيث يسمح ذلك بتبليغ الإدارة بسير المصلحة و الغياب و الحضور يوميا و المشاكل المطروحة و النقائص الملاحظة و بالمقابل يستقبل المراقب كل القرارات و الإعلانات و العقوبات المسطرة على المهنيين و المحالون للمجلس التأديبي فتكون الإعلانات و القرارات كتابية في معظم الأحيان لأن الإدارة تفضل ذلك ، ويكون الاستقبال مع المدير العام و مدير الموارد البشرية، خلال يومين في الأسبوع ، و هذا لا يمنع المهنيين من الاتصال بالقسم الإداري الخاص بالطبيين و الخاص بشبه الطبيين لتسوية أوضاعهم الإدارية ، و يختلف نمط الاتصال بين الإدارة و المصلحة بالنسبة للطبيين و شبه الطبيين حسب الجدول الموالي:

جدول رقم 10: يبين العلاقة بين نمط الاتصال مع الإدارة وبين الوظيفة و الأقدمية :

المجموع	المجموع الجزئي	شبه طبيين			المجموع الجزئي	الطبيين			الوظيفة
		أقل من 20 سنة	20-10 سنة	أقل من 10 سنوات		أكثر من 20 سنة	20-10 سنوات	أقل من 10سنوات	الأقدمية نمط الاتصال
50 %27.14	32 %25	5 %27.77	21 %24.18	6 %25	18 %32.72		3 %20	15 %38.46	شفهي
133 %72.28	96 %75	13 %72.22	66 %75.86	17 %70	37 %67.27	1 100	12 %80	24 %61.5	كتابي
1 %0.54				1 %5					آخرون
184 %100	128 %100	18 %100	87 %100	24 %100	55 %100	1 %100	15 %100	39 %100	المجموع

من الجدول نلاحظ أن نسبة 72.28% من المستخدمين يفضلون الاتصال مع الإدارة كتابيا وخاصة شبه الطبيين بنسبة 75% بينما 27.14% يتصلون معها شفهيًا.

كلما كانت الأقدمية كبيرة لدى الطبيين يكون الاتصال كتابي، لأن الأطباء القدامى يتعاملون برسمية أكثر في علاقاتهم مع المهنيين إلا البعض منهم ، أما بالنسبة للجدد فإن العلاقات تأخذ طابعا مختلفا وفي كثير من الأحيان تكون علاقات صداقة تجعل من التعامل مع شبه الطبيين غير رسمي، فيكون الاتصال معهم شفهي ، و أيضا يطرح مشكل إتقان اللغة، بحيث لا يوجد مشكل بالنسبة للقدامى بحيث يتقنون جيدا اللغة الفرنسية و يستعملونها في الخطاب وفي الكتابة، أما بالنسبة للجدد فيجدون أنفسهم مجبرين للتحدث باللغة العامية حتى عند تقديم المريض و شرح حالته (présentation de malade)

ولا يتعاملون كتابيا مع الإدارة لعدم تمكنهم جيدا للغة الكتابة خاصة فيما يخص الأمور الإدارية فيستخدمون اللغة التقنية لأنهم يتعلمون كيفية استخدام الوصفات و رسائل توجيه المرضى، فكل الطبيين ملزمون بالاتصال الكتابي خصوصا عند طلبهم للتحاليل الطبية و الأشعة و أيضا عند كتابة رسائل التوجيه ؛ و يستعمل شبه الطبيين الاتصال الكتابي بنفس النسبة مهما كانت أقدمتهم و ذلك لتحميمهم وتضمن حقوقهم. وباعتبار المستشفى تنظيما اجتماعيا فإنه يتطلب أن تكون فيه نوعا من العلاقات المرنة بين التنظيم الرسمي والغير الرسمي، و تعميق الاتصال بين الإدارة و المصالح، و هذا ما يفسر اتصال نسبة مهمة مع الإدارة شفهيًا، و هذا ما يساعد على أداء الخدمة وتحقيق الهدف لسير التنظيم .

و يلعب الاتصال دورا مهما في مناقشة المسائل و المشاكل المطروحة ومحاولة إيجاد الحلول لها.

أما في ما يخص اتصالهم فيما بينهم فإنه يختلف عن اتصالهم مع الإدارة لأن طبيعة علاقات العمل مختلفة، حيث يكون التعامل مباشر بين المهنيين الطبيين و شبه الطبيين ، و تتدخل عوامل لها علاقة بالعمل وبالتخصص، و تعتمد على الشفهي أحيانا وأحيانا أخرى على الكتابة، كالوصفة الطبية و الملف الطبي و ملف العلاج و ذلك حسب الظروف التي يتواجدون فيها، كالاستعجال مثلا و أيضا حسب العلاقات الشخصية التي تربطهم، بحيث يكون الاتصال الشفهي هو الأكثر متداولًا من الكتابي لما تكون العلاقات جيدة وحميمية بينما يميل شبه الطبيين أكثر للاتصال الكتابي عندما تكون العلاقة سيئة أو متصارعة، خصوصا لو كانت هناك مشاكل خاصة بالعمل، لأن الاتصال الكتابي هو رسمي و لا يمكن لأي شخص تغيير ما هو مكتوب عند حدوث الخطأ ؛ و يتعامل الطبيون فيما بينهم شفهيًا، ويستعملون و بكثرة الالتقاء لمناقشة بعض الحالات (colloque) و كذلك تقرير المداومة كل يوم، أما شبه الطبيين في العلاج العام أو علاج المواليد فإنهم يتعاملون فيما بينهم شفهيًا في معظم الأحيان و تكون الكتابة في حالة تمرير المعلومات و النصائح

مابين الفرق المداومة في النهار والتي تداوم في الليل، و أيضا مع المهنيين في المخبر أو في مصلحة الأشعة، أما ذوي تخصص تخدير والقابلات فيتصلون شفهيًا لأن طبيعة العمل تستلزم ذلك مع تدوين كل ما قدم من مهام و هذا لا يمنعهم من العمل تحت إشراف الطبيب المتخصص في الإنعاش و التخدير أو(الجراح في الاستعجالات) بالنسبة للمخدر وأيضا المتخصص في طب النساء (التوليد وجراحة الولادة) بالنسبة للقابلة لذلك يختلف في نظر المهنيين النمط الملائم للاتصال بين الفريقين مع نمط الذي يتعاملون به مع الإدارة ،وهذا ما سنراه في الجدول الموالي:

جدول رقم 11 : يبين العلاقة بين الأقدمية و نمط الاتصال الملائم أكثر بين الفريقين الطبي و شبه الطبي لسير المصلحة:

الأقدمية	أقل من 10 سنوات	من 10 إلى 20 سنة	أكثر من 20 سنة	المجموع
نمط الاتصال				
الكتابة	8 15.7%	10 11.5%	5 27.8%	23 14.7%
الشفهي	10 19.6%	23 26.4%	3 16.7%	36 23.1%
الاثنين معا	33 64.7%	54 62.1%	10 55.6%	97 62.2%
المجموع	51 100%	87 100%	18 100%	156 100%

إن نسبة 62% من المبحوثين يرون أن نمط الاتصال الملائم أكثر بين

الفريق الطبي و الفريق شبه الطبي الكتابة و الشفهي معا ، بالخصوص ذوي الأقدمية أقل من عشر سنوات.

إن نمط الاتصال الملائم بين الفريق الطبي و شبه الطبي لسير المصالح الطبية هو الاتصال الكتابي و الشفهي معا، لأن طبيعة العمل بينهما تفرض عليهما التعامل بهذه الطريقة، فيستعملون الكتابة ولكن تستدعي بعض الحالات خاصة الاستعجالية منها ، استعمال الاتصال الشفهي لضيق الوقت أثناء التدخل، لهذا يرون إلزامية وجودهما معا، ويحبذون استعمال الاتصال الشفهي ويكون ذلك عادة في المصالح ذات الطابع الاستعجالي، كقاعات العمليات بالنسبة لمرض قاعة العمليات و لذوي تخصص تخدير، وقاعات الولادة بالنسبة للقابلات، ولكن توجد في بعض الأحيان مشاكل و اختلافات بين شبه الطبيين و الطبيين حول نوع

العلاج، لذلك نجدهم يفضلون الكتابة لأنها تضمن لهم الحماية و الشرعية ، بسبب نقص الثقة المتبادلة بحيث أن العلاقات التي كانت مبنية على ذلك تراجعت، و أصبحت تتدخل فيها العوامل الشخصية و الذاتية ، و يحاول كل سلك (طبي أو شبه طبي) حماية نفسه. أما اللغة المتداولة أكثر بين المهنيين عند الاتصال في أغلب الأحيان هي الفرنسية خاصة في الكتابة لأنها لغة تكوينهم و هذا لا يمنع من استعمال اللغة العامية .

أما الاتصال مع المرضى فإنه يظهر من خلال علاقات الاستقبال و العلاقات الناتجة عن التفاعل اليومي أثناء العلاج؛ ويرى أغلبية المبحوثين من المرضى و أوليائهم أن علاقاتهم مع الطبيين وشبه الطبيين جيدة في معظم الأحوال إلا في بعض الحالات فقط تكون سيئة مع البعض منهم كما هو الحال في مصلحة طب الكلى و تصفية الدم و في مصلحة طب الأطفال ويكون اتصالهم مؤقتا مع الطبيين ويكون مطولا و في كل الأوقات مع شبه الطبيين بسبب حضورهم الدائم معهم و هذا ما يشيرون إليه في كل خطاباتهم . و ما يسمح القيام بعلاقات حميمة معهم بسبب الاحتكاك الدائم و اليومي .

الاستقبال في المصالح الطبية :

إن علاقات الاستقبال هي ما ينتج من تبادل للإعلام بين المرضى أو أقربائهم وبين الفريق المختص بالاستقبال،

ويشير الباحث "CLAUDE LE BOEUF" إلى الاستقبال l'accueil على أنه (la réception) استقبال (تلق) يقوم به الشخص ويعني ذلك أنه يقيم علاقات إنسانية، و التي تتمثل في العلاقات الفيزيكية كالأشخاص، والكتابية كالرسالة الموجهة (lettre d'orientation) و الشفهية كالعلاقات عبر الهاتف ؛ وهناك علاقات مع المحيط كالنظافة ، الصمت، المكان المريح؛ فالاستقبال يجيب بصفة عامة لمدى رغبة المستخدمين في تحقيق تلقي العلاج (L'accès aux soins) وهذا يعني نوعية الاستقبال و الاستماع و الأمن للمرضى لذلك تظهر أهمية الاتصال في المستشفى وينبغي أن يحوي على مستوى كل مصلحة وحدة خاصة بالاستقبال لتؤدي مهمة الإعلام وتنقص من الضغط الذي يعيشه المستخدمون الطبيين و شبه الطبيين ، لذلك و يفترض أن يقوم به متخصصا أم متكونا في هذا المجال ليكون مصدر إعلام فعال . أهم ما يميز هذا الجانب في المستشفى أنه لا يؤدي الدور كما يجب ولا يوجد متخصصون في ذلك وهذا ما يبينه الجدول الموالي :

جدول رقم 12: يبين العلاقة بين الوظيفة والقائم بالاستقبال:

المستقبل الوظيفة	الطبيب	شبه الطبي	السكرتيرة	الأعوان	المجموع
الطبيين	8 13%	17 29%	13 22%	21 36%	59 100%
شبه الطبيين	21 15.5%	56 41%	21 15.5%	38 28%	136 100%
المجموع	29 15%	73 37.5%	34 17.5%	59 30%	195 100%

إن نسبة 37% من المبحوثين يرون أن الاستقبال يقوم به شبه الطبيين ثم تليها

نسبة الأعوان ب 30.25% بينما تمثل السكرتيرة و الطبيين نسبتي 17.5% و 15% على التوالي .

يعاني المستشفى (بارني) لوجود نقص لمتخصصين في الاستقبال وهذا راجع للسياسة الصحية في الجزائر التي لا تكون أشخاصا يقومون بهذه المهمة، لذلك يقوم الفريق شبه الطبي وفريق الأعوان مهام الاستقبال بحيث يعاني الأول من كثرة العمل (المهام) وصعوبة تسيير وقت العمل و العلاج وقد تزيد مهمة الإعلام هذه من الضغط المستمر، فتقلقهم و تجعلهم يتصرفون بطريقة تعكس الضغط الذي يتواجدون فيه و تكون تصرفاتهم غير لائقة أحيانا و لكن يرونها عادية بالرغم من كون المرضى لا يتقبلونها ، وتصل أحيانا إلى مشادات بينهم، وان وجدت مصالح فيها شبه وحدة استقبال فإنه يقوم بهذه المهمة أعوان عاديين (المؤقتين خاصة) و تمثل هذه المهمة بالنسبة إليهم ترقية، تسمح لهم بالتظاهر على أنهم شبه طبيين، فيولد ذلك خلطا في بعض الأحيان لدى العامة عن مكانتهم، و بما أنهم لم يتلقوا تكويننا، فالإعلام الذي يقومون به قائم على أساس غير معرفي يؤدي إلى توجيه سيء للمرضى، ينتج عنه في كثير من الأحيان مشاكل عديدة، تجعل المريض يذهب ويعود مرارا، و يكون إقناعهم بعد ذلك من طرف الطبيين أو شبه الطبيين صعب، و شبه مستحيل أحيانا، يظن الكثير منهم أنه يتلاعب بهم و هذا بالطبع ناتج عن إعلام خاطئ .

إن وجود خلل وظيفي على مستوى الاستقبال يعيق السير العادي للمصالح، لذلك نلاحظ التأكيد من طرف الوزارة الوصية و إدارة المستشفى على ذلك وعلى الإنسانية في المصالح (humanisation des services)، لكنها لم تلجأ لحل المشكل نهائيا، إلى درجة أن بعض المصالح لا تملك وحدة استقبال، و الجدول الموالي يبين المصالح التي تملكها والتي لا تملكها ؛

جدول رقم 13: يبين العلاقة بين المصلحة و الامتلاك لمصلحة استقبال:

الإجابة	نعم نملك مصلحة استقبال	لا نملك مصلحة استقبال	المجموع
مخبر الخلايا	3 42.9%	4 57.1%	7 100%
جراحة الأطفال	13 41.9%	18 58.1%	31 100%
طب القلب	2 13.3%	13 86.7%	15 100%
طب النساء	9 39.1%	14 60.9%	23 100%
طب الكلى وتصفية الدم	1 8.3%	11 91.7%	12 100%
طب العيون	3 30%	7 70%	10 100%
طب الأطفال	10 38.5%	16 61.5%	26 100%
حماية الأمومة و الطفولة	2 100%		2 100%
الاستعجالات	7 63.6%	4 36.4%	11 100%
الأشعة	5 71.4%	2 28.6%	7 100%
المخبر	6 50%	6 50%	12 100%
المجموع	61 39.1%	95 60.9%	156 100%

نلاحظ من الجدول أن نسبة 60.9% من المستخدمين المبحوثين يرون

أنهم لا يملكون مصلحة استقبال على مستوى مصالحهم وبالأخص في مصلحة طب الكلى وتصفية الدم بنسبة 91.7% ،ومصلحة القلب بنسبة 86.7% ،بينما 39.15% ترى أنها تملك ذلك ، بالأخص مصلحة الأشعة ب 71.4% و الاستعجالات بنسبة 63.6% .

يعاني المستشفى من نقص للمصالح المتخصصة للاستقبال وهذا ما يسبب المشاكل و نقص الإعلام للناس و المطالبين للعلاج. و في الواقع تقريبا معظم المصالح لا تملك وحدة خاصة بالاستقبال و الإعلام ،إلا المصالح التي تملك وحدة الاستعجالات بسبب الأعداد الكبيرة التي تتردد على هذه المصالح ، أما في ما يخص استخدام الإعلام الآلي في هذه المصالح التي تملك لوحدة استقبال فيرى المبحوثين فيها أنها تفتقر لذلك ،فإدخال الإعلام الآلي في هذا الميدان يعني أن الشخص الذي يرسل المعلومة يكون على علم بمن فيها، بمجرد الرجوع إلى الكمبيوتر، وهكذا تنقص من حدة المشاكل المتعلقة بسوء الإعلام، لكن نجد ذلك في مكتب القبول، الذي لا يمكنه أن يمد الناس بالمعلومات الضرورية، يحدثون خلطا بين المصالح في بعض الأحيان نظرا لتحول المرضى من وحدة لأخرى بالأخص في طب،و جراحة الأطفال.

الاتصال الصحي و العلاقات داخل المؤسسة العلاجية :

و نقصد بالاتصال الصحي كل العلاقات القائمة في المستشفى بين كل أفراد التنظيم و بين عدة ثنائيات (طبية- شبه طبية) (طبية -طبية) (شبه طبية -شبه طبية) (الفرقة المعالجة من طبيين و شبه طبيين -المريض).

وتشكل العلاقات في التنظيم الاستشفائي أهم عامل اتصالي لأنها تبنى على أساسها فعالية التنظيم و تولد تناسق و تعاون المهنيين داخله ،بين مختلف مستويات التأهيل للفرق المعالجة داخله و أساسا مع المرضى ، فيحقق الأهداف التي تواجد من أجلها ،لذلك تشكل العلاقات (الطبية- شبه الطبية) أهم ثنائية و حلقة في السلسلة لا يمكن الاستغناء عنها في التنظيم الاستشفائي ،

فالعلاقات (الطبية -شبه الطبية): تكون قائمة على أساس تقسيم تقني للعمل ،كل حسب مؤهلاته ومكانته ضمن النظام التدرجي الذي ينتمي إليه ،وتربطهم علاقات عمل و تعاون و مشاركة فيشكل عمل شبه الطبيين مصدر إعلام ضروري بالنسبة للطبيب ويشكل التعاون بينهم كما تشير إليه الباحثة في علم الاجتماع françoise Gonnet رهانا خاصا، ومهما لسير المصلحة وتنسيقها ، و متابعة العلاج بها ، فالأطباء يوجهون النشاط ويدخلون المرضى (الاستشفاء) و يقررون العلاج و لكن في معظم الأحيان لا يحققونه ¹ وتتميز هذه العلاقة بقوة الارتباط فلا يمكن الفصل بينهما لأن عمل كل منهم يكمل عمل الثاني ولا يمكن الفصل بينهما، فالطبيب لا يمكنه التشخيص دون الرجوع إلى النتائج الفحوصات التي يقوم بها شبه طبيين في(الأشعة ، المخبر،و العلاج العام ..)و الجراح لا يمكنه القيام بعملية جراحية لوحده لأنه يحتاج لشبه الطبيين معه و المساعدين كالمخدر و الممرض المكلف بتهيئة الوسائل للعمليات و كل الظروف المناسبة للعملية و

أيضا بمساعدة الأطباء المقيمين في تخصص جراحة و طبيب الإنعاش ، و حتى بعد إنهاء العملية فهو يحتاج للمرض الذي يقوم بالتكفل بالمريض بعد الجراحة كما تم تهيئته من قبل ذلك ، لأن النجاح الذي يتحقق بعد ذلك لا يرجع فقط لنجاح العملية بحد ذاتها وإنما أيضا لمدى نجاح ما بعد ذلك أي القدرة على التكفل الجيد للمريض في هذه الفترة لأنها حرجة لما ينجم من أعراض غير مرغوبة (Effets indésirables) أو غير متوقعة لأن عامل المراقبة الطبية التي تقوم به هذه الفئة يمكنه أن يحسن أو يسيء إلى الحالة حسب نوعيتها و حسب التفتن و المعرفة للتمكن من معرفة الأعراض قد تتسبب في بعض الأحيان إلى الموت إذا ما لم يتفتن لها في الوقت المناسب، لذلك يعتمد الجراحون أو حتى المتخصصون الآخرون على عنصر المراقبة لشبه الطبيب الذي يعتبر احد أهم المهام التي يقومون بها إضافة للمهام الأخرى للعلاج ، وفي معظم الأحيان تكون وفق تعليماتهم لرسمية التنظيم الاستشفائي ، و من أجل تحديد المسؤوليات عند الوقوع في الخطأ ، لذلك تفوض المهام لكن في معظم الحالات تكون كتابية، إلا إذا كانت العلاقات الذاتية حسنة بينهم فتقوم هذه العلاقة على الثقة المتبادلة .

وأهم ما يمكن ملاحظته في المستشفى هو وضع المسؤولية على عاتق المهنيين شبه الطبيين ، بحيث يجب تذكير الأطباء لأداء مهامهم خاصة لأطباء الإنعاش في مصالح الجراحة لأنهم مجبرون على متابعة تطور الحالة من الناحية العامة (وصف الأدوية ، بدء الأكل أم لا بالنسبة للمريض لأنه يشكل عامل مهم للعودة إلى حالته العادية، أو الأكل عبر الأوردة (alimentation parentérale) أو إعطاء المصل الخ .

العلاقات (الطبية – الطبية): تكون العلاقات بين الفريق الطبي علاقات تعاون

وتنافس، فالتعاون ضروري بينهم خاصة في الحالات الصعبة تشخيصها أو علاجها فيكون التشاور ضروري لذلك ، و قد تستدعي بعض الحالات المراقبة و المتابعة عن قرب و لا يمكن للطبيب المداوم أن يداوم أكثر من 24 ساعة لذلك

يترك الحالات التي يجب مراقبتها عندما يكون شك في التشخيص أو الحالة تستلزم المراقبة للتأكد منها ، للزميل الذي يناوب بعده للتدخل إذا ما استلزم الأمر، وتكون عادة العلاقات جيدة و أحيانا تنافسية ، سواء فيما يخص البحث العلمي أو من أجل الترقية و الحصول على مناصب مسؤولية وعلى منصب الطبيب الجامعي(الأستاذ المساعد)، كل شخص يحاول السعي وراء هذا المنصب لأنه يمكنهم من الحافز المادي و امتيازات أخرى ، كالحصول على مناصب المسؤولية لأن الشخص الذي يتحصل عليها يحظى بالزيادة في الأجر .

العلاقات (الشبه طبية-الشبه طبية):

تدخل علاقات فرقة شبه الطبيين في إطار تقسيم تقني للعمل وتخصص، فيقوم شبه طبيين وفي إطار تخصصهم بالأدوار والمهام التي تسند إليهم حسب مكانته في النظام التدرجي و في تخصصهم و ؛قد يزول هذا التقسيم و يتقاسم الجميع المهام المختلفة لكثرتها و كثرة المرضى داخل المصالح ، فهم مجبرون على ذلك بالرغم من تواجد بعض المشاكل فيما بينهم خاصة فيما يتعلق بالمرتبة لأن هناك عدة مراتب في تخصص التمريض و المخبر و الأشعة كما يوجد خلط في المهام في معظم المصالح التي تعاني من النقص و يجد ذوي شهادة دولة أنفسهم يقومون بمهام الأعوان و العكس صحيح ونلاحظ وجود حساسية بين بعض التخصصات في بعض المصالح كالتقابلات مع الممرضين في قاعة الولادة و المخدر مع ممرضين في الوسائل (instrumentiste) في قاعة العمليات كما أنه توجد بعض العلاقات التنافسية و أحيانا متصارعة بسبب السعي وراء مناصب المسؤولية ، أو التخوف من فقدانها ، فيسعى الأشخاص الذين يطمحون لذلك لخلق المشاكل للأشخاص ذوي المراتب العليا ، لكي لا يصلون إليها(مثلا الرئيسيون لأنهم أولى بالمسؤولية) و هذا لا يمنع من وجود علاقات جيدة بين المهنيين على اختلاف مراتبهم و تخصصهم .

العلاقات الذاتية و الموضوعية في المصالح الطبية :

يعتبر المستشفى مؤسسة اجتماعية تنتج العلاقات الاجتماعية بين أفرادها و أيضا تنشأ علاقات مع أفراد خارج التنظيم، و تقوم بالتنشئة الاجتماعية، و تحوي على ثقافة معينة، و يستعمل أفرادها مناورات من اجل تحقيق أهدافهم داخل التنظيم، لذلك تحاول الفئات كسب الرهانات اليومية داخل المصالح و مع الإدارة و نحاول من خلال هذه الدراسة معرفة طبيعة العلاقات الذاتية، و التي تختلف في الوظيفة الواحدة و بين الوظيفتين الطبية و شبه الطبية ، و ذلك سنراه في الجداول الموالية:

جدول رقم 14 يبين العلاقة بين الوظيفة و طبيعة العلاقة الذاتية مع الأطباء:

طبيعية العلاقة	طبي	شبه طبي	المجموع
علاقة حسنة جدا	18 %41	37 %33	55 %35.3
العلاقة حسنة	21 %48	42 %37	63 %40.4
نوعا ما حسنة	3 %7	18 %16	21 %13.5
العلاقة حيادية	2 %4	12 %11	14 %9
العلاقة سيئة		1 %1	1 %0.9
العلاقة متصارعة		2 %2	2 %1.3
المجموع	44 %100	112 %100	156 %100

من الجدول نلاحظ أن النسبتين 40.4% و 35.8% من المستخدمين لهم علاقات حسنة و حسنة جدا مع الأطباء على التوالي خاصة الطبيين منهم، ثم تليها نسبة 13.5% التي لها علاقات نوعا ما حسنة ، خاصة شبه الطبيين، بينما 9% منهم لهم علاقات حيادية في حين نسبة ضئيلة جدا لديها علاقات سيئة و متصارعة،

جدول رقم 15 يبين العلاقة بين الوظيفة و طبيعة العلاقة الذاتية مع شبه الطبيين :

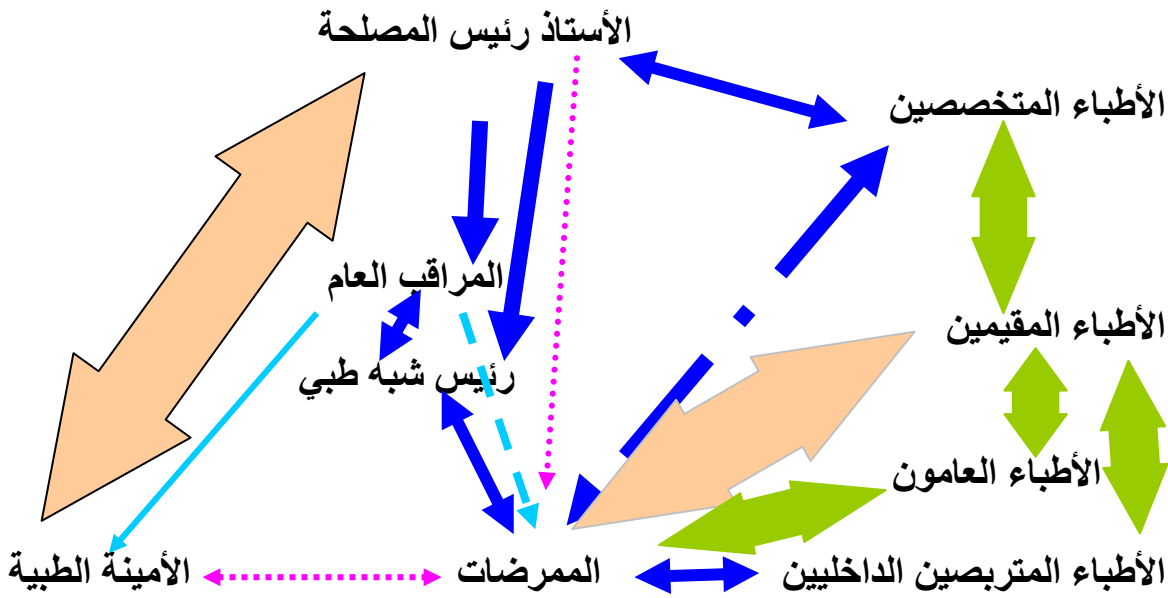
المجموع	شبه الطبية	الطبية	الوظيفة / طبيعة العلاقة
59 37.6%	44 39%	15 34%	حسنة جدا
71 45.5%	47 42%	24 55%	حسنة
13 8.3%	10 9%	3 7%	نوعا ما حسنة
10 6.4%	9 8%	1 2%	حيادية
3 1.9%	2 2%	1 2%	متصارعة
156 100%	112 100%	44 100%	المجموع

إن نسبة 45.5% من المبحوثين يرون أن علاقاتهم مع شبه الطبيين حسنة خاصة الطبيين ،ثم تليها نسبة 37.6% التي تراها حسنة جدا خاصة شبه الطبيين بينما نسبتي 8.3% و 6.4% تراها حسنة نوعا ما وحيادية على التوالي ، في حين 1.95 تراها متصارعة .

إن العلاقات الذاتية التي تربط المهنيين تختلف قليلا حسب الاتجاه طبي طبي أو طبي شبه طبي أو شبه طبي طبي أو شبه طبي طبي لكن على العموم يعتبر المهنيون علاقاتهم فيما بينهم حسنة أو حسنة جدا و ذلك لتعايشهم مع بعضهم البعض للأوضاع و المشاكل اليومية فيحاولون تجاوزها أو حلها مع بعضهم البعض من أجل الاستمرار و الديمومة .

أما العلاقات الموضوعية التي تربط أعضاء المصالح فهي كالتالي :

مخطط رقم 09 : يبين نوع العلاقات الموضوعية داخل المصالح :



إن العلاقات الموضوعية التي تربط المهنيين تنتج عن الاحتكاك الدائم للفرق و التي تعيش يوميا نفس الواقع المليء بالشعور و الإحساس أحيانا تعم الأفراح كالولادات مثلا أو نجاح العمليات الجراحية و أحيانا أخرى الآلام بسبب الموت أو الحالات الميؤوس منها وأيضا من جراء الاحتكاك اليومي المتواصل ، لذلك تنشأ تلقائيا علاقات تكون أحيانا وطيدة و حميمة و أحيانا أخرى متصارعة من جراء ضغوطات خارجية أم داخلية و المخطط رقم 09 (sociogramme) الذي يمثل النسق الفعلي الملموس و يبين كيف هي العلاقات الموضوعية بالمستشفى بحيث أنه كلما كان الاحتكاك بالعمل أكثر تكون العلاقات قوية و على العموم تكون شدة العلاقات كبيرة بين المرضى و الأطباء المقيمين لأنهم (أي المقيمين) في مرحلة تكوين و تدريب للتخصص و احتكاكهم بالمرضى (المرضات) يسمح لهم باستغلال خبرتهم و تفادي انتقادات الأستاذ رئيس المصلحة أو الأطباء المساعدين و الأساتذة المساعدين ، لأن التكوين الطبي في التخصص يعتمد كثيرا على التكوين الشخصي للأفراد (autoformation) و تكون أيضا قوية بين الأمانة الطبية و بين الأستاذ رئيس المصلحة و تشكل الحاجز المانع لرؤيته ، و تملك قدرة

كبيرة هي غير رسمية و تكون نوعا ما قوية بين الأطباء المتخصصين و المقيمين لأنهم يعتمدون و بكثرة عليهم ،تقريبا في كل المهام و أثناء المناوبة حيث يجد المقيمين أنفسهم يداومون لوحدهم و يسيرون المناوبة بمفردهم و حين تكون هناك صعوبات أو مشكل ما ،يتصلون بالطبيب المتخصص سواء في غرفة المناوبة أو في البيت هاتفيا ،و تكون العلاقات نوعا ما متقاربة بين الممرضين و رئيس الفريق شبه الطبي وأيضا بين الممرضين والأطباء المتخصصين لاعتمادهم عليهم في الكثير من المهام و لخبرتهم في تسيير الأمور ،حيث نجد من بينهم من لديهم علاقات صداقة وآخرون سيئة ،و نجدها كذلك نوعا ما متقاربة بين الأستاذ و الأطباء المتخصصين خاصة الجامعيون منهم ،أما علاقة الممرضين مع المراقبين للمصلحة الطبية نجدها في كثير من الأحيان ليست جيدة لأنهم يرون فيه الشخص الذي يمثل الإدارة و يخدم مصالحها و لا يكثرث لهم ،

مهما كانت العلاقات الشخصية بين المهنيين فإنهم يعملون في إطار تكاملي لبعضهم البعض و تساعد العلاقات المتقاربة جدا و الغير رسمية لسير العمل و أداء الخدمة بالرغم من كل الصعوبات .

العلاقات بين المعالجين و المريض :

تعتمد العلاقة مع المريض على عدة عوامل منها الحالة النفسية التي يتواجد فيها هذا الأخير و الجانب الأخلاقي للمهن الطبية كالضمير المهني و الحفاظ على سر المهنة و تتحكم فيها أيضا نوعية العلاج المقدم فأولوية الأشخاص تختلف بحيث هناك من يولي اهتماما أكبر للعلاج و هناك من يفضل العلاقات الجيدة و المعاملة الحسنة و يمكن أن تكون للعلاقات تأثير كبير على أداء الخدمة و استجابة المريض للعلاج لأنه يتدخل فيه الجانب البسيكولوجي للمريض ، و تشكل العلاقة التي تربط المهنيين و المريض من المحاور المهمة و المطروحة في المستشفى لأنه توجد بعض النقائص خاصة فيما يخص الاستقبال و أما الخدمة فإن المهنيين يحاولون قدر الإمكان أدائها كما يجب و هنا يختلف نوعيتها من

مصلحة لأخرى فقد نجدها أحسن في مصالح طب الأطفال و جراحة الأطفال لطبيعة الشخص المتعامل معه و التفاني الذي يميّز هذه المصالح الذين يعيشون الحالات المرضية كواقع يخصّهم و تؤثر كثيرا على حالتهم النفسية لكون المرضى أطفالا ، أما المصالح الأخرى فيمكن أن يكون لطبيعة التخصص التأثير على مواقفهم من الخدمة المقدمة و بالتالي العلاقة تتأثر فمصلحة كطب النساء و(الولادة و جراحة الولادة) مثلا، يفسّر ذلك الكم الهائل الذي يتوافد إلى المصلحة، فكثرة العمل و المهام لا تترك العلاقات تتطور؛ فأما طب القلب و طب الكلى فكونها أمراض مزمنة (chronique) يجعل الحالة النفسية للمرضى سيئة و هذا يؤثر بالطبع على نوعية العلاقة لأن طبع الشخص المريض يكون نوعا ما سيء، هذا لا يمنع التعامل مع الحالات كما هي، كل حسب طبيعته، فللمهنيين أن يتكيفوا مع ذلك فهو يمثل حالة مرضية يجب علاجها أما بالنسبة لطب العيون فنوعية العلاقة فيها بين المهنيين والمرضى جيدة.

على العموم لا تخلو العلاقات بين المهنيين و المرضى مهما كانت المرتبة أو التخصص من الإنسانية ، فيعرف الميدان الصحي بالثراء من هذا الجانب ، لأنه بني على هذا الأساس و التقليل لبعض العوامل من حدثها (أي الإنسانية)، لا يعني فقدانها و إنما نجدها و بكثرة عند الضرورة و خير مثال على ذلك في بعض الحالات بالرغم من كونها ميئوسا منها طبيا ، إلا أن المهنيين يثابرون و يواظبون و يصرون على العلاج لأخر دقيقة من حياة المريض (acharnement) ، و في هذه الحالات بقدر ما يتقربون من المريض ، يحاولون التهرب و الابتعاد على عائلة المريض لأنه يصعب الإفصاح لهم بالحقيقة ؛ و يزيد موت هؤلاء الأشخاص من التأثير عليهم ويجعلونهم أحيانا لا يخفون مشاعرهم و الإجهاش بالبكاء بالرغم من محاولتهم الدائمة بعدم إظهار مشاعرهم و الظهور بالبرودة نوعا ما، و لكن كل هذه الأمور تؤثر عليهم من الناحية المعنوية و النفسية .

يمثل الاتصال الصحي بين المهنيين داخل نفس التخصص و بين التخصصات المختلفة و بين مختلف المراتب ، و مع المرضى والقادمين للعلاج إحدى أهم العناصر التي تبين فعالية التنظيم من عدمها لأنه هو من يسمح بتسهيل المهام التي انشأ المستشفى من أجلها و تحقيق الأهداف المسطرة مسبقا و عدم استغلال هذا العامل يجعل من التنظيم الاستشفائي ينحرف عن سيره الرسمي .

الخلاصة الجزئية :

يتميز النسق الطبي باستقلالية أفراده في أخذ قراراتهم و تنظيمهم الفردي لعملهم في المستوى الأعلى للهرمية الطبية وبتبعية الأطباء المقيمين المطلقة للأستاذ رئيس المصلحة أو للأطباء المتخصصين لأنهم لا يزالوا في طور التعليم و التنشئة الطبية داخله ، وبالرغم من كونهم يعملون كثيرا إلا أنهم يرجعون دائما إليهم، لأخذ القرارات فيما يخص العلاج ، أما أسفل الهرم فهناك من يملك استقلالية كالذين يقومون بالفحوصات بمفردهم كالأطباء العاميين أو أطباء العمل (هم أطباء عاميين و ليسوا متخصصين في طب العمل)،بينما يعتقد اللذين يعملون في المصالح المتخصصة أنهم ينظمون العمل جماعيا لأنهم يرجعون دائما للمقيمين أو للمتخصصين للأخذ برأيهم .

أما الاستقلالية بالنسبة للفريق شبه الطبي فتكون لذوي المسؤوليات في المصالح و لذوي أقدمية كبيرة و لكن يرى ذوي شهادة دولة أنّ عملهم جماعي لأن هذه الفئة تعمل كثيرا مع الأطباء المقيمين خاصة، و هناك بعض المهام و العلاجات مشتركة بينهم وأيضا تفوض بعض مهامهم، لمن هم أقل مرتبة منهم بسبب النقص في عددهم،وينتج عن ذلك خلطا في المهام .

في الواقع أن المنظم للعمل هو الأستاذ رئيس المصلحة خاصة بالنسبة للأطباء ، أما بالنسبة لشبه الطبيين فلا يتدخل في تنظيم العمل و تقسيم المهام و لا يهّمه من يقوم بها أو من يجب أن يقوم بها المهم لديه أن تنجز هذه المهام و مهما كانت الطريقة ، لهذا تشتكي هذه الفئة من الخلط في المهام في حالة النقص للعدد أو غياب الأشخاص الذين هم من يجب أن يؤدي تلك المهام، مما شكل خلطا في المهام . و لكن يعمل الجميع تحت مسؤوليته سواء كانت الفرق الطبية أو شبه الطبية لأنه هو من يراقب النتائج و يسمح للمبادرة في بعض الأحيان لذلك يعتقد البعض و ذلك بفعل العادة أنّهم مستقلون و ينظمون عملهم بمفردهم ولكن المهام تفوّض لمن يملك الكفاءات و المؤهل لذلك لسير التنظيم، لكن تكون الاستقلالية

في مصالح الاستعجال لأن القرارات تؤخذ أثناء المناوبة و لكن لا تبتعد عن تعليمات عامة للأستاذ، وقد تعطى المبادرة لذوي المستوى التعليمي عالي لامتلاكها لمؤهلات، و يكون رد فعل المهنيين الطبيين و شبه الطبيين عندما ترفض مبادرتهم المناقشة ومحاولة الإقناع لرأيهم و إذا لم يكن الإقناع فيكون الخضوع بالنسبة للفئة الطبية لأنهم مجبرون على ذلك لخصوصية التنظيم التدرجي الهرمي الطبي و المواجهة بالنسبة لشبه الطبيين لأنهم يحاولون بذلك فرض أنفسهم و مؤهلاتهم و يسعون دائما لتحقيق المكانة الاجتماعية، ويحاولون العمل وفق إطار قانوني و المهام المحددة وفق مكانة كل واحد في الهرم شبه الطبي و هذا لا يمنع البعض من استعمال الطرق الغير قانونية للعمل و الطرق القانونية معا، فاستعمالهم للتنظيم الرسمي في عملهم يضمن لهم الحماية و الغير الرسمي يسهل سير التنظيم، وتتعامل الإدارة برسمية أكثر و يتضح ذلك في طرق الإعلام التي تكون عن طريق الإعلان لأنها مكتوبة ومعلقة، يمكن ملاحظتها من طرف الكل و تسمح لعدد أكبر من المهنيين بتلقي المعلومات و يتميز الإعلام بالنقص الذي يرجع خصوصا لإخفاء المعلومات من ممتلكيها لأسباب موضوعية أو ذاتية أو بسبب العلاقات السيئة مع المسؤول الهرمي، لذلك تركز الإدارة على الإعلانات لتبليغ المهنيين بالمعلومات التي يجب أن توفر لهم أو عن طريق الكتابة للاتصال معهم لذلك يفضل أغلبية المهنيين استعمال الاتصال الكتابي والشفهي معا.

ويكون الاتصال كتابي للطبيين مع الإدارة كلما كانت الأقدمية كبيرة بينما يتصل شبه الطبيين بطريقة رسمية بنسبة كبيرة مهما كانت أقدميتهم .
ويحبذون الاتصال الشفهي و الكتابي معا بين الفرق الطبية و شبه الطبية وهذا يعني أن التنظيم الرسمي وحده لا يكفي داخل المصالح الطبية فلا بد من التنظيم الغير رسمي معه لسير التنظيم، فالإتصال الغير رسمي يسهل العمل و ضغوطاته

أثناء المناوبة . و يخلق جو ملائم لقيام علاقات غير رسمية ، فالعلاقات في معظم الأحيان هي علاقات عمل متقاربة و وطيدة بين الفئات التي تعمل معا بكثرة كالأطباء المقيمين و شبه الطبيين وفي بعض المصالح تكون علاقات الأطباء المتخصصين بهم أي مع شبه الطبيين أكثر ، و تكون متباعدة مع الفئات التي لا تعمل مباشرة معها ، أو التي لا تضع الثقة في مؤهلاتها و كفاءاتها، فأما العلاقات مع المرضى فيمكن أن تكون قوية وإلى حد التبعية أي تبعية المريض لمعالجه سواء الطبيب أو شبه الطبي ، و في بعض الأحيان غير حسنة و ليست مقنعة للمريض وهذا حسب طبيعة الأشخاص المعالجين و مدى تحليهم بالصبر La patience ، مما يصعب من العلاقات و العمل بينهم و يمكنه أن يكون سببا في تأخير العلاج، وتمثل علاقات الاستقبال التي تنتج عن احتكاك دائم للمرضى و أولياءهم إحدى أهم العلاقات لكونها مباشرة مع المرضى و يمكن أن تمكن من أداء خدمة فعالة إذا كان الإعلام فعال و يمكنه أن يكون عائقا، لذلك لما تقدم من طرف أشخاص ليست لهم مؤهلات لهذه الوظيفة ، يولد لدى الأشخاص الإحساس بضرورة استخدام العلاقات الغير رسمية للمعالجة في المستشفى ، في بعض الأحيان يحاول الأعوان فرض سلطتهم (التي هي غير رسمية) ويستعملون مناورات و يضعون قوانينهم الخاصة بهم للتحكم في منطقة شك مهمة .

4 - السلطة و القيادة

- 1- القدرة و السلطة
- 2- القدرة الرسمية و القدرة الغير رسمية
- 3 إشكالية ثنائية السلطة في المستشفى
- 4- نوع القيادة
- 5-علاقات السلطة و القيادة بالمستشفى

القدرة و السلطة:

تشير الباحثة في علم الاجتماع Micheline -wener* إلى كون ممارسة

السلطة والقدرة لا تغطي نفس الحقائق الاجتماعية، حتى ولو أنهما متلازمان و متقاربتان لتحقيق نفس الهدف أي الفعالية ، فالسلطة تكون في إطار مقنن، بينما تظهر القدرة في علاقة سيطرة أو في علاقة إغراء وقواعد لعب اجتماعية، لكن تمارس كليهما ضغوطا في العلاقة الهرمية ، وتكون هذه الضغوطات أساس ظواهر المقاومة¹.

فالسلطة تمنح من طرف المؤسسة ومن التنظيم الهرمي، وتمارس على كل أعضاء البنية بقوة الشرعية المتفاوضة عن طريق المكانة و القانون؛ فوظيفة السلطة تحدد من يعمل ماذا، و هي تنزع الشك بالنسبة للأدوار و الوظائف²، بينما تأخذ القدرة باستحقاق و جدارة من طرف الشخص ، و هذا ما يجعلها متغيرة ، و تحدد قدرة الفعل و التأثير للإنسان على الآخرين الذين بدورهم قادرين على القيام بعمليات فعالة³. وقد يشكل هذا موضوع من أهم المواضيع المتعلقة بدراسة التنظيم و تظهر أهمية ذلك في صنع القرار الذي يترتب عليه سواء النجاح و الديمومة لهذا التنظيم أم عدمه و زواله . و يشير كروزييه و فريدبرك إلى أن القدرة لا تتواجد في حد ذاتها ، ولا تمارس إلا في إطار علاقة، يقبل الفاعلين من خلالها الارتباط فيما بينهم لإتمام مهمة معينة⁴.

* الباحثة حاصلة على الدكتوراه في علم الاجتماع و عملت كإطار في التمريض

¹ Micheline -wener : sociologie et culture infirmière ;aux éditions seli arselan 1
Château Gautier France 2001 . p 148

² - IBID P 148

³ - IBID P 149

⁴ -M.Crozier et E.friedberg : l'acteur et le système ,éditions du seuil,paris, 1977
p 67

تعتبر القدرة بالنسبة إليهما مفهوما يسمح بربط الفاعل و النسق لأن إذا كانت كل بنية تفرض و تخلق و تعيد إنتاج للقدرة يعني ذلك وجود عدم التساوي لعلاقات التبعية و لميكانيزمات المراقبة الاجتماعية، و يمكن التأكيد أنه لا يمكن تواجد للقدرة بدون بنيات لأن هذه الأخيرة و بسبب المقاطعة (cloisonnement) و معوقات الاتصال و انحرافات الفعل الذي تفرضه، تقدم الحماية الضرورية لمواجهة ظواهر القدرة وهذا يعني أنها تسمح بالتعاون بين الأفراد.¹

لا توجد قدرة دائمة بدون بنية، لأن لعب الفاعلين الذين يبحثون إجبار الأفراد الآخرين في التنظيم، يجعلهم يقومون بحماية لهامش من النشاط ، ليحققون نجاحا و يحدث ذلك داخل التنظيم الذي يسمح بهذه اللعب.²

وقد نجد قدرة رسمية وأخرى غير رسمية داخل التنظيم، ويشير فيبر إلى وجود:

1- القدرة الشرعية و التي تكون السلطة فيها مبنية على شرعية القواعد الموضوعة عقليا .

2- القدرة التقليدية التي تكون السلطة فيه مبنية على التقليد و على العادة التي يمارسها الباطريارقي le patriarche

3- القدرة الكاريزماتية : تكون السلطة فيها مبنية على التفاني لشخص ذو شخصية فريدة³ و توجد عدة طرق لفهم ممارسة السلطة وذلك وفق ثلاث اقتربات :

الاقتراب القانوني ،الاقتراب البسيكولوجي أو الكاريزماتي، الاقتراب السوسيولوجي **فالاقتراب القانوني :**

يعرف السلطة على أنها الوضعية أو الموقع داخل السلم الهرمي و تواجد لعلاقات هرمية . تكون داخل المؤسسة المبنية على القانون أهمية كبرى للسلطة القانونية (الشرعية) فهي و بالخصوص التي تظهر في قمة المؤسسة و يستند

Ibid p 28 .

Josette Hart et autres :gestion des ressources humaines (management hospitalier) édition Lamarre France 2002 .p 47 .

Renaut sainsaulieu : op cit p 52 -53 .

القدرة على حق الملكية، فيمارس المالكين للمؤسسة القدرة مباشرة أو عن طريق مجلس إداري ؛ فيمّيز وجود ثلاث أسس لهذه السلطة و القدرة : الملكية، التفويض و علاقات السلطة¹ و لكن المنظور القانوني غير كافي لتسيير بفعالية جماعات العمل ، فالسلطة لا تنتج فقط من إمكانية إعطاء الأوامر و فرضها (عن طريق نظام إجباري) و لكن جعلها مقبولة منهم .

2- السلطة البسيكولوجية (شخصية أو كاريزماتية) :

يرتبط صعود شخص في المرتبة (قائد leadership) على المرؤوسين بعدد من الصفات لشخصيته و ولميزات مختلفة لا نجدها عند الكثيرين ، و الدراسات السوسيولوجية بينت أنه لا يوجد نوع طبعي أو فكري واحد لكل المستيرين الذين نجحوا في وظيفتهم ، و بالرغم من كون ميزة شخصية الأفراد مهمة، إلا أنها تختلف حسب الوضعيات، نلاحظ أن المؤسسات (كالجيش ، الجامعة أو الصناعة) تشترط صفات مختلفة لممارسة السلطة ، فداخل المؤسسات يتغير ميزة الطبع حسب الشركات (حسب المحيط مستقر أم لا حيث تكون مختلفة) و حسب الوظائف (مدير مالي ، أو تجاري أو تقني ...) لذلك توجد بينهم بعض صراعات .

السلطة السوسيولوجية :

تحلل السلطة من الجانب السوسيولوجي بمعنى الاتصال فمن هذه الناحية يملك الشخص السلطة على الآخرين إذا استطاع أن يؤثر على سلوكهم دون أن يتأثر هو بهم بنفس الحدة ، وبذلك يمكننا التحدث عن القائد (leadership) و التي تقارب السلطة المقبولة على عكس السلطة الإجبارية

¹ M.Darbelet et J M Lauginet : Economie d'entreprise ,édition Foucher, paris, 1987 p 92

في المنظور القانوني. ومن هذا الجانب ترى السلطة بصفة ديناميكية كعلاقة (اتصال) و ليس كحالة قانونية وتتشكل هذه العلاقة من تطابق مميزات المسير و الوضعية التي يجب أن يتصرف فيها .

على العموم تعتبر السلطة الحقيقية مفهوم بسيكو سوسولوجي و هي علاقة اتصال متكونة من تطابق لمميزات الشخص الذي يتخذ القرارات مع الوضعية التي يتصرف فيها (agir) ، و يعتبر صعود الشخص لممارسة القيادة على الآخرين سلطة مقبولة .

و على ضوء دراسات علم النفس الاجتماعي فإن السلطة تحلل:

* كمجموعة من المواقف والكفاءات والمعارف المتغيرة حسب المحيط المتواجدة فيه.

* كعلاقة مسير - وضعية ، وتمثل المكانة كعنصر قانوني فقط وهو عامل يسمح للحصول على السلطة الحقيقية .

القدرة الرسمية و القدرة الغير رسمية (الفعلية) فى المستشفى

يؤثر مفهوم القدرة الموزعة على أعضاء التنظيم على طريقة تطبيقها في الواقع ،فهى عبارة عن لعب ذات مجموع منعدم،بالنسبة للعاملين في المستشفى، حيث يوجد عدد محدد من الحصص،إذا ما أخذ فاعل أو مجموعة من الفاعلين لحصة،فإنه يأخذها حتما من حصة الآخرين، حيث يأخذ الحصة المهمة الأطباء و المسيرون،أي الذين هم في أعلى الهرم ،و الآن أصبح يأخذ الحصة الثالثة المعالجون (soignants) .

ونصل بهذه النظرة المجزأة جدا إلى زيادة التوتر بين المجموعات الثلاثة للفاعلين الذين يعيشون في حذر مستمر لبعضهم البعض ، تخوفا من أن تأخذ إحدى المجموعات لما يراه ملكه . فقد أضحت هذه النظرة الهرمية والرسمية والجامدة والتي تعتبر القدرة كأنها ملكية خاصة للأشخاص ، بعيدة عن واقع المستشفى ، فمفاهيم التحليل الاستراتيجي والنسقي تسمح بنظرة أخرى للقدرة في المستشفى بتمحور علاقات القدرة حول مناطق الشك ¹.

فيملك القدرة الحقيقية الذين يراقبون مناطق الشك لأنها ذات أهمية لسير التنظيم و تشير الباحثة Françoise gonnet أنها تكون في ثلاثة جوانب : جانب يتعلق بتطور حالة المريض و مستقبله و الثاني يتعلق بالجانب الاقتصادي و المالي و الثالث يتعلق بتعدد التنظيم، **فالجانب الأول يتعلق بتطور حالات المرضى** الذي يكون غير محدد و لا يمكن التنبؤ به،و يؤثر على الفاعلين بداية من المريض نفسه ، و يحدث أيضا تغييرا على العمل و الوقت الذي يقضونه بجانبه و القرارات الطبية ومدة الاستشفاء ، فكل الفاعلين بمعرفتهم ومعرفتهم التطبيقية و وظيفتهم و علاقاتهم كفيلة بإنقاص من هذا الشك فإنها تملك قدرة قوية ، ويمكن إبراز ذلك من زاويتين :

فمن الزاوية الأولى فإن القدرة تعطي للخبرة الطبية و التقنية خاصة لذوي هرمية عالية ، و الذين يراقبون عدد هائل من مناطق شك، لأنهم يقومون بإدخال المرضى و يبرمج الاستشفاء و بإمكانهم الإلمام بالحالات المهمة من الناحية الطبية و البحث العلمي في المجال الطبي، وهذا له نتائج على بقية الفاعلين، وأيضا القدرة هي في تزايد مستمر بالنسبة للتقنيين لأن الأطباء مرتبطون بنتائج التحاليل (كتحاليل الدم أو الأشعة أو الفحوصات الوظيفية)، إذا تأخر احد التحاليل أو لم يحل جيدا فهذا يعيق الطبيب على القيام بعمله و تطبيق خبرته ، و هناك أيضا خبرة المعالجين التي هي مهمة جدا خاصة في الأقسام المتخصصة ،

أما الزاوية الثانية فهي مكمل للزاوية الأولى و المتعلقة بالمعلومات على المريض فالذي يملك المعلومات على المريض فيما يخص حالته و تطورها و رد فعل للعلاج الممارس يملك قدرة مهمة، بجانب الذين يأخذون القرار العلاجي، وهذه القدرة تكون للأشخاص القريبين من المرضى أي الذين يمكنهم كثيرا بجانبهم و بإمكانهم رؤيتهم في كل وقت و التحدث معهم وملاحظتهم عن قرب و بإمكانهم نقل للمعلومات و نجدها لدى الممرضات و الأعوان و ليست مرتبطة بالسلم الهرمي وهذه القدرة هي قدرة غير رسمية .

منطقة شك ثانية مرتبطة بالجانب الاقتصادي و المالي الذي يعد أساسيا بالنسبة للمستشفى و أصبحت قوية إلى درجة أنها تؤثر على ديمومته و يمتلكها الذين لهم القدرة على القرار في هذا المجال ،و هم المدراء و أعوانهم ذوي هرمية عليا .

هذه القدرة غير مقبولة من طرف الفاعلين لأن منطقة الشك التي ترتبط بها متناقضة مع القيم المشتركة و المنتشرة بتوسع بين المرضى و المهنيين " الحياة ليس لها ثمن " حتى وإن كان "الصحة تكاليف " فمنطقة الشك هذه أدت إلى توتر و صراعات القيم بين الفاعلين .

أما **منطقة الشك الثالثة** فهي تتعلق بالالتقاءات و تبادل بين شبكات مستقلة وفي نفس الوقت مترابطة في العمل وأصبحت أساسية لأن المصالح أصبحت مستقلة

أكثر، فكل شخص بموجب وظيفته يتواجد بين الشبكات أو الوحدات في وضعية ارتباط فيما بينها فإنه يملك قدرة معتبرة، ويقوم بربط و تفاعل الوجدتين أو الشبكتين، وفي معظم الحالات فإن الإطارات التمريضية (المراقب الطبي) هو من يلعب دور المترجم و الوسيط لمنطق مختلف، وأيضا حالة الأعوان ذوي أقدمية كبيرة خاصة، لمعرفتهم الجيدة لكل أشخاص الوحدة، و يستطيعون تحقيق الربط و حل المشاكل المتعلقة بالعلاقات مع هذه الوجدات.¹

وأخيرا فإن حقيقة القدرة في المستشفى المحللة من خلال مفهوم منطقة الشك تبين وجود عدة قدرات متنوعة ومتعلقة بالعمل و المساهمة الضرورية لبعض جماعات الفاعلين في التنظيم، هذه النظرة تنزع المفهوم للقدرة المتعلق بالمكانة و السلم الهرمي (السلطة والقدرة الرسمية)، فالقدرة الغير رسمية موجودة و تظهر مهمة أكثر مما نتصوره، ففي الغالب مفاهيم القدرة الرسمية و الغير رسمية تكون مجتمعة مثلا بالنسبة للإطار المحوري للمصلحة (المراقب الطبي) الذي يملك المنبع الأول للقدرة المتعلق بالمكانة و بالمستوى الهرمي و الثانية المتعلقة بالتحكم بمنطقة شك مهمة، يوجد حاليا في المستشفى قدرات رسمية فقط أي مرتبطة أساسا على السلطة الهرمية، إلا أنها عموما غير كافية لتحقيق شرعية القدرة الحقيقية في التنظيم، فالإطار الذي لا يملك وسيلة مناسبة اتجاه المرؤوسين لا يخضعون له إلا إذا فرض سلطته.

و هناك أيضا قدرة غير رسمية فقط كالتى يمتلكها الأعوان و لكن غير معترف بها في المستشفى لعدم معرفتهم لحدودهم، وهذا إذا تواجدت هذه الحدود أصلا فلذلك نجد هؤلاء الأعوان يمارسون قدرتهم مع شركائهم في العمل بمعارفهم الخاصة و وسائلهم الخاصة، لذلك يضعون هم الحدود حتى لا يخسرون مصداقيتهم التى قد تسحب منهم جذور القدرة.²

Ibid P221 -222

Ibid p 222-223

1

2

إشكالية ثنائية السلطة في المستشفى:

يمكن اعتبار المستشفى مؤسسة ذات أهداف متناقضة للاختلاف الموجود بين ما يقوم به وما يدعي فعله، و دراسة هذه الاختلافات عن قرب يسمح بفهم أحسن لمشاكل سيره ،بداية بنظام المراقبة ،الذي يبين الفارق بين هرمية السلطة الفعلية وبين الذي يتحدث المستشفى عنه، و إذا أخذنا النظام الرسمي فهو يعكس في نظر كل المستشفيات مخطط سيرها و بمقارنته مع العلاقات الحقيقية الموجودة بين العاملين به، يظهر أنه ذو نظام معقد للمراقبة الإدارية حيث توجد فيه هرمية تبدأ من المجلس الإداري إلى غاية العمال.

و تكمن فيه أهمية السلطة و المسؤولية في توزيعها على كل مستوى ويكون نسق الاتصال الموجود بين هذه المستويات ثابت نوعا ما بوضوح،ولكن عند دراسة سير المستشفى يظهر أن المخطط لا يعبر عن التنظيم الحقيقي للعمل، فالاختلاف الأساسي يأتي من دور المهنيين و خصوصا الأطباء لعدم وجود أي روتين إداري مؤسس في المستشفى بسبب الاستعجال.ويمكن إدراكه عن طريق الملاحظة،إن السلطة الحقيقية للطبيب في المستشفى كبيرة جدا بالرغم من أن النظام يضع الطبيين خارج السلم الهرمي، إلا أنهم يمارسون سلطتهم على كل مستويات البنية الاستشفائية (على الممرضات، المهنيين في المصالح ،المرضى وحتى على المدراء عندما يكونون أعضاء في المجلس الإداري) ¹ .

ف نجد في المستشفى سلطتين الأولى مهنية و الثانية عامية PROFANE ,و نجد أيضا بعض القطاعات بعيدة عن هذه السلطة أم خاضعة للسلطتين معا كمصلحة القبول , الأشعة , الصيدلية.....الخ ، و تنتج هذه الثنائية عن تعقد

¹ Cité par Harvey.L.Smith in Claudine Herzlich : médecine ,maladie et société,
Edition mouton , paris 1970 .p 259 .

التنظيم الاستشفائي الذي يظهر في الهياكل الإنسانية الأخرى (كالجامعة) أين تمارس الكفاءة المهنية داخل إطار إداري عامي Profane و مرتبط بتواجد لمبدأين مختلفين من السلطة في مؤسسة واحدة.

تسمح أعمال ماكس فيبر بتحليل ذلك و فهم تعقده، فالسلطة الممارسة من طرف الإدارة هي عامية تنتمي إلى نوع السلطة البيروقراطية. المشكل هو أن هناك صراع بين السلطة البيروقراطية مع السلطة المهنية الطبية، بحيث أن هذه السلطة هي كاريزماتية و يعتبر الطبيب إنسان كاريزماتي بحيث أن أحد مميزات الكاريزما أنه يتعالى على القواعد الإدارية و من يمتلكها يرفض الانتماء إلى تنظيم بيروقراطي. فيملك كلا من الأطباء و الإداريين لسلطة، لكنها وجدت لأغراض مختلفة و أساسا متناقضة ،و هذا ما يخلق وضعية صراع داخلي و مستمر في المستشفى.¹

و على غرار ما سبق ذكره فإن المستشفى الجزائري تنطبق عليه هذه المميزات فيما يخص السلطة نظرا لكون النموذج التنظيمي فيه هو بيروقراطي و لكن هناك بعض الخصوصيات و من ملاحظة الدقيقة لمستشفى بارني نجد ممارسة السلطة فيه متميزة حسب شخصية المسؤول الطبي و تأثيره في المجلس الإداري إذا كان له وزن في المستشفى فتتفد طلباته وفي مدة قصيرة أما إذا كان متساهلا فالإدارة هي من يسير المصلحة.

نوع القيادة :

يكون نمط القيادة مرتبط أساسا بحوافز المرؤوسين فطبيعة هذه الأخيرة هي من تحدد نوع القيادة المطبقة و ذلك حتى تحقق المؤسسة الفعالية المرجوة .

فبيّن (Mac Gregor) عند تناوله للجانب الإنساني في المؤسسة أن نوع القيادة مستوحى من تصورين نظرية (X) و نظرية (Y) .

و حسب نظرية (X) فإن معظم الأشخاص يطمحون للأمان و يتهربون من العمل و المسؤوليات ، و يحتاجون إلى من يسيّرهم و يراقبهم و يعاقبهم بصفة مستمرة ، وهذا هو التصور المجبر للنمط القيادي .

أما حسب نظرية (Y) فيستطيع الأشخاص أن ينبسطوا من عملهم و يضعون الأهداف لتنظيم، و وسائل تحقيق أهدافهم الخاصة. يستطيعون العمل عن رضا و بدون ضغوطات بمجرد أن تسمح الظروف و محتوى العمل بإرضاء حاجاتهم. و هذا هو التصور المعياري للنمط القيادي .

و يكون أفضل نمط قيادي ، وخصوصا عند الاختيار بين النمط الإجمالي (في نظرية (x) أو المعياري في نظرية (y) مرتبطا بالوضعية لأن مستوى ما يصبون إليه الأشخاص يتغير حسب معادلاتهم الشخصية (الثقافة، التربية، القيم، النمط المعيشي ، مستوى المداخل ، المكانة الاجتماعية) .

يجب أن يتكيف نوع القيادة لعوامل الحافز و الحاجات المحسوسة. و لهذا يرجع اختلاف النوع لاختلاف المؤسسات و لمستويات الهرمية .

يرتكز النمط القيادي في المؤسسة الصغيرة و المتوسطة (PME) على المسؤول ، و في المؤسسات الكبيرة البيروقراطية على القوانين ، و في المؤسسة اللامركزية (décentralisée) تطبق قيادة بالأهداف أي مركزة على النتائج¹.

و تكون نوع القيادة كما هي مبينة في الجدول الموالي :

جدول 16: يبين تأثير نوع القيادة في التنظيم¹:

مركز على النتائج	مركز على القوانين	مركز على الرئيس	
البحث على الفعالية	احترام الإجراءات	Servilité تذلل	سلوك المرووسين
الإشراك الشخصي في العمل implication	تجنب إشراك مسؤوليته الشخصية	إرضاء الرئيس	الحوافز
Stimulées تحفز بسبب التفكير في الفعالية	Inhibées كبحت بالقواعد والإجراءات	محدودة حسب رضا المسؤول	المبادرات
قوي إذا ما تحققت الأهداف	ضعيف	احتمال رفض الاستبدادية autoritarisme والأبوية paternalisme	الرضا
جيدة	منحرفة بسبب هيمنة الجانب القانوني	أولوية الأهداف الشخصية على حساب الأهداف العامة للتنظيم	نوعية القرارات
تكيف جيد لمحيط	قوي في الوظيفة الداخلية التنسيق ضعيف بالنسبة للعلاقات الخارجية صرامة و بطء	متغير	الأداء

و تميّز أعمال الأمريكيان white و lippitt ثلاث أنواع للقيادة و ذلك حسب درجة المشاركة للمرووسين و موقف الرؤساء :

1- النمط الاستبدادي (المطلق) autocratique يقرر الرئيس لوحده دون

¹ Ibid P 95.

مشاورة أحد.

2- نمط المشاركة : يقرر المسؤول و ينشط بعد استشارة المرؤوسين الذين يتدخلون بدرجات متفاوتة في أخذ القرار .

3- النمط الفوضوي : يترك المسؤول الجماعة تعرّف بنفسها العمليات التي ستأخذها والنمط العملي و لا تمارس قدرة العاملين.

و يظهر نمط المشاركة أكثر فعالية من وجهة نظر الإنتاجية و أكثر إرضاء من الناحية المعنوية و التحفيزية للأفراد .

و يعبر هذا النوع من القيادة عن النظرة المعاصرة لتسيير المؤسسات الديناميكية على عكس النمط الاستبدادي الذي يعبر عن التوجه البيروقراطي للمؤسسة التقليدية .

و الأجدر بالنسبة إليهما أن يعرف الأفراد القيم الجماعية و أن يشركوا في أخذ القرار، و في هذه الظروف تكون حوافز الأفراد لتحقيق الأهداف شديدة، و تساهم بفعالية في إيجاد الحلول للمشاكل المطروحة .

و يكون نمط ممارسة القدرة مرتبط و بشدة بنظام الجزاء (يعبر النوع المعياري، و المكافئ و القهري عن الجزاء المعنوي و المادي والاستبدادي على التوالي). و يؤدي نظام الجزاء في المؤسسة دور مزدوج : يكافأ السلوك المتناسق مع الأهداف بالجزاء الإيجابي كنظام لعلاوات، الأجر، الترقية، المكانة، الرفاهية... الخ و يكون المقابل للسلوك الغير مرضي للتنظيم الجزاء السلبي كحرمان الأفراد من العلاوات و عدم التقدم (الترقية) ، و الإنذار ، التوبيخ و التحويل و التسريح الخ. و ليكون التنظيم فعالا ، يجب على القيادة أن تسهل الحوافز و اندماج الأشخاص و عليها أن تفضل الجزاء الإيجابي على حساب الجزاء السلبي .¹

1- Ibid p 96-97.

و قد يتفق (kurt lewin) مع (white و lippitt) في تحديد ثلاث أنواع للقيادة و تنشيط المجموعة أو فريق العمل : النوع البيروقراطي ، والنوع الديمقراطي ، و النوع Laisser-faire المتساهل والذي لا يتدخل (الفوضوي) .

1- فالنوع البيروقراطي يطبق في إطار محدد و بقواعد معينة و مدققة ،

وفي الغالب تكون مكتوبة و عبارة عن إجراءات غير شخصية (لا شخصية)

و لا يترك إلا مجالا صغيرا للايقين (الشك) هذا النوع من السلطة

(Autocratique) مطلقة التي تجعل الأشخاص في الخفاء dans l'anonymat

و التي تؤدي إلى سلوك عدائي أو الاستسلام (Résignation) فلا يمكن تصحيح

ضعف مسار الإعلام وهذا ما يفسر ميول هذا النسق إلى تفضيل تقسيم العمل و

المهام . و كل خطأ يعيق أي محاولة إعادة التعديل بسبب احترام القواعد ، و

الصرامة داخل البنية، هو فعل ثابت للنظام البيروقراطي .

ويكون إدارة المجموعة في هذا النوع من طرف مسؤول واحد بطريقة سلطوية

و يريد أن يتحمل لوحده المسؤولية لأنه يرى أنه من غير الممكن تعويضه و في

نفس الوقت يترك الخوف يسيطر عليه و يقوم بمركزية للمعلومات و إعطاء

التوجيهات لذلك، بحيث يكون الوحيد الذي يكون على علم بما يجري و الذي يأخذ

القرار ، فالمسؤول يقوم بتطبيق القوانين و هو الذي يملئ القيم والسلوك، فتكون

الإجراءات معروفة من طرف الكل و بالتالي تحترم كما هي، و يمكن أن يقوم بدور

الحماية من أجل أن يطاع و أن يكون محبوب من طرف المرؤوسين¹ .²

2- النوع الديمقراطي : يقود هذا النوع إلى إدارة غير مركزية (لامركزية)

مع تقاسم القدرة و للإعلام و للقرار و بالتالي للمسؤولية . فلا يعتبر المسؤول

الديمقراطي نفسه أنه من الغير ممكن تعويضه ، فهو يفوض المسؤولية مع علمه أن

ذلك لا يمنعه من ممارسة قدرته وسلطته . فيكون مندمج في المؤسسة ،

و في المجموعة و في الفريق في كل ما يقوم به.

فهذا النموذج الوحيد الذي يسمح بتشكيل فريق عمل متعاون و متضامن ، ، و في حالة التغيير فإن القائد الديمقراطي يجتمع بالفريق للتحدث في الأمر و جمع الآراء المختلفة. يكون القائد في هذا النوع من خلال اختيار الزملاء له أو عن طريق الجماعة ، و بما أنه ديمقراطي فبإمكانه أن يستمع و يفسر انتظارات وأفكار المجموعة ، و يختار أحسن مساعديه الذين هم أيضا مرشّحون، فيشاركون في تسيير المجموعة ويقدمون المعلومات حول جو العمل و الحوافز و الحاجات . و يكون هذا النوع فعال على المدى الطويل بشرط أن يكون مستقر لمدة طويلة.¹

3- النوع المتساهل أو الفوضوي (Laisser faire) : ويظهر هذا النوع عندما يكون الرئيس في البداية ديمقراطي انطلاقا من نظرتة للمساواة في الحق لحرية الرأي وبما أنه لم يتمكن من احتواء التنوع للآراء و لم يتمكن من الحصول على الإجماع حول فكرة أو حل من الحلول ، لا يأخذ موقف ، و تضعيع معالم الفعالية بالنسبة إليه في ديمagogية المجموعة و الحالة النفسية التي تكون عليها هذه الأخيرة ، فلا ينتهي التفاوض لأي اقتراح و أخذ القرار يكون متأخرا أو لا يكون أصلا . هذا النوع يؤدي إلى الفردية ، و يصبح كل شخص يبحث و يعمل من أجل فائدته الشخصية وهذا ما يؤدي إلى لا استثمار و إلى انسحاب الأعضاء من المجموعة ، و تطور ذلك يؤدي بالمسؤول إلى اللامفعالية واللامصداقية .

هذه الفوضى تؤدي للطلب بالعودة إلى النظام أو إلى السلطة التي بإمكانها إعادة (restaurer) تطبيق القوانين والقيم وتعطي معنى لمهام المجموعة، والرغبة في العودة للنظام معناه أن هناك مجازفة في العودة إلى النوع لبيروقراطي .

ويكون الوضع في كلا الحالتين أي في النوع البيروقراطي أو في الفوضوي كارثي بالنسبة للمجموعة فسلوكهم يترجم حالة الاستسلام فيحس كل واحد منهم أنه تجاوزته الأحداث و تسود عدم الكفاءة التقنية و تصبح هي القاعدة .²

1 - IBID p 132-133 .

2- IBID p 133-134

السلطة و القيادة في المستشفى :

عرف المستشفى تغييرا في تنظيمه الإداري (أي النظام) * حيث عرف ظهور إدارة الموارد البشرية بصفة رسمية في المؤسسة الاستشفائية، أسندت إليه مهام تسيير الموارد البشرية فبدأ يظهر تغيير تدريجي و محسوس في طريقة التسيير وكون حجم المستشفى كبير ولتسهيل سيره ينتهج النموذج البيروقراطي في مظهره الخارجي ، ولكن يمكن ملاحظة لنوعين من القيادة في المصالح الطبية البيروقراطي والفوضوي و هذا يظهر خلال تحديد نوع القيادة في المصالح الطبية ، و الذي يختلف باختلاف الوظيفة، فتختلف نظرة الأطباء للقيادة عن شبه الطبيين ، لأنهم يخضعون لرئيس واحد و هو الأستاذ بينما يخضع شبه الطبيين لرئيس المصلحة (الأستاذ) و المراقب للمصالح الطبية و رئيس الفرقة ، و لكن يملك كل من الأستاذ و المراقب الطبي لسلطة رسمية داخل المصلحة لأن قراراتهما تنفذ في المصلحة ويعاقب كل من يخالفها و أيضا لاختلاف و عدم المساواة في التعامل اتجاه كليهما، هذا ما يولد نوعا ما الشعور بالظلم بالنسبة لشبه الطبيين أما عن القدرة الحقيقية فيمتلكها أحيانا النسق الطبي من موقع أنه يتحكم في منطقة شك مهمة و هي المريض (علاجه و حياته لكن ليس بدون شبه الطبيين سواء من حيث التشخيص شبه الإكلينيكي أو من حيث العلاج لأن الطبيب أصبح مرتبط بهم ارتباطا وطيدا، فلا يمكنه العلاج بدون ذلك و من الناحية القانونية فالأشعة السينية و غيرها و النتائج البيولوجية تمثل سندا قانونيا في التشخيص إذا ما طرأ مشكلا ما (médico-légale) وأيضا لامتلاك شبه الطبيين كالممرضين للمعلومات عن المريض فإنه لو حدث خطأ يمكنهم أن يخبروا عائلته بذلك- وذلك بصفة غير علنية أي سرية - و يمكن حتى أن يقدموا لهم الأدلة الطبية إذا ما أرادوا لأنه تولد بالنسبة للعامة وعيا ،(و أصبح هؤلاء يتابعون قضائيا الأطباء

* أنظر نظام التنظيم الاستشفائي الفصل الثالث (التنظيم الاستشفائي الجزائري) .

إذا كان هناك خطأ طبيًا)، وأحيانا أخرى، تملك الإدارة لسلطة لتحكمها في منطقة شك مهمة جدا ألا وهي تحديدها للموارد المادية و البشرية داخل المصالح و هذا ما يجعل النسق الطبي و الإداري في تفاوض مستمر لسير المصالح الطبية لأن قلة هذه الموارد يشكل خلاا وظيفيا يعيق السير الحسن لها و بما أنه مشكل تتحكم فيه الميزانية و التشغيل الذي هو مركزي نوعا ما بالنسبة للطبيين و شبه الطبيين لأنه يشغل شبه الطبيين من طرف مديرية الصحة و يشغل الطبيين من وزارة الصحة ، فيكون طلب الموارد البشرية يرتبط بالمخطط التسيير الذي يوضع سنويا و يقدم للوظيف العمومي ليصادق عليه -لا يوجد مخطط تسيير تنبئي متوسط أو طويل المدى- و قد يضم المجلس الإداري أحد الأطباء المنتخبين لتمثيل زملائه فيه و أيضا رئيس المجلس الطبي و منتخب لشبه الطبيين إضافة للأعضاء الآخرين الغير طبيين، فيعطيههم فرصة التدخل حتى في التسيير، فالسلطة الطبية موجودة داخل المصالح و داخل التنظيم الإداري و في معظم الأحيان هي سلطة بيروقراطية أو تكون سلطة فوضوية و هذا ما سنراه من خلال نوع القيادة حسب آراء المهنيين .

يسير المصالح رؤساء المصالح الطبيين كالأستاذ أو الأساتذة المساعدين في غيابه و يرأس كل وحدة أحد الأساتذة المساعدين ، و يساعد الأستاذ في التسيير المراقب (ة) الطبي (ة) و رؤساء الفرق لكن في كثير من الأحيان تفوض مسؤولية تسيير المصلحة للمراقب إلا فيما يخص الأمور الطبية , وسنتطرق إلى من هو المسؤول الذي يسير ويراقب تسيير المصلحة حسب رأي المستخدمين وهذا ما يبينه الجدول الموالي :

جدول رقم 17: يبين العلاقة بين مراقب التسيير و المصلحة :

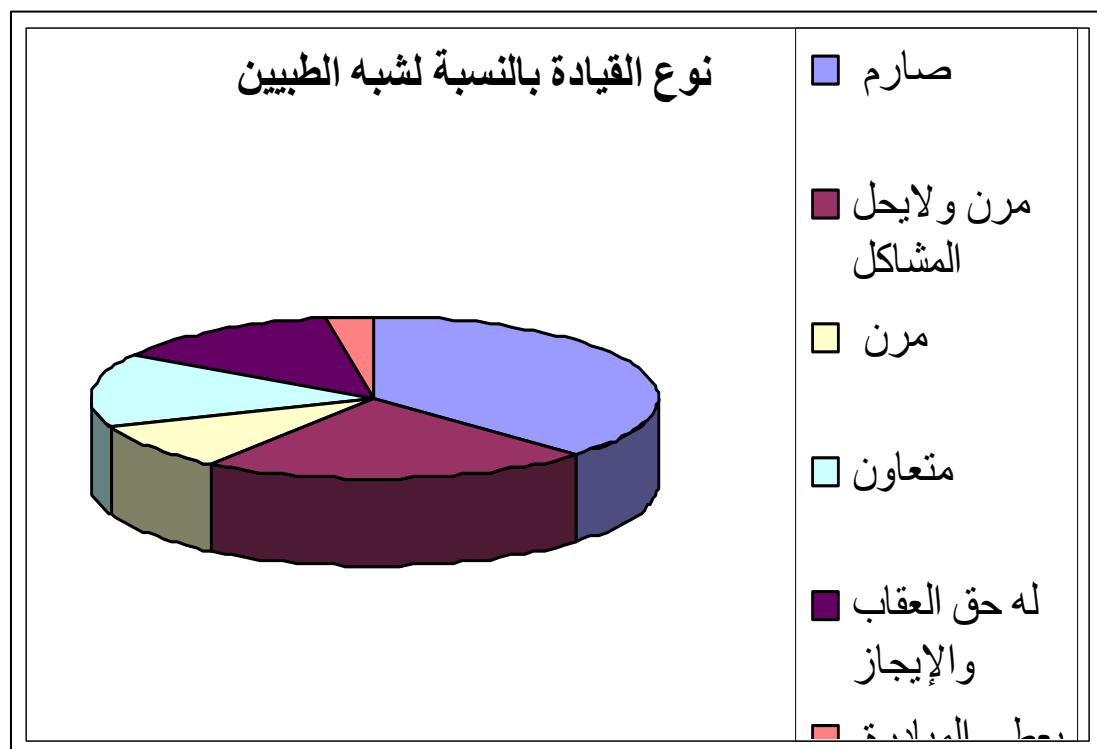
الإجابة المصلحة	طبيب رئيس المصلحة	مسئول شبه طبي	الإدارة	المجموع
anapath مخبر	5 62.5%	2 25%	1 12.5%	8 100%
جراحة الأطفال	19 52.7%	12 33.3%	5 13.8%	36 100%
طب القلب	12 70%	3 18%	2 12%	17 100%
طب النساء	18 80%	5 17%	7 23%	30 100%
طب الكلى	8 57%	4 29%	2 14%	14 100%
جراحة العيون	7 53.8%	3 23%	3 23%	13 100%
طب الأطفال	17 59%	9 31%	3 10%	29 100%
حماية الأمومة	2 100%			2 100%
الاستعجالات	7 53.8%	3 23%	3 23%	13 100%
الأشعة	1 14%	4 57%	2 29%	7 100%
المخبر	10 71.4%	2 14.28%	2 14.28%	14 100%
المجموع	106 57.92%	47 25.68%	30 16.39%	183 100%

نلاحظ من الجدول نسبة 57.92% من المستخدمين ترى أن الطبيب رئيس المصلحة هو من يسير المصلحة خاصة طب النساء، طب القلب، و المخبر، و نسبة 25.68% ترى المسؤول شبه الطبي هو من يقوم بذلك في حين نجد نسبة 16.39% ترى بأن الإدارة هي من يسير المصالح.

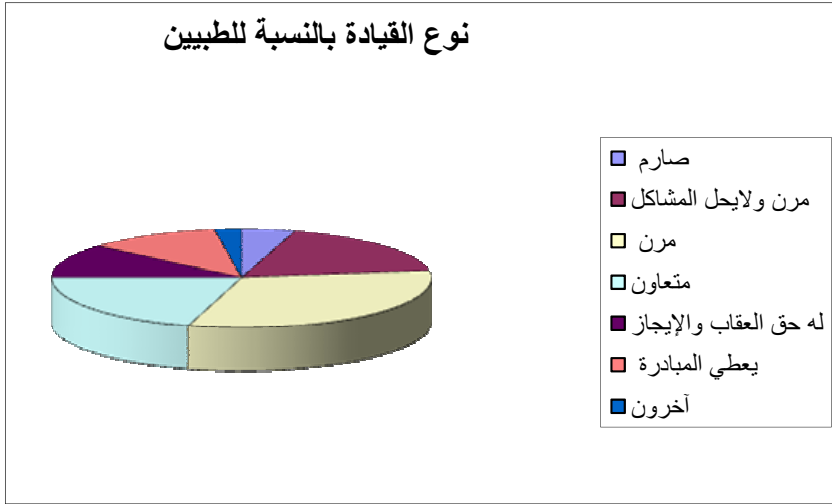
ترى النسبة الكبرى أن المسؤول الطبي هو من يراقب تسيير بعض المصالح ، خاصة في مصلحة طب النساء، و طب القلب لأنهم يفرضون وجودهم و يراقبون حتى ساعات الدخول و الخروج للمهنيين فيها ، و الذي يولد لديهم إحساس

بالمراقبة المتواصلة عليهم من طرف الأستاذ رئيس المصلحة ، فأما التي ترى أن المسؤول شبه الطبي هو من يراقب التسيير فذلك لكونه لديه صلاحيات كبيرة في فرض رأيه والقواعد على المهنيين و ذلك بتفويض من الأستاذ المسؤول على مصلحة ، و أيضا بإمكان هذا الأخير إخبار الأستاذ بما يريد و قد يستمع معظم رؤساء المصالح للمراقبين للمصالح الطبية و يأخذون بأرائهم و أحيانا حتى إذا تعلق الأمر بالأطباء ، ف شخصية الأستاذ و المراقب الطبي تكونان تقريبا متقاربة لأنه هو من يعينه و ذلك في مصلحة الأشعة ، جراحة الأطفال و طب الأطفال والاعتماد عليهم في تسيير المشاكل اليومية لأن كل واحد منهم منشغل في أمور أخرى تختلف حسب أولوياته (البحث أو العمل العلاجي سواء في المستشفى أو خارجه). أما المصالح التي ترى أن الإدارة هي من يسير فهذا يرجع لتطبيق كل ما تحدده هذه الأخيرة . ويرجع اختلاف آراء المهنيين في تحديد المسير للمصلحة لنوع القيادة السائدة ، حيث داخل هذه المصالح ، خاصة الصارمة منها لكون لديهم خوفا من أن يعلم بالأمر بالرغم من أننا أكدنا على (l'anonymat) و المخططين التاليين يبينان نوع القيادة في المستشفى في نظر المهنيين:

مخطط رقم 10: يبين نوع القيادة لشبه الطبيين



مخطط رقم 11 : يبين نوع القيادة بالنسبة للطبيين



يختلف رأي المستخدمين الطبيين عن شبه الطبيين في تحديد نوع القيادة وذلك لاختلاف التصرف والمعاملة التي يحظى بها كل منهما من طرف الأستاذ رئيس المصلحة بحيث يكون القائد بالنسبة لأغلبية شبه الطبيين إما صارما أو (مرنا ولا يحل المشاكل) ، و بالنسبة للطبيين فيعتبر مرنا أو متعاوننا بنسبة كبيرة و في بعض الأحيان (مرنا ولا يحل المشاكل) ،

يختلف المهنيين في تحديد نوع القيادة في المصالح الطبية، و ذلك حتى داخل المصلحة الواحدة، خاصة الطبيين منهم وفي المصالح التي يراقب تسييرها الأستاذ رئيس المصلحة بنسبة كبيرة كمصلحة طب القلب بالرغم من كون نوع القيادة بها صارمة، إلا أن البعض منهم يرونها غير ذلك لأنهم يخشون أن يعلم بالأمر ويخشون رد فعله ،لأن ذلك يؤثر على مسارهم المهني، وفي مصلحة طب النساء نجد أيضا القيادة صارمة لكون رئيسة المصلحة هي امرأة وتعمل بها نساء كثيرات و المعروف أن النساء لا يتمتعن بسلطة قوية لذلك تحاول تطبيق القواعد الصارمة لتفرض سلطتها من خلال ذلك .

الخلاصة الجزئية :

أهم شيء يمكن الإشارة إليه في هذا الجانب أن المستشفى كنسق فرعي من النسق الصحي , يعاني من عدة مشاكل يعاني منها النسق الصحي ككل، تلزم المسير أحيانا إتباع تسيير ذو صرامة للقواعد ليتسنى له تحقيق الضبط والانضباط خاصة و أن المهنيين لم يتقبلوا التغيير إضافة للظروف المهنية التي يعيشونها ،لذلك نلاحظ نوعا من التفاهم بين الإدارة و رؤساء المصالح فأى قرار يأتي من رئيس المصلحة حتى و لو كان مجحفا في حق المهنيين ، يقبل و يطبق (مثلا خصم يوما كاملا من الأجر بسبب تأخر لمدة نصف ساعة عن العمل أو ساعة لعدد من شبه الطبيين للمرضيين و المساعدين في التخدير...) ، و بما أن الأجر يعتبر نقطة ضعف للكثير منهم خاصة للذين لديهم مسؤوليات عائلية فإنه يفرض عليهم الامتثال و الرضوخ لأمر الواقع و عدم المطالبة بالحقوق ،ولكن يستعمل شبه الطبيين مناورات لكبح العمل و ذلك بالغياب الغير شرعي والغير مبرر أو الغياب المبرر بسبب عطلة مرضية و ذلك كرد فعل لإرغام الإدارة على إيجاد الحلول للنقائص الموجودة .

وتستعمل القواعد الصارمة من طرف الإدارة من أجل التحكم في الغياب المتكرر و بذلك يريد كل طرف فرض قدرته بطريقته الخاصة حتى ولو كانت غير رسمية. فالقدرة الحقيقة لا يمتلكها شخص واحد أو مجموعة واحدة ،فأحيانا نجدها في يد الأطباء و أحيانا أخرى لدى شبه الطبيين و المخدرون، فالجراحون مثلا يستعملون المريض كمصدر قدرة و يتذرعون به لتحقيق أهدافهم بينما تكون هذه الأهداف أحيانا شخصية ، و يكون رد فعل المساعدون للتخدير، و الممرضون لقاعة العمليات هو الغياب لتوقيف برنامج العمليات الجراحية و بذلك يتحكمون هم في هذه المنطقة و يشكل ذلك مصدر قدرة بالنسبة إليهم بالرغم من كونها غير رسمية .

الفصل الرابع:

التكاليف الاقتصادية

نحاول دراسة الجانب الاقتصادي لميدان الصحة لأنه ذو أهمية كبيرة و يرتبط به وفرة الموارد المادية و المالية و البشرية لتحقيق أهداف المستشفى، و كما يمكن لهذا الجانب أن يؤثر على السير اليومي للمستشفى ،و على أداء الخدمة و تحقيق الحاجة للعلاج و الطلب له، و يشكل نقصها أو عدم توفيرها عائقا لسير التنظيم ،لذلك من المهم دراسة التكاليف التي يعرفها الميدان ،و سنتطرق إلى دراسات لمختصين في الاقتصاد الصحي .

التكاليف الاقتصادية لميدان الصحة:

يشير الباحث لعمرى العربي وهو مختص في اقتصاد الصحة أن الحصول على الموارد في القطاع الصحي ، يواجه اليوم ضغوطات متعددة نتيجة للأزمة الاقتصادية و الاجتماعية التي تعيشها البلد ،و لا يمكن للموارد التقليدية للتمويل أن تستمر في السير حسب الوتيرة الحالية.¹ و يضيف : تمويل الصحة يأتي من ثلاث مصادر: 1 - مشاركة الدولة و مساهمة الضمان الاجتماعي forfait 2 - تتكفل الدولة بالوقاية و بالتكوين و بالمحتاجين،و هي مضطرة لتحديد مساهماتها كما يحدده قانون المالية

3 - العائلات

و يضيف أن إشكالية تمويل الصحة في الجزائر تستدعي أصحاب القرار إعادة للسياسة العامة و ميكانيزمات تمويل هذا القطاع ،ومن بين العوامل التي تؤدي إلى تكاليف كبيرة هي:

التحول الإبيدميولوجي الذي حدث في نهاية الثمانينيات أدى إلى ظهور أولويات جديدة كارتفاع للضغط الدموي والربو و السكري و أمراض القلب و الأوعية ،و الأمراض العقلية و السرطان ...الخ على عكس الأمراض المتنقلة ، فلا يستفيد هذا النوع من الأمراض من برنامج وطني، و لا يسمح التأخير في وضع سياسة للوقاية

¹ lamri larbi :problématique du financement de la santé en Algérie , in savoir et compétence revue de l'I.N..P.F.P N0 2 décembre 2000 p 33.

من هذه الأمراض، بالتكفل بها على مستوى الهياكل الصحية الأساسية ، و نتيجة لذلك فإنه ينتهي المطاف بهذه الحالات إلى المستشفى في حالتها المتقدمة و المميتة وفي كل الحالات بتكاليف اقتصادية أكثر¹

فمن الواجب وضع بصفة مستعجلة لسياسة وقائية فعالة، لها علاقة بأولويات الصحة للبلاد حتى تكون فاتورة العلاج منخفضة:

1- كالتعويضات على الأدوية le remboursement: بما أن الإيرادات العائلية ضعيفة فإن هذه الأخيرة أي العائلات تقوم مباشرة و في وقت قصير بتعويض لثمن العلاج ، و يجب الذكر أن أكبر نسبة للنفقات الضمان الاجتماعي هي نسبة التعويض على الأدوية التي شهدت ارتفاعا كبيرا ، و لهذا يجب إعادة تشكيل لسياسة صيدلانية مرتبطة بالسوق الخارجية من أجل الحاجات الإستراتيجية لذلك، و إعادة النظر في إجراءات الشراء و التسويق وظروف التعويضات على الأدوية في الجزائر .

2 - و أثبت نموذج Le forfait hôpitaux كنموذج تمويل المستشفى محدوديته لأن هناك زيادة له و انخفاض لنشاطات المؤسسات الاستشفائية هذا ما يستدعي مراجعة ميكانيزمات و طرق وضع الموارد الموجودة لتكون علاقة بين التكاليف و المردود ، و قد لوحظ أن :

* نسبة شغل الأسرة (occupation des lits) منذ سنة 1990 في تراجع ،

* زيادة لنسبة التحاليل الطبية و الأدوية الموصوفة للمرضى المقيمين في المستشفى أدت إلى زيادة لتعويضات الضمان الاجتماعي .

* و ارتفاع لعدد الطبيين الغير متخصصين للصحة العمومية لتعويض ذهاب المتخصصين الجامعيين أحدث زيادة للأجراء دون مقابل من حيث النشاطات.

3- تحويل المرضى للخارج بالرغم من تحديد ذلك إلا أنه يشكل نفقات وتكاليف كبيرة

4 - تطور القطاع الخاص بسبب نقائص القطاع العام يظهر في توسيع عرض نشاطاته الصحية، و بالمقابل عدم ارتباطه لصندوق الضمان الاجتماعي (non conventionné) أدى إلى زيادة نفقات الصحة سواء كان على مستوى الضمان الاجتماعي أو على المستوى العائلي.¹

أما الباحثة (أفريحة فاطمة الزهراء) فإنها تشير إلى كون فعالية النسق العلاجي بالجزائر يبقى ضعيفا ولذلك يطرح مشكل تكاليف الصحة و تطوره ، و فكرة مجانية العلاج كانت ترمي إلى تفضيل منطق الحاجات الاجتماعية على منطق الطلب، ومحاولة منه وضع لجهاز عمومي للعلاج في خدمة السكان فواجهت مشكل الخلط بين سياسة الصحة و سياسية العلاج و بذلك أراحت النسق الموجود سابقا وقامت بتقوية لجوانب طبية و بمستوى تقني أكبر،² و بما أنه لم يتمكن من التحكم إلا قليلا لعناصر السياسة الصحية توصلنا إلى تبعية كبيرة للخارج ، و بالرغم من الزيادة الكبيرة للتكاليف الذي أحدثته فإنها لم تسمح بالتكفل للحاجات الاجتماعية الناتجة عن التحولات الاقتصادية و الاجتماعية ، فالوقاية الطبية غالبا ما تكون الإجابة الوحيدة للمشاكل الجديدة ، على حساب الوقاية للمنبع الذي يقدم مثلا الماء الصالح للشرب للسكان ، و تشير أيضا إلى كون الأمراض المعدية متواجدة ولا تقتصر إلا على الطبقات السكانية المحرومة .

فالتعريف بسياسة صحية تبقى ضرورية وتخص المنطق السوسيو-

اقتصادي لنسق العلاج و منطق الداخلي، فقد يفرض المنطق الداخلي لنسق العلاج و التحكم في التكاليف الإضافية، تحديد الارتباطات بين مختلف القطاعات العمومية الخاصة، و شبه العمومية للنسق ، ويكون تحليل و تحسين للفعالية الصحية الداخلية.³ و تضيف أيضا أن ظهور التكنولوجيا الطبية على المستوى العالمي

¹ Ibid P 37 -38

² Oufriha f.z: cette chère santé une analyse économique du système de soins en Algérie : In systèmes et politiques de santé au Maghreb, édition CIE, Paris 1994 . p 75

له تأثيره على السير، بالنسبة لقطاعات واسعة من النشاط ومن بينها قطاع الصحة ، فالمشكل بالنسبة للبلدان في طريق النمو ومن بينهم الجزائر، هو معرفة إذا ما كان يستلزم استعمالها دون مبالاة بهذه التقنيات الجديدة أو بالعكس تحديد التجديدات التي يجب إدخالها ، و في هذه الحالة تتساءل الباحثة عن المواصفات والوتيرة التي يجب أن تبنيها مع العلم أن التكنولوجيا مستوردة تماما وإدخالها تؤثر و بصفة واضحة ومباشرة على طرق الإنتاج والاستهلاك، و تؤدي إلى سلسلة من النتائج في الميدان الاجتماعي و الاقتصادي .

و يعتبر انتشار التكنولوجيات الجديدة في الميدان الصحي في الجزائر، ظاهرة جديدة نسبيا ، فقد أولي لهذا القطاع اهتماما خاصا انطلاقا من سنة 1980 ، و يظهر ذلك من خلال سياسة استيراد للعتاد الطبي الجراحي الثقيل و خاصة (الأشعة الطبية) ، و هذه السياسة هي أقل تناسق مع الأهداف المعلنة عنها والتي تعطي أولوية للوقاية ، و تبرّر ذلك من خلال خفض من عدد العلاجات في الخارج و مع ذلك فإن التكاليف لا تزال مرتبطة بذلك ، و هي في تزايد أكثر من الانخفاض مع الأخذ بعين الاعتبار ثمن الشراء وتكاليف الصيانة .

تدخل هذه الممارسات في تناقضات مع مشكل تحديد نفقات الصحة، وتترجم الاهتمام الزائد للأمراض المسماة بأمراض العصر، و تتمركز في المستشفيات، لأنها تستعمل التكنولوجيات، وتحتاج إليها، و إلى ميزانية سير كبيرة ويساهم ذلك في تهميش الهياكل البسيطة للعلاج ، و في الأخير تشير الباحثة إلى إمكانية أن يكون تأثير إدخال التكنولوجيات الجديدة والثقيلة على الحالة الصحية للسكان صغيرا ، بينما يكون تأثيرها على التكاليف الصحية كبيرا، و تساهم في زيادة تبعية الجزائر للخارج.¹

¹ , OUFRIHAT : la diffusion de nouvelle technologie dans le secteur de la santé , in systèmes et politique de santé au Maghreb, édition CIE, paris ,1994 p 73

الموارد المادية و ظروف العمل :

يعتبر المستشفى في الجزائر عنصر مركزي لنسق العلاج نظرا للكفاءات التي يحتوي عليها ولكنه عنصر ذو تكلفة كبيرة ، ويظهر ذلك من خلال الاحتياجات المتزايدة للعتاد و للأجهزة التي تحتاج دائما إلى تجديد مستمر يساير التطور الطبي ، هذا ما سنراه.

الموارد المادية :

يعرف المستشفى تطورا تكنولوجيا ملحوظا يساير التطور الذي يعرفه ميدان الطب، من حيث المعرفة والمعرفة التطبيقية و من حيث الوسائل و التجهيزات ويساهم هذا التطور وبشكل كبير في تطوير التقنيات المستعملة و هذا ما يتطلب تجديد للتجهيزات الطبية وللوسائل بصفة مستمرة ، و يعرف هذا المجال تطورا للتقنية، والتي تساهم و بشكل كبير في تعجيل التشخيص والعلاج و قد يساهم التشخيص شبه الإكلينيكي في تبعية الطبيب له لأنه لا يمكنه تقديم العلاج بدونه ، بالرغم من التكاليف التي تنتج عنه إلا أنه ضروري بالنسبة للعلاج لذلك فقد تميز التقنية المجال العلاجي من خلال الممارسات في العلاج العام والعلاج التقني أو من حيث الوسائل كالحقنة الكهربائية (seringue électrique) والمونيتورينغ monitoring وهو عبارة عن جهاز يسمح بمعرفة حالة الأعضاء الحيوية كخفقان القلب و الحالة التنفسية أو وصول الأكسجين إلى الأعضاء ، الضغط الدموي ... الخ.

فالتقنية تعطي قيمة للكفاءات الخاصة للمستخدمين وأصبحت تمثل عنصر هوية للمصلحة كالإنعاش و طب القلب .¹

وقد عرف المستشفى في هذه المرحلة بداية للتجديد سواء في البنيات التحتية أو من حيث التجهيزات بالرغم من النقائص الكبيرة من حيث المواد الضرورية للعمل و للعلاج و للمواد الصيدلانية، وبما أن الجزائر عرفت مرحلة انتعاش واقتصاد السوق، فإن الكثير من الشركات، خاصة الأجنبية منها و التي تعمل في الأجهزة الطبية و مواد التعقيم، أصبحت تعرض خدماتها على المستشفى لتتعاقد معه، و يحاولون عرض منتجاتهم و يشاركون حتى في الأيام الدراسية للمستشفى من أجل الترويج لها، خاصة تلك التي تتعلق بالتعقيم و الالتهابات الاستشفائية .

و للتأكد من أن المستشفى يساير التطور و تجديد للوسائل حاولنا معرفة المصالح التي عرفت التجديد وهذا ما يبينه الجدول الموالي:

جدول رقم 17: يبين العلاقة بين المصلحة وتجديد الأجهزة :

الإجابة المصلحة	نعم هناك تجديد للأجهزة	لا يوجد تجديد للأجهزة	المجموع
مخبر anapath	5	2	7
جراحة الأطفال	4	27	31
طب القلب	9	6	15
طب النساء	15	8	23
طب الكلى	10	2	12
جراحة العيون	2	8	10
طب الأطفال	19	7	26
حماية الأمومة		2	2
الاستعجالات	2	9	11
الأشعة	2	5	7
المخبر	8	4	12
المجموع	76	80	156

نلاحظ من الجدول نسبة 51.3% ترى أنه لا يوجد تجديد على مستوى

الأجهزة، خاصة جراحة الأطفال و مصلحة طب العيون و الاستعجالات

و الأشعة بينما نسبة 48.7% ترى أنه تم تجديد أجهزة مصالحها، بالخصوص
مصلحة طب الكلى و تصفية الدم و طب الأطفال و مخبر anapathologie
وطب النساء والمخبر، وطب القلب.

تعرف بعض المصالح في المستشفى تجديدا في العتاد و الأجهزة
الطبية الذي بدأ تدريجيا، ذلك ما يفسر عدم تجديد الكثير من المصالح ، وقد
مسّ هذا التجديد المصالح التي تملك رئيس مصلحة له وزن في المستشفى،
وهذا ما يعبر عنه في المستشفى من طرف المهنيين و حتى الإداريين أنفسهم
"اللي يعرف يخبط عالطابلة" أي يستطيع أن يتحصل على كل ما يريد به فعل سلطته
فيه، التي يمارسها من أجل فائدة مصلحته.

إن تطور ميدان الطب و تطور التقنيات و وسائل العمل فيه، ينتج عنه
وجوب تكييف المهنيين الطبيين و شبه الطبيين للتقنيات الجديدة، بالتكوين
و الرسكلة، و ذلك يمكنه أن يعيق المصلحة بذهاب الأشخاص إلى التكوين
لنقص عدد المهنيين بالرغم من كون ذلك مؤقتا فقط، ولحل هذا الإشكال ،
يحضر الممثلون لتلك الشركات لشرح سير الآلات ، بالرغم من كون ذلك غير
كافي ليتكيف الأشخاص للعمل بها لأنها تمثل تكنولوجيا حديثة و جديدة بالنسبة
إليهم، إلا أنهم مع الممارسة و التدريب عليها يمكنهم التعود عليها و العمل بها ،
لهذا يمثل المستوى العالي للتكوين الأولي ضروري و هذا ما آل إليه التكوين شبه
الطبي .

و قد تعاني المصالح من نقص كبير للعتاد الطبي وللمواد الصيدلانية
المستعملة في العلاج اليومي و الجدول الموالي يبين ذلك:

جدول رقم 18: يبين العلاقة بين نقص العتاد الطبي و المواد الصيدلانية و المصلحة:

الإجابة تعدد النقص المصلحة	نعم يوجد نقص				لا يوجد نقص	المجموع
	النقص متعدد جدا	نوعا ما متعد	نادرا	المجموع الجزئي		
anapath مخبر	4 57%	3 43%	7 100%	7 100%		7 100%
جراحة الأطفال	23 74%	8 26%	31 100%	31 100%		31 100%
طب القلب	4 33%	5 42%	3 5%	12 80%	3 20%	15 100%
طب النساء	11 50%	11 50%		22 96%	1 4%	23 100%
طب الكلى	8 89%		1 1%	9 75%	3 25%	12 100%
جراحة العيون	6 67%	3 33%		9 90%	1 10%	10 100%
طب الأطفال	8 32%	16 64%	1 4%	25 96%	1 4%	26 100%
حماية الأمومة	1 100%			1 50%	1 50%	2 100%
الاستعدادات	2 22%	6 67%	1 1%	9 82%	2 18%	11 100%
الأشعة	4 57%	3 43%	7 100%	7 100%		7 100%
المخبر	5 56%	4 44%	9 75%	9 75%	3 25%	12 100%
المجموع	76 54%	59 42%	6 4%	141 90%	15 10%	156 100%

من الجدول نلاحظ نسبة 90% من المستخدمين يرون أنه يوجد نقص للعتاد الطبي و المواد الصيدلانية بحيث يكون متعدد جدا (très fréquent) بنسبة 54% و متعدد نوعا ما بنسبة 42% ويكون النقص نادرا بنسبة 4%. بينما نسبة 10% ترى أنه لا يوجد نقصا.

يعاني معظم المستخدمين من نقص العتاد الطبي، بحيث ترى أغليبيتهم أن هذا النقص متعدد ومن الجدول الموالي يمكن تحديد الفترة التي يكون فيها النقص كبير :

جدول رقم 19: يبين العلاقة بين فترة النقص و الوظيفة

المجموع	شبه طبي	طبي	الوظيفة الفترة
71 50.4%	47 47%	24 58.5%	فترة النقص دائمة
18 12.7%	13 13%	5 12.19%	الفترة غير محددة
6 4.3%	5 5%	1 2.4%	الفترة الشتائية
27 19%	21 21%	6 14.6%	الفترة الصيفية
3 2.1%		3 7.3%	أثناء المناوبة
14 9.9%	13 13%	1 2.4%	نهاية السنة
2 1.4%	1 1%	1 2.4%	آخرون
141 100%	100 100%	41 100%	المجموع

من الجدول نلاحظ نسبة 50.4% من المستخدمين ترى نقصا دائما أي طوال الوقت خاصة الطبيين منهم و نسبة 19% منهم يرى أن النقص يكون في الفترة الصيفية و 12.7% في فترات غير محددة أي يكون في أي وقت من السنة، و 9.9% في نهاية السنة، و 4.3% في الفترة الشتوية بينما 1.4% آخرون .

يعاني المستشفى من نقص العتاد الطبي و المواد الصيدلانية على مدار السنة بحيث يضطر المستخدمون أحيانا إرسال المرضى لشراء بعض الأغراض للعلاج، مما يجعلهم غير راضين ،لأن في اعتقادهم أن المستشفى يجب أن يحتوي على كل العلاجات الضرورية، و لا يحق له أن يعاني من النقص، ويتقبلون وبسهولة النقص في المراكز الصحية (le centre de santé)، أو المراكز الصحية الفرعية (Sous secteur de santé) فيلجئون إلى المستشفيات لقناعتهم بوجود لوسائل عمل أحسن وأيضا لمستخدمين ذوي تكوين أحسن وهذا ما يعكس نظرة المهنيين داخل المراكز الصحية لمكان عملهم و الوسائل الموجودة به ، فيكون المريض مجبر على الذهاب والإياب

و إحداث مشاكل في المستشفيات ،ظنا منه عدم تقبل هؤلاء التكفل به، وفي هذا الصدد يشير الباحث في علم الاجتماع محمد مبتول إلى رؤية الممارسين (المهنيين) داخل المركز الصحي لنشاطاتهم اليومية التي تقام في مكان بسيط (banalisé) ضيق،و لا يملك الوسائل اللوجستكية المناسبة (المكاتب،المدفأة، الهاتف،سيارة الإسعاف... الخ فيمنع ضيق المكان تنوع النشاطات، و يعتبر بعد مهم لعدد من التمثيلات لعملهم بالنسبة للمستخدمين¹ . و يضيف أن المستشفى يظهر مجددا ك مجال سوسيو صحي مرجعي ،وهو المكان الوحيد الذي يلجأ إليه الأطباء لمواجهة هذا النقص، فإرسال المريض للمستشفى معناه عدم متابعة حالته و عدم رؤيته من بعد ، حيث يقلل ذلك من قيمة النشاطات في المركز الصحي التي تنحصر في مهام شبه طبية روتينية، و ما يطمئن مستخدمو الصحة أنهم يعتبرون المستشفى هو الوحيد الذي بإمكانه القيام، تقنيا واجتماعيا، بمهام بيوطبية شريفة و ذات قيمة². قد يكثر النقص في فترات معينة من السنة لكثرة المرضى والعمل فيها، كفترة الصيف بالنسبة للمصالح الخاصة بالأطفال الذين يصابون بأمراض معينة كالإسهال مثلا في مصلحة طب الأطفال، و أيضا الكسور وحوادث المرور في مصلحة جراحة الأطفال، لكون الأطفال في عطلة مطوّلة، فكثرة العمل تزيد من حدة النقص نظرا للكمية التي تقدم للمصالح هي نفسها كل شهر لأنها تحدد من طرف رئيس المصلحة وصيدلي (المسؤول عن الصيدلية المركزية للمستشفى)(selon une dotation) حتى وإن كان ذلك لا يكفي،و في بعض الأحيان بعض المواد غير موجودة أصلا في المستشفى بالرغم من كونها ضرورية للعلاج .

¹ Mohamed mebtoul : Une anthropologie de la proximité , Edition L'Harmattan ,

Paris 1994 p 159-160

Ibid P 161-162

²

الخلاصة الجزئية

من خلال تجربتي في الميدان، يمكن القول أنه لا يخطط مسبقا للحاجات الحقيقية لكل مصلحة، هذا من جهة ومن جهة أخرى تكاد بعض المواد أن تكون منعدمة في المستشفى بالرغم من أهميتها لأنها عبارة عن تغذية عبر الأوردة للمرضى الذين حالاتهم لا تسمح بالأكل مثلا intralipide و trophison الخ نظرا لغلاء ثمنها و أحيانا يمكن أن يشمل النقص في المصالح لأشياء عادية جدا كالفقازات مثلا، هذه النقائص تجعل المستخدمين يعيشون أوقات ممتة، يبحثون فيها عن الوسائل و المواد للعمل و يضيّعون أوقات كبيرة، عوض أن يقدموا الخدمة في وقتها المحدد و في بعض الأحيان ، تقدم للمصالح بعض المواد التي لا تستعمل بكثرة و التي تشكل تبذيرا (un gaspillage) أو البعض الآخر ذات النوعية الرديئة، التي قد تسبب الضرر والألم للمرضى مثلا (les intranules) و هي نوع من الإبر تترك داخل الأوردة السطحية للجسم (les veines périphérique) ، الشيء الذي يتنافى و مهمة العلاج الذي تفرض نزع الآلام والمعانات لهم ، فيشكل كل ذلك أيضا ابتعادا عن السير الرسمي للمستشفى .

أما عن عدم توفر سيارات الإسعاف فقد يشكل خلا وظيفيا كبيرا لأنها تعتبر مهمة جدا عند الحالات المستعجلة حيث تعودت الفرق الطبية و شبه طبية الانتظار مطولا من أجل نقل المريض الذي يمثل حالة مستعجلة إلى المصلحة المتخصصة أو للقيام بفحوصات معمقة ، فيكون الانتظار في كثير من الأحيان إلى غاية رجوع تلك التي تخرج في مهمة.

وإضافة إلى كل هذا ، عدم وجود لأطباء مناوبة في الأشعة لأن هذه الفئة هي من تملك الكفاءة للقيام بالكشف شبه الإكلينيكي كال SCANNER و Echographie بالرغم من وجود هذه الفئة في الفترة الصباحية إلى غاية الساعة الثانية عشر، ولا تقوم إلا بالمهام المستعجلة جدا وتتعامل مع المرضى الذين تم استشفائهم وذلك

للصور الإكوقرافية فقط لأن جهاز السكانير غير متوفر في هذه الفترة في المستشفى و لكن برمج ليكون مستقبلا لأنه ضروري و يفترض وجود مصلحة أشعة يكون فيها أطباء و بها أجهزة الإكوقرافيا تقوم بمناوبة لمدة 24 / 24 ساعة ويشكل ذلك معوقات وبالخصوص لمصلحة جراحة الأطفال التي تحتاج إليها لكون بعض الحالات لا يمكنها الانتظار كحوادث المرور التي تلحق أضرارا كبيرة ، و التي يجب مراقبتها من خلال هذا الفحص بصفة متكررة، فيضطر طبيب المناوبة الاعتماد على مراقبة الأعراض الإكلينيكية ،و يقوم أحيانا بالعملية الجراحية وفق ذلك خوفا من النزيف الداخلي ، وفي حالات أخرى يبعث بالمرضى إلى مستشفيات أخرى كمستشفى الاستعجالات لسليم زميرلي أو المستشفى الجامعي لمصطفى باشا، تقوم هذه المستشفيات ببعض الفحوصات الغير موجودة في المستشفى كالسكانير و قد يرفض هؤلاء القيام بالإكوقرافيا خاصة في الفترة الصباحية لعلمهم بوجود مصلحة وأطباء يمكنهم القيام بذلك و يقومون بها في الفترات الأخرى و لكن مع إحضار ورقة التكفل بالمهمة (Une fiche de prise en charge) لتكون المحاسبة بينهم فيما بعد.

أما بالنسبة للمصالح الأخرى فهي تملك جهاز الإكوقرافيا و يتدربون عليه خلال التكوين للأطباء المقيمين و ذلك في المصلحة كطب النساء، طب الأطفال، طب القلب، طب الكلى، لأنها تستعملها للتشخيص و تنفرد باستعماله أثناء المناوبة مصلحة طب النساء عند الاستعجال، ويعاني المرضى من هذا النقص بحيث يعبرون عن ذلك في الكثير من الأحيان في خطاباتهم و يشيرون إلى نقص الأدوية و مطالبة الأطباء لهم بشرائها وأيضا بالنسبة لبعض الفحوصات كالسكانير وIRM (Imagerie Résonance magnétique) وأيضا بالنسبة لبعض فحوصات العين الأكثر دقة بحيث يطالبون القيام بها خارج المستشفى عند الخواص ،لذلك نجدهم يشكون في خطاباتهم من نقص لوسائل التشخيص كالأشعة و التحاليل الطبية ، وأيضا لوسائل تنقل المرضى بين المصالح .

و يمكن القول أن المصالح ذات التوتر الكبير (التي تتميز بالاستعجال الكبير)
تحتاج أكثر لوجود العتاد الطبي والجراحي و الأدوية اللازمة بوفرة، لأهمية
عامل الوقت أثناء الاستعجال (Le pronostic vital est mis en jeu) ، لذلك
عدم وجود ذلك في إحدى هذه المصالح يشكل ابتعادا عن السير الرسمي.

تهيئة محيط العمل و ظروف الممارسة في التنظيم الاستشفائي :

يعتبر محيط العمل مهم جدا لراحة الفرد (le confort de l'individu) و للصورة التي يرى بها نفسه ليكون حياديا . ويميّز التصور الجديد لمحيط العمل ثلاث اتجاهات:

- التهيئة التي تأخذ بعين الاعتبار تطور العمل في الفريق
 - وجوب وضع مكانة مميزة لتهيئة مكان لاستقبال الجمهور (مكتب استقبال منفصل يضمن السرية عند المقابلات)
 - تصور لمكان مفتوح يوحي للشفافية في الاتصال والانفتاح التنظيمي ¹.
- و قد يمثل تهيئة المحيط فرصة للتبادل حول ظروف العمل و نمط الاتصال والذي لا يمكن إهماله .
- و بالملاحظة الدقيقة للتنظيم الاستشفائي يمكن اعتبار المحيط غير مهيا للقيام بالمهام وفق المعايير (selon les normes) و ذلك بالنظر إلى الظروف التي تقام فيها المهام بحيث يتلقى المهنيون عبء نقص التجهيزات و مواد العمل و أيضا ما يحيط بظروف العمل من ضغوطات سواء بين أفراد التنظيم أو مع المرضى أو عائلاتهم، أما من حيث أماكن العمل فنجد في كثير من الأحيان الأماكن غير ملائمة لأداء العلاج ، خاصة الاستعجالية منها بحيث يوجد نقص لقاعات الخاصة بالتدخل السريع للمرضى الذي يمنع دخول الأشخاص المرافقين للمريض حتى يتسنى القيام بالمهام دون عراقيل أو دون اللجوء إلى دفع الأشخاص المتواجدين هناك من أجل العمل أو المرور لإحضار مواد العمل .بالإضافة إلى عدم وجود مصالح استقبال في بعض المصالح مما يصعب الاتصال بين المرضى أو المصطحبين لهم و المهنيين وتعم الفوضى واشتباكات فيما بينهم.

ويمثل المستشفى الجامعي بالنسبة للعامة مجال تكثر فيه الكفاءات العالية بالرغم من النقائص التي يعاني منها و التي تجعل منه محل نقد دائم وقد يعتبر محيط العمل و الظروف التي يعمل فيها المهنيين مهمة جدا لسير الحسن لهذا التنظيم و ضمان الخدمة الجيدة لأن ذلك لديه تأثير على الجانب النفسي للممارسين بالإيجاب أو بالسلب حسب تلك الظروف ، و نظرا لتردد الكبير للناس على المستشفى خصوصا بسبب تلك الكفاءات ،فيؤدي ذلك إلى كثرة العمل و المهام و الضغط على المهنيين ، ويضاف إلى ذلك نقص للعتاد و مواد العمل التي تجعل من تسيير العمل اليومي صعبا جدا بالنسبة إليهم، زيادة على إحساسهم المستمر بعدم الأمان خصوصا أنهم يعملون في مكان يكثر فيه المرض لذلك يكون تخوفهم كبير من الأمراض المتنقلة عبر الدم، كالإيدز و التهاب الكبد (Hépatite virale Hbv- Hcv) والأمراض المعدية خاصة تلك التي تصيب الجهاز التنفسي أو الجلد ، ويضاف إلى ذلك الأشعة (irradiation) لما ينتج عنها كمرض السرطان مثلا الناتج عن الإشعاع أو الإصابة بالعقم،بالإضافة لمعاشتهم لحالات في مرحلة من المرض متقدمة جدا أو ميئوسا منها وأيضا حالات الوفاة المتكررة جدا تؤثر حتما على الحالة النفسية،والذهنية للأشخاص ، فينتج عن كل ذلك إرهاقا و إجهادا فيزيقيا و ذهنيا ،و الجدول الموالي يبين ذلك:

الجدول رقم 20 : يبين العلاقة بين الوظيفة و ظروف العمل داخل المصلحة

المجموع	شبه طبي	طبي	الوظيفة الإجابة
108 21%	83 21.39%	25 18.65%	الإجهاد الفيزيقي
116 22%	84 21.64%	30 23.88%	الإجهاد الذهني
85 16%	57 14.69%	28 20.89%	نقص وسائل العمل
86 16%	62 15.97%	24 17.91%	ظروف الحماية غير موجودة
86 16%	69 17.78%	17 12.68%	التعرض لأمراض معدية
41 9%	33 8.50%	8 5.97%	التعرض للأشعة
582 100%	388 100%	134 100%	المجموع

من الجدول نلاحظ أن نسبة 22.22% تعاني من الإجهاد الذهني أثناء العمل ، و 20.68% تعاني من الإجهاد الفيزيقي، ويعاني المستخدمون من ظروف الحماية الغير موجودة و التعرض لأمراض معدية، ونقص وسائل العمل بنسبة 16% على التوالي، بينما نسبة 9% تعاني من التعرض للأشعة.

يعاني المستخدمون في المستشفى من عدة ظروف سيئة ومعيقة للعمل في الكثير من الأحيان ومن أهم هذه الظروف الإجهاد الذهني و الإجهاد الفيزيقي اللذان ينتجان عن كثرة العمل وكثرة المرضى الذي يصعب تسييرهم وذلك لنقص أماكن للاستشفاء (عدد الأسرة يكون محدود) ونقص العتاد و مواد العمل، و في بعض الأحيان نقصاً للأجهزة كالحضانات مثلاً، حيث يضطر الأطباء إلى إرسالهم إلى مستشفيات أخرى، لكن في كثير من الأحيان يرجع المرضى، لعدم قبولهم فيها سواء لنفس الأسباب أو لأسباب مغايرة كعدم وجود مواد للعمل مطهرة مثلاً (le linge sterile) و تضعهم أحياناً هذه المواقف في حيرة، لأنهم لا يجدون حلولاً لذلك، ونلاحظ أن هذه الظاهرة منتشرة في الكثير من المستشفيات، فيلجئون لتفاوض بين المصالح من أجل الحصول على أماكن، مثلاً و في معظم الأحيان بالنسبة لمصحتي طب الأطفال و جراحة الأطفال، في انتظار إخراج المرضى

الذين هم في طريق العلاج، و هذا راجع للعلاقة الجيدة الموجودة بين أطباء المصلحتين فيكون أحيانا تفاهم و تفاوض للأماكن فيما بينهم . وفي مصلحة طب النساء يضطر الأطباء استشفاء مريضتين في سرير واحد للتوافد الكبير للنساء الحوامل إلى هذه المصلحة، للسمعة الطبية حتى على المستوى الوطني ، كل ذلك يجعل المستخدمين الطبيين و شبه الطبيين في حالة ضغط مستمر يولد لهم إجهادا فيزيقيا و ذهنيا معا ، و يزيد من الضغط عدم توفر لظروف الحماية كالفقازات و المنزر المرصوص المضاد لتوغل الأشعة داخل الجسم ، والتخوف من المستقبل و ذلك باستمرار ، خاصة من تعرضهم للأمراض المعدية والتي يمكنها أن تشكل عائقا للحياة العائلية وللأشعة التي تسبب القلق بالنسبة إليهم.

و تشير الباحثة في علم الاجتماع نادية محمد السيد عمر في هذا الإطار أن الإشعاع ينشأ من بعض المواد المشعة أو عن طريق خروج أشعة مختلفة الأنواع منها ما ينتهي عند سطح الجسم أو الملابس و منها ما ينفذ من خلالها و يتسرب إلى داخل الجسم لمسافات قصيرة أو طويلة مما يؤثر على الجسم فيتغير لونه وقد يتسبب سرطانا جلديا ، كما يصيب نخاع العظم فيضطرب جهاز تكوين الدم و يختل توازن الكريات الحمراء والبيضاء و غير ذلك من الأضرار التي يسببها الإشعاع ، و بالرغم من التأكيد على أهمية الظروف الفيزيائية و دورها في عدم إصابة العمال بأمراض المهنة من ناحية و زيادة إنتاجه من ناحية أخرى ، و تضيف أن الظروف الفيزيائية لا تفعل فعلها إلا عن طريق ما تحدثه من أثر نفسي في العمال ¹.

فالظروف الفيزيائية السيئة تزيد من حدة الضغط و القلق و الإجهاد الذين يتسببون في مشادات في الكثير من الأحيان مع المرضى أو عائلاتهم، مما يجعل التنظيم يبتعد عن السير الرسمي.

¹ نادية محمد السيد عمر: علم الاجتماع الطبي المفهوم و المجالات ، دار المعرفة الجامعية ، مصر 1998 ص 292-293 .

ونعني بالموارد البشرية المهنيين الذين يقدمون خدمة صحية مباشرة للمريض (الطبيين وشبه الطبيين) و يطرح مشكل نقصها، بسبب عقلنة التسيير بالمستشفيات الجزائرية ، لذلك أصبحت تقلل من التشغيل فيه ،و بما أن المستشفى يختلف عن المصانع و عن الإدارة لتعامله مع أشخاص و ليس الآلات أو الملفات فإن ذلك يضعه في مشكل بسبب هذا النقص الذي لا يمكن تداركه بسهولة نظرا لكون سياسة التكوين عملت على تقليص من عدد المتكويين شبه الطبيين في الكثير من التخصصات ، فالمؤسسات الاستشفائية تبحث اليوم و بشغف على المهنيين خاصة شبه الطبيين ، لا يطرح مشكل نقص الطبيين لأنهم يتكونون بكثرة ، و لأنه يوجد الأطباء المقيمين بعدد كبير و باستطاعتهم تأدية معظم المهام الطبية ،بما أنهم في الأصل أطباء عامون و هم في طور التدريب و التربص للتخصص ويريدون التعلم فقد يغطي وجودهم نقص الأطباء ، بينما شبه الطبيين خاصة بالنسبة للمرضيين، فيتميز بانخفاض ملحوظ لعددهم ،حتى باعتراف المرضى أنفسهم وقد يشيرون إلى ذلك خطاباتهم أثناء استجوابهم بأن عدد المعالجون غير كافي بحيث يقول مريض في مصلحة طب العيون أنه : "Il y a un nombre restreint en ce qui concerne les infirmiers, pour assurer une bonne prise en charge ,deux infirmiers pour 31 malades est très peu,il y a une charge sur eux .". و هذا يعني أنه هناك عدد قليل للمرضيين للتكفل جيدا للمرضى ممرضين ل(31) مريض يعتبر قليل جدا لأن هناك كثرة عمل على عاتقهم. و مريض آخر في مصلحة الكلى و تصفية الدم "Il y a un manque de paramédicaux " أي هناك نقص لشبه الطبيين .

في الواقع يظهر النقص للمرضين جليا في المستشفى فوجود ممرضين لمصلحة ذات ثلاثون سرير، لا يسمح بالأداء الملائم لأن كثرة المرضى و المهام يعيق ذلك، فمن المفروض أن يكون ممرض (ة) لأربعة مرضى أي يكون من ستة ممرضين إلى ثمانية لثلاثون مريض و هذا مالا يمكنه أن يتوفر بالعدد الموجود حاليا ، فمعظم مصالح المستشفى تعاني نقصا من هذا الجانب، ويشكل ذلك خلا وظيفيا لأنه يؤثر و بشكل كبير على الأداء و نوعية الخدمة الصحية، فيضطر المهنيون القيام بالمهام الضرورية ويهملون بعض المهام ،التي تبدوا لهم بأنها ثانوية، لكنها في الحقيقة مهمة في سيرورة العلاج لأنهم لا يملكون الوقت الكافي لأدائها كلها بسبب المهام الكثيرة ،و هذا بالطبع ليس في كل المصالح بل في تلك التي بها كثرة للعمل و للمهام و لعدد المرضى .

فقد تقلص دور الإدارة لحل هذا المشكل في تغيير لنظام الوقت المعمول به في المستشفى دون أي دراسة مسبقة،أو تشاور مع المصالح حول كيفية حل المشكل بالتعاون فيما بينهم بل كان تغييرا بطريقة ،جذرية و صارمة و معمرة حتى وإن لم يخدم ذلك المصلحة و انجر عنه مشاكل كان بالإمكان تفاديها و هذا ما سنراه .

النظام الوقتي للعمل :

يعتمد العمل في المستشفى على الفرق التي تتكون من السلك الطبي و السلك شبه الطبي وحتى الأعوان ولا يمكن أن يتم العمل إلا بتعاون الجميع ،و ذلك بواسطة نظام مناوبة بحيث لا يمكن ترك المناوبة بدون ممارسين، لخصوصية التنظيم ولا توجد إمكانية غلق المصلحة إلا بقرار وزاري لأنه يجب أخذ عدة تدابير لتوجيه المرضى، و يمثل غياب الأطباء أثناء المناوبة أو لشبه الطبيين خطأ يعاقب عليه القانون، لأنه يتعلق الأمر بحياة أشخاص لذلك يوضع مخطط مسبق للمناوبة في المستشفى لكل المهنيين طبيين و شبه طبيين، و يعوّض الشخص الذي لديه عذر للغياب لكن مع إعلام المسؤول عنه مسبقا لأخذ التدابير اللازمة و لا يطرح المشكل في المصالح التي تعتمد على شخصين أو أكثر في المناوبة لأنه يمكن تغطية ذلك النقص و يطرح المشكل في المصالح التي تعاني من النقص عندما تترك المناوبة فارغة . ويختلف نظام الوقتي من مصلحة لأخرى و حسب الوظيفة الطبية وشبه الطبية والجدول الموالي يبين ذلك:

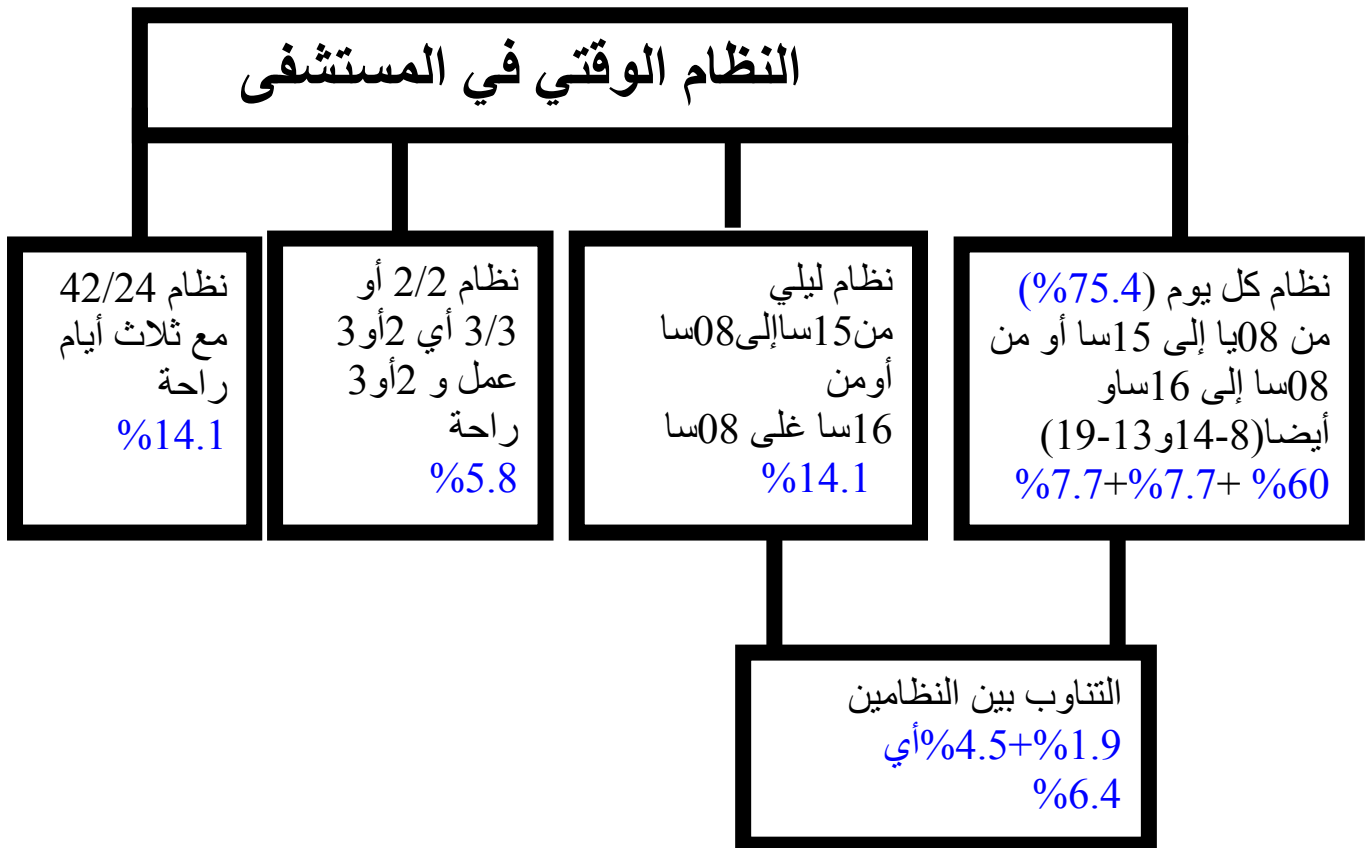
جدول رقم 21: يبين العلاقة بين النظام الساعي و الوظيفة:

المجموع	شبه طبي	طبي	الوظيفة ساعات العمل
61 60%	44 39.3%	37 84.1%	كل يوم (8سا-15سا)
9 5.8%	7 6.3%	2 4.5%	2/2 أو 3/3 أيام (8سا-17سا)
22 14.1%	22 19.6%		1 يوم/ 3 (15سا - 8 سا)
11 7.1%	11 9.8%		24 ساعة / 4 أيام
7 4.5%	5 4.5%	2 4.5%	مناوبة بين (8-15) و (15-8)
12 7.7%	10 8.9%	1 2.3%	8 (16سا-)+يومين راحة
12 7.7%	10 8.9%	2 4.5%	مناوبة (8 - 14) (13-19سا)
3 1.9%	3 2.7%		مناوبة بين (8-16) و (16-8)
156 100%	112 100%	44 100%	المجموع

من الجدول نلاحظ أن نسبة 60% من المهنيين يعملون بنظام كل يوم من الساعة

الثامنة صباحا إلى الثالثة مساء خاصة الطبيين منهم ب 84.1% ثم يليه نسبة 14.1% منهم يعملون بنظام مناوبة من الساعة الثالثة مساء إلى الثامنة صباحا بالنسبة لشبه الطبيين فقط ونسبة 4.5% يعملون بالتداول بين هذين النظامين، وبينما نسبة 7.7% منهم يعملون بنظام مناوبة من الثامنة إلى الرابعة مساء ، و نسبة 1.9% تداول بين هذا الأخير و بين الرابعة مساء إلى الثامنة صباحا وأيضا بنسبة 7.7% المناوبة تكون بالتداول بين الساعة الثامنة إلى الساعة الثانية مساء ومن الواحدة زوالا إلى السابعة مساء ، و نسبة 7.1% تعمل بنظام 24 ساعة مع راحة لمدة ثلاثة أيام لشبه الطبيين فقط ، في حين نسبة 5.8% منهم يعملون بمناوبة يومين عمل و يومين راحة أو ثلاث أيام عمل وثلاث أيام راحة من الساعة الثامنة صباحا إلى الخامسة مساء.

مخطط رقم 12: يبين الأنظمة الوقتية الموجودة في المستشفى



يعمل الأطباء بنظام عمل من الساعة الثامنة إلى الساعة الثالثة بعد الزوال وهذا لا يعني أنهم مقيدون في ذلك لأنهم إذا أنهوا عملهم من قبل ذلك يخرجون، و إذا لم ينهوه فإنهم يواصلونه حتى لو كان ذلك بعد وقت العمل أو يترك ذلك لطبيب المناوبة، ويقوم الأطباء بمعدل مناوبة في الأسبوع أو يكون ذلك بالتناوب حسب عدد الأطباء ، و يكونون مجبرون على القيام بها وتكون مدفوعة الأجر، وهناك نظام آخر ثلاثة أيام عمل وثلاثة أيام راحة بالنسبة للأطباء العاملين في مصلحة طب الكلى و تصفية الدم ، و نظام المناوبة بين الفترة الصباحية من الثامنة صباحا للواحدة زوالا وبين الواحدة إلى السابعة مساء بالنسبة لأطباء مصلحة الاستعجالات، ويعمل شبه الطبيين بنظام وقتي سواء لخمس أيام الأسبوع من الساعة الثامنة إلى الثالثة بعد الظهر و العمل إلى غاية الساعة الواحدة ليوم واحد في الأسبوع مع يوم واحد للراحة الأسبوعية أو إلى غاية الرابعة مع يومين راحة أسبوع أي العمل ل 40 ساعة في الأسبوع دون انقطاع حتى وقت الأكل لا يحتسب بالرغم من كونه من حق المهنيين أخذ وجبة الفطور و لكن ظروف العمل لا تسمح في كثير من الأحيان بذلك، و توجد أحيانا فرق ثابتة تعمل نهارا و أخرى تعمل ليلا و ذلك بالاتفاق فيما بينهم فأما التي تعمل ليلا خاصة من الثالثة مساء إلى الثامنة صباحا فهي تعمل لساعة إضافية في كل مناوبة و تحاول هذه الفرق دائما أن تنقصها من خلال التأخير الذي تقوم به و هذا ما يجعل الفرق النهارية تقوم بساعات أكثر من وقتها المحدد و يزيد من القلق لديها، لذلك أردنا معرفة إذا ما كان النظام الوقتي المعمول في المستشفى يلاءم المهنيين أم لا وذلك من خلال الجدول الموالي و الأسباب أيضا:

الجدول رقم 22 : يبين العلاقة بين الوظيفة و ملائمة النظام الساعي للمستخدمين

الإجابة	الوظيفة	طبي	شبه طبي	المجموع
نعم يلائمني	28	64%	44	72 46%
لا يلائمني	16	36%	68	84 54%
المجموع	44	100%	112	156 100%

من الجدول نلاحظ نسبة 54% من المستخدمين لا يلائمهم النظام الساعي المعمول به في المستشفى و بالخصوص شبه الطبيين ب 61% ، و نسبة 46% يلائمهم ذلك خاصة الطبيين ب 64% .

و قد تكون الأسباب ذاتية، تخدم أو لا تخدم المصلحة الشخصية ومنها ما هو

موضوعي لمصلحة سير القسم، وهذا ما يبينه الجدول الموالي :

جدول رقم 23 : يبين العلاقة بين الوظيفة وسبب ملاعته للمهنيين:

الإجابة	السبب	الوظيفة	طبي	شبه طبي	المجموع
نعم يلائمني	لاختيار شخصي	3	10.7%	10	13 18.5%
	لواجب عائلي	1	3.6%	7	8 11%
	لواجب مهني	24	85.7%	25	49 69%
	آخرون			1	1 1.5%
	المجموع الجزئي	28	47.5%	43	71 25.5%
لا يلائمني	لأنه متعب	7	22.8%	42	49 23.5%
	لكثرة العمل	7	22.8%	50	57 27%
	لأنه مقلق	10	32.2%	42	52 25%
	للطريقة التي فرض بها	4	12.9%	29	33 16%
	آخرون	3	9.6%	14	17 8.1%
	المجموع الجزئي	31	52.5%	177	208 74.5%
المجموع		59	100%	220	279 100%

من الجدول نلاحظ نسبة 69% من المهنيين يلائمهم النظام المعمول به ، لأنه واجب مهني خاصة الطبيين منهم ونسبة 18.5% لاختيار شخصي بينما نسبة 11% منهم لأسباب عائلية . أما الذين لا يلائمهم النظام فذلك لكثرة العمل بنسبة 27% و لكثرة القلق بسببه ب 25% أو للطريقة التي فرض بها.

يعمل المهنيون في المصالح وفق أنظمة ساعية متعددة، مع غالبية لنظام كل الأيام و هو عبارة عن نظام وضعته الإدارة لتغطي النقص الملحوظ في عدد شبه الطبيين، ثم أرادت تعميمه لكن لم يتم قبوله من طرف الكثير لأنه سواء لا يخدم المصلحة أو المصالح الشخصية للأشخاص، أما بالنسبة للأطباء فلا خيار لديهم ، ويتقبلون ذلك بنسبة كبيرة والسبب هو الواجب لأن طبيعة عملهم تستدعي ذلك النظام، ويمثل هذا النظام الوقتي الرسمي في المستشفى ووضع دون استشارة المهنيين أنفسهم بل فرض عليهم بعد ما كانوا يعملون وفق أنظمة وكتية مختلفة تعتمد على المناوبة و الاسترجاع récupération تسمح لهم بإنقاص الضغط عنهم و التفرغ لحياتهم الشخصية لخصوصية بعض المصالح والتي تتميز بكثرة العمل و المهام ، لكن هناك من يراه ملائماً بسبب اختيار شخصي لأنهم كانوا يعملون وفقه من قبل أو لواجب عائلي (المتزوجات مثلاً، وخاصة الأمهات) تبحث عن نظام يساعدها للتوفيق بين البيت و العمل ولتفادي المناوبة الليلية وأيام الأعياد؛ ولا يتقبله البعض الآخر لكثرة العمل و القلق والتعب وذلك لوجوب تردهم للمصلحة يوميا و في كثير من الأحيان مجبرون على القيام بساعات إضافية، ويصعب أخذ العطل التعويضية بسبب نقص في عدد المهنيين مما ينتج إجهادا فيزيقيا و ذهنيا ولهذا يرونه متعب ومقلق، و لا يتقبلونه أيضا للطريقة التي فرض بها ، لأنهم لم يترك لهم الخيار و أجبروا على ذلك، و لذلك نجد في بعض المصالح تحاول أن تعمل وفق أنظمة غير رسمية، بالتفاهم مع الأستاذ رئيس المصلحة ، كنظام يومين عمل و يومين راحة أو ثلاث أيام عمل وثلاث أيام راحة و ذلك من الساعة الثامنة صباحا إلى غاية الخامسة زوالا وفرقة ليلية تبدأ من الخامسة مساء إلى غاية الثامنة صباحا ، و أيضا نظام التناوب بين الفترة الصباحية و الفترة المسائية و التي تبدأ من الساعة السابعة صباحا إلى غاية الثانية بعد الزوال ثم فرقة تبدأ من الساعة الواحدة بعد الزوال إلى غاية السابعة مساء و يوم راحة في الأسبوع ، ثم تبدأ الفرقة

الليلية على الساعة السابعة إلى غاية السابعة صباحا مع يومين راحة، وهذا الأخير معمول به في مصلحتي الأشعة و المخبر .

من معاشتي لميدان العمل في المستشفى فإن النظام الوقتي المحبب و الأمثل لدى المهنيين هو الذي يكون مرن و مكيف للمصلحة أو حاجاتها فبإمكانها العمل حتى ولو لساعات إضافية، مع السماح لهم في المقابل بالاستراحة ليتمكنوا من العمل و مواجهة الضغوطات، والذي يسمح أيضا بتلاقي للفرق الصباحية و الليلية لتبادل المعلومات عن المرضى ، هذا الالتقاء يسمح بتوضيح الكثير من الأمور فيما بينهم و ينقص الضغط عنهم و يجعلهم يتحاورون حول الحالات و يسهل الاتصال فيما بينهم .

عموما ، يعاني المستشفى من نقص للعتاد و للمواد الصيدلانية و الموارد البشرية التي هي ضرورية لسير التنظيم وديمومته و هذا النقص ناتج عن تسيير غير عقلاني لهذه الموارد لعدم اعتماده على حاجات الحقيقية للمصالح ،و ذلك بدراسة مسبقة ،حيث لا يمكن المساواة بين المصالح و أيضا لا يمكن تقديم نفس كمية المواد على مدار السنة فهناك فترات يكثر فيها العمل و المهام و يجب أخذها بعين الاعتبار ، فالمهنيين يحتاجون لأن يركزوا على عملهم فقط و ليس على البحث المتواصل للمواد و هذا يشكل إحدى النقاط التي يجب التركيز عليها لتقديم الخدمة الجيدة وفي الوقت المناسب لأداء المهام و سنرى هذا في الفصل الموالي .

الفصل الخامس

التكاليف الاجتماعية

تمهيد:

تشكل الظروف التي يعيشها المستشفى من نقص لعدد شبه الطبيين في المستشفى و نقص للعتاد الطبي و الذي يرتبط بالنقص على مستوى الميزانية و زيادة تكاليف المستشفى، في كثير من الأحيان معوقات وظيفية و تنجم عنها تكاليف اجتماعية، هذه التكاليف تتمثل في نوعية الخدمة الصحية و المردود العلاجي، و الصراع و عدم الرضا عن الخدمة الصحية للمهنيين و للمرضى، وأهم شيء نستهل به هو الخدمة و المردود العلاجي لأنها تعتبر من أهم أهداف المستشفى :

الخدمة الصحية و المردود العلاجي :

تمثل الخدمة الصحية في المستشفى النتيجة النهائية لسيروية العلاج، التي تبدأ من الاستقبال إلى غاية خروج المريض من المستشفى ، و يصعب تقييمها و تقييم المردود العلاجي في إطار الظروف التي يعمل فيها المهنيون و قد لا تتحكم نوعية الخدمة أو العلاج المقدم في نتيجة المرضى و هذا يرجع لطبيعة الحالات و مدى تطور الطب في علاجها ، لذلك نحاول معرفة تقييم المهنيين لمردودهم بالرغم من كونه ذاتيا و إنما نحاول من ذلك معرفة الظروف التي تعيقهم في أداء خدمتهم :

جدول رقم 24: يبين العلاقة بن الأقدمية و تقييم المستخدمين لمردود يتهم:

المجموع	شبه طبي	طبي	الوظيفة المردود
41 26.3%	35 31.3%	6 13.6%	جيد جدا
61 39.1%	42 37.5%	19 43.2%	جيد
54 34.6%	35 31.3%	19 43.2%	متوسط
156 100%	112 100%	44 100%	المجموع

من الجدول نلاحظ أن نسبة 39.1% من المهنيين ترى أن لها مردود جيد ثم تليها نسبة 34.6% منهم التي تراه متوسطا و أخيرا نسبة 26.3% جيذا جدا .

تقييم المهنيين الطبيين و شبه الطبيين للمردود الذي يقدمونه بنسب متفاوتة و متقاربة أنه جيد و متوسط و جيد جدا و لا يرونه سيئ و هذا يرجع للمجهود الذي يبذلونه و يرون أن هناك نقص وباستطاعتهم العمل أحسن لو كانت الظروف أحسن ،لو لم تكن هناك كثرة للعمل و يبين الجدول الموالي سبب ذلك :

جدول رقم 25 : يبين العلاقة بين الوظيفة و تقييم المردود:

الوظيفة / تقييم المردود	طبي	شبه طبي	المجموع
أعمل كثيرا	11 %22.91	25 %20.3	36 %21
أعمل جيدا	14 %29.16	64 %52	78 %45.6
نقص الوسائل	20 %41.66	26 %21.13	46 %26.9
آخرون	3 %6.25	8 %6.50	11 %6.43
المجموع	48 %100	123 %100	171 %100

إن نسبة 45.6% من المهنيين يرون أنفسهم أنهم يعملون جيدا ثم تليها نسبة 26.9% التي ترى أنها تعاني من نقص الوسائل و نسبة 21% ترى أنها تعمل كثيرا. يقيم المهنيون المردود بأنه جيدا أو جيدا جدا لأنهم يرون أنفسهم أنهم يعملون كثيرا و يعملون جيدا بينما يرى البعض الآخر عملهم متوسط أو جيد لأنهم يعانون من نقص للوسائل ، فتقييمهم لمردودهم يكون حسب نوعية و كمية العمل المقدم ، و أيضا لنقص الوسائل فيذكرون دائما أنه لو كانت الظروف أحسن لكان المردود أحسن ، فهم بذلك يشككون في كون مردودهم جيد في إطار الظروف التي يعملون فيها لذلك نحاول معرفة تأثير هذه الأخيرة على الأشخاص و على الخدمة.

تأثير ظروف العمل:

إن الظروف السيئة للعمل في المستشفى لها تأثير على مستويين على المردود العلاجي و على الأشخاص (فيزيكية كانت أم ذهنية) و التي بدورها تؤثر على نوعية الخدمة:

فأما تأثيرها على الأشخاص : فقد يرى المهنيون أن العمل في المستشفى متعبا جدا فيزيقيا و ذهنيا وأيضا هناك نقصا لعدد المستخدمين يشكل في بعض الأحيان عائقا للعمل اليومي بسبب الفراغ الذي يتركه البعض و يتسبب ذلك في الكثير من الأحيان إلى استدعاء شبه طبيين من مصالح أخرى خاصة أثناء المناوبة ، فيعملون أحيانا في مصطلحين مختلفتين و في نفس الوقت ، هذا يولد التعب لديهم وأيضا هناك من يعمل من دون يوم راحة أسبوعية نتيجة لهذا النقص ، ويضاف إلى ذلك كثرة العمل ، لذلك نرى أن نسبة 78.8% من المستخدمين ترى أن عملها متعب خاصة المتزوجون منهم بينما 21.2% منهم تراها ليس متعبا بالنسبة إليهم ، ويكون نوع التعب كما يلي:

جدول رقم 26: يبين العلاقة بين الحالة المدنية و نوع التعب :

نوع التعب	الحالة المدنية		أعزب		متزوج		المجموع	
	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد
متعب فيزيقيا	27.45%	14	47%	63	41.6%	77		
متعب ذهني	70.5%	36	52.2%	70	57.2%	106		
آخرون	1.9%	1	0.7%	1	1%	2		
المجموع	100%	51	100%	134	100%	185		

يكون نوع التعب فيزيقيا و ذهني بالنسبة للمتزوجين يرجع ذلك لانشغالاتهم بحياتهم العائلية و العملية معا، و الذي يولد لديهم الإعياء و تراهم فئة ذوي الحالة المدنية أعزب متعبا ذهني أكثر مما هو فيزيقيا لأنها متفرغة للعمل وليست لديها مسؤولية تربية الأولاد بينما الظروف التي تحيط بالعمل هي من تسبب ذلك الإعياء وتزيد من القلق ،

يكون العمل متعبا في بعض المصالح لكثرة المهام فيها خاصة الإنعاش (طب الأطفال) ومصالح الجراحة كمصلحة طب النساء وجراحة الولادة وأيضا جراحة الأطفال لكثرة العمليات الجراحية بها ويحتاج المرضى إلى المراقبة الدقيقة إضافة على المهام المتعددة ، فبطبيعة الحال فإن المهنيين لما يعملون كثيرا يحسّون بالتعب و الإعياء ومع الوقت يتولد التعب الذهني لأن الحلول غير موجودة هي تقريبا شبه منعدمة، لا من طرف رئيس المصلحة و لا المراقب ، فأما الإدارة فهي لا تملك الحلول .

تؤثر ظروف العمل على الأشخاص و تولد لديهم التعب بسبب الأوقات التي تضيق في البحث على مواد العمل والتفكير في الأمراض التي من الممكن أن يتعرض لها عن طريق العدوى أو من الأشعة يمكن أن تجهد الأشخاص ذهنيا ، و عن تأثيرها على الخدمة الصحية : فإن المهنيين يروا أنهم بإمكانهم تقديم خدمة صحية جيدة لو كانت ظروف العمل حسنة و الجدول الموالي يبين إلى أي مدى يمكنهم تقديم الخدمة:

جدول رقم 27 : يبين العلاقة بين كيفية تقديم الخدمة و الحالة المدنية :

الإجابة		الحالة المدنية		أعزب		متزوج		المجموع	
أقدم أقصى ما لدي حتى ولو كان ذلك على حسابي		29		48%		33		34.4% 62 40%	
أقدم إلا ما يلزم لضمان الحياة		2		3%		3		3.1% 5 3%	
أقدم الواجب فقط بسبب ضميري المهني		8		13%		12		12.5% 20 13%	
أقدم الأحسن مني لضمان تقديم خدمة جيدة		21		35%		47		49% 68 44%	
آخرون						1		1% 1 0.6%	
المجموع		60		100%		96		100% 156 100%	

من الجدول نلاحظ أن 44% من المستخدمين يقدمون الأحسن ما لديهم لضمان تقديم خدمة صحية جيدة خاصة المتزوجون منهم ، و 40% يقدمون أقصى ما لديهم حتى و لو كان ذلك على حسابهم و خاصة ذوي حالة مدنية أعزب ،

بينما 13% يقدمون الواجب فقط لضميرهم المهني، و 3% يقدمون إلا ما يلزم لضمان الحياة .

يرى المبحوثون و بالخصوص المتزوجين أنهم بإمكانهم تقديم الأحسن منهم لضمان تقديم خدمة صحية وهذا يمثل دورا أبويا يتعاملون به حتى مع المرضى و يقدم الأعزبون أقصى ما لديهم ولو كان على حسابهم لأن ذلك يحفزهم لتحقيق الذات و لعدم انشغالهم بالحياة العائلية كتربية الأطفال، و مسؤوليات البيت. وقد تؤثر ظروف العمل عن الأداء الجيد و خاصة تلك المتعلقة بنقص العتاد و مواد العمل وأيضا لنقص المستخدمين و ذلك باعتراف المرضى أنفسهم أنه يوجد نقص لعدد الممرضين و أيضا حتى للأطباء وقد أشار إلى ذلك عدة مرضى أثناء استجوابهم، وقد تشكل تلك الظروف في مستشفى بارني لدى المهنيين عائقا لأداء خدمة فعالة بنسبة 88.5% خاصة شبه الطبيين منهم ب 92% بينما 11.5% منهم لا تشكل عائقا، أما فيما يخص رضاهم عن المردود قد يتدخل عامل الأقدمية التي تعطي ثقة أكبر للقدامى وهذا ما سيبينه الجدول الموالي:

جدول رقم 28: يبين العلاقة بين الأقدمية و الرضا عن المردود :

الأقدمية / الإجابة	أقل من 10 سنوات	من 10 إلى 20 سنة	أكبر من 20 سنة	المجموع
راض	28 54.9%	62 71.3%	15 83.3%	105 67.3%
غير راض	23 45.1%	25 28.7%	3 16.7%	51 32.7%
المجموع	51 100%	87 100%	18 100%	156 100%

من الجدول نلاحظ نسبة 67.3% من المهنيين راضون عن المردود الذي يقدمونه، بينما 32% غير راضون عنه.

كلما كانت الأقدمية كبيرة كلما كانت درجة الرضا عن المردود كبيرة .

يكتفي المهنيون بالمردود الذي يقدمونه حتى و لو كان ذلك غير مقنع

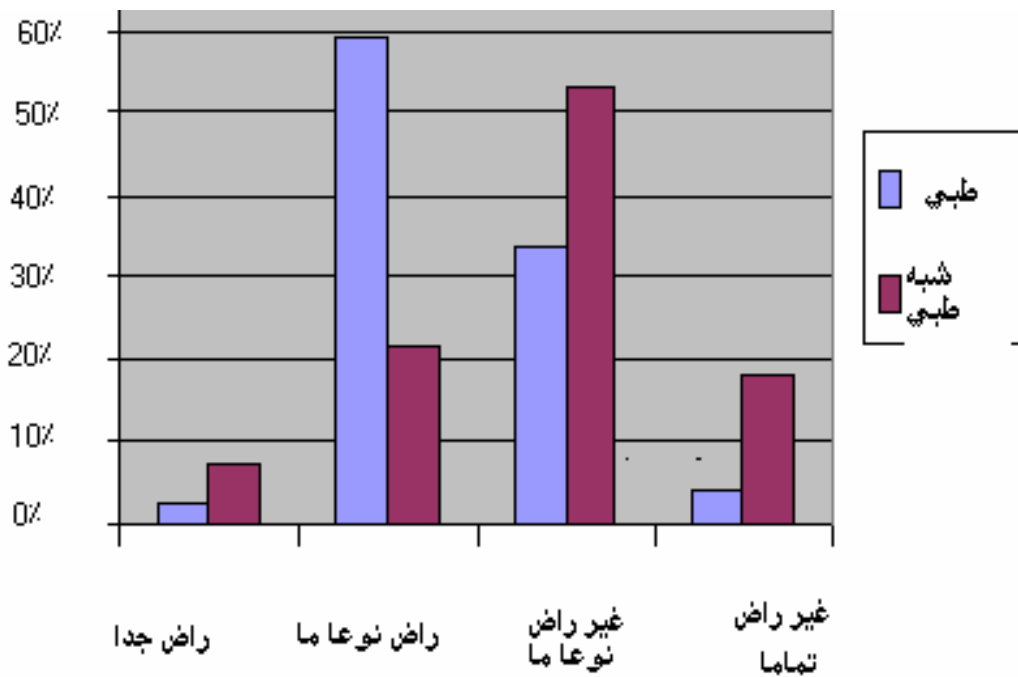
و يظنون وبفعل العادة و الروتين أنهم أعطوا بما فيه كفاية في المستشفى، بحيث يرددون كثيرا عبارة : " on a assez donné à l'hôpital " صغرنا راح فيه"، بهذه العبارة يفهمون غيرهم أنهم أعطوا الكثير في بداية مسارهم المهني و تعبوا

والآن قد حان الوقت ليستريحوا ، مع تقاضيتهم لأجر شهري طبعاً ، لذلك مهما كان المردود الذي يقدمونه فهم يرونه جيد بالنسبة لما قدّموه لمدة سنوات ، أما الجدد فهم غير راضون عن المردود لأنهم لم يكتسبوا التجربة اللازمة لتقديمه بصفة جيدة .

وعن درجة الرضا في العمل في ظل الظروف التي يعيشها المستخدمون

فإنها تختلف حسب الوظيفة الطبية أو شبه الطبية و المخطط التالي يبين ذلك :

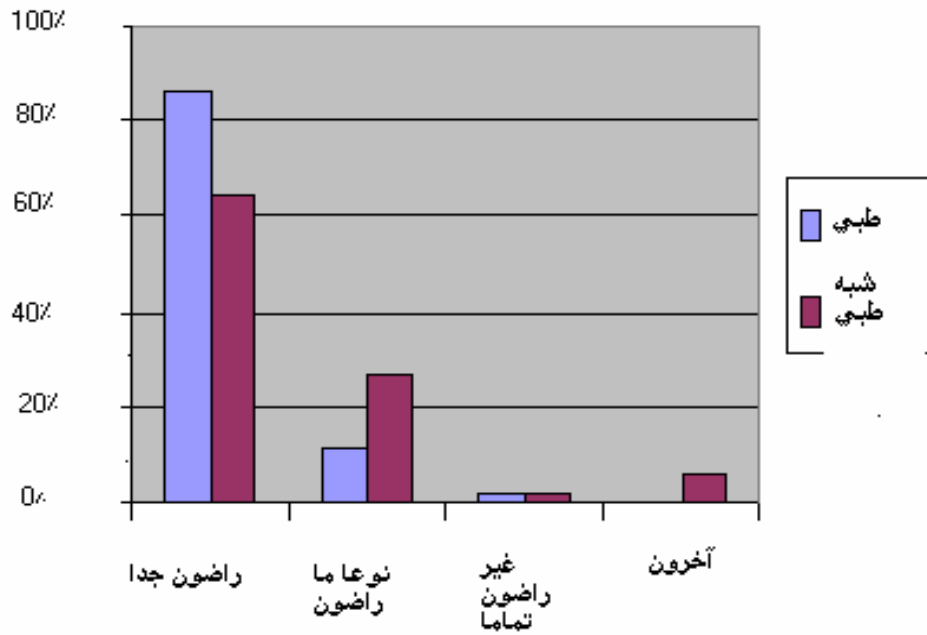
مخطط رقم 13: يبين درجة الرضا للطبيين و شبه الطبيين عن العمل في الظروف الحالية :



إن نسبة 47% من المهنيين نوعاً ما غير راضية عن العمل وفق الظروف التي يعيشونها في ميدان العمل خاصة شبه الطبيين منهم بينما تكون ثاني نسبة للذين هم نوعاً ما راضون عن ذلك خاصة الطبيين و يظهر ذلك في المخطط السابق ، الرضا نوعاً ما أو عدم الرضا نوعاً ما يعني أنه يوجد عدم الرضا للمهنيين و بدرجة أكبر لشبه الطبيين لأنهم هم المجبرون على تحضير المواد للعمل و هم الذين يواجهون أكثر لتلك الظروف و هم الذين يتعاملون أكثر مع المرضى بكل ما يمكن أن يحويه من أمراض و أوبئة معدية لكن هذا لا يعني أن الأطباء راضون عن ذلك

بل يواجهون بسبب ذلك مشاكل و مشادات مع شبه الطبيين و مع المرضى أنفسهم
لأنهم مجبرون لإرسالهم لشراء العتاد مثلاالخ
أما عن رد فعل المرضى للخدمة المقدمة لهم ، حسب تصور المهنيين مع استثناء
المصالح التي تعالج المواليد لأنها لا يمكن أن يلاحظ درجة رضاهم عن الخدمة
فيها فإن المخطط التالي يبين ذلك :

مخطط رقم 14 : يبين رد فعل المرضى إزاء الخدمة المقدمة لهم حسب تصور المستخدمين :



إن المرضى راضون جدا عن الخدمة المقدمة لهم في المستشفى حسب تصور
المهنيين خاصة الطبيين منهم ، و هذا لا يناقض خطابات المرضى المستجوبون
بحيث معظمهم يرون أن الخدمة مقدمة جيدة وهناك من يؤكد أنه يستجاب لطلب
العلاج ، بعد المطالبة به بينما في حالتين لا يستجاب لهم ذلك و لكن هذا لا يمنعهم
من ذكر الأوضاع و الظروف السيئة التي يعملون في ظلها المهنيين
و لكن ذكرت حالتين أن التكفل في الخارج أحسن و حتى الظروف هناك مساعدة
لذلك، و في حالات أخرى يقارنون المستشفى بغيره من المؤسسات الاستشفائية
الجزائرية و يشيرون إلى أنه الأحسن من غيره.

واقع الاستشفاء من منظور المريض

تعتبر مرحلة الاستشفاء بالنسبة لأي شخص مرحلة انتقالية يعيشها الفرد في الكثير من الأحيان بكثير من الاستياء حيث يكون مرغما لتغيير بيئته التي تعود عليها و العائلة التي ترعرع فيها إلى بيئة مخالفة و أشخاص بقيم و معايير مختلفة عموما على المحيط الأسري ، فيحاول البعض التكيف للأوضاع واجتياز المرحلة من أجل شفائه ، و يرفض البعض الآخر الوضعية التي آل إليها و يعيش تبعيته للأطباء و شبه الطبيين باستياء و استنفار لذلك نجد عند بعض المستجوبين نوعا من التذمر نتيجة لرفضهم الاستشفاء و الظروف المحيطة به .

1-اختيار التقنية

تم اختيار تقنية المقابلة كتقنية ثانوية مكمل لتقنية الاستمارة والتأكد من نتائجها و خاصة الجانب المتعلق بالعلاقات مع المهنيين و الخدمة الصحية ، والظروف المحيطة بالاستشفاء و الإقامة.

2 – اختيار المشاركين : أما فيما يخص المشاركين فقد تم اختيار (12) مقابلة بمعدل مقابلتين لكل مصلحة و ذلك في المصالح التي يتم بها الاستشفاء كمصلحة طب النساء (طب و جراحة الولادة)،مصلحة جراحة العين، طب و تصفية الكلى، طب القلب ، طب الأطفال ، جراحة الأطفال ، و قد تمت المقابلات مع المرضى فيما يخص المصالح التي تعالج الكبار أما مصالح الأطفال كطب الأطفال و جراحة الأطفال فقد تمت المقابلات مع الأمهات الماكثات مع أولادهن . أما فيما يخص اختيار المشاركين فقد تم حسب الأشخاص الذين يمكنهم التحدث بطلاقة بغض النظر عن المستوى الدراسي لهم و قد استعنا في ذلك بالمرضات العاملات في تلك المصالح و قد سهل ذلك لنا القيام بالمقابلات .

3 - تحديد المواضيع :

قمنا بتحديد مجموعة من المواضيع و التي تستجيب لجزء مهم من الدراسة خاصة المتعلق بالاستشفاء و العلاقات و الاتصال و الخدمة فكانت المواضيع كما يلي :

1- الاستشفاء و الإقامة في المستشفى

2- الاتصال الصحي و العلاقات مع المهنيين

3- المعوقات

4- الاقتراحات لحل و تفادي المعوقات

4-إجراء المقابلات: و قد تم إجراء المقابلات مع المرضى في الفترة المسائية و ذلك تفاديا لأي إزعاج من المهنيين أو من المتربصين و لم يمنعهم ارتدائي للمنز من الإدلاء بآرائهم ، فوجود لمثل هذه البحوث و الدراسات يمثل بالنسبة إليهم خطوة من خطوات التغيير للأوضاع في المستشفى لذلك نجدهم يتحدثون عن ظروف الإستشفاء بكل حرية و دون خوف ، و قد كانت الظروف التي أجريت فيها المقابلة جيدة و لم يكن أي عائق أو مشكل ، أما فيما يخص تسجيل مقابلات فمعظم المرضى لم يتقبلوا ذلك فاضطررنا لكتابة الإجابات بالرغم من الصعوبة لأنه يتطلب ذلك السرعة و كتابة كل الخطاب و في نفس الوقت مخاطبتهم .

5- تحليل مضمون المقابلات: لتحليل محتوى المقابلات لابد من تفكيك

المعطيات التي أفرزتها المقابلات ،للتصنيف العلمي لمضمونها وذلك يتم من خلال تحليل كمي لمحتوى المقابلات التي كانت مكتوبة ثم إعداد دليل تحليل المقابلة.

إعداد دليل تحليل المقابلة: يشمل دليل التحليل العناصر التالية:

أ- **فئات التحليل :** الفئات المستعملة في التحليل هي فئة المضمون و بالتحديد فئة الموضوع و التي تتعرض إلى مختلف المواضيع التي يطرحها المحتوى ، و لقد

قسمناها إلى سبعة فئات رئيسية و كل فئة رئيسية قسمت أيضا إلى فئات ثانوية فكانت النتائج التالية : - 1 - الاستشفاء و الإقامة في المستشفى

1-1 - مدة الاستشفاء

2-1 - أسبقية أو أقدمية الاستشفاء

3-1 - نوع الاستشفاء و الظروف المحيطة به

2- الاتصال الصحي و العلاقات مع المهنيين

1-2 - العلاقات مع الطبيين و شبه الطبيين

2 - 1 - الاتصال

3 النظافة و الإقامة

4 - الخدمة الصحية و العلاج

4 - 1 - الموقف من الخدمة

4-2 حضور و تواجد الأطباء و شبه الطبيين

5 - المعوقات:

5-1 -معوقات على مستوى الموارد المادية و البشرية و البنيات التحتية

5-2 - كثرة العمل

5-2- تأثير المعوقات على المرضى (على الحالة الصحية و النفسية)

6 - الاقتراحات لحل و تفادي المعوقات

6-1 - حل مشكل الموارد البشرية

6-2 - حل مشكل الموارد المادية و العتاد و الأدوية

6-3 - تحسين الخدمة

6-4 - تحسين مستوى النظافة

6-5 - تحسين التأمينات و خدمات الضمان الاجتماعي و الاتصال

على مستواه.

- وحدات التسجيل أو التحليل:

استعملنا لتفكيك محتوى المقابلات الوحدة اللغوية و في إطارها استعملنا وحدة الجملة.

ج- وحدة العد و القياس:

و هي وحدة عددية تعتمد على حساب التكرارات ثم النسب المئوية.

مرحلة التفريغ : يتم في هذه المرحلة تفكيك المقابلات إلى تفكيكها وفق

دليل المقابلة المعد مسبقا.

تحليل محتوى المقابلات توصلنا إلى تفكيك محتوى المقابلات إلى 318

وحدة جملة تدخل كلها في إطار الفئات المهيأة في دليل التحليل كما يبينه الجدول الموالي :

جدول رقم 29 : يبين الوحدات الناتجة عن تفكيك محتوى المقابلة:

رقم الفئة	وحدات
1	- التشخيص عند طبيب خاص
2	- التشخيص في إطار الاستعجال موجه من طرف الطبيب الخاص
3	- عدم إجراء العملية بسبب الإصابة بالالتهاب
4	- مدة الاستشفاء (45) يوم
5	- العلاقة مع الأطباء جيدة جدا
6	- العلاقة مع شبه الطبيين جيدة جدا
7	- حضور مستمر للممرضات
8	- تقديم الممرضات للعلاج
9	- الاتصال كبير مع الممرضات
10	- نقص لحضور الأطباء
11	- حضور الأطباء في الصباح فقط
12	- مدة حضور الأطباء قصيرة
13	- عدم الرضا من الخدمة
14	- الارتياح في الإقامة
15	- النظافة لا بأس بها
16	- قيام الممرضون بعملهم بما فيهم الفرق الليلية
17	- مطالبة المرضى بشراء الأدوية
18	- الوجبات الغذائية سيئة
19	- نقص الأغذية
20	- إحضار الأغذية و الأفرشة من المنزل
21	- المطالبة للمرضى القيام بالأشعة عند الخواص
22	- المطالبة بالقيام للتحاليل خارج المستشفى
23	- وجوب زيادة عدد شبه الطبيين
24	- توفير و تحسين من عدد المتكفلين بالمرضى
25	- تحسين وضعية التأمينات
26	- الاستشفاء لمدة (3) أيام
27	- أقدمية الاستشفاء (7) سنوات
28	- استشفاء متكرر
29	- الاستشفاء عن طريق الاستعجال
30	- العلاقات مع الأطباء جيدة
31	- العلاقات مع شبه الطبيين جيدة
32	- الاندماج في المصلحة جيد و فوري
33	- وجود مشاكل بين المرضى و المعالجين
34	- حضور شبه الطبيين دائم
35	- حضور الأطباء مؤقت (قصير)
36	- عدم تقبل للمرض المزمن
37	- التعود على المرض
38	- تأخر إجراء العملية

- الإصابة بالالتهاب	39
- النظافة مقبولة	40
- النظافة أحسن من المستشفيات الأخرى	41
- نقص في عدد الممرضون (2) ل (31) مريض	42
- كثرة العمل للممرضين	43
- القلق من إجراء الفحوصات عند الخواص كالسكانير	44
- القلق من ظروف نقل المرضى	45
- نقل المرضى للقيام بالفحوصات غير مريح	46
- وجوب تغطية نقص الأدوية	47
- وجوب توفير العتاد	48
- تحسين وضع الأكل	49
- توفير الفحوصات داخل المستشفى	50
- مدة الاستشفاء (13) يوم	51
- الاستشفاء عن طريق الاستعجال	52
- موجه من طرف مستشفى آخر (استشفاء في مستشفى عين طاية)	53
- العلاقات مع الأطباء جيدة	54
- العلاقات مع شبه الطبيين	55
- حضور الأطباء مطول و دائم	56
- حضور الطبييات بالخصوص يكون في كل وقت	57
- حضور شبه الطبيين مطول و دائم	58
- الارتياح من الإقامة	59
- الرضا للخدمة	60
- عدم الرضا من تأجيل العملية الجراحية للابنة المريضة	61
- الممرضون يعانون من كثرة العمل	62
- لا يجدون وقت فراغ	63
- نقص لعدد الممرضين و في المقابل وجود كثرة عمل	64
- عدم إمكانية الممرضين من تحقيق حاجيات المرضى	65
- وجود لعدد أكبر من الممرضين من قبل (سابقا)	66
- تقديم للعمل جيد من طرف الأطباء	67
- تقديم العمل بطريقة جيدة للممرضين	68
- وجود أخطاء طبية	69
- نقص الأدوية	70
- محاولة الممرضون العمل بما هو موجود	71
- الطلب من المرضى شراء بعض الأدوية	72
- تحسين النظافة لأهميتها	73
- إيجاد الحلول لنقص الأدوية و العتاد	74
- مدة الاستشفاء شهر	75
- أقدمية (3 سنوات)	76
- تشخيص متخصص	77
- موجه عن طريق الواسطة	78
- العلاقات مع شبه الطبيين جيدة خاصة العنصر النسوي	79

- العلاقات بين الأطباء والمرضى حسب المظهر	80
- الأطباء يعملون عند الخواص (إجراء العمليات الجراحية عند الخواص)	81
- عدم تحدثهم مع المرضى المنعزلين	82
- رؤية و حضور دائم للمرضيين بسبب تقديمهم للعلاج طوال النهار	83
- كثرة احتكاك المرضيين بالمرضى و التحدث إليهم	84
- زيارة الأطباء عابرة و لا تدوم إلا بضع دقائق	85
- الارتياح من الإقامة	86
- القيام بعمل جيد مقارنة بالمستشفيات الأخرى	87
- نقص النظافة	88
- أمهات المرضى هن من يقمن بالتنظيف (garde malade)	89
- عدم تمكن عاملات التنظيف من العمل جيدا لكثرة العمل	90
- الرضا عن العلاج المقدم	91
- قيام الممرضون بعملهم و حتى الفرق الليلية	92
- القلق من اختلاف آراء الأطباء حول المرض	93
- القلق من شراء الأدوية و العتاد	94
- وجوب عدم إهمال المرضى	95
- إجراء العمليات في وقتها	96
- وجوب زيادة من عدد الممرضين	97
- وجوب زيادة من عدد عمال النظافة	98
- مدة الاستشفاء شهر	99
- الاستشفاء عن طريق الاستعجال (تدهور حالة الطفل)	100
- العلاقات مع الممرضين جيدة	101
- العلاقات مع الأطباء جيدة	102
- استشفاء بمستشفى بتيزو و تفضيل مستشفى بارني عليه	103
- مساعدة شبه الطبيين للمريض و كذا رئيسة الفريق	104
- حضور الممرضين ووجودهم دائم عند الحاجة	105
- تسهر الممرضات على راحة المرضى في الليل	106
- حضور الأطباء في الصباح	107
- حضور الأطباء في المناوبة عند حدوث طارئ أو استعجال	108
- الرضا من الإقامة	109
- قيام الممرضون بعمل جيد	110
- النظافة لا بأس بها	111
- وجود غرفة الاستحمام للمرضى ولأمهات الماكثات مع أبنائهن	112
- القلق من الوجبات الغذائية	113
- لا تقدم الوجبات للأمهات بالرغم من كونها تسكن بعيدا	114
- تحسين التكفل بالمرضى	115
- مدة الاستشفاء أسبوع	116
- أقدمية ليست كبيرة (للمرة الثانية	117
- الاستشفاء في إطار الاستعجال	118
- العلاقة مع بعض الأطباء جيدة	119
- العلاقة مع البعض الآخر من الأطباء سيئة	120

- العلاقة مع بعض شبه الطبيين جيدة	121
- العلاقة مع البعض الآخر من شبه الطبيين سيئة	122
- حضور شبه الطبيين مستمر	123
- حضور الأطباء مؤقت	124
- حضور عند الحاجة أحيانا بعد مناداتهم	125
- عدم الحضور أحيانا حتى عند مناداتهم	126
- الرضا عن العلاج المقدم	127
- عدم الرضا من المطالبة للمرضى شراء الأدوية	128
- القلق من الوجبات الغذائية	129
- حاجة المرضى (بخصوص مرضى السرطان) للوجبة الجيدة	130
- عدم تلبية الأطباء لطلب المرضى عند مناداتهم	131
- تخزين الأدوية لدى الطبيبة رئيسة الوحدة	132
- تقديم الأدوية لأشخاص ذوي ظروف حسنة	133
- وعدم تقديم الأدوية لمرضى محتاجين	134
- الزيارة مسموحة للبعض وغير مسموحة للآخرين	135
- تحسين ظروف النظافة	136
- توفير راحة المريض	137
- احترام الأمهات الماكثات مع أولادهن	138
- مدة الاستشفاء (5) أيام	139
- تشخيص متخصص	140
- العلاقات مع الأطباء جيدة	141
- العلاقات مع شبه الطبيين جيدة	142
- حضور شبه الطبيين 24/24 ساعة	143
- حضور الأطباء في الصباح فقط	144
- الحضور في المناوبة حسب الضرورة	145
- الرضا عن الخدمة	146
- الارتياح من حيث الإقامة	147
- النظافة لا بأس بها	148
- لا يوجد ما يقلق	149
وجوب توفير شبه طبيين من جنس إناث للتمكن من شرح بعض الأمور	150
-وجوب تشغيل ممرضين لأكفاء لحل مشكل النقص	151
-مشكل مسالك المياه (تبذير للمياه)	152
- مدة الاستشفاء أسبوع	153
-استشفاء لأول مرة	154
- استشفاء عن طريق واسطة	155
-العلاقات مع الممرضات جيدة	156
- الممرضات متواجدات في كل وقت	157
-عدم رؤية الأطباء لتقييم العلاقة معهم	158
- وجودهم قليل في المصلحة	159
- الحاجة لرؤيتهم لتقديم العلاج	160
- الرضا نوعا ما	161

- القلق كبير جدا	162
- عدم الارتياح خلال الإقامة	163
-القلق من نقص النظافة	164
-الدخول للعلاج ثم التقاط العدوى و الالتهاب	165
- دورات المياه مسدودة	166
- نقص المياه	167
-هناك ارتياح في بعض المصالح	168
-قيام عاملات النظافة بواجبهن لكن المرضى هم من يرمي الأوساخ	169
-عدم رؤية الأطباء ليلا	170
- الاهتمام لراحة المرضى	171
- وجوب وجود أطباء بكثرة	172
-وجوب الاهتمام بالنظافة	173
- تشغيل أكبر عدد ممكن من الممرضات	174
-- مدة الاستشفاء شهر	175
- التوجيه عن طريق الواسطة	176
- متابعة المرض في قسنطينة	177
- إجراء العملية انجلترا (لندن)	178
- استشفاء في مستشفى جراحة القلب و الأوعية ل (15) يوم	179
- استشفاء في المستشفى (بارني) لمتابعة الحالة	180
- العلاقات مع الأطباء جيدة	181
- العلاقات مع الممرضين جيدة	182
- حضور مستمر للممرضين	183
- تقديم الممرضين العلاج	184
- حضور الأطباء بطلب من المريض	185
-قيام الأطباء بالزيارة في الصباح	186
- حضور الأطباء عند وجود حالة طارئة	187
- الإحساس بالارتياح في المصلحة	188
-الإقامة في انجلترا أحسن من هنا	189
- تقديم خدمات جيدة هناك بوجود وسائل جد متطورة	190
-الذهنية و التعامل مختلفان عن هنا	191
- التكفل هنا سيئ	192
- كثرة العمل	193
- قلق كبير للمهنيين من جراء ذلك	194
- ضغوطات كبيرة عليهم	195
-عدم وجود ضغوطات في مصلحة جراحة القلب	196
- مصلحة جراحة القلب مثل المصلحة في الخارج (انجلترا)	197
- وجود نقص للمواد	198
-طلب من المريض شراء الأدوية	199
- وجوب تغيير دورات المياه لانسدادهما دوما	200
-وجوب وجود المياه خوفا من الالتهاب	201
- وجوب وجود الحمامات للمرضى الذي يطول استشفائهم	202

- مدة الاستشفاء 3 أيام	203
- استشفاء ثاني	204
-استشفاء في إطار التشخيص المتخصص	205
-سبب الاستشفاء هو تدهور الحالة	206
-العلاقة مع الأطباء ممتازة	207
- العلاقة مع شبه الطبيين ممتازة	208
- رؤية شبه الطبيين كثيرا	209
- القيام بتقديم العلاج	210
-عدم رؤية الأطباء	211
- الرضا نوعا ما	212
- وجوب التحسين للخدمات	213
- نقص الأدوية و المواد	214
- التذمر من انقطاع المياه	215
- الطلب للمرضى شراء الأدوية	216
- نقص على مستوى النظافة	217
- كثرة العمل	218
- قلق من متابعة التشخيص لكل (6) أشهر	219
- المطالبة بكثرة لشراء الأدوية بالرغم من غلائها	220
- الاستياء من مشكل التأمينات	221
-تحسين الخدمات و احترام المريض	222
- تحسين وضعية التأمينات	223
- تهيئة الغرف لتحقيق راحة المرضى	224
- مدة الاستشفاء (12) يوما	225
- الاستشفاء عن طريق الاستعجال	226
- العلاقات جيدة مع بعض الأطباء	227
- العلاقة جيدة مع بعض الممرضين	228
- حضور مؤقت للأطباء	229
عدم رؤية شبه الطبي	230
- نقص كبير لشبه طبيين ذوي الشهادة	231
- عدم الارتياح	232
- عدم الرضا	233
- عدم الرضا لعدم وجود الكفاءة	234
- عدم القيام بالعمل الجيد	235
- نقص الوسائل و مواد العمل	236
- عدم رؤية رئيس الفريق شبه الطبي	237
- نقص على مستوى الاتصال	238
- نقص على مستوى الاستقبال	239
- عدم احترام المريض	240
- نقص المياه	241
- التخوف من الإصابة بالالتهاب	242
- عدم وجود الأكل	243

- شراء الأدوية من أجل العلاج	244
- وجود سرير فقط	245
- ضرورة إحضار الأفرشة و الأغذية	246
- عدم تقديم العلاج الجيد	247
- الممرضون غير أكفاء	248
- نقص لعدد الممرضون	249
- نقص لعدد الأعوان	250
- عدم قيام رئيس الفريق بعمله	251
- البحث لوسائل العمل من طرف الممرضون	252
- عدم وجود سيارات إسعاف	253
- عدم مرافقة المريض عند التنقل خارج المستشفى	254
- عدم صلاحية نقالة المريض (عربة نقل المريض) chariot	255
- انسداد دورات المياه	256
- وجوب تكوين متواصل	257
- الاهتمام بالنظافة	258
- وجوب توفير المواد	259
- تشغيل شبه الطبيين ذوي كفاءة و تأهيل كبيرين	260
- تشغيل الأطباء ذوي الكفاءة و التأهيل كبيرين	261
- علاج خارج الوطن (فرنسا)	262
- مدة الاستشفاء (3) سنوات	263
- عدم سماح الظروف المادية بالمكوث في فرنسا	264
- العودة للمعالجة في الجزائر	265
- وجود فقط ل (5) أو (6) مصالح تصفية الدم سنة 1982	266
- فتح مركز تصفية الدم لبارني بعد المطالبة بذلك و متابعة العلاج على مستواه	267
- نوع الاستشفاء نهاري لبضع ساعات في اليوم	268
- (يوم / يومين) للقيام بالتصفية	269
- العلاقات مع الأطباء جيدة	270
- العلاقة مع طبيب واحد سيئة	271
- العلاقات مع شبه الطبيين ممتازة مع البعض	272
- العلاقات سيئة مع البعض	273
- التحلي بالضمير المهني لبعض شبه الطبيين	274
- التفاني في العمل و ديمومة وجود شبه الطبيين	275
- عدم احترام الأوقات لشبه الطبيين (التأخر)	276
- عدم احترام الأطباء لوقت العمل	277
- عدم الارتياح	278
- القيام بالعمل من طرف الطبيين	279
- القيام بالعمل من طرف شبه الطبيين	280
- مشكل نقص المواد	281
- ظروف الإقامة سيئة	282
- النظافة غير موجودة	283
- وجود الزبالة	284

- وجود الفئران و النمل و الجرذان ... الخ	285
- غياب مستمر و ظاهر لعمليات النظافة	286
- عدم حب لعمليات النظافة لعملهن	287
-نقص الأدوية	288
-نقص المصل	289
- التعرض للعدوى (الفيروسات)	290
- الانزعاج من حالة النظافة	291
- الانزعاج من موقف الأشخاص أمام الموت (البرودة)	292
- تجديد الإدارة للكماليات كالبلاط و ترك الأهم	293
- عدم تجديد العتاد	294
- عدم إحضار الأدوية	295
- نقص الأسرة للإنعاش (عند السكتة القلبية للمرضى)	296
- نقص قناع الأكسجين masque d'oxygène	297
- نقص لكثير من المواد	298
- وجوب التسيير بطريقة جيدة	299
-توفير الموارد و الوسائل والأدوية	300
- توفير منصب لتقنيون في الصيانة الخاصة بالعتاد لتصفية الكلى	301
-عمل تقني الصيانة في النهار استشفاء المرضى الذي يكون في الليل	302
-البحث لحل مشكل الصيانة بمراسلة الجرائد عندما يكون تقني الصيانة في عطلة	303
- السبب ربما المشكل المالي	304
- تقليص ميزانية المستشفى أكثر من 50%	305
-تحقيق متطلبات المصلحة على حساب المصالح الأخرى	306
- تأخذ المواعيد في فرنسا من طرف الأطباء عند التخصصات الأخرى	307
- القيام بالتحاليل عند الخواص	308
- تقديم الوصفة فقط من طرف الأطباء	309
- من المفروض قيام المساعدة الاجتماعية بهذا العمل	310
- من المفروض تأمين الأكل لمرضى تصفية الدم من طرف الضمان الاجتماعي	311
- تحسين الضمان الاجتماعي الذي هو في أسوأ حال	312
- عدم معرفة الأدوية المؤمنة و الغير مؤمنة	313
- عدم استطاعة المرضى تحمل القلق و التوتر من الانتظار كثيرا	314
- يجب إدخال الإعلام الآلي في مصلحة الضمان الاجتماعي	315
- يجب تحسين الخدمات لضمان الاجتماعي	316
- تسهيل للذين لديهم علاقات غير رسمية العلاج	317
- عدم إمكانية العلاج للأشخاص الذين ليست لديهم الوساطة	318

جدول رقم 30 : يبين فئات التحليل النهائية للمقابلة :

النسبة	التكرار	فئات التحليل	لفئات المدمجة
%3.71	12	الاستشفاء في المستشفى	
		مدة الاستشفاء	-139-116-99-75-51-26-4 269-225-203-175-153
%4,71	15	أسبقية أو أقدمية الاستشفاء	-154-117-76-53-28-27 -179-178-177-103--204 265-263-262-180
%5,66	18	نوع الاستشفاء والظروف المحيطة به	-77-52 -37-36-29- 2-1 -155-140-118-100-78 -267-226-206 - 205-176 268
%14	45	المجموع الجزئي	
%8.49	27	الاتصال الصحي	
		العلاقات مع الطبيين و شبه الطبيين	-80-79-55-54-31-30-6-5 -120-119-102-101-84 -156-142-141-122-121 -227-208-207-182-181 273-272-271-270-228
%3.14	10	الاتصال	-191-158-84-82-33-9 318-317-239-238
%12	37	المجموع الجزئي	

		الخدمة الصحية و العلاج	
%15.40	49	الموقف من الخدمة	-65-61-60-38-32-16-13-8 -87-86-81-71-69-68-67 -110-106-104-93-92-91 -160-146-149-135-127 -192-190-184-162-161 -234-233-232-212-210 -254-251-247-240 -235 -307-292-280-279-274 314-310-309
%11.94	37	حضور و تواجد الأطباء و شبه الطبيين	-57-56-35-34-12-11-10-7 -108-107-105-85-83-58 - 131-126-125-124-123 -159-157-145-144-143 -187-186-185-183-170 -237-230-229-211-209 -277-276-275
%27	86	المجموع الجزئي	
		الإقامة و النظافة	
%4.40	14	نوع الإقامة و الموقف منها	-168-163-147-109-59-14 —246-245-197-189-188 282-278--264

7,20%	23	النظافة	-111-90-89-88-41-40-15 -166-164-152-148-112 -241--217-215-169-167 -286-285-284-283-256 -291
2.2%	07	الوجبات الغذائية	-130-129-114-113-18 311-243
14%	44	المجموع الجزئي	
		المعوقات وأثرها على المرضى	
15.40%	49	المعوقات الخاصة بالموارد المادية و المالية و البشرية و البنيات التحتية	- 44-42-22-21-20-19-17 -94-72-70 -66-64 -46-45 -198-134-133- 132 -128 -231- 220-216-214-199 -250- 249-248- 244- 236 -281-266-255-253- 252 -294-293-289-288-287 -302-298-297-296-295 -308-306-305-304- 303
2.51%	08	كثرة العمل و تأثيره على المهنيين	-195-194-193-63-62-43 218-196
2.20%	07	تأثير المعوقات على المرضى (على الحالة الصحية و النفسية)	-242-221-219--165-39-3 -290

المجموع الجزئي	64	20%
الاقتراحات		
حل مشكل الموارد البشرية -151-150-98-97-24-23 -261-260-257-174-172 301	12	3.77%
حل مشكل الموارد المادية و العتاد و الأدوية -299-259-74-50-48-47 300	07	2.20%
تحسين الخدمة -171-138-137-115-96-95 222-213	08	2.51%
تحسين مستوى النظافة و الإقامة -201-200-173-136-73-49 258-224-202	09	2.83%
تحسين التأمينات و خدمات الضمان الاجتماعي و الاتصال على مستواه -315-313-312-223--25 316	06	1.88%
المجموع الجزئي	42	13%
المجموع الكلي	318	100%

توضح معطيات الجدول أن 27% من خطاب المرضى في المقابلات التي أجريناها دار حول الخدمة الصحية و العلاج و أن 20% دار حول المعوقات الموجودة في المستشفى و أن 14% منه دار حول الاستشفاء و 13% حول الإقامة و النظافة

في المستشفى و أيضا نفس النسبة للاقتراحات بينما 12% دار حول الاتصال الصحي .

الاستنتاج:

يكون موقف المرضى من الواقع المعاش في المستشفى من عدة جوانب نحاول التطرق إلى أهمها من خلال فئات التحليل و الفئات الثانوية و التي بدورها جزئناها إلى فئات ثانوية بحيث يسمح ذلك رؤية اهتمامات المرضى و موقفهم من ذلك و أيضا انشغالاتهم و اقتراحاتهم و ذلك كما يلي :

فيما يتعلق بالاتصال الصحي فالحصة الكبرى أخذتها العلاقات مع شبه الطبيين و الأطباء بحيث تكون طيبة بأغلبية أي تكرار 22، بينما تكون سلبية أو سيئة بتكرار 05 ؛ أما الاتصال فنظرة المرضى إليه سلبية أي بتكرار 08 بينما 02 فقط يكون إيجابي .

أما فيما يخص المعوقات فالنسبة الكبرى تطرقت إلى نقص الموارد المادية و البشرية و المالية و البنيات التحتية بحيث يرى معظم المستجوبين أن هناك نقص فادح فيما يخص الموارد المادية و البشرية و الدليل على ذلك مطالبة الأطباء لهم سواء بشراء الدواء بالرغم من كونه مقيم داخل المستشفى ، و أيضا مطالبتهم لهم القيام بالفحوصات و التحاليل عند الأطباء الخواص ، و هذا يعتبر عنصر يتذمرون من وجوده لأنهم يرون في المستشفى مكان يمكن أن يلبي طلبهم للخدمة و العلاج دون اللجوء إلى أماكن أخرى ودون التفكير في إمكانيات العلاج خارج المستشفى فتركيزهم يكون على شفائهم فقط و هذا يعتبر حق مشروع .

و يضاف إلى تذرهم عنصر آخر لا يقل أهمية و هي النظافة بحيث يشتكي الكثير من خوفهم من الأمراض الخاصة بالالتهابات الاستشفائية ، و التي تزيد من تمديد استشفائهم .

أما فيما يخص الخدمة الصحية فموقف المرضى من الخدمة من العلاج يكون كالتالي :

موقف إيجابي في الجزائر بتكرار :24

موقف إيجابي في الخارج بتكرار :02

موقف سلبي في الجزائر بتكرار :23

فقد يتساوى تقريبا الموقف الايجابي من الخدمة(تكرار:24) و السلبي(تكرار23) لدى المهنيين و هذا لكون المصالح تختلف فمصالح الأطفال سواء الطبية منها أو الجراحية تقدم خدمات أحسن و تتعامل أحسن مع المريض ربما لطبيعة الأشخاص المتعامل معهم ،أما المصلحة التي يشتكى المرضى كثيرا من الخدمات داخلها فهي مصلحة طب الكلى و ذلك يرجع لنقص شبه الطبيين المتكويين ، أما بالنسبة للأطباء فرئيس المصلحة ليس أستاذ (هو أستاذ مساعد) و أيضا نقص الأطباء المتخصصين بحيث لا يمكنهم القيام بالمناوبة لنقص العدد لذلك لا يكون عدد الأطباء المقيمين كبير و لا يقومون بالمناوبة لعدم التأطير فيكون النقص فادح و يؤثر على الأداء و الخدمة،

أما فيما يخص الموقف من الحضور و التواجد للأطباء فهو سلبي بالنسبة للمرضى بتكرار 21 و إيجابي بتكرار 02 بينما موقفهم من حضور شبه الطبيين فهو إيجابي بتكرار 11 و سلبي بتكرار 03 .

طبيعة العمل لشبه الطبيين تحتم عليهم التواجد المستمر في المصلحة ولأن عملهم يعتمد على عنصر المراقبة و تتبع الحالات ، إضافة لمهام العلاج ، بينما يعتمد الأطباء على المعلومات التي يقدمها لهم شبه الطبيين لكن لما تستدعي الحالة وجود الأطباء فيكون تواجدهم بقربه و في كثير من الأحيان يكون ذلك بتأكيد من شبه الطبيين عليهم لأن الأطباء يخشون التقرب الكبير من المرضى لأنها تسمح بنزع الحدود التي يحاولون دائما وضعها ، و تجعل المريض يبحث عنهم في كل صغيرة و كبيرة لذلك يرون في شبه الطبيين المجهر الذي يرون به المريض .

إن المرضى يحاولون التعبير عن الحاجة للخدمة الصحية ذات فعالية و التي أصبحت من أولوياتهم و يطالبون بها و باستمرار و أيضا بحضور و تواجد الأطباء تعبيرا عن رغبتهم في المطالبة بحقوقهم في تواجد الطبيب تحت تصرفهم .

1- العلاج و الإقامة في المستشفى :

تعتبر إمكانية تلقي العلاج (l'accès au soins) في المستشفى والإقامة فيه من أهم المواضيع التي يجب التطرق إليها لأنها تدخل في اهتمامات الرأي العام و محل نقد مستمر و موجه للمستشفى الجزائري بحيث الفكرة السائدة لدى العامة أن الاستشفاء يتدخل فيه الجانب الغير رسمي و المحسوبية لذلك من المهم معرفة العامل الذي يتحكم في ذلك و هذا من خلال المقابلات التي أجريناها مع المرضى في المستشفى بحيث يستقبل المرضى في المستشفى عن طريقين الأول الاستعجال و الثاني التشخيص المتخصص الذي يكون عن طريق موعد يقدم لمريض يبعث سواء عن طريق طبيب من خارج المستشفى و برسالة مدون فيها حالته بالتفصيل، أو عن طريق طبيب خاص (privé) يكون عام أو متخصص، أو كان قد تم استشفائه من قبل فتقدم له مواعيد لمتابعة من خلالها مع الطبيب الذي كان يعالجه، فأما الأول فالمجال مفتوح للحالات الاستعجالية المعروفة لدى كل تخصص، لكن يصعب التحديد في بعض الأحيان لما يكون هناك شكوك في تشخيص لبعض الحالات ، لذلك نجد الاستعجالات في المستشفى الجزائري مكتظة بالمرضى وكل شخص يرى أن حالته هي المستعجلة أكثر لذلك تكثر المشاكل مع المهنيين الطبيين وشبه الطبيين بسبب ذلك، لأن هؤلاء هم من يملكون كفاءة التوجيه للحالة المستعجلة أكثر ،و في بعض الأحيان يستعمل المرضى المناورة و يستخدم الاستعجال كطريقة للدخول و الإقامة في المستشفى،لأنه لا حل لديهم سوى ذلك لعدم وجود أماكن للاستشفاء، و لهذا من خلال المبحوثين المرضى لاحظنا أنه 12/7 تم استشفائهم عن طريق الاستعجال ، و 12/3 عن طريق التشخيص المتخصص و 12/3 عن طريق الواسطة ،أما فيما يخص العلاج فالمرضى يشكون من برنامج العمليات كما هو الحال في مصلحة جراحة الأطفال وذلك بتأخر إجراء العملية (أم لمريض فيها) و أيضا لأم مريض في مصلحة طب

الأطفال تنتظر مكان شاغر بمصلحة الجراحة و برمجة ابنها للعملية هذا ما يولد نوعا من القلق لديهم ؛ في الواقع هذه البرمجة للعمليات اليومية تكون في الغالب متذبذبة من جراء الغياب لفرد أو عدة أفراد من فريق الجراحة سواء كان طبي أم شبه طبي وفي الغالب يتعلق الأمر بالمخدرين وذلك لنقص عدد شبه الطبيين اللذين يعملون وفق المناوبة و البرمجة اليومية و يعبر غيابهم عن رفضهم للظروف و يمثل ذلك كبحا (freinage) للعمل تعبيراً عن استيائهم، وبالرغم من خصم لأجرتهم إلا أن ذلك لا يشكل عاملاً مهماً لأنهم يعملون خارج المستشفى (أي في القطاع الخاص) ، بالرغم من تطبيق عليهم، إجراءات و قواعد صارمة ، إلا أن هذه التصرفات تضع الإدارة في موقف صعب نظراً لعدم امتلاكهم لحلول، و يبقى الخاسر الأكبر هو المريض . و في بعض الأحيان عدم وجود أماكن شاغرة لا تسمح ببرمجة المرضى المتواجدون في مصلحة طب الأطفال لاكتظاظ مصلحة الجراحة و كثرة المرضى الذين يفضلون هذا المستشفى عن غيره و هذا ما ورد في خطاباتهم انه هو أحسن من غيره، أما عن مدة الاستشفاء فإن المرضى يشكون من سوء البرمجة وهذا يعني أنها تطول، أما عن رأي المستخدمين عن مدة الاستشفاء فهي كما يبينه الجدول الموالي و نستثني بعض المصالح كالمخبر و الأشعة:

جدول رقم 31: يبين العلاقة بين مدة الاستشفاء و الوظيفة:

المجموع	شبه طبي	طبي	الوظيفة	
			مدة الاستشفاء	
50 48.5%	38 53.5%	12 37.5%	مدة الاستشفاء أكبر من العادية	
49 47.6%	30 42.3%	19 59.4%	المدة العادية للاستشفاء	
4 3.9%	3 4.2%	1 3.1%	المدة أقل من العادية	
103 100%	71 100%	32 100%	المجموع	

إن نسبة 48.5% ترى أن مدة استشفاء المرضى أكبر من العادية و نسبة 47.6% هي عادية.

مدة الاستشفاء بالنسبة للمهنيين هي عادية أو أكبر من العادية و ذلك لوجود الكثير من الحالات التي تطول فيها الاستشفاء نظرا للمضاعفات التي تلحق للبعض منها، أما عن الحالات العادية فإنه يتم إخراج المرضى من المستشفى حتى قبل الشفاء، مثلا حالة جراحة الزائدة الدودية يمكنها الخروج بعد أربعة أو خمسة أيام لنقص عدد الأماكن ، و ذلك إن لم تظهر أعراضا لمضاعفات ، وأحيانا وبرخصة من الأستاذ رئيس المصلحة تكون لمدة يومين أو ثلاث حسب الحالة و لكن هناك حالات تطول مدتها بسبب بعض لتحاليل المتخصصة و التي يجب أن تكون سلبية لإجراء العملية لكونها إيجابية ، لذا تمتد مدة الاستشفاء و يكون بالإمكان تفادي ذلك لو أخذ المريض علاجا ثم يأتي بالتحاليل عندما تصبح سلبية لكن يتخوف الأطباء من عدم وجود الأماكن لذلك يدخلونهم وهكذا تطول المدة قبل و بعد العملية الجراحية .

أما فيما يخص مدة استشفاء المرضى المستجوبين من خلال إجاباتهم فتكون منحصرة بين أقل من أسبوع بتكرار 04 و من أسبوع إلى شهر بتكرار 06 بينما حالة واحدة أكثر من شهر و حالة مزمدة 1 يوم / 2 ، في الواقع يجب أن لا يتعدى الاستشفاء أسبوع لأن تكاليف الاستشفاء تكون أكبر باستمرار ذلك ويرجع طول المدة للمرضى في كثير من الأحيان لسوء البرمجة للعمليات الجراحية أو عن المعوقات المادية و البشرية أو التأثير المعوقات كالاتهابات الاستشفائية .

ظروف الإقامة والنظافة في المستشفى :

يعاني المستشفى من نقص النظافة ويرجع ذلك نقص عاملات النظافة، بسبب انخفاض الميزانية المخصصة للتشغيل، لذلك تحاول إدارة الموارد البشرية التقليل من عدد العاملات و تستخدم لذلك عاملات نظافة في إطار النظام المؤقت، ومن المهم التطرق إلى عاملات النظافة التي لديهن أقدمية كبيرة ، ومنصب عمل دائم، بحيث نجد عندهن بعض التصرفات و السلوك يخرج عن نطاق ممارساتهن بحيث يحاولن أن يظهرن كمرضيات في المستشفى أمام الناس و لو سئلن على مهنتهن يكون رد البعض أن هن يعملن (comme fermière) و ليس (infirmière) و تقمصهن لدور الممرضات، توفر لهن المكانة و الترقية الاجتماعية، ويحاولن إثبات ذلك من خلال ارتداءهن للمئزر الأبيض عوض الأزرق الذي يمكنه أن يبين عملها، ولا يتقبلن استبداله و أيضا عدم تقبلهن للقيام بعملهن، حيث يصرخن كلما طلب ذلك منهن ،وخصوصا أمام مرأى المرضى أو المرافقون لهم ، و بالتدريج و مع خروج الكثيرات منهن من المستشفى تم تعويضهن بالعاملات اللواتي يعملن ضمن النظام المؤقت و التي لا خيار لديهن للمحافظة على منصب العمل. و لكن يتطلب تشغيل عددا أكبر مما عليه الآن لتغطية النقائص أو على الأقل لتحقيق أدنى شروط النظافة. هذا ما ينتج عنه نقص كبير للنظافة و حالة المصالح مزرية من هذا الجانب وذلك يدعمه قول إحدى المرضى في مصلحة طب النساء: " j'ai souffert pendant les deux premiers jours ,il y a un manque d'hygiène, on vient pour se traiter et on attrape des infections, les toilettes sont bouchées ,l'odeur est insupportable , en réanimation , j'étais plus à l'aise et c'était plus propre . " تعبر المريضة عن قلقها ومعاناتها في المصلحة "....عانيت في اليومين الأوليين ، هناك نقص للنظافة ،نأتي لنعالج و نتعرض للالتهابات ،المسالك في المراحيض مسدودة، الرائحة غير محتملة ، في

وحدة الإنعاش كنت مرتاحة أكثر ، و النظافة كانت أحسن هناك. " نجد المريضة تعاني من نقص النظافة و تتخوف كثيرا من الأمراض و تقارن حتى بين المصالح لأن وحدة الإنعاش صغيرة و يمكن لشخص واحد القيام بالنظافة بها، بينما الوحدات الأخرى يصعب التحكم في النظافة بالعدد الموجود فيه للعاملات و بنفس نظام التوقيت (المؤقتين يعملون ل 5 ساعات يوميا) . أما أم لمريض في جراحة الأطفال فهي تشير كذلك لهذا الجانب كما يلي: "...il y a un manque d'hygiène, et c'est nous les gardes malades qui font le parterre et cela ne m'empêche pas de dire qu'elles sont à l'origine de cette saleté, elles jettent des ordures n'importe où, les femmes de ménage n'arrivent pas à assurer correctement leurs tâches puisque'il y a une charge sur elles....." . وتعني : "...هناك نقص للنظافة ،نحن أمهات المرضى من يقوم بتنظيف الأرض و هذا لا يمنعني من القول أنهن من يتسبب في هذه الأوساخ، بحيث ترمى في أي مكان، وعاملات النظافة لا تستطيع تحقيق مهامها جيدا لأن هناك كثرة العمل عليها " . أما مريض مصلحة طب الكلى و تصفية الدم فيعبر عن هذا النقص "...il y a un problème de matériel , l'hygiène est inexistant ,il y a des cafards .des rats ,des fourmis ,de la pourriture , les femmes de ménage brillent par leur absences"

موجودة هناك حشرات ،والجرذان ،والأوساخ ويظهر غياب عاملات النظافة واضحا" أما إحدى مرضى مصلحة جراحة العيون فإنها ترى أن النظافة موجودة والمريض الثاني يرى أن من ناحية النظافة فإنه أحسن من المستشفيات الأخرى. وبالنسبة لأم لمريضة طب الأطفال و أيضا لمريضة في طب النساء فإنها ترى أن النظافة موجودة.

بالرغم من اختلاف رأي المرضى و أمهات الأطفال المرضى
المقيمين بالمستشفى حول النظافة لكن نلاحظ نقص واضح لذلك. ويمثل مشكل
النظافة كإحدى العوامل المهمة في سيرورة العلاج لأنه من غير الممكن العمل في
مجال مليء بالأوساخ أو حتى المبيت فيه للعلاج بالنسبة للمرضى و للعاملين داخل
المستشفى نظرا لما قد ينتج عن ذلك من أمراض و التهابات تتسبب في تمديد مدة
الاستشفاء للمرضى و عوض أن تنقص التكاليف يحدث العكس فتزيد من النفقات و
ترتفع (un surcoût) خاصة التعرض للالتهابات الاستشفائية ، (les infections
nosocomiales) التي أصبحت عبئا ثقيلا على مستشفيات العالم كلها لأنها
التهابات مقاومة للمضادات الحيوية (les antibiotiques) لذلك يجب توفير نظافة
كبيرة للحد منها. ونظرا لأهمية النظافة نجد المرضى يتطرقون إليها في خطاباتهم
عفويا لأنها تشكل عاملا مهما لشفائهم، و سببا للمضاعفات. وقد تطرقوا أيضا
لظروف الإقامة كنقص الأفرشة و الأغطية و نقص على مستوى الغذاء ونوعيته،
وانقطاع المياه و انسداد دورات المياه، ويبدون تخوفهم من الالتهابات و ذلك من
جاء نقص النظافة و هناك ظروف من نوع آخر و هي تأخر العمليات الجراحية
لسوء البرمجة و نقصا للعتاد أو للمهنيين و كل هذه الظروف هي ظروف لتنظيم
يبتعد سيره الفعلي عن السير الرسمي .

الصراع في المستشفى

يشمل كل تنظيم أفرادا و جماعات يتميزون باختلافاتهم وتمايزهم و يشكل تفاعلهم سببا في ظهور الصراع بينهم لاختلاف مصالحهم ، و قد كانت المؤسسات تسعى دوما لخلق نوعا من الانسجام بين أفرادها لمدى خوفها من الصراعات بحيث تعتبره مرضا لما ينجم عنه من انخفاض في الإنتاج و التقليل من تركيز العمال و ارتفاع للضغط و فقدان للثقة ، و ضعف شبكة الاتصال و عدم الخضوع للقوانين .

فالصراع هو عبارة عن عملية اجتماعية يحاول فردان أو أكثر أن يحققوا أهدافهم و مصالحهم على حساب الآخرين أو منعهم من تحقيق ذلك . و يتميز باختلاف في الشدة و الانتشار تبعا لأهداف و أغراض أطراف الصراع .

و يعد ظاهرة عامة في مختلف مظاهر الحياة الاجتماعية ، الاقتصادية و السياسية و الدين و اللغة و المعايير الأخلاقية.

الصراع في المستشفى :

يحدث الصراع لما تكون السلطة غير متكافئة بين طرفين ، فهو سلوك اجتماعي واعي تتخذه الأفراد أو الجماعات للتعبير عن سخطها من وضعية ما سواء اقتصادية أو اجتماعية أو تنظيمية أو مهنية لتحقيق أهداف تحددها الجماعة يمكن أن يكون وظيفيا مباشرا أو غير مباشر ضمنيا أو كامنا . و ينبثق في التنظيم عادة عن أشخاص أو فئات ترفض التغيير ، و يمتد إلى مجالات عديدة ، ولا يكون طبقيا فقط بل يمكن أن يحدث حتى في الطبقة الواحدة ، فالجدول الموالي يبين نوع الصراع :

جدول رقم 32: يبين العلاقة بين الوظيفة و نوع الصراع :

المجموع	شبه طبي	طبي	الوظيفة / نوع الصراع
66 25.7%	46 23.3%	20 33.9%	بين الأشخاص
39 15.1%	30 15.2%	9 15.2%	بين الشخص و الفريق
47 18.3%	37 18.7%	10 16.9%	بين الفرق
98 38.2%	82 41.6%	16 27.1%	بين المسؤول والمستخدمين
6 2.3%	2 1%	4 6.7%	لا يوجد صراع
256 100%	197 100%	59 100%	المجموع

من الجدول نلاحظ أن نسبة 28.2% من المهنيين يرون أن الصراع يكون بين المسؤول و المستخدمين خاصة شبه الطبيين ب 41.6%، ثم تليها نسبة 25.7% منهم تراه بين الأشخاص خاصة الطبيين ب 33.9% ،بينما 18.3% منهم تراه بين الفرق و 15.1% بين الشخص و الفريق ،و 2.35 % لا ترى صراعا في المصالح .

يكون الصراع في المستشفى بين المسؤول و المهنيين لأنه في الواقع، يعاني المهنيون من كثرة العمل داخل المصالح الطبية و تضاف إلى ذلك الظروف السيئة و نقص في عدد المهنيين ، تظهر نتيجة لذلك صراعا و مشادات يومية مع المسؤول و خاصة شبه الطبي ، لأنه من المفروض أن يقوم بتهيئة الظروف الملائمة للعمل و حل المشاكل اليومية ،و عوض أن يكون وسيطا بين المصلحة الطبية و الإدارة ،يقوم المسؤول بتنفيذ تعليمات الإدارة و تطبيقها و الاهتمام خاصة بالغياب و التأخير عن المصلحة أو الخروج قبل الأوان،وهنا أصبحت وظيفة المسؤول تساعد الإدارة في الرقابة على المصالح، لتتحكم هذه الأخيرة فيه،عوض أن تكون في خدمة المصالح الطبية،و من أجل ذلك يستاء المهنيون فيتسبب ذلك في حدوث صراع دائم بينهم،ويكون عادة الصراع بين الأشخاص و بين الفرق أي الطبي و شبه الطبي ،و بين الشخص و الجماعة بنسب متفاوتة لكون

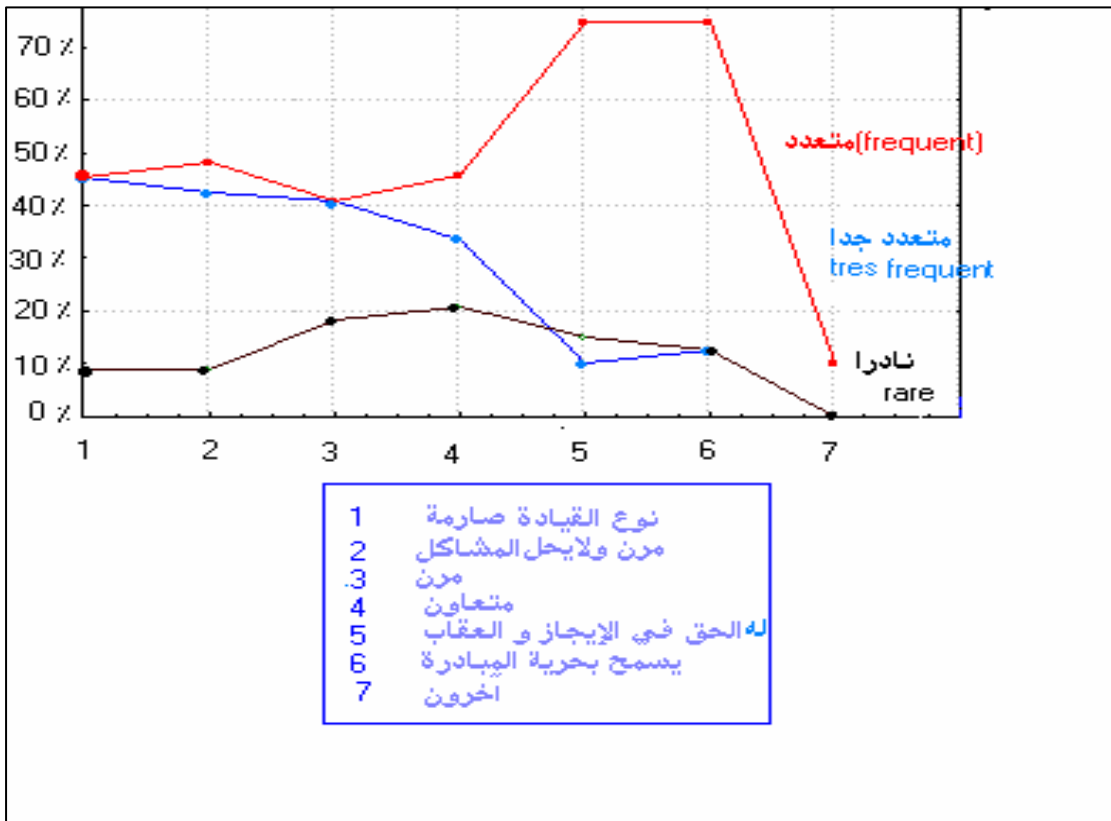
الصراع دائم و يومي والمشاكل متعددة ،و خاصة بسبب الظروف السيئة،و تمثل الصراعات جزء لا يتجزأ من مناخ العمل في المؤسسات يمكن أن يكون له رد فعل إيجابي و يمكن أن يخلق الصراع مناخ غير صحي لذا أصبح من الضروري على كل مسؤول أن يحاول فهم الصراع و تشخيصه و معرفة حدته،لتسييره و جعله إيجابيا و الاستفادة منه ، فالصراع في المستشفى حسب آراء المهنيين يكون متعدد و هذا ما يبينه الجدول الموالي :

جدول رقم 33 : يبين العلاقة بين تعدد الصراع والمصلحة:

تعدد الصراع المصلحة	متعدد جدا très fréquent	متعدد نوعا ما Peu fréquent	نادر Rare	المجموع
مخبر الخلايا	1 14.3%	5 71.4%	1 14.3%	7 100%
جراحة الأطفال	21 67.7%	7 22.6%	3 9.7%	31 100%
طب القلب	3 25%	5 41.7%	4 33.3%	12 100%
طب النساء	11 50%	11 50%		22 100%
طب الكلى	1 8.3%	8 66.7%	3 25%	12 100%
جراحة العيون	2 20%	6 60%	2 20%	10 100%
طب الأطفال	7 28%	15 60%	3 12%	25 100%
حماية الأمومة		2 100%		2 100%
الاستعجالات	4 40%	3 30%	3 30%	10 100%
الأشعة	3 43%	4 57%		7 100%
المخبر		11 91.7%	1 8.3%	12 100%
المجموع	53 35.3%	77 51.3%	20 13.3%	150 100%

من الجدول نلاحظ أن نسبة 51.3% ترى أن الصراع متعدد نوعا ما و 35.3% متعدد جدا في حين نسبة 13.3% تراه نادرا و المخطط التالي يبين ذلك علاقة تعدد الصراع و نوع القيادة في المصالح

مخطط رقم 15 : يبين العلاقة بين نوع القيادة و تعدد الصراع :



من المخطط نلاحظ أن المصالح التي يتعدد بها الصراع كثيرا هي

التي يكون قائدها صارم أو مرن لكنه لا يحل المشاكل أو القائد المرن ،

بينما يكون متعدد نوعا ما عندما يكون القائد الذي يحبذ العقاب و الإيجاز وفي

المصالح ذات القائد الذي يسمح بحرية المبادرة ، و يكون نادرا عندما يكون

القائد متعاون .

يتعدد الصراع جدا في المصالح ذات القيادة صارمة والقائد المرن و

لا يحل المشاكل والقائد المرن لأن القيادة الصارمة لا تسمح بالاتصال ونوعية

التعامل مع المهنيين تكون فوقية وعبرة عن أوامر و لا يوجد نقاش و لا تحل

المشاكل المطروحة يوميا بصفة جماعية لذلك يخلق صراعات في المصالح نتيجة

للضغوطات مثلا في مصلحة طب القلب ،

وأما بالنسبة للمصالح التي يكون القائد فيها مرناً أو المرن و لا يحل المشاكل فنجد هذا النوع من القيادة مرناً متفهماً للأوضاع و يناقش المشاكل لكن دون حلها و يتركها تتراكم يومياً مثل طب الكلى.

أما بالنسبة للصراع المتعدد فإنه يكون عندما تكون القيادة تحبذ العقاب و أيضاً لما يكون متعاوناً و ذلك بقبوله لكل شيء كما هو الحال في مصلحة جراحة الأطفال مثلاً ، إذا كان مشكلاً ما فإنه كل من يحاول أن يشتكي لرئيس المصلحة فإنه يعطي الحق للجميع و يسمع للجميع و يسمح لهم بالقيام بما يريدون ، لكن هو من يملك حق العقاب إذا أراد ذلك يفعل دون تردد .

يكون الصراع متعدد في المصالح البيروقراطية لأنها ترجع في الكثير من الأمور إلى شرعية القوانين و الإجراءات حتى و لو كان ذلك لا يخدم المصلحة الطبية ، و تكون متعددة جداً في المصالح ذات قيادة فوضوية ، لأنها لا يمكنها أن تقدم الحلول لذلك نجدها لا تسيّر الصراع بل تجعل الإدارة هي من تسيّره .

فالصراعات داخل المصالح موجودة و متعددة ربما ليست فقط بسبب القيادة وإنما بسبب المشاكل المتراكمة و لا تحل بسرعة خاصة تلك المتعلقة بنقص للعتاد و مواد العمل و أيضاً لعدد المهنيين ،

يجب تسيير الصراع و إدارته بشكل جدي بحيث يجب معرفة ماهيته من حيث موضوع الصراع و أسبابه، و مستواه إذا كان فردياً أو جماعياً ، والتعرف على حدته و بعد تشخيصه يجب البحث عن بلورة إستراتيجية لإدارته. فالأسباب يمكنها أن تكون اقتصادية كالحافز المادي و الظروف الاجتماعية و يمكن أن تكون نفسية كالرضا عن العمل بتوفير الظروف المناسبة للمهنيين و في حالة عدم توفيرها يؤثر ذلك على حالتهم النفسية و يظهر التأثير كالحالات النفسية السيئة والأمراض الجسمية عندما يكون العمل مهيناً ، و تنجم عنه خلافات حتى مع أقربائه و عائلته و أيضاً تسبب لهم الانزواء أو النزاع، و يمكن أن تكون الأسباب تنظيمية مثلاً المكنات و الأدوار رغبة منهم في ترقية لمكانتهم،

الشيء الذي يسبب النزاع، و يأخذ حدثه عندما تتخذ الإدارة القرارات و المراسيم ، ويكون هذا النوع من الصراع أيضا بسبب ضعف الاتصال و العلاقات الإنسانية نتيجة للبيروقراطية . و تكون الأسباب التنظيمية الأكثر شيوعا في المستشفى ، لذلك ارتأينا لمعرفة أسباب الصراع في المصالح، و هذا ما يبينه الجدول الموالي :

جدول رقم 34 : يبين العلاقة بين المصلحة وأسباب الصراع :

السبب / المصلحة	القواعد صارمة	عدم تقييم لمهامهم	التقليل من قيمة المهنة	اختلاف الذهنيات	التفرقة المهنية	نقص الثقة في المسؤول	المسؤول لا يعرف تسيير المشاكل	المجموع
مخبر الخلايا		3 %27	1 %9	3 %27	2 %18	1 %9	1 %9	11 %100
جراحة الأطفال		9 %15	9 %15	10 %16	5 %8	7 %11.5	21 %34.5	61 %100
طب النساء	4 %9	7 %15.5	7 %15.5	3 %7	11 %24	4 %9	9 %20	45 %100
طب القلب	1 %4	7 %26	4 %15	6 %22	3 %11	2 %7	4 %15	27 %100
طب الكلى		1 %5	5 %25	6 %30	1 %5		7 %35	20 %100
جراحة العيون	1 %5	4 %21	2 %10.5	3 %16		2 %10.5	7 %37	19 %100
طب الأطفال	3 %7.5	6 %15	2 %5	13 %32.5	4 %10	2 %5	10 %25	40 %100
استعجالات	1 %5	1 %5	5 %25	4 %20	4 %20	2 %10	3 %15	20 %100
حماية الأمومة	2 %67			1 %33				3 %100
الأشعة		3 %19	1 %6	4 %25	2 %12.5	2 %12.5	4 %25	16 %100
المخبر			1 %8	4 %31	2 %15	2 %15	4 %31	13 %100
المجموع	12 %4.5	41 %15	37 %13.5	57 %21	34 %12.5	24 %9	70 %25.5	275 %100

من الجدول نلاحظ نسبة 25% من المهنيين يرون أن سبب الصراع هو كون

المسؤول في المصلحة لا يعرف تسيير المشاكل ،تليها نسبة 21% لاختلاف
الذهنيات لدى الأشخاص و نسبة 15% للذين يرون أنه لا تقيّم مهامهم و 13.5%
للذين يقلل من قيمة مهنتهم ،
في حين نسبة 9% لا يضعون ثقة في المسؤول و 4.5% لكون القواعد صارمة .

في الواقع هناك أسباب كثيرة للصراع ولكن أهمها تلك المتعلقة بالعلاقات
مع المسؤول لأنهم يرون فيه الشخص الذي يجب أن يحل المشاكل في حين يجدونه
غائبا تقريبا في هذا المجال و إنما تفرض عليهم الأشياء خاصة تلك التي تأتي من
الإدارة، دون محاولة معالجتها، فلهذا يرون أن المسؤول لا يعرف تسيير المشاكل
، و أيضا بسبب اختلاف الذهنيات لأن طريقة تفكير الأشخاص ليست مشابهة ،
وفي الكثير من الأحيان هناك اختلاف بين المنطق الطبي و شبه الطبي خاصة في
تطبيق المهام ، المشكل يطرح كثيرا عندما يتعلق الأمر بالمهام الغير محببة
(ingrat) فمثلا لما يطلب طبيب أن يمارس شخص ما المهمة أو بعض المهام ،
فلا يهتم من يجب عليه القيام بها ، المهم بالنسبة إليه أن تنفذ و بما أنها لا تدخل في
مهام ذلك الشخص حسب مكانته في السلم الهرمي ، فتنتج عن ذلك نقاشات و
اختلافات و في بعض الأحيان تصل إلى صراعات بحيث تدوم مطولا و دون
حلول لأن الشخص الذي يجب تطبيق ذلك غير موجود لهذا يرون أن سبب
الصراعات هو شخصي.

فالصراعات تسيّر بصعوبة في المصالح و خاصة لما لا تكون حلول
كثيرة لأن المسؤول يرضخ لقرارات الإدارة وبما أن معظم الصراعات سببها
الحقيقي ، إما نقص لمواد العمل أو للموارد البشرية فإن حل هذه الصراعات
صعب و يأخذ وقتا كبيرا ،لأنه إذا توفرت الشروط فما على المسؤول إلا حل
المشاكل اليومية العابرة ، و محاولة إدماج المهنيين في العمل ،و في الفرقة و

محاولة سير أحسن للمصالح وبما أن القرار يتعدى المصالح وكون المسؤول خاصة شبه الطبي يقوم بمهمة المراقبة المهنيين و إخبار الإدارة بكل ما يجري في المصلحة فتكون الحلول للصراعات بيد الإدارة ، فهذه الأخيرة تحاول دائما إعطاء صلاحيات لمراقب المصالح الطبية، لتطبيق العقوبات عليهم كالأذونات و كتابة التقارير، التي تحفظ في الملف المهني و تعيق المهنيين على التقدم و الترقية، و لهذا، نجد بعض المصالح تسمح بتدخل الإدارة و أخرى لا تسمح بذلك ، وهذا يرجع للأستاذ رئيس المصلحة عندما لا يمكنه إيجاد الحلول أو لا يتحمل هذا العبء، فيترك الإدارة هي من يحل المشاكل لأنها هي من تسببت فيه و عن تدخل الإدارة في حل صراعات المصالح لدينا الجدول التالي :

جدول رقم 35 : يبين العلاقة بين المصلحة و تدخل الإدارة في حل الصراع :

الإجابة / المصلحة	نعم تتدخل	لا تتدخل	المجموع
مخبر الخلايا	1 14%	6 86%	7 100%
جراحة الأطفال	25 81%	6 19%	31 100%
طب القلب	5 42%	7 58%	12 100%
طب النساء	14 64%	8 36%	22 100%
طب الكلى	4 33%	8 67%	12 100%
جراحة العيون	3 30%	7 70%	10 100%
طب الأطفال	11 44%	14 56%	25 100%
حماية الأمومة		2 100%	2 100%
الاستعجالات	5 50%	5 50%	10 100%
الأشعة	3 43%	4 57%	7 100%
المخبر	3 25%	9 75%	12 100%
المجموع	74 49%	76 51%	150 100%

من الجدول نلاحظ 51% من المهنيين يرون أن الإدارة لا تتدخل في حل الصراع داخل المصالح الطبية خاصة مخبر الخلايا و المخبر، و جراحة العيون ، بينما 49% يرون أنها تتدخل في ذلك خاصة جراحة الأطفال و طب النساء .

تتدخل الإدارة لحل الصراع في المصالح ذات التوتر الكبير لكثرة العمل فيها و هي ذات طابع جراحي أين تكون حالات تحتاج إلى التدخل السريع و تكثر المشاكل بها خاصة فيما يخص الموارد المادية و البشرية و تكثر فيها الصراعات التي يصعب حلها على مستوى المصالح، فتقوم الإدارة بذلك .

ينشأ صراع من تضارب المصالح و القيم و الآراء و للأفعال وللإجراءات ، و هذا يعني أنه يظهر في إطار علاقة متناقضة بين شخصين أو عدة أشخاص و بين وحدتين أو عدة وحدات حيث تكون المصالح غير متطابقة ، فيكون حب السيطرة على العلاقات في المجال الاجتماعي ، و بصيغة أخرى فإن الصراع يكون مرتبط بوجود أشخاص مرتبطين بنسق يتواجهون و يتناقضون . لذلك يمكن أن تحدث المواجهة بين الفرق و الجماعات و بين الفرق و المؤسسات الخ و تطور الصراع يمر دائما عبر المواجهة (affrontement) و المناقشة لموضوع النزاع و محاولة حله (confrontation) ثم الابتعاد أو وضع المسافة (distanciation) ثم تجاوز الصراع .

و لما نتحدث عن الصراع معناه أن المواجهة لم تحدث بعد ، فالفرق يكون تحت الضغط و توتر شديد و هذا التوتر يجب أن يحدد من خلال مواجهة المشكل و طرح الأسئلة حول سبب المشكل و من تسبب فيه ، متى و كيف ؟¹ .

فأما عن رد فعل المهنيين الطبيين و شبه الطبيين في مواجهة الصراع فإن الجدول الموالي يبين ذلك :

1- Michline wener :op cit p 155

رقم 36 : يبين العلاقة بين رد الفعل في مواجهة الصراع و الوظيفة :

المجموع	الانسحاب Retrait	المناقشة لحل النزاع Discussion confrontation	المواجهة affrontement	الرضوخ Soumission	الإجابة المرتبة الوظيفة	
11 %100		7 64%	4 36%		طبيب جامعي	إ.م.د.
14 %100	1 7%	8 57%	5 36%		طبيب مختص	
18 %100	1 5%	14 78%	3 17%		طبيب مقيم	
10 %100		6 60%	4 40%		طبيب عام	
53 %100	2 4%	35 66%	16 30%		المجموع الجزئي	
31 %100	1 3%	19 61.5%	11 35.5%		رئيسي	ت.م.د.
52 %100	2 3.8%	31 59.6%	15 28.8%	4 7.6%	شهادة دولة	
39 %100	5 13%	22 56%	11 28%	1 3%	مؤهل	
7 %100	2 29%	4 57%	1 14%		أعوان	
129 %100	10 8%	76 59%	38 29%	5 4%	المجموع الجزئي	
182 %100	12 6%	111 61%	54 30%	5 3%	المجموع	

من الجدول نلاحظ أن نسبة 61% من المهنيين تفضل المناقشة لحل موضوع النزاع كرد فعلهم اتجاه الصراع (Discussion et confrontation) خاصة المقيمين بالنسبة للطبيين ب 78% و الرئيسيين و ذوي شهادة دولة بالنسبة لشبه الطبيين بنسبة 61.5% و 61% على التوالي،

ونسبة 30% منهم يكون رد فعلهم المواجهة l'affrontement خاصة الأطباء
 العاملين ب 40% والرئيسيين ب 35.5% .
 بينما نسبة 6% منهم يفضلون الانسحاب أو الابتعاد خاصة الأعوان ب 29% و
 المؤهلون ب 13% في حين نسبة 3% تفضل الرضوخ .
 أما الفئة التي تفضل الرضوخ فهي ذوي شهادة دولة بعلمها أن الصراع لا يمكنه أن
 يحل أو لا يوجد مخرج لذلك و لهذا ترضخ لأمر الواقع و تعيش الصراع على أنه
 جزء لا يتجزأ من الحياة العملية .

عند ظهور الصراع يختلف التعامل معه من طرف المهنيين و هذا حسب درجة
 إشراك الأشخاص و اندماجهم و انتمائهم للمجموعة و توقعاتهم و طموحاتهم
 وتخوفاتهم ، فيحاول البعض مواجهة المشكل و التصدي له قبل أن يتفاقم و يقوم
 البعض الآخر بمناقشته و محاولة حله la confrontation du problème و
 ذلك بجمع كل أطراف النزاع و يسمح مواجهة الأشخاص بعضهم ببعض بإعادة
 النظر في العناصر الأساسية للصراع و هكذا يتيح إعادة تشكل العلاقات بالنسبة
 لكل شخص كما تشير إليه الباحثة في علم الاجتماع " Michline wener ". لتجنب
 الانفصال و التحرر من عدة ضغوطات و إعادة التوازن بحيث حتى و لو كان
 الشخص خاسرا فلن يخسر شيئا مهما كالكرامة ، لأن الشخص يعبر عن
 معارضته أثناء التفاوض ، من أجل إنقاص التوترات، فكل أطراف النزاع
 مدعوون للتعبير عن وجهات نظرهم و السماح للآخرين لتخطي الصعوبات
 حيث يعرف كل شخص أن التوترات تشكل عائقا لمرور الأفكار بحرية¹ .
 تنزع المفاوضات كل أسباب النزاع أو على الأقل تقلل من حدتها
 وحل المشاكل الأساسية التي تسببت في ظهوره ، و ليس شرطا أن تكون
 المفاوضات في إطار رسمي ، فجزء من الحديث يكون غير رسمي ويمكن أن

تحدث مساومات و تعديل للقدرات و القدرات المضادة ،فيتعلق الأمر بديناميكية علاقات القوة و التأثير ،التي تتفاعل مع ما يدور في المفاوضات ¹ .

أما في الحالة التي يكون فيها الأشخاص مندمجون و مشركون كثيرا في وضعيات الصراع ، يبتعدون و يضعون مسافة أو ينسحبون و لا يبالون بوجوده، فسيرورة الابتعاد هذه (La distanciation) ، تكون لما لا يملك الشخص المندمج في الصراع لقدراته و للعناصر الموضوعية للوضعية و لا يفهم ما يدور بين الفاعلين في ميدان ممارسته ،بحيث تنقصه المعلومات و يخاف السكوت على اهتماماته، فيحس بالخوف و يرى نفسه في جو التوتر و عدم الأمان باستمرار، فتسيطر عليه حياة النزاع و تجعله يحس بالإعياء الذهني ثم يكون الانهيار الجسدي و الذهني ² .

لم تصل الصراعات في المستشفى لحد الانهيار الجسدي و الذهني و لكن هناك إعياء ذهني لكثرة النزاعات حتى ولو كانت هذه النزاعات ليست عميقة و يمكن حلها إذا تعاون كل الأطراف، فحل الصراع يكون بإتباع الخطوات التالية حسب Michline Wener:

- رصد الوضعية،وصف و تحليل للوضعية مع أخذ بعين الاعتبار الصراعات السابقة ؛
- جمع آراء الأشخاص لمختلف الفرق مع فصل للآراء المتقاربة و المتباعدة ؛
- الاعتماد على الآراء التي يمكنها أن تؤدي إلى الحلول ذات أولويات والاعتماد على التراضي ،ويجب جمع المعلومات التي تؤدي إلى التفاوض و لابد من التنبؤ و إحداث تغييرات من أجل تناسق لمجموع الحلول المطروحة ³ .

IbidP159

1

Ibid P160

2

Ibid P16

3

خلاصة القول :

مهما كانت الصراعات يجب تجاوزها لأن ذلك يمثل ضرورة لسير التنظيم ، و عدم ترك الصراعات تتراكم و تصل إلى طريق مسدود، فيجب حل المشاكل و عدم تركها و لا يجب أيضا الانسحاب و التغاضي عنها، لأن ذلك يزيد من حدته و يقوم التراكم بغرس جذوره لذلك يجب إشراك كل الأطراف لحله و عدم تهميش أي فئة كانت .

الإشراك (L'implication) في المستشفى و في المهنة

الإشراك (L'implication) في العمل و في المؤسسة:

يشير الباحث Maurice Thévenet* إلى ظهور لعدة نظريات للإشراك (implication) تطرح في إطار التفكير حول الحافز أو الرضا والتي هي دائمة منذ بداية البحث عن فعالية التنظيم، وفي معظم الأحوال، يستعمل الحاجة للحافز كمرادفة للإشراك، و أيضا بالنسبة للرضا في العمل والإشراك تترجمان نفس حالة الشخص اتجاه عمله، فإذا كان الإشراك يهم الممارسون مثل الحافز و الرضا كمنبع للأداء فإنه يمثل مفهوما من نوع خاص¹.

فالحافز هو القوة و المحرك الذي يدفع الشخص للفعل، ويعتبر بعدا و خاصية شخصية، هناك عدة بحوث حول الحافز لكنها كلها تبحث لشرح ما يدفع الشخص للأداء، فالبعض منها، اهتمت بالحاجات التي يبحث الشخص لتحقيقها، و البعض الآخر هي معرفية أكثر، فتبحث عن الميكانيزم الداخلي للشخص الذي يسمح له بالنجاح، و يشتركون في وضع الشخص خارج العمل؛ فالأخذ بعين الاعتبار الحافز فيمكن تقبل فكرة أن الشخص هو أيضا منبع النتائج و أن النسق التقني وحده لا يكفي لشرح النتائج.

أما الرضا فإنه يعبر عن حالة، و التجربة في العمل تحقق الرضا أو عدمه. و خلافا لهذين المفهومين (الحافز و الرضا) فإن الإشراك يبين العلاقة التي تربط الشخص و عمله و يمكن أن نجدها عند الشباب إلا أن التجربة في العمل هي التي بإمكانها أن تقوده لذلك².

* Maurice thévenet : هو باحث له عدة مؤلفات حول ثقافة المؤسسة والسلوكات فيها

¹ Maurice thévenet : le plaisir de travailler (favoriser l'implication des personnes) , édition d'organisation , paris 2000 p 40-41

² Ibid p 41

فالإشراك لا يقصي الحافز و لا الرضا لكنه يبين جوانب مختلفة للشخص المندمج Impliqué ، لأنه يجد شيئا ما في عمله ، فيبينه في فخره بتجربته الذي ينتج عنه اللذة ، وهذا ليس إلا نتيجة لعلاقة ، و للتجربة ، و للتدريب ، و يكون أكثر من إحساس بالرضا و أكثر من محدد لفعل الشخص.¹ ولكي يكون الإشراك هو التزام شخصي (engagement Personnel) ، يجب أن يجد الشخص شيئا ما في المقابل ،² فيشير مفهوم الإشراك (implication) ببساطة إلى ارتباط (الالتزام) (l'engagement) و استثمار شخصي (investissement des personnes) الذي يميّز هوية الشخص (identification) ، فالشخص يكون مشارك في نشاط ما لأنه يحقق ذاته من خلاله ويشرك لأن هذا النشاط يسمح له بربط واقعه والأمثل منه .فقد يساهم الإشراك في البحث و تمييز العلاقة التي يربطها الشخص مع تجربته في العمل .³ ولفهم أكثر للمفهوم بتعريفه جزئيا وبوضعه بالنسبة للصور الأخرى لعلاقة الشخص لعمله بحيث أن الإشراك هو علاقة الشخص بعمله و هو التزام (l'engagement) وهو تحقيق لهوية (l'identification).⁴ فالإشراك في العمل و في المؤسسة هو نتاج عمل داخلي و مسيرة شخصية، والمهم أن وضعية العمل هي التي تصبح مكان إشراك و يمكن إيجاد هذا الأخير في النشاط و السياسة و العائلة ومختلف النشاطات المرفهة.....الخ فالعمل ما هو إلا مكان يمكنه أن يكون لاستثمار شخصي un lieu possible d'investissement personnel.⁵

و في دراستنا هذه أردنا البحث إذا كان المهنيون في ميدان الصحة يجدون أنفسهم محفزين للعمل فيه ، و هل ما إذا كانت المهنة هي من يحفزهم ،

IBID p 42

IBID P 197.

IBID P 14-15.

IBID P47

IBID P196

و ذلك من خلال اختيارهم للمهنة و حبّهم لها و هل بإمكانها أن تحقق لهم الهوية المهنية و الإشراف في العمل و في المؤسسة .

اختيار المهنة :

يمارس المهنة الطبية و شبه الطبية من طرف أشخاص يوجهون إلى

المصالح الاستشفائية و القطاعات الصحية بعد تكوين و تربص يقومون بها كلّ وفق السلك و المستوى الذي ينتمي إليه، فتكون الدراسة من سنتين لشبه الطبيين أعوان أو المؤهلون و ثلاث سنوات لذوي شهادة دولة ، و بالنسبة للأطباء سبع سنوات إضافة إلى 5 سنوات تخصص أو أربع بالنسبة لبعض التخصصات، فأما اختيارها فيكون على عدة أسس ، فالجدول الموالي يبين ذلك :

جدول رقم 37: يبين العلاقة بين اختيار المهنة و المستوى التعليمي :

المجموع	رسوب مدرسي	حب في المهنة	صدفة	الإجابة المستوى التعليمي
14 100%	4 28.5%	4 28.5%	6 43%	متوسط
78 100%	18 23%	19 24%	41 53%	ثانوي
19 100%		9 47%	10 53%	بكالوريا
50 100%		41 82%	9 18%	جامعي
161 100%	22 14%	73 45%	66 41%	المجموع

من الجدول نلاحظ أن نسبة 45% من المهنيين يختارون مهنتهم حب

فيها ، خاصة ذوي المستوى الجامعي ب 82% و نسبة 41% منهم يختارونها صدفة خاصة ذوي المستوى بكالوريا و ثانوي ب 53% على التوالي بينما نسبة 14% لرسوبهم المدرسي ، خاصة ذوي المستوى متوسط .

يختار ذو المستوى التعليمي العالي مهنتهم حبا لها وهنا يمكن الإشارة إلى المهنة الطبية التي تعد اختيارا بعد الحصول على شهادة البكالوريا لتكوين طبي لمدة ست (6) سنوات سابقا و سبع (7) سنوات حاليا، إضافة إلى تكوين التخصص و يكون في الغالب من اختيار شخصي لأنها مهنة لها مميزات من حيث الدور و المركز الاجتماعي ، ويختار ذوي المستوى بكالوريا المهنة صدفة و ذلك خاصة

بالنسبة لشبه الطبيين لأن المستوى المطلوب لتكوين هذه الفئة أي ذوي شهادة دولة ارتفع و يكون اختيار الكثير منهم لمهنة الطب و بما أن ترتيبهم في الاختيار لم يسمح لهم بذلك ، فيجدون أنفسهم في تخصص شبه طبي لأنه اختيار يضعونه فيما بعد لكونه له علاقة بالتخصص الطبي و أيضا بالنسبة للأشخاص الذين لم يستطيعوا مواصلة الدراسة في الجامعة خاصة المتعلقة بجامعة هواري بومدين للتكنولوجيا فيجدون أنفسهم موجهون إلى التكوين شبه الطبي ولذلك يرون أن ذلك يكون صدفة لأنهم كانوا ينتظرون غير ذلك ، و بالنسبة لذوي مستوى ثانوي فاختيارهم صدفة لأنهم أيضا كانوا يأملون دراسة الطب لكن عدم حصولهم على شهادة البكالوريا لم يترك لهم مجالا آخر غير الدخول لمسابقة للتكوين شبه الطبي و هذا بالطبع كان قبل العشرية الأخيرة .

أما الذين اختاروا المهنة بعد رسوبهم وذلك لذوي مستوى متوسط فإنهم ذوي أقدمية كبيرة و هم في طريقهم إلى التقاعد ، فقد كان التكوين لا يشترط مستوى عالي و لكن تطور الميدان شبه الطبي و زيادة نسبة تدرس و تطور الميدان الطبي و العلاجي أصبح يتطلب مستوى معرفي كبير و أيضا أصبح الطالب الاجتماعي للخدمة ذات نوعية و اختيار للكفاءات العالية، فأضحى من الضروري أن يطالب بمستوى عال للتكوين ، و يكون شبه الطبيين بصدد التفكير في الانضمام إلى النظام الجامعي لمواصلة الدراسة و هذا لم يطبق في الوقت الحالي لأن التكوين في العلوم شبه الطبية مركزي من طرف الوزارة الوصية أي (الصحة)

و(هذا ما توصلنا إليه في مذكرة اليسانس حول أهمية التكوين لشبه الطبيين في إطار تسيير الموارد البشرية دراسة حالة مستشفى بارني) ، و لكنه مشروع سيبدأ تنفيذه عندما تهيأ له الظروف المواتية للانتقال إلى النظام الجامعي .

2 - تمثيل المهنة:

يمكن أن تمثل المهنة بالنسبة للمهنيين كمهنة عادية ، لما لا تحقق الرضا للأشخاص كما يمكنها أن تكون مصدر للعيش يقتاتون بواسطتها أو مصدر رفاهية ومكانة اجتماعية فالمعنى أو تمثيل المهنة بالنسبة لهم يختلف حسب المهنة الممارسة و هذا ما يبينه الجدول الموالي :

جدول رقم 38 : يبين العلاقة بين الوظيفة و تمثيل المهنة بالنسبة للمهنيين :

المجموع	شبه طبي	طبي	الوظيفة الإجابة
11 6%	7 5%	4 8%	رفاهية (Prestige)
102 57%	62 48%	40 80%	قيمة (Valeur)
65 36.5%	59 46%	6 12%	مصدر للعيش
1 0.5%	0 1 01%		آخرون
179 100%	129 100%	50 100%	المجموع

من الجدول نلاحظ أن نسبة 57% تمثل المهنة بالنسبة إليهم قيمة في حد ذاتها خاصة الطبيين، و نسبة 36.5% تمثل بالنسبة إليهم مصدر للعيش خاصة شبه الطبيين، وتعتبره نسبة 6% رفاهية .

تمثل المهنة الطبية بالنسبة للأطباء قيمة في حد ذاتها للدور الذي يلعبه ، وكما تشير الباحثة في علم الاجتماع الطبي نادية محمد السيد أن دور الطبيب يعتبر من الأدوار الهامة لأنه يحتوي على جانبين أساسيان فالجانب الأول هو الجانب الطبي المتخصص المعروف للطبيب و الجانب الثاني هو الجانب الاجتماعي و يحتوي دور الطبيب على قيم و معايير و أخلاقيات تملي على الطبيب القيام بواجبة و أدائه لدوره وتكون بمثابة قوانين يحترمها وينفذها ويرتبط دور الطبيب ارتباطا تاما بدور المريض ، فالمريض يقبل التعاون مع الطبيب و الطبيب يحاول تطبيق معلوماته الخاصة و مهاراته من أجل منفعة المريض و من أجل تشخيص المرض والعلاج ، و لذلك يحاول الطبيب و بطريقة ودية معرفة بعض الأمور المتصلة بالمريض و التي غالبا ما تكون غير معروفة لغيره فمن الضروري أن يقوم الطبيب

بعمل الفحوص والاختبارات المعملية و الفحوص الطبية و أن يحصل على كل المعلومات التي يرى أنها ذات صلة بموضوع المرض حيث أن توتر المريض غالبا ما ينشأ عن الطبيعة الطبية غير الشخصية للممارسة الطبية و التي غالبا ما تخضع للالتزامات الطبيب و التي تفرض عليه أن يكون موضوعيا وغير متحيزا عاطفيا¹ .

ليست فقط مهنة الطب التي تعتبر قيمة في حد ذاتها بل حتى المهنة شبه الطبية لما تحتويه من سلوكات و التزامات اتجاه المريض ودورها في علاج المريض و ككل حرفة أو مهنة كما تشير إلى ذلك (Marie –Françoise Collière) أنه لا يبرر وجودها إلا إذا قدمت خدمة ضرورية ،و تظهر قدرة للقيام بها،فالعلاج التمريضي هو تقديم لخدمة ضرورية لحياة الأشخاص في ظروف معينة ، و التي لا يمكن تغطيتها من طرف فرق أخرى من المهنيين² .

و لضرورة وجود هذه المهنة في النسق الطبي وإلى جانب المهنة الطبية يعطيها قيمة أكبر مما هي عليه .

3 - حب المهنة :

مهما كانت طريقة اختيار المهنة في المستشفى فإنه مع الوقت ومرور الزمن يتولد لدى الشخص ميول لها و الرغبة في ممارستها لما تحمله من قيمة في

¹ نادية محمد السيد عمر : علم الاجتماع الطبي المفهوم و المجالات ص 96

² . 1982 , paris , édition inter édition , Marie-Françoise Collière : promouvoir la vie, p 292

حد ذاتها لذلك أردنا معرفة، إذا ما كان الأشخاص يحبون مهنتهم أم لا و ذلك حسب اختلاف تخصصهم و هذا ما بينه الجدول الموالي :

جدول رقم 39 : يبين العلاقة بين التخصص وحب المهنة:

الإجابة / التخصص		نعم أحب مهنتي		لا أحب مهنتي		المجموع	
تخصص طب	علاج عام	60	91%	6	9%	66	100%
	علاج المواليد	9	100%			9	100%
	قابلية	7	100%			7	100%
	أعوان في التخدير	5	100%			5	100%
	تقنيات الأشعة	8	100%			8	100%
	مخبر يون	12	86%	2	14%	14	100%
	مدلك طبي	3	100%			3	100%
المجموع الجزئي	104	93%	8	7%	112	100%	
طب	متخصص في دراسة أمراض الخلايا	4	100%			4	100%
	تخدير و إنعاش	3	100%			3	100%
	البيولوجيا	1	100%			1	100%
	طب القلب	5	100%			5	100%
	جراحة الأطفال	7	100%			7	100%
	طب النساء	3	100%			3	100%
	طب الكلى	2	100%			2	100%
	جراحة العيون	3	100%			3	100%
	طب الأطفال	8	100%			8	100%
	الأشعة	1	100%			1	100%
	طبيب عام	7	100%			7	100%
	المجموع الجزئي	44	100%			44	100%
	المجموع الكلي	148	95%	8	5%	156	100%

من الجدول نلاحظ أن كل الطبيين يحبون مهنتهم مهما كان تخصصهم ،

أما بالنسبة لشبه الطبيين فإن نسبة 93% يحبون مهنتهم ، و 7% لا يحبونها،

خاصة منهم ذوي تخصص علاج عام و المخبر.

يحب الطبيون مهنتهم لأنهم اختاروها عن اقتناع تام و يجدون الرغبة في

ممارستها مهما كان تخصصهم بينما شبه الطبيين فإن معظمهم يحبون مهنتهم إلا

نسبة قليلة و هي ذات تخصص مخبر و العلاج العام لأنه في الواقع هناك اختلاف

بين ما يتعلمه الأشخاص أثناء التكوين و بين الواقع الذي يصادمون عند مواجهته في المستشفى، فإثناء التكوين يتعلم أشياء كثيرة ويتلقون الضمانات و الوعود بمواصلة التكوين و خاصة بالنسبة للمتفوقين و حاملي شهادة البكالوريا و ذلك لتخصص مخبر (بيولوجيا) لأن هناك دراسات جامعية في هذا التخصص و أيضا لذوي العلاج العام لأنهم يتكونون في تخصص يدرسون فيه كل المواد الطبية بدءا من دراسة جسم الإنسان إلى الأمراض التي تصيبه بكل تخصصاته إلا فيما يخص نظام الدراسة فيكون سريعا و متراكما و يأملون في مواصلة الدراسة في الطب لأن لديهم من المعارف الطبية خاصة المتكويين الجدد يؤهلهم لذلك ، يتحمسون للتكوين و التفوق فيه لكنهم يصطدمون بواقع آخر لم يتعودوا عليه و لا يكون فيه تطور مهني (أو مسار مهني) مشجع . بحيث نجد الترقية التي يمكن أن يتحصل عليها شبه الطبي هي المراقب الطبي العام للمصلحة الطبية أو مراقب للمصلحة أو رئيس الفريق و يوجد منصب واحد للمنسق المصالح الطبية ، و يمكن أن تكون الترقية لتكوين الأساتذة شبه الطبي درجة أولى و ذلك حسب المناصب الموجودة و تكون في الغالب منصب واحد إلى اثنين على الأكثر للولاية الواحدة و في التخصص الواحد و أحيانا لا يوجد منصب لتخصص ما ويكون التكوين لمدة سنتين و بعد النجاح في مسابقة، و لكون كل شيء يقام بطرق غير رسمية ، فالكثير لا يدخل المسابقات إلا إذا استطاع أن يتحصل على وعود للنجاح و في كثير من الأحيان لا يعلن عن هذا التكوين إلا مؤخرا أو في الفترة التي يكون فيها الأشخاص في عطلة كشر أوت مثلا ، لأن المستشفى يواصل التكفل بدفع الأجر للشخص في فترة التكوين دون أن يعود عليه بالفائدة لأن الشخص الذي يتكون لا يعود للمؤسسة بعد ذلك ، و لذلك نجد مهنيين لا يريدون مواصلة المهنة و يحبذون تغييرها لعدم استفادتهم بتطور مهني، يتماشى و طموحاتهم حتى بالنسبة للطبيين و الجدول الموالي يبين ذلك :

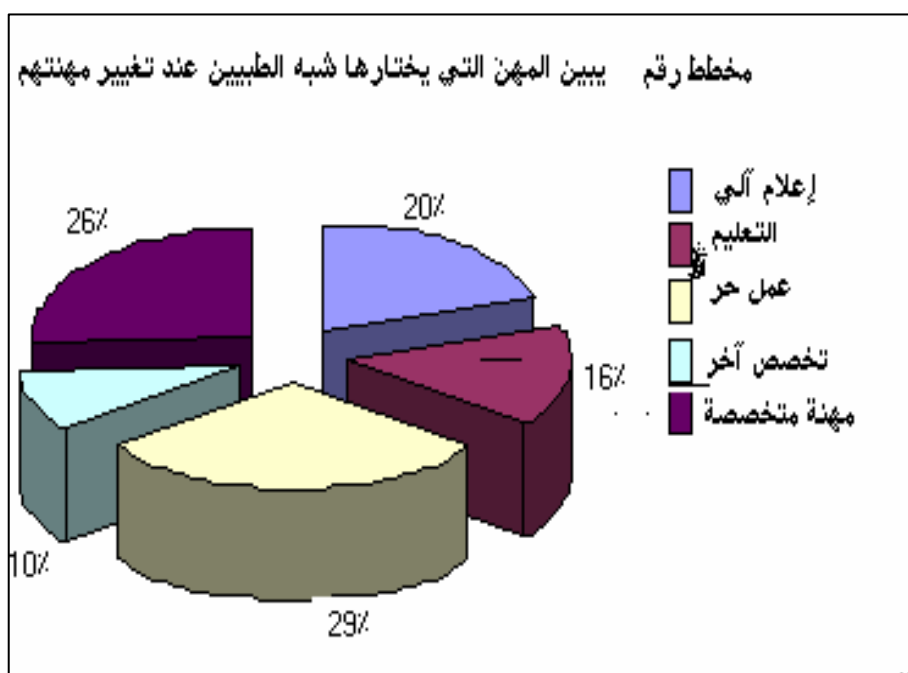
جدول رقم 40 : يبين العلاقة بين التغيير للمهنة والوظيفة

المجموع	شبه طبي	طبي	الوظيفة تغيير المهنة
63 40%	51 45%	12 27%	نعم أغير مهنتي
93 60%	61 55%	32 73%	لا أغير مهنتي
156 100%	112 100%	44 100%	المجموع

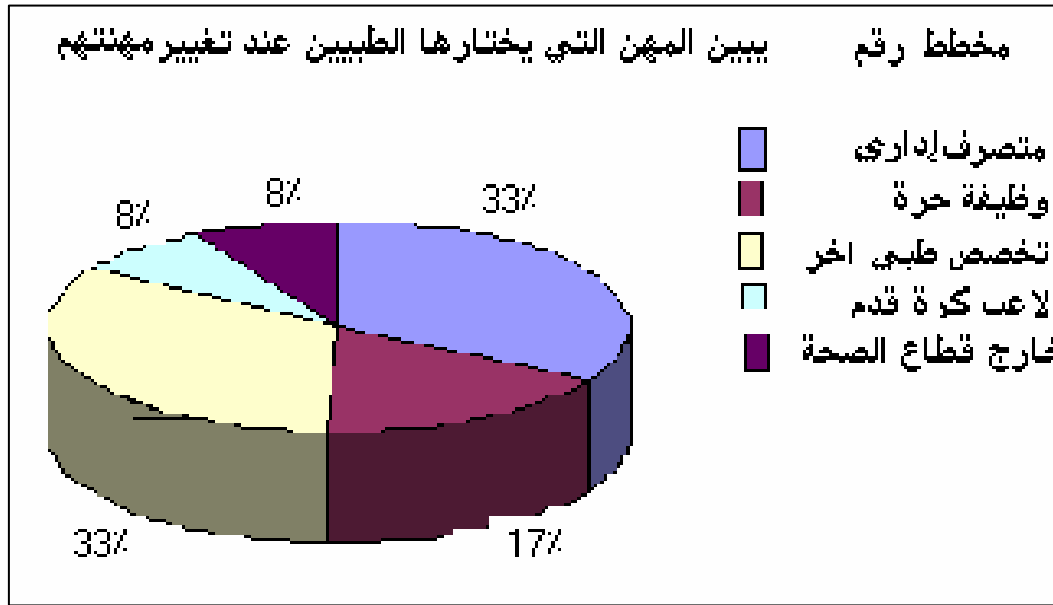
من الجدول نلاحظ نسبة 60% من المهنيين لا تريد تغيير مهنتها و خاصة
الطبيين منهم ب 73% و نسبة 40% يريدون ذلك خاصة شبه الطبيين ب 45%،
يرغب الأطباء في مواصلة العمل في نفس المهنة لأنها كان على أساس
اختيارهم لها عن قناعة وبإمكانها أن تحقق لهم ذاتهم، و يبرهنون عن قدراتهم في
إطار ممارستهم لها وتساعدهم على ذلك المكانة الاجتماعية التي يحض بها
في المجتمع و على عكس شبه الطبيين الذين لا يستطيعون تحقيق الذات حتى و
لو كانوا يحبون مهنتهم، بالرغم من كونها مهنة شريفة إلا أنها لا تتمتع بمكانة
اجتماعية مرموقة في المجتمع الجزائري وحتى بارتفاع للمستوى الدراسي
لتكوينهم، و من المهم ذكر أنه في وقت ما أي في الثمانينيات، كانت التسمية
بالنسبة للممرضين هي أعوان الصحة و التقنيون في الصحة و في منتصف
الثمانينيات أدخلت مرتبة التقنيون السامون في الصحة و هم ذوي شهادة الدولة
حاليا، وقد أصبحت هذه التسمية تبين الفرق في المستوى المعرفي و الدرجة لذوي
هذه المرتبة عن المستويات الأخرى التقني و الأعوان ، و الكثير من عامة الناس
تظن أن هذه الفئة أي التقنيون السامون ليسوا بممرضين، و تسمى بالمساعدين
للأطباء و يعبرون عن ذلك بالعامية "لي تمشي أو يمشي مع الطبيب" و يريدون
التعبير عن مدى معرفة هذه الفئة لأنهم لاحظوا الفرق مع الفرق السابقة و الذي
بإمكانها أن تسمح لها بالتكفل بالمرضى في غياب الطبيب و يؤمنون بقدراتها و
كفاءاتها وحتى اعتماد الأطباء على هذه الفئة يبين ، أن هناك تغيير

في مستوى كفاءات الأشخاص و مستواهم العلمي أعطى ذلك ثقة كبيرة لهذه الفئة ويمكن ملاحظة التغيير في سلوكات الأشخاص في المصالح فهذه الفئة هي التي بدأت تحدث تغييرا على مستوى الممارسة ، و تدريجيا أصبح دور الفئات الغير متكونة ينقص . و في سنوات التسعينيات تغيرت التسمية من التقني السامي إلى شبه طبي ذو شهادة دولة ، حسب التخصص أي ممرض ذو شهادة دولة ، فهذه التسمية أي الممرض يعطي مدلولاً آخر بالنسبة إليهم فناداتهم ب " الفرملّي " تعطي معنى أقل درجة ولعمل ليس له قيمة نوعاً ما (ingrat) بالرغم من كون هذه المهنة أصبحت أكثر احترافية و وصلت إلى مرحلة تطور وأصبحت تحاول أن تنفصل نوعاً ما و تدريجياً من السلطة الطبية لأنها تحوي على مهام خاصة بها و لا تعتمد فقط على الكتابة أو الوصفة الطبية ويحاول الأطباء ضم هذه المهام إلى المهام الطبية ويحاول البعض منهم تعلمها حتى يقلص تبعيته للعمل شبه الطبي . لا يمكن أن يتم العمل الذي لا يحقق به الشخص ذاته بصفة جيدة و يؤدي إلى عدم الرضا . و لهذا نحاول أن نعرف من خلال المخططين التاليين المهنة التي يريد أن يقوم بها المهنيين في حالة تغييرهم للمهنة :

مخطط رقم 16 يبين المهن التي يختارها شبه الطبيين إذا أرادوا تغيير مهنتهم



مخطط رقم 17 : يبين المهن التي يختارها الأطباء عند تغيير مهنتهم



يميل الأطباء إلى المهنة الإدارية كمسير إداري (Administrateur) وذلك بنسبة نوعا ما كبيرة 33% و نفس النسبة تريد الاستمرار في نفس المهنة الطبية مع تغيير للتخصص ، بينما تميل نسبة 17% إلى المهن الحرة و 8% إلى اللعب في كرة القدم أما بالنسبة لشبه الطبيين فأكثر نسبة هي التي تريد تغيير المهنة إلى مهنة حرة وذلك بنسبة 29% و نسبة 26% للتعليم و نسبة 20% إعلام آلي و 10% لتخصص آخر.

هناك من الطبيين من يريد المهنة الإدارية كمسير ، لأنها تعطي له نوعا من الرفاهية (Prestige) دون أن تكون له مسؤولية كبيرة ، مثل الطبيب الذي يتحمل مسؤولية حياة الأشخاص ، و يمكنه أن يعيش حالات قلق كبيرة ، فبالنسبة إليهم و مقارنة بما يفعلونه ، فإن المسير الإداري لا يتعب كثيرا و له مزايا كبيرة ، فقد أصبح الأطباء يميلون إلى التسيير أكثر من ممارستهم للمهنة الطبية لذلك نجد الكثير منهم يتدخلون في المصالح الطبية في أمور تسييرية لا تعنيهم في شيء بل تخص المراقب للمصالح الطبية ، إلا في حالة ما إذا كان لذلك تأثير مباشر على

المريض، فيمكنه التدخل بصفته كعالمج و ليس كمسيّر ، فتدخل الأطباء لممارسة ذلك و لو بطريقة غير رسمية يظهر مدى اهتمامهم بالتسيير .

و هناك من يحب مهنة الطب و لم يسعفه الحظ للقيام بتخصص يحبه و هذا يكون حسب النتائج المحصل عليها في المسابقة الدخول للتخصص لهذا يحبذون تغيير التخصص للقيام بما يحبونه ، و هناك من فضل الجانب المادي فيمارس مهنة حرة أو رياضة كرة القدم و يريد بذلك مهنة تكسبه مالا أكثر،

يريد المهنيين شبه الطبيين تغيير مهنتهم لمهن تكون حرة و يحفزهم على ذلك المادة و هناك من يحب الجانب المعنوي و هو نابع من اختيار للمهنة و العمل ذاته كالتعليم و الإعلام الآلي أو تخصص آخر .

يريد الأطباء و شبه الطبيين تغيير مهنتهم ليمارسوا مهن سواء كانت ذات حافز مادي كالمهن الحرة Travail libérale أو ذات حافزا معنويا كالتسيير أو تغيير للتخصص بالنسبة للأطباء و التعليم أو الإعلام الآلي أو تغيير التخصص بالنسبة لشبه الطبيين ، فالحافز يمكن أن يكون ماديا أو معنويا فالجانب المادي يمكنه أن يؤثر على العمل لأنه لا يمكن للشخص القيام بعمل مكثف يبذل من خلاله جهدا فيزيقيا و ذهنيا و لا يتقاضى أجرا يناسبه ، لذلك يفضلون المهن التي بإمكانها أن تكسبهم المادة و هذا ما لاحظناه من تصرف الأطباء لما كان الأجر الشهري منخفض لم تكن لديهم رغبة كبيرة في العمل ويستعملون مناورات لكي لا يعملوا ، و في كثير من الأحيان يقوم الأطباء المقيمين بالعمليات الجراحية خاصة أثناء المناوبة فتفويض المهام لهذه الفئة كبير يكاد يكون كلي (إلا بالنسبة لبعض الجراحون) وحتى في التخصصات الأخرى ، و بمجرد ارتفاع الأجر نجد الجراحون يدخلون أكثر إلى قاعة العمليات و يبرمجون عمليات أكثر من ذي قبل و بهذا يمكن القول أن الحافز المادي يمكنه أن يعطي رضا للشخص و يحفزهم على العمل و هذا لا يمنع من كون العمل ذاته يخلق حافزا معنويا ، والحافز المعنوي كما يشير إلى ذلك

Thévenet يجدونه في العمل و العمل وحده¹، و الرضا في العمل سواء الناتج عن العمل ذاته وما يمكنه أن يقدمه لتحقيق الذات أو من جانبه المادي و ما يمكن أن يجلبه من أموال، و يعبر الأشخاص عن عدم رضاهم عادة بالتغيب كما يشير إلى ذلك Thévenet: "منطقيا يجب أن يكون التغيب نتيجة لعدم الرضا في العمل لأن هذا الخلل الوظيفي هو نفسه لا فعالية"²، و يضيف " أن تطوير الرضا للموظفين بتحسين ظروف العمل يعود على المؤسسة بزيادة للفعالية "³. و يكون الرضا في العمل أو في محيط العمل من خلال أربعة عوامل ، تطرق إليها الباحث السوسيولوجي Daniel Mercure في دراسته Culture et gestion و المستوحاة من بعض أعمال Larouche، و العوامل الأربعة هي :

- 1- العوامل الداخلية للمهام intrinsèque à la tâche أو في محتواها :أي attrait du travail و تنوعه .
 - 2- العوامل الخارجية للمهام و هي في إمكانية التطور المهني (التقدم) ، ضمان لمنصب الشغل والأجر
 - 3- العوامل الاجتماعية ، المحيطة بالمهام و التي تعطيه إطارا إيجابيا و معنى
 - 4- الاستقلالية في العمل : ويعرفها Daniel Mercure بأنها إمكانية تنظيم الشخص بنفسه للعمل و إمكانية أخذ القرار مع أقل مراقبة ممكنة⁴.
- و يشير أيضا لوجود أربعة أشكال لتوجه للعمل بالنسبة للأجراء الجزائريين:
- 1-التوجه من أجل الوسيلة : التي يكون العمل فيها كوسيلة ، يمكن الحصول به على إيراد و الأمان لتحقيق آمال الشخص و حاجياته الأساسية .

¹ Maurice thévenet :Audit de la culture d'entreprise, édition p49

² Ibid p 50

³ Ibid p 49

⁴ Daniel Mercure et autres : culture et gestion en Algérie ; édition Harmattan , Canada ,1997 p 72-73

2-التوجه المعبرّ expressive الذي يكون من خلاله العمل كعامل محفز و تحقيق الذات و مكان يتمنى الشخص القيام بمهام يريدّها و يحبّها .

3-التوجه من أجل المسار: أين يكون العمل فيه مكان للتطور المهني و الحصول على مسار.

4-التوجه من أجل التضامن : أين يكون العمل فيه خصوصا مكان للتضامن مع الزملاء و الذي يأخذ اهتمام كبير بالنسبة إليه ¹.

فالعامل العلاجي و الطبيب لا يبتعد عن هذا التوجه أو عوامل الرضا بالنسبة إليهم ، لأن توجه المهنيين يمكن أن يكون فيما يقدمه العمل ذاته من مزايا لتحقيق الذات أو ما يعطيه من مادة و أجر و بالخصوص ضمان للعمل الذي يمكن تحقيقه بالمستشفى و أيضا لما يقدمه من استقلالية و أخذ للقرار و هذا قد رأيناه في الفصل تنظيم العمل العلاجي فالاستقلالية في تنظيم العمل مهمة لاكتساب الأشخاص للثقة وروح المبادرة ،

تعدّ المهنة الطبية أو شبه الطبية كعامل إشراك في العمل

(Implication dans le travail)، باعتبارها تحفزهم و لا يستطيعون التخلي عنها إلا بنسبة صغيرة و هذا كون هؤلاء (أي الذين يريدون تغييرها) لم يقتنعوا بممارستها منذ البداية ولم يكن اختيارهم عن حب لها وأيضا فإن التغيير الذي يعيشه المجتمع الجزائري أكسب الأشخاص قيم ليبرالية محضة تجعلهم يغيرون مهنتهم للقيام بمهنة تكسبهم مالا أكثر.

ويعرف الإشراك في العمل حالة ارتباط الشخص بالعمل Attachment au travail و يكون هذا الارتباط نابع من ارتباطه لمهنته أو المحيط و الظروف التي تمارس فيها أو لما تقدمه من حافز مادي أو حافز معنوي كالترقية أو المكانة الاجتماعية. أما فيما يخص الاندماج للمؤسسة و ارتباط الأشخاص بها فإننا ارتأينا

Ibid p 63-64

معرفة ما إذا كان الأشخاص يتقبلون تغيير المؤسسة و إذا كانوا يفضلون تغييرها
فهل لسبب مادي مالي أو لمدى ارتباطه بالمؤسسة و هذا ما سنراه في الجدول
الموالي :

جدول 41 : يبين العلاقة بين تغيير المؤسسة في حالة زيادة الأجر و الأقدمية :

تغيير المؤسسة / الأقدمية	نعم أغير المؤسسة	لا أغير المؤسسة	المجموع
أقل من 10 سنوات	31 61%	20 39%	51 100%
بين 10 و 20 سنة	48 55%	39 45%	87 100%
أكثر من 20 سنة	10 56%	8 44%	18 100%
المجموع	89 57%	67 43%	156 100%

من الجدول نلاحظ نسبة 57 % من المهنيين يريدون تغيير المؤسسة
بمجرد زيادة للأجر في مستشفى آخر خاصة ذوي أقدمية أقل من 10 سنوات ، بينما
43% لا يريدون تغيير حتى إذا كانت الزيادة في مستشفى آخر خاصة ذوي أقدمية
من 10 إلى 20 سنة . أما إذا كانوا يريدون تغيير المؤسسة في حالة عدم تغير الأجر
فبينه الجدول الموالي :

جدول رقم 42 يبين العلاقة بين تغيير المؤسسة في حالة عدم تغيير الأجرة الأقدمية:

تغيير المصلحة / الأقدمية	نعم أغير المؤسسة	لا أغير المؤسسة	المجموع
أقل من 10 سنوات	13 25.5%	38 74.5%	51 100%
بين 10 و 20 سنة	19 22%	68 78%	87 100%
أكثر من 20 سنة	5 28%	13 72%	18 100%
المجموع	37 24%	119 76%	156 100%

من الجدول نلاحظ أن نسبة 76% لا يريدون تغيير مصلحتهم إذا ما كان
الأجر نفسه بينما 24% يريدون تغيير المؤسسة .

من خلال الجدولين نلاحظ أن هناك نسبة كبيرة يرتبط تغييرها للمؤسسة بتغيير الأجر، ولكن هناك نسبة لا تريد التغيير حتى وإن زاد الأجر و هي كبيرة نسبيا ونسبة أخرى تريد التغيير.

نلاحظ العامل المادي له أهمية في ارتباط الأشخاص بالمؤسسة بحيث يغيرون بمجرد زيادة أكبر إلى مؤسسة أخرى و لكن هناك نسبة معتبرة ترتبط بالمؤسسة و مندمجة فيها و لا تريد الرحيل عنها خاصة تلك التي لها أقدمية بين 10 و 20 سنة لأنها كان لديها الوقت الكافي لتقوية علاقتها بالمؤسسة، و ذلك نوعا من الإشراف بالمؤسسة و يعرفه " Thévenet Maurice " كمفهوم جديد و هو عامل للفعالية لأنه يعرف كحالة تناسق و توافق و تطابق بين الشخص والجماعة أو المؤسسة التي يعمل، فتكون العلاقة بين الشخص و المؤسسة ليست في اتجاه واحد بل في تفاعل بين الشخص و المؤسسة لكي تكون و تتطور.¹

فقد تتطور بهذا الإشراف **Implication** مجموعة من الارتباطات بين المؤسسة و الشخص : المؤسسة لا تكون في وضع " تعمل من أجل " بل في وضع " تعمل مع " ² . و تمثل المصلحة الطبية مكان تنفيذ المهام الموكلة للمهنيين حسب مكانتهم في السلم الهرمي و العمل على مستواها يؤد لدى الأشخاص ارتباط بالمكان أحيانا أو بمحيط العمل و ذلك بفعل تفاعله المستمر مع فاعلين آخرون في ذلك المكان و أحيانا يعيش الشخص ذكريات لا يريد مفارقتها ويقوى ارتباطه بمكان عمله و لذلك أردنا معرفة مدى تعلق الأشخاص بالمصلحة الطبية و أسباب تعلقهم بها فوجدنا نسبة 68% لا يريدون تغيير المصلحة وبينما نسبة 32% تريد ذلك وتختلف الأسباب و هذا ما يبينه الجدولين المواليين:

Maurice thévenet : op. cit. p50-51

1

Ibid p 53

2

جدول رقم 43: يبين العلاقة بين الأقدمية و سبب عدم تغيير المصلحة

الإجابة / الأقدمية	أقل من 10 سنوات	بين 10 و 20 سنة	أكثر من 20 سنة	المجموع
بسبب العادة	14 38%	26 45%	8 73%	48 45%
المصالح كلها تتشابه	2 5%	4 7%		6 6%
أحب مصلحتي لأنها الأحسن	21 57%	26 45%	3 27%	50 47%
آخرون		2 3%		2 2%
المجموع	37 100%	58 100%	11 100%	106 100%

إن النسبة الكبرى من المستخدمين تفضلون العمل في مصالحهم ويرفضون التغيير بسبب حبهم لمصلحتهم التي يعتبرونها الأحسن من غيرها وذلك بنسبة 47% أو بسبب تعودهم عليها بنسبة 45% بينما فئة صغيرة تفضل مصالحها لكون كل المصالح تتشابه .

في الواقع لما يعمل الإنسان في مكان ما و يتفاعل مع الفاعلين ضمنه و بفعل العادة و التعود لا يستطيع مفارقة المكان حتى و لو كان يعيش ظروفًا سيئة يصعب عليه تغيير ذلك و خاصة لما تكون الأقدمية أكثر من 20 سنة بينما يكون عن اختيار أو قناعة خاصة لكون المصلحة التي يعمل بها هي الأحسن و هذا ما رأيناه من خلال الجدول خاصة لذوي أقدمية أقل من 10 سنوات و هذا لكونهم مرتاحون نوعًا ما في مصالحهم و يقارنون بما يسمعون عن المصالح الأخرى ، أما نسبة صغيرة جدا ترى أن كل المصالح تتشابه فلا جدوى للتغيير . أما عن الذين يريدون التغيير فسنراه من خلال الجدول الموالي :

جدول رقم يبين 44 :العلاقة بين الجنس و سبب تغيير المصلحة :

سبب التغيير / الجنس	إناث	ذكور	المجموع
لظروف سوسيو مهنية أحسن	7 23.5%	7 35%	14 27%
لظروف العمل السيئة	7 23.5%	3 15%	10 20%
لوجود مشاكل داخل المصلحة	13 43%	8 40%	21 42%
آخرون	3 10%	2 10%	5 10%
المجموع	30 100%	20 100%	50 100%

إن نسبة 42% من المستخدمين يريدون تغيير المصلحة لوجود مشاكل

داخل المصلحة التي يعملون فيها، تم تليها نسبة 27% منهم بسبب طموحهم

لظروف سوسيو- مهنية أحسن بينما نجد نسبة 20% منهم يريدون ذلك لظروف العمل السيئة. يريد البعض من المهنيين تغيير مصالحهم لعدم ارتياحهم فيها سواء كان ذلك بسبب الظروف السيئة للعمل أو يطمحون لوضعية حسنة وظروف أحسن في المصالح الأخرى أو لكثرة المشاكل بمصلحتهم وبذلك مهما كان الجنس فالحصول على محيط عمل مريح يولد الارتباط بالعمل وبالمصلحة و بالمؤسسة و يدمج الأشخاص فيها .

يعاني التنظيم الاستشفائي من عدة ضغوطات نقص للميزانية و نقص للمهنيين شبه الطبيين و زيادة للتكاليف والنفقات لمسايرة التطور التكنولوجي في ميدان الصحة و زيادة للطلب الاجتماعي للصحة و تحسين ظروف تقديمها ، فيجد المسير الإداري نفسه مقيدا بميزانية وعدد معين من المهنيين لتسيير المستشفى ، لذلك يستعمل مناورات لإيجاد حلولاً للفراغ الذي يحدثه ذهاب الأشخاص سواء للتقاعد أم الاستقالات أو العطل المطولة سواء كانت مرضية أو للتكوين .. الخ يقوم بتغيير لأوقات العمل ليكسب عدداً من المهنيين ينصبهم في الأماكن الشاغرة ، فيحل بذلك مشكل و يوقع المهنيين في مشكل كثرة العمل والعمل دون راحة أسبوعية أو إيجاد لحلول مؤقتة لتعويض الأشخاص ، هذا ما يولد للمهنيين حالة قلق و ضغط يجعلهم هم كذلك يستعملون مناورات للضغط على الإدارة لزيادة العدد ، وذلك عن طريق الغياب مع تقديم لشهادات مرضية وتكون مطولة و قد يأتون بها حتى من أطباء الأمراض العقلية مع تقديمهم لوصفات طبية لأخذهم لأدوية لا يمكنهم أن يباشروا عملاً بعد تناولهم لها أو الغياب المتكرر و الغير مبرر و أيضاً التأخر وذلك لتعجيزهم للمسير هذا من جهة، و من جهة أخرى خفض في كمية المواد أو نوعيتها للتحكم في النفقات يجعل المسير يقدم مواد ذات نوعية رديئة تكون أقل تكلفة ولكنها أصبحت كعامل لزيادة النفقات لأنها تتلف أو تستعمل الكثير منها لعدم جودتها فتشكل عاملاً للتبذير ،

فالموارد المادية والموارد البشرية يعتبران عاملان أساسيان لمسير التنظيم و نقصيهما يؤدي إلى خلل وظيفي و يعيق التنظيم عن أداء وظيفته و تحقيق أهدافه و هذا ما يظهر من خلال ما يخلفه من تأثير على المردود العلاجي و الصراعات المتكررة بين أعضاء المصالح الطبية و حتى مع الإدارة و أيضاً التعب و الإجهاد و عدم الرضا عن الظروف ، فالمسير يحاول أن ينقص (Rationner) من أجل تحقيق عقلانية اقتصادية économique

Rationalité لكن هذه العقلانية تتناقض و العقلانية الطبية التي تحتاج إلى هذين العاملين الضروريين لسير التنظيم .

وبالرغم من هذا كله توجد فئة كبيرة من المهنيين لا يريدون تغيير سواء مهنتهم أو مصلحتهم أو المؤسسة التي يعملون بها حتى ولو كان هناك تحسين للجانب المادي بل يبحثون عن مكان عمل مريح و ظروف حسنة فالبعض يتقبل الوضعية و البعض الآخر يبحث عن تحسين للأوضاع.

فتمسك الأشخاص لمهنتهم و لمصلحتهم و أيضا لمؤسستهم يعد اندماجا وإشراكا في العمل وفي المؤسسة لأنهم يؤدون عملا يحبونه و يحققون من خلاله لذاتهم وذلك لإيمانهم بالقيام لعمل ذو قيمة ولا يمكن لأي شخص لا يحمل مؤهلاتهم تنفيذ ذلك،و أيضا تشكل المؤسسة الإستشفائية منزله الثاني و خاصة لكونها لديها خصوصيات المنزل لذلك نجد بعض الأشخاص يمكنون كثيرا في المستشفى.

الفصل السادس

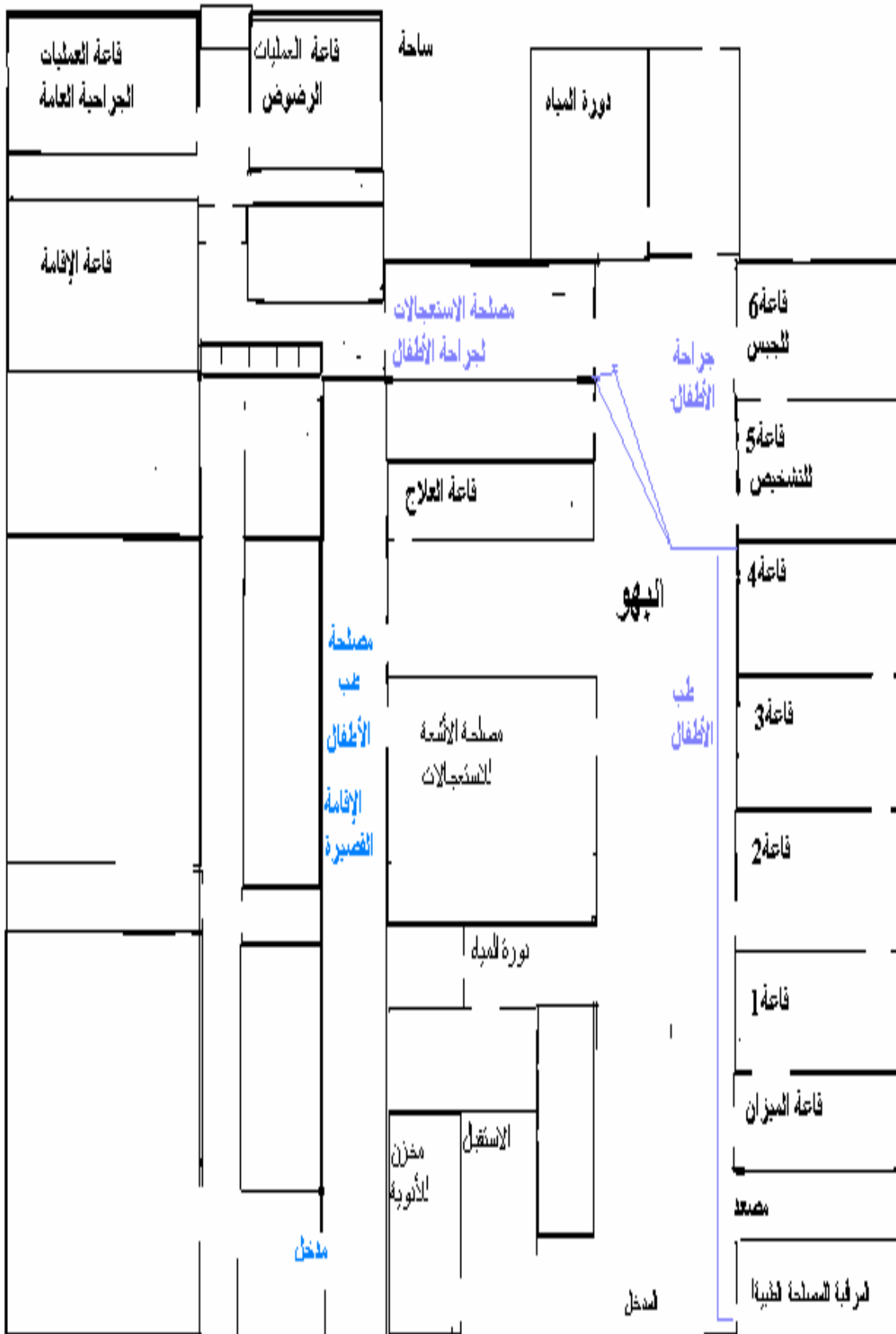
دراسة حالة استعجالات جراحة الأطفال

وصف عام لمصلحة الاستعجالات

تم فتح هذه المصلحة في شهر نوفمبر من سنة 1995 و هي عبارة عن وحدة صغيرة للمعالجة في إطار الاستعجال للأطفال الذين يحتاجون إلى معالجة عن طريق الجراحة وفي وقت ضيق ومراقبة لتطور حالاتهم ، وهي وحدة من وحدات مصلحة جراحة الأطفال و يتم تسييرها من طرف الأستاذ رئيس هذه المصلحة ، و هي منفصلة عنها من حيث الموقع ، بحيث تتواجد في مبنى مشترك مع مصلحة استعجالات طب الأطفال ، و تشغل مكان صغير في مؤخرة الطابق الأول للمبنى، بحيث نجد عند مدخل البهو الذي يمثل قاعة كبيرة للانتظار على الجهة اليمنى مكتب للمراقبة العامة لطب الأطفال ثم un escalier مصعد للصعود إلى الطابق الثاني(المتكون من وحدة الإنعاش و مكاتب و غرف المناوبة للأطباء) ثم نجد قاعة صغيرة لميزان الأطفال و أربعة قاعات للتشخيص و من الجهة اليسرى نجد الاستعلامات عند المدخل ثم يليه دورة المياه ،ثم قاعة الأشعة، ثم مدخل لوحدة الاستشفاء اليومي ثم قاعة العلاج و أخرى للصور الإيكو قرافية Echographie pédiatrique كل ذلك لمصلحة طب الأطفال و في المؤخرة للمبنى توجد وحدة الاستعجالات الجراحة التي تتكون من قاعتين على اليمين إحداهما للتشخيص و الثانية لوضع الجبس ، و نجد أمام قاعات التشخيص كراسي للانتظار و على الجهة اليسرى مدخل للوحدة الذي يبدأ من الرواق التي تقام فيه العلاجات الأولية و الخياطة والتكفل الفوري بالاستعجالات الناتجة عن حوادث منزلية أو للطرق ثم يليه على الجهة اليسرى قاعة تحوي على أربعة أسرة للاستشفاء قبل و بعد الجراحة و تمثل في نفس الوقت قاعة للتكفل بالمرضى الذين أجروا عملية جراحية أو للمراقبة للحالات الاستعجالية لأخذ قرار الجراحة أم الامتناع عنها ، و على الجهة اليمنى قاعة لتحضير العلاج و تطهيرها و في نفس الوقت تمثل مكتب للمراقبة و للممرضات ،و أيضا لكتابة و تتبع الملف الطبي

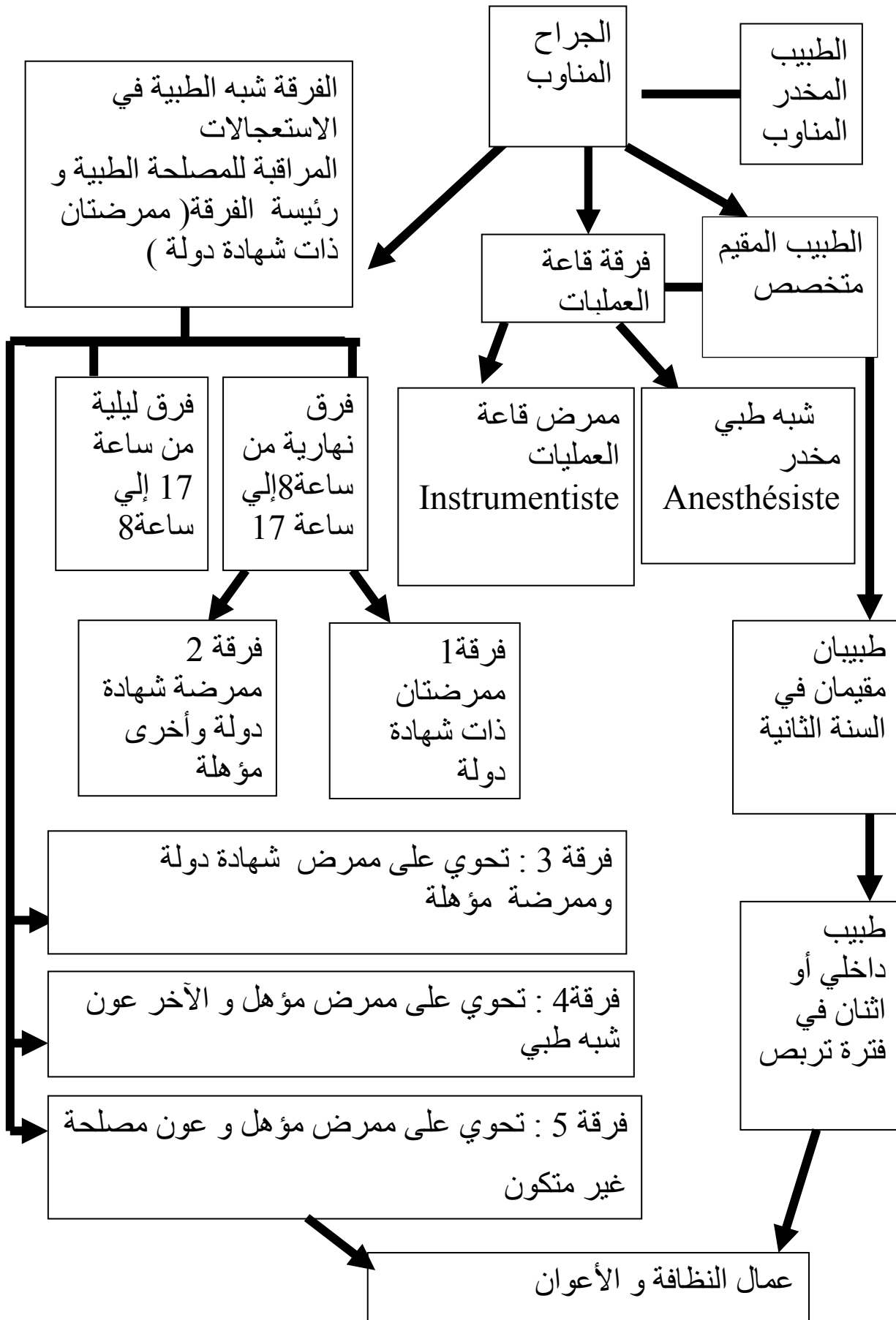
للمرضى الذين تم استشفائهم في الوحدة أو كتابة بروتوكول الجراحة لكل العمليات في الاستعجال و تنتهي الوحدة بقاعة العمليات التي تتكون من قاعتين أحدهما للجراحة العامة و الثانية لجراحة العظام و تستعمل أيضا كقاعة للحالات الغير نظيفة (comme une salle septique) ، و توجد قاعة تخزين الأدوية و العتاد لتموين المصلحة بذلك و أيضا مكان مخصص لمطهر المواد الجراحية كالضمادات الجراحية و بعض العتاد و (Linges opératoires: champs et camisoles) .

مخطط رقم 18 يبين مصلحة الاستعجالات لطب و جراحة الأطفال



تسير الوحدة وفق نظام المناوبة الذي يضمن التكفل بالحالات الاستعجالية لمدة 24 / 24 ساعة دون انقطاع ، يكون المسؤول الرئيسي هو الأستاذ رئيس المصلحة الذي يسيّر ها ، عن بعد بالرغم من قربها بكل ما يجرى فيها خلال تقرير المناوبة كل صباح، ماعدا نهاية الأسبوع ،بينما يكون جراح المناوبة هو المسؤول في هذه الفترة (أي المناوبة) و ما يحدث فيها ، حيث يكون تغيير يومي للجراحين ،ويكون عدد المناوبات حسب عددهم أي مناوبة لكل 7 أو 8 أو 9 أيام، فتتشكل فرقة المداومة من الجراح (طبيب متخصص مساعد أو أستاذ مساعد) و الأطباء المقيمين واحد منهم متخصص و واحد أو اثنان من جذع مشترك للجراحة و اثنان من طلبة متربصين الداخليين و يحظر يوميا المتربصين الخارجيين ، و في كل مناوبة يكون مساعد طبي في التخدير و يكون طبيب مخدر على مستوى كل المستشفى يحضر لمصلحة جراحة الأطفال إذا ما استدعى الأمر و ذلك عند حدوث أي طارئ أو حالة مستعجلة جدا ، و يعمل ممرض قاعة العمليات (L'instrumentiste) و هذه المهمة L'instrumentation تستدعي تكوين متخصص لشبه الطبيين كما هو الحال في الكثير من بلدان العالم و حتى بالنسبة للمستشفى العسكري الجزائري ولكن لا نجده في مستشفى بارني و يقوم بهذه المهمة شبه طبيين في العلاج العام وأحيانا يقوم به أشخاصا غير متكونين أصلا ،بسبب النقص لعدد شبه الطبيين بحيث يناوب في مصلحة الاستعجال شبه طبيان متكونين و عونين إحداهما ذو نظام دائم و الآخر نظام مؤقت و يقومون بالمناوبة لكل أربعة أيام أي 24 ساعة كاملة ثم استرجاع Récupération لمدة ثلاث أيام ، و يداوم في الاستعجال أيضا فريق شبه طبي علاج عام (كلهم متكونين ما عدا واحد منهم) و ذوا مراتب مختلفة، وفق نظام وقتي يعمل يتناوب لأربعة ممرضين في الفترة الصباحية يعمل اثنان لكل يومين بالتناوب أي فريق équipe من ممرضين يعمل لمدة يومين من الساعة الثامنة إلى الخامسة والفريق الثاني من ممرضين يستفيد من

يومين راحة ثم يكون تناوب (وثلاث فرق ليلية Trois équipes تعمل بالتناوب أي يعمل فريق من ممرضين من الساعة الخامسة إلى غاية الثامنة صباحا و يستفيد من يومين راحة ، و خلال هذين اليومين يعمل الفريقين المتبقين مع استفادتهما أيضا بيومين راحة بالتناوب و هكذا تكون المداومة لمدة 24/24 ساعة محققة .و أيضا بالنسبة للأعوان في النظافة تداوم اثنتان من المؤقتين، في النهار نظام من الثامنة إلى الواحدة و الثانية من الواحدة إلى الخامسة واثنتان في الليل من الساعة السابعة ليلا إلى السابعة نهارا ،و أيضا الأعوان المكلفون بالأفرشة و linge opératoire و بالغسل للقفاذات لإعادة تطهيرها و استعمالها و هما اثنتان كل منهما تقوم بمهمة محددة ، و هناك عون لإدخال المرضى واحد فقط في النهار نظام مؤقت من الساعة الثامنة إلى الثانية زوالا مع راحة ليومين الخميس و الجمعة فقط والفرق الليلية تفتقر لذلك يجد المهنيين أنفسهم معرضين إلى تعدي سواء جسدي أو لفظي من طرف المرضى هذا ما جعلهم يعيشون في ظروف غير آمنة، و من خلال هذا المخطط نبين نظام الاستعجالات أثناء المناوبة كما يلي :



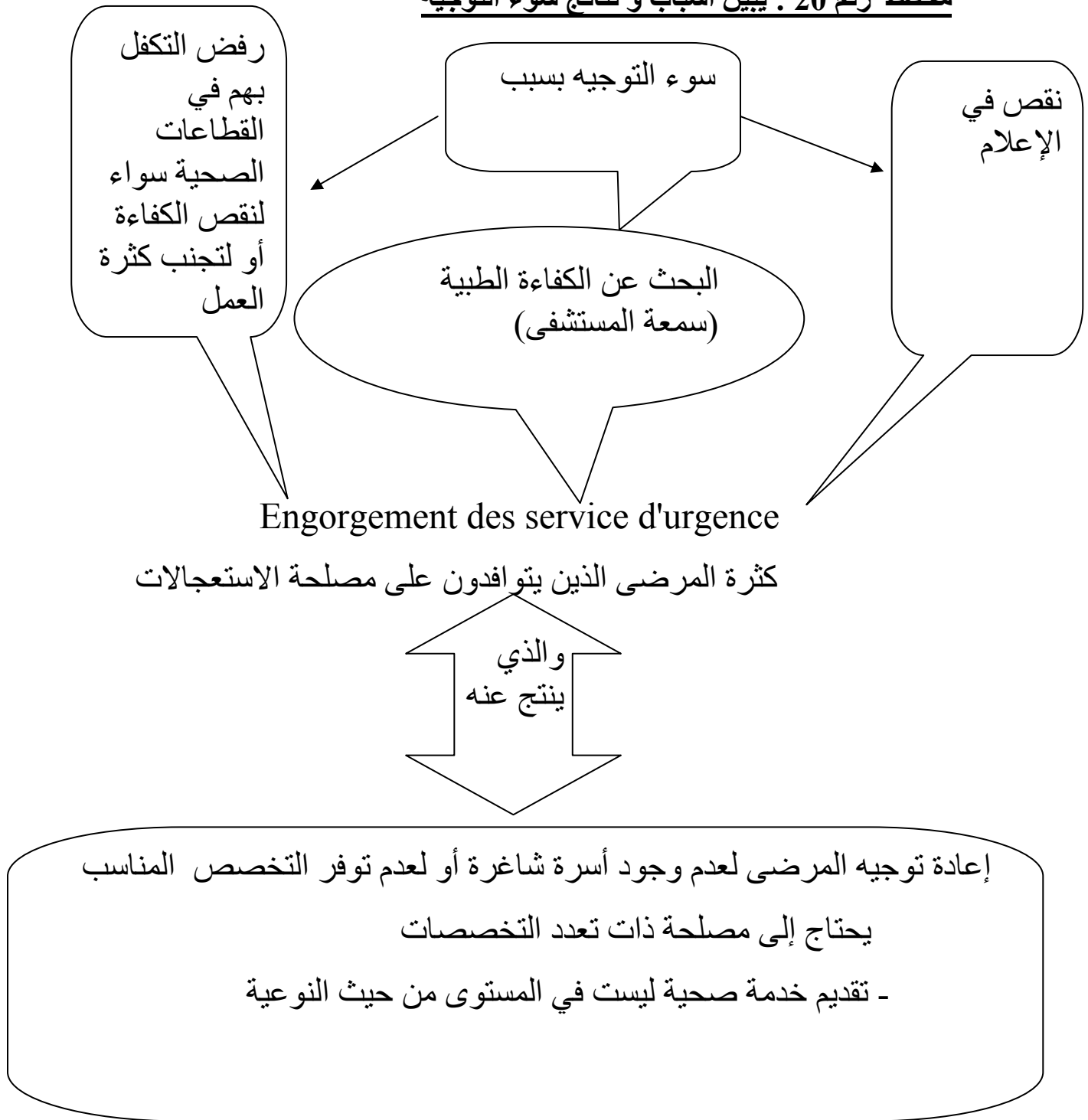
ونعني بالفاعلين الطبيين و شبه الطبيين و الأعوان داخل المصلحة ،و أيضا المرضى الذين يأتون للعلاج في حالة استعجال، بحيث أن الكثير من الحالات ليست مستعجلة، بل تدخل أحيانا في إطار تشخيص عام ،بسبب تفضيلهم للمستشفى بحثا عن الكفاءات العالية التي قد لا يجدونها في القطاعات الصحية و لا يتقون كثيرا في قدراتها،و أيضا لكون معظم أطباء هذه القطاعات ، ليسوا متخصصين فوعيمهم بأهمية التخصص يجعلهم يتوجهون للمستشفى الجامعي أو المتخصص دون المرور عليها و لا تتبع هرمية العلاج التي تبدأ من التشخيص العام في القطاعات الصحية الفرعية ثم يكون التوجيه إلى المؤسسة المتخصصة أو المصلحة المتخصصة في المركز الجامعي، وقد يتوجهون إليه في بعض الأحيان بسبب سوء التوجيه سواء من القطاع الصحي لنقص في المعرفة الطبية ،بحيث تفوق الحالة المرضية قدرات الطبيب فيها بالرغم من كون الكثير من الحالات لا تستدعي اللجوء إلى مستشفى جامعي و أحيانا لنقص الإعلام أو المعرفة بالتخصصات من طرف أشخاص يقومون بتوجيه المرضى من غير معرفة أو علم بالتخصص الذي يناسب الحالة ، هذا ما يخلق مشاكل مع المصلحة عند إعادة توجيهه إلى المصلحة المتخصصة على سبيل المثال الحالات التي تصيب الرأس تدخل في تخصص جراحة الأعصاب ،و لما تتلقى هذه المصالح مثلا عند الاستعجالات الجراحية في مستشفى خاص بالكبار فإنه عوض أن يبعث بالمريض إلى مستشفى متخصص في جراحة الأعصاب، يبعث لاستعجالات جراحة الأطفال لكونه طفل وهذا ما يتسبب من جهة بالتأخير عن تقديم الإسعافات الأولية خاصة إذا كانت الحالة خطيرة ، ومن جهة أخرى يدخلهم ذلك في مشاكل مع أهل المريض ،و في بعض الأحيان حتى مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية SAMU تقوم بذلك ،هذا إن دل على شيء فإنه يدل على عدم قدرة هؤلاء تسيير الحالات الاستعجالية و فرزها عن الحالات العادية التي لا تستدعي الذهاب للمستشفى

الجامعي ، بل يمكن القيام بها كالخياطة السطحية و التضميد ، فقد يقوم المستشفى بمهام القطاع الصحي إضافة إلى مهامه، بالرغم من وجود تقسيم للمهام بين القطاع الصحي و المؤسسة المتخصصة و المركز الجامعي الذي تدل تسميته على مهام إضافية عن مهام المؤسسات الثابنتين يقوم بها وهي التكوين و البحث العلمي لأنها تقوم بمهام الجامعة، وأحيانا يستعمل المريض أو عائلات المرضى مناورات للعلاج بمصلحة استعجالات جراحة الأطفال لنفيسة حمود نظرا لسمعة المصلحة لأن المرضى يدركون أنهم سيتم تقديم لهم العلاج المناسب و لا يبعث بهم إلى مستشفيات أخرى إلا إذا استدعى الأمر كنقص الأماكن (أسرة) و حتى و إن فعلوا ذلك ففي معظم الأحيان يرجعون دون التكفل بهم بحيث تقدم منهم نفس الأسباب أو الأعذار أو لنقص للعتاد ما أو حتى يتسببون بغياب المخدر أو ممرض قاعة العمليات Instrumentiste الذي يعتبر سببا غير كافيا و غير مقنعا و تفاديا لتكرار ذلك، يوضع المريض فوق الكرسي أحيانا في انتظار إخراج مريض آخر تكون حالته في تحسن بالرغم من أنه لم يحين وقت خروجه، فالمناورات التي يقوم بها المرضى تظهر عند تضخيمهم للحالات التي يأتون بها في هلع و خوف و أحيانا يصرخون ويحاولون أن يسبقوا المرضى الذين كانوا قبلهم و حين تشخص الحالات، أحيانا لا تستدعي حتى تدخل الطبيب المتخصص ،وحتى محاولة إقناعهم ببساطة حالتهم ، تجعلهم يحاولون طرق أخرى تتمثل في الشتم بشتى الطرق ، و قد تجد حالات تكون فعلا مستعجلة تنتظر دورها بشكل عادي ، و هناك حالات تخفي سن المريض و تدّعي سنا ليتمكن من التشخيص في مصلحة الأطفال لأنه سن المرضى محدد لمالا يفوق الخامسة عشر و أربعة أشهر لأن الحالات التي تفوق ذلك تعالج كما يعالج الكبار ، و بما أنهم يدركون ذلك فينقصون من عمر المريض إذا ما تجاوز السن المحدودة ، و لكن عند استشفاء المريض يعرف أحيانا السن الحقيقي وفي بعض الأحيان يخفون ذلك حتى على مكتب القبول لأنه لا يطلب منهم الدفتر

العائلي بل يكتفي بالمطالبة ببطاقة التعريف للمرافق (الأب في معظم الأوقات)، و

نشير في المخطط التالي أسباب ونتائج لسوء توجيه المرضى :

مخطط رقم 20 : يبين أسباب و نتائج سوء التوجيه



في المقابل يستعمل الفاعلين الطبيين و شبه الطبيين مناوورتهم لتسيير المناوبة
فلكل جراح طريقته و يشتركون في بعض الأمور ،
بحيث إذا ما لاحظنا فترة فتح المصلحة فإن معظم الجراحون (والذي كان عددهم
يتراوح بين 5 و 6 جراحون و الآن أصبح 9 -أي في فترة الدراسة الميدانية-
من بينهم 3 أساتذة مساعدين) ،يتواجدون كثيرا في مصلحة الاستعجالات بسبب
المناوبات و هم من يسيرها بجانب الأطباء المقيمين وبمكوئهم هناك توطدت علاقات
و أصبحت حميمة مع شبه الطبيين، تحولت في بعض الحالات إلى علاقات صداقة،
و يتعاملون في الكثير من الحالات، تعامل لا يستدعي الكتابة من طرف الأطباء بل
يكفي التحدث شفويا عن علاج المريض ،و يتم التشاور و المناقشة في كثير من
الأحيان على الحالات و تكون حتى على الطرق المختلفة للتكفل لكل في إطار
مهامه و تفوض الكثير من المهام و تترك المبادرة للشبه الطبيين و خاصة الذين
تعودوا التعامل معهم لأنهم على ثقة بقدراتهم و بالرغم من كثرة العمل آنذاك إلا أنه
يوجد تعاون و العمل بالفرقة ، و لكن بظهور نقص على مستوى الموارد البشرية و
المادية و بدخول جراحون آخرون ولد هذا النقص غياب لكثير من الممرضين
الذين يعانون مثلا من مرض ما أو تقديمهم لعطل مرضية و هذا أثناء المناوبة
لوضع الإدارة في إحراج تجعلها تبحث عن مهنيين يشغلون الفراغ و هذا الغياب
أثر على العلاقات بين الفرقة الطبية و شبه الطبية فالأطباء قد ألفوا الاتكال على
الممرضين مثلا في الكثير من الأمور كتحضير مواد العمل والقيام بالتكفل عند
الاستعجال لأنه يعرف كيف يتصرف في غيابه ويعتمدون عليهم في توجيه الطبيين
الداخليين أو الطبيين المقيمين في بداية مسارهم ، فبدأت تسوء العلاقات بسبب
غيابهم و كتابة التقارير من أجل ذلك و أصبحت تحدث الكثير من المشاكل داخل
المصلحة دون التمكن من حلها و خاصة فيما يخص تغيير لنظام الوقتي (الذي كان
يومي عمل ويومين راحة بحيث كان (3) ممرضين في كل فريق أصبح النظام
في كل أيام الأسبوع مع يوم راحة و ساعتين في يوم آخر و يتناوبون مع الفرق

الليلية أي من الساعة الثالثة إلى الثامنة) هذا يجعل الفرق الليلية تعمل أكثر من الوقت الضروري و تجد الفرق النهارية نفسها في حالة إرهاق لأنها تعمل في مصلحة تتميز بكثرة العمل و يوم راحة غير كافية لتستريح مما جعلهم يقومون بمناورات كعدم انتظار فرقة النهار للفرق الليلية لأنه قد تم الاتفاق مع مدير الموارد البشرية على ذلك ،بل يجب فقط الإعلان عند الخروج ،وبالرغم من كون ذلك غير قانوني فيجب أن تلتقي الفرقتين (النهارية و الليلية) ،بحيث لم يعمل حساب الحالات المستعجلة جدا و التي تأتي أثناء نهاية المناوبة الصباحية أو بين المناوبتين وخاصة لما يتعلق الأمر بحياة أشخاص وليس مصنعا أين يمكن ترك الأمور على حالها في الوقت المحدد للخروج و تقوم الفرق الليلية بالتأخير لأنها تقوم بساعات إضافية و تجبر الجراح على التحدث مع المدير المناوب الذي يوضع في معظم الأحيان في مشكل يصعب حله، لأنه لا يملك الحلول ،فقد جعلت كثرة المشاكل الجراحين يكرهون المناوبة ،لأنهم يرون أن معظم الأطباء في المستشفى ، أي في المصالح الأخرى يقضون الليل في منازلهم بالرغم من كونهم في المناوبة و هم أي الجراحون مجبرون على تسيير القلق الناتج عن الحالات الجراحية المستعجلة إضافة إلى مشاكل التسيير في المصلحة إضافة إلى كون الأستاذ رئيس المصلحة لا يبالى بالمشاكل ويتقبل كل اقتراحات الإدارة و قد يكتفي بعقاب المهنيين عن طريق الخصم من الرواتب الشهرية ،مما يتسبب في سوء العلاقات بين الطبيين و شبه الطبيين،فكثرة المشاكل جعلت بعض الجراحون يشتكون دائما عن النقائص سواء المادية منها أو البشرية ليعيق الإدارة ويشركها في المشاكل كرد فعل عن سكوت الأستاذ رئيس المصلحة، لأنهم هم من يقومون بالمناوبة حسب ما يتلفظون به أحيانا وليس هو، و ينسحب البعض الآخر من تسييرها لأنها تفوق قدراتهم، وقد تيقنوا أن دورهم يتمثل في تسيير الحالات المرضية و ليس المهنيين لأن ذلك يعد من مهام المراقب الطبي ، و بكثرة المشاكل التي أحدثها البعض و التي تتدخل دائما الإدارة لتحلها ،و لكن بدون حل جدي ،

و لما تفاقمت المشاكل تم اتفاق الأستاذ رئيس المصلحة مع مراقبة للمصلحة على تغيير في النظام الوقتي اختاره المهنيون أنفسهم والذي تم مع موافقة مدير الموارد البشرية و لكن بصفة غير رسمية أي لا يكتب في الحركة اليومية للمهنيين le mouvement، لأن هذا الأخير لا يريد الاعتراف أن يكون النظام الوقتي المفروض غير صالح لتسيير مصلحة الاستعجالات ، و بم أن النظام المعمول به حاليا اختاره المهنيون أنفسهم إذن يحاولون تسيير النقص فيما بينهم بحيث يقوم ثلاث فرق ليلية ثابتة و فرقتين نهاريتين في كل فرقة ممرضين (ممرضتين) و بذلك بدأت المشاكل التي كانت بسبب ذلك النقص تنمحي نوعا ما و بدأت العلاقات في تحسن من جديد و لكن مع التعامل الرسمي الشديد بحيث يكتب كل علاج و كل فرد يقوم بعمله و يرفض شبه الطبيين في معظم الحالات القيام بالمهام الطبية أو الجراحية كالخياطة مثلا ، و هذا ليضمنوا لأنفسهم الحماية و لكن يحاولون العمل بالفرقة أي مع الفريق الطبي و المهنيين الآخرين و هكذا تسيير المصلحة و لكن ليس بدون مشاكل و إنما يحاول كل بقدر الإمكان تجاوزها ،وما يسهل ذلك هي العلاقات التي تربط الممرضين و الأطباء المقيمين لأنهم مجبرون على العمل مع بعضهم البعض و في كل الأحوال كل منهم يحتاج إلى الآخر، فالطبيب المقيم يحتاج للممرضين أن يعملوا معه بنفس الوتيرة لكي لا يتراكم عدد المرضى و أيضا في تسهيلهم لظروف العمل و تهيئة المواد و الوسائل للعمل ، باستعمالهم لعلاقاتهم مع المصالح الأخرى لإحضار ذلك في حالة النقص، و أيضا في الحالات الاستعجالية يبدون آرائهم ويقدمون النصائح و يساعد ذلك المقيمين الجدد خاصة لنقصهم للتجربة، ونجد هم أحيانا يبادرون لمعالجة المريض دون أن يتعدى المهام الموكلة إليهم ، ويساعد في المقابل الطبيب المقيم الممرض في عدم الضغط عليه ويسير العلاج حسب الأولويات، وأيضا يتكفل بالمرضى الذين يحضرونه أي تبادل المصالح خاصة الغير رسمية منها ،فالعلاقات تكون رسمية جدا أحيانا لنقص الثقة المتبادلة و تكون العلاقات غير رسمية لتحقيق المصلحة الشخصية و المتبادلة، لذلك

تكون مع بعض الأشخاص رسمية للحماية و غير رسمية مع آخرون لما تكون العلاقات وطيدة إلى درجة الصداقة ،أما العلاقات بين الجراحون و المقيمين فهي علاقة هرمية محضة يقوم من خلالها المقيم بكل المهام و يأخذ برأي الجراح في كل الحالات التي تحتاج إلى التدخل الجراحي و تفوض كثيرا مهام الجراحة في الاستعجال للمقيمين المتخصصين لأنهم في طور التنشئة الطبية و التدريب على الجراحة في تخصص جراحة الأطفال ، فنسبة كبيرة من العمليات الجراحية هم من يقوم بها ، أحيانا بحضور الجراح و أحيانا أخرى دون حضوره لما يعرف هذا الأخير أن لذلك الشخص قدرات كبيرة وكفاءة ، لذلك يختار الأطباء المقيمين مستشفى بارني للتخصص لأنهم تترك لهم مجال لممارسة الجراحة و التعلم و يعطيهم ثقة أكبر للتدخل و للممارسة .

أما الأطباء الداخليين فهم في طور التربص ومعارفهم في مجال الجراحة محدود جدا و لذلك يكتفون بالتشخيص و القيام بالمهام السهلة كالخياطة السطحية و الجبس لحالات الكسر (العظام) ويكونون في معظم الحالات وتحت إشراف المقيمين الذين يتتبعون لكل الحالات ،أما فيما يخص الاستعجالات الكبيرة الناتجة عن حوادث المرور فتدخلهم تقريبا منعما و لضرورة التدخل السريع فإنه يكون خاصة للمرضى مع الأطباء سواء المقيمين أو المتخصصين ولامتلكهم لمعرفة نظرية وتطبيقية،و للتجربة، و يقتصر عمل الداخليين في هذه الحالات على اصطحاب المرضى في سيارة الإسعاف إلى مستشفيات أخرى قصد التحويل لمصلحة متخصصة أو لغرض تشخيصي كالسكانير أو الايكوغرافيا، أما العلاقات التي تربط المتربصين الداخليين مع المرضى فهي علاقات عمل وتبادل أحيانا تكون وطيدة ويأخذ بآراء المرضى في كيفية العمل أو التصرف في غياب المقيم أو لما يتعذر على المقيمين أنفسهم القيام بذلك .

فقد يكون العمل مع المرضى وفق مسار يتخذونه ابتداء من قاعة التشخيص،

وذلك من طرف المتربصين الداخليين و المقيمين ثم بعد ذلك يقوم بالتشخيص شبه الإكلينيكي كالأشعة أو الايكو قرافيا و تحاليل الدم إن استلزم الأمر، فيوضع التشخيص و أحيانا يوضع تحت المراقبة ويأخذ برأي المقيم المتخصص ثم برأي الجراح وهذا الأخير هو من يقرر الجراحة أم لا ،

مخطط رقم 21 : يبين المسار الذي يتخذه المريض في مصلحة استعجالات جراحة الأطفال



ثم يحول المريض لمصلحة جراحة الأطفال إذا كانت أماكن أو يخرج بعد أربعة أيام أو خمسة حسب تطور حالته الصحية، أو بسبب عدم وجود للأماكن في المصلحة الأم (جراحة الأطفال) يرجع إلى الاستشفاء الذي يكون عن طريق التشخيص الخارجي للمرضى الذين لديهم موعد الجراحة، عند الملاحظة الدقيقة وخاصة بالمشاركة لكل مراحل المسار الذي يتخذه المريض كفاعل من الفاعلين فيها ، يتبين لنا الخلل الوظيفي على كل مستوياته بحيث :

لا يتلقى المريض منذ دخوله استقبالا من طرف أشخاص ذوي كفاءة وفي الغالب يبحث عن القاعة التي يجب أن يفحص فيها ،فيدخل أحيانا إلى أي كانت ، فيوجه من خلالها إلى القاعة رقم 5 و أحيانا أخرى يكون ذلك من طرف الناس المتعودين التردد على المصلحة أو من الأعوان الذين يعملون في مصلحة طب الأطفال ، فعند وصوله إلى المصلحة لا يجد بها أعوان لتنظيم الدخول فكل مريض يحاول أن يدخل هو الأول ويرى أن حالته هي الأكثر استعجالا ، فتعم الفوضى التي يتسبب فيها هؤلاء وفي كثير من الحالات ، يضطر الطبيب أن يطلب منهم الانتظام حسب أولويتهم في الحضور، و بالتالي يمكن أن يتغاضى عن استعجال له الحق في الأسبقية حتى و لو لم يحضر هو الأول ، و عند فحص الحالات و خاصة تلك التي تحتاج إلى استشفاء فإنها توضع تحت المراقبة ،

وهي تشخص من طرف الأطباء الداخليين ثم المقيمين في الجذع المشترك ثم يستدعي المقيمين المتخصصين لفحصه إكلينيكيًا للتأكد من الحالة ، فتطلب منهم الفحوصات شبه الإكلينيكية (الدم والأشعة) ؛

فيكون الخلل على هذا المستوى من خلال غياب لوحدة المخبر في المبنى خاص للاستعجال وغياب عون Le convoyeur الذي يتكفل بمهمة حمل العينات للمخبر المركزي ، يؤدي ذلك إلى طلب المهنيين من الأولياء أخذ العينات للمخبر يجعل البعض منهم لا يتقبل ذلك و هذا من حقهم فأخذ العينات من طرف الأولياء، يشكل خلافا وانحرافا عن ما يجب أن يكون و يشكل عبئا على المهنيين الذين هم

ملزمون بتقديم شرحا للطريق المؤدي للمخبر و إقناعهم لأخذها فهناك من يفهم ولكن في كثيرا منهم يجب الإعادة لهم عدة مرات ، فالمهنيين مضطرين لذلك من أجل حالة الاستعجال و ليست لديهم حلولاً أخرى لأنهم لو تواجد مخبر في المبنى لوضعوها مباشرة دون عناء ،

و هناك خلا في مصلحة الأشعة لما لا تعمل الوحدة الموجودة بالاستعجال ، فيطلب من الأشخاص القيام بها في مصلحة الأشعة المركزية التي تستدعي التنقل للأشخاص ، فيحمل المرضى في وضعية يرثى لها خاصة إذا كانت حالات فيها عدة كسور ، ويكون النقل لهم في فصل الشتاء تحت تساقط المطر ، و بالرغم من وجود une note de service تحث المهنيين بمصلحة الأشعة التنقل لوحدة الاستعجالات للقيام بالأشعة بها في حالة عدم قدرة المريض للتنقل، و في حالة الاكوقرافيا فقد تم الاتفاق مع أطباء الأشعة للمناوبة إلى غاية الساعة الرابعة مساءً لأن المستشفيات التي يبعث إليها المرضى أصبحت ترفض القيام بذلك ، و لكن في هذه الحالات ، يجب انتظار سيارة الإسعاف لوقت كبير للتنقل إلى المستشفيات الأخرى (مصطفى باشا أو سليم زميرلي ..)، هذا بالنسبة للفحوصات. و لكن بعد إجراء العملية الجراحية يجب نقل المريض إلى وحدة ما بعد الجراحة لتحرير الأماكن في الاستعجال libérer les places ، و لكن ظروف نقل المرضى ليست مريحة سواء من خلال وسائل النقل المستعملة أو الطريق الذي يسلكه المريض و على مرأى كل الناس الحاضرين للعلاج و هذا لبعد المصلحة عن مصلحة الاستعجال .

فالخلل الوظيفي نجده تقريبا على كل المستويات أثناء الاستشفاء و هذا الخل لا يتسبب فيه المهنيين ، لأنهم يرفضون هذا الوضع الذي أجبروا على مواجهته يوميا دون التمكن من حله ، بل سببه طريقة تنظيم مصلحة الاستعجالات التي لم يخطط له، بل فتحت مصلحة الاستعجالات لجراحة الأطفال دون أي دراسة مسبقة، و خاصة لما تعلق الأمر باستعجال يخص عدة تخصصات يحتاج لمصلحة متعددة

التخصصات service pluridisciplinaire ويتم التكفل به على مستواها و ليس على مستوى مصلحة في مستشفى ثم يبعث بالمريض إلى مستشفى آخر، نجد فيه التخصص الذي يتوافق و حالة المريض مثلا un poly traumatisé وهي حالة يتسبب فيها حادث سواء كان حادث مرور أو منزلي أو كارثة طبيعية بحيث يصاب المريض بنزيف دموي داخلي في البطن (إصابة احد الأعضاء البطن (traumatisme abdominale) وإصابة في الرأس (traumatisme crânien) و أحيانا كسور مختلفة في أعضاء الهيكل العظمي و تضع إحدى هذه الإصابات حياة الشخص في خطر. إذن هذه الحالة تعالج في مصلحتين ذات تخصصين مختلفين و في كلتا التخصصين هو استعجال حياتي urgence vitale بحيث يتكفل بالاستعجال الخاص بالنزيف البطن لأن الأسبقية له urgence abdominale تسبق الحالات الأخرى و يوضع له الجبس في حالات الكسر لأنها ليست استعجال حياتي بل وظيفي، ثم يبعث بالمريض إلى مصلحة جراحة الأعصاب أين تعالج إصابة الرأس ولكن يطرح المشكل لما يخدر المريض يجب متابعة حالته إلى غاية استيقاظه و عدم تخديره للمرة الثانية في نفس اليوم وتحتاج الحالة لتكفل في مصلحة متعددة التخصصات و في قاعة العمليات واحدة بها جراحون من عدة تخصصات، لكن كل ذلك لا يوجد في المستشفى.

فيضع هذا الأخير في خلل وظيفي دائم و هذا ليس من مسؤولية المدير بل للوزارة الوصية، و يجب ذكر خلافا آخر يتعلق بعدم قبول لكل المستشفيات لحالات الميئوس من شفائها ومثالا على ذلك، حالة رفضت بسبب وصولها لمرحلة ميئوس منها بحيث تم التكفل بالاستعجال المتعلق بالبطن لديها و لم يتم نقل المريضة لمصلحة جراحة الأعصاب في الوقت المناسب لأنها جاءت من ولاية أخرى و أضاعت وقت كبير في الطريق و لم تنقل إلى مصلحة متعددة التخصصات كونها طفلة وبعد أن حدث لها موت للدماغ (Mort cérébrale) رفضت الحالة لعدم وجود مصلحة للتكفل بمثل هذه الحالات ، لأنها تمثل عبئا كبيرا عليها (أي

على المصالح) و اضطرت مصلحة استعجالات الأطفال التكفل بها وانتظار وفاتها و في المقابل رفضت كل حالات الاستعجال لأن أجهزة قاعة العمليات مستعملة لتلك المريضة بحيث وضعت تحت جهاز التنفس الاصطناعي و تحتاج إلى الكثير من الرعاية ويعتبر هذا النوع من المرضى ثقيل malade lourd و لا يوجد مصلحة متخصصة تتكفل بالحالات الميئوس منها (accompagnement)، فالتكفل بهذه الحالة في مصلحة جراحة الأطفال معناه، الامتناع عن تقديم عدة خدمات علاجية (العمليات الجراحية المستعجلة) لعدم توفر مكان لإجراء العمليات و هذا يمثل خلا وظيفيا كبيرا لأنه أعاق المصلحة بل المستشفى من القيام بإحدى وظائفه .

تعتبر وحدة استعجالات جراحة الأطفال نسقا فرعيا من نسق المصلحة جراحة الأطفال و متفتحة مع وحدات مصلحة طب الأطفال وذلك ليس بطريقة رسمية بل غير رسمية، كالتعامل بين شبه الطبيين للمصلحتين إذا لم يستطع أحدهم القيام بمهمة ما، وأيضا بالنسبة للأطباء في طب الأطفال هم من يقوم بتحديد كميات اللازمة التي يجب إعطاؤها للمريض من مصل (une ration de base) (serum et electrolytes) بالرغم من كون هناك طبيب متخصص في الإنعاش و التخدير مداوم في المستشفى، هو من يجب أن يضع ذلك إلا أنه ولقرب المسافة مع أطباء مصلحة طب الأطفال، فمن السهل الاعتماد عليهم بما أنهم لديهم مؤهلات في ذلك على عكس الجراحون فاهتمامهم يقتصر على الجراحة فقط و لا يريدون القيام بمهام الآخرين أي مهام الطبيب المخدر، فالعلاقات بينهما ليست دائما جيدة كل واحد يريد فرض قدرته على الآخر من خلال تحكمه في منطقة شك معينة، الطبيب المخدر يعمل على مستوى كل المستشفى أي في عدة مصالح خاصة الجراحية منها، أي يمكن أن ينشغل في استعجال ما و يختار إذا ما يقوم أم لا بالعملية الجراحية، بحيث يشترط وجود حالات استعجالية كبيرة ليتدخل هو و لا يريد الجراح ترك العمليات للغد و بذلك يشترط على المخدر إن رفض تخدير

المريض لأن يدوّن ذلك (أي أنه لا يمكنه القيام بالعملية) و ذلك لتحديد المسؤوليات ،و هذا يجبره على الرضوخ و القيام بالمهمة،لكي لا يتحمل النتائج إذا حدث طارئ أو مضاعفات للمريض ،و في بعض الأحيان تفوّض المهام إلى المساعد الطبي في التخدير،إذا كان المريض ليس رضيعا أو لا يعاني من مشكل ما ، لأن مهمة التخدير صعبة من حيث النتائج التي يمكن أن تحدث إذا كان للشخص حساسية، و لا يريد تحمل عواقب ذلك ، إذن القدرة أثناء المناوبة يكتسبها الجراح و ليس الطبيب المخدر لأنه يستولي على منطقة شك مهمة و هي الحالة الاستعجالية التي من الممكن أن تحدث تطورات وخيمة،إن لم يتم التكفل بها في الوقت المناسب ،و بما أن تقرير المناوبة يقام يوميا لعرض الحالات فإن الأستاذ رئيس المصلحة يكون على علم بذلك و يمكنه أن يكتب تقرير يمكن أن تكون نتائجه سيئة ويمكن أن يعاقب على ذلك،فالأستاذ رئيس المصلحة هو من يقوم بعنصر الضبط و الانضباط بممارسته لسلطته الشرعية المخولة له من خلال منصبه ومرتبته. يكون العمل منظما تلقائيا بحيث يعرف كل شخص مهامه الرسمية الجراح و الفرقة الجراحية تقوم بالعمليات الجراحية و المخدر يقوم بمهام التخدير ومراقبة المريض حتى الاستيقاظ،و يقوم الممرض بعدة مهام منها تحاليل الدم و الحقن و التضميد و المراقبة الدقيقة لأن من خلال هذا العنصر المهم في مهامه يمكن أن يتفطن إلى الحالات المتضررة والمضاعفات التي تحدث كال choc septique ، و يمكن ملاحظة ذلك من خلال الأعراض الظاهرة والتي تبدو على الوجه لأنه تظهر علامات عليه faciès toxique و درجة حرارة الجسم مرتفعة و ظهور برودة في اليدين و الرجلين .. الخ هذه الملامح يمكن أن يتفطن إليها الممرض و يعلم الجراح لاتخاذ التدابير اللازمة و هنا تظهر أهمية عمل الممرض في العلاج، و أيضا حين تأتي الحالات المستعجلة جدا فبفعل تجربته و معرفته الخاصة بالحالات المستعجلة ،يساعد المقيمين للتكفل بها، و لذلك نراهم يعتمدون في كثير من الأحيان على آرائهم، هذا ما يولد نوعا من التفاهم بينهم

une certaine complicité و خاصة في ظل غياب معظم الجراحون من جنس الذكور أثناء المناوبة ،مع تركهم لرقم هواتفهم إذا كانت حالات تفوق قدرة المقيمين المتخصصين،أما الجراحات فهن يمكنن أثناء المناوبة كلها لأنهن لا تستطعن الذهاب والإياب ليلا.

فمهما كانت المشاكل اليومية والضغطات الناتجة سواء من المرضى أو من المهنيين أنفسهم أو من خلال النقائص التي تعيشها المصلحة من مهنيين شبه طبيين وموارد مادية من عتاد طبي و جراحي إلا أن المصلحة تسير و تقام كل الاستعجالات ويحاول الفريق الطبي و شبه الطبي حل ذلك وليس بدون انعكاسات بل يكون هناك تأثير على العلاقات وعلى نوعية الخدمة المقدمة،و الدليل على ذلك وجود أشخاص بدون مؤهلات يقومون بمهام تفرض تأهيلا معيننا و مستوى دراسي معين و إعطاء الفرصة لهؤلاء يسيء إلى سمعة الممرضين ذوي شهادات لذلك يرون ذلك إحاقا لهم و لمهنتهم بالرغم من أنها تعطي لغير المؤهلين مكانة ويعتبرونها ترقية اجتماعية.

إن الضغطات التي يعيشها شبه الطبيين تجعلهم في كثير من الأحيان ينطوون داخل السلك الذي ينتمون إليه وهم باستمرار يبحثون عن هويتهم المهنية لأنها مبهمة و غامضة و ذلك من خلال الاختلاف الذي يتمتعون به عن غيرهم في إطار العمل الجماعي وقد أشارت Françoise gonnet إلى أعمال سان سوليو الذي كان يبحث من خلال تحليله لسير الورشات عن إمكانية فرض الذات (être soi-même) و الاختلاف عن الغير في مؤلفه "Identité au travail" و بحث في كيفية تشكيل الهوية الفردية في إطار علاقات العمل الجماعي و يبين أن تكوينها كسيرورة معقدة للتعريف و الاختلاف و يركز على الدور المهم الذي يلعبه الصراع في هذه السيرورة.¹

يحاول المهنيين شبه الطبيين دائما فرض أنفسهم ومهامهم الرسمية حتى لا يكون هناك خلطا في المهام فكل واحد يقوم بمهام موكلة إليه قانونيا و لا يسمح

لغيره أن يفرض عليه غير ذلك، فالتعامل الرسمي مع الفرق الطبية ما هو إلا وسيلة دفاعية تحميهم بالقوانين و القواعد الرسمية بالرغم من الإبهام الذي يسود المكانة للسلك شبه الطبي *le statut particulier*، و بالرغم من كون العلاقات الغير رسمية ضرورية لسير المصالح الطبية و خاصة الاستعجالات، وفي الواقع يفضلها الطبيين لأنهم لا يحبون تحمل المسؤولية وبذلك يقدمون العلاج شفويا و لا يحبون كتابته وهذا ما يجعل شبه الطبيين يجبرونهم على فعل ذلك أو الامتناع عن القيام بالعلاج ، فهم بذلك عوض أن يبحثون عن التنظيم الغير رسمي و العلاقات الغير رسمية لسير المصلحة يحاولون تجنبها بقدر المستطاع للابتعاد عن المشاكل و عن الضغوطات و يتعاملون بدون رسمية في العلاجات العامة التي تعفيهم من المسؤولية و تدخل في إطار المهام الخاصة لشبه الطبي .

إن العمل في إطار الاستعجال عمل مقلق وباستمرار لأنه يمكن أن يكون هدوء نوعا ما خلال المناوبة و لكن في كثير من الأحيان يتميز بكثرة العمل و قدوم عدد هائل للمرضى يسميها المهنيون *des moment de pic* ، و لكن لو نبحت كل الحالات نجد عدد قليل يمثل استعجالا حقيقيا ، وأحيانا يأخذ من وقت المهنيين على حساب الحالات الاستعجالية الحقيقية و التي تحتاج إلى تكفل جيد .

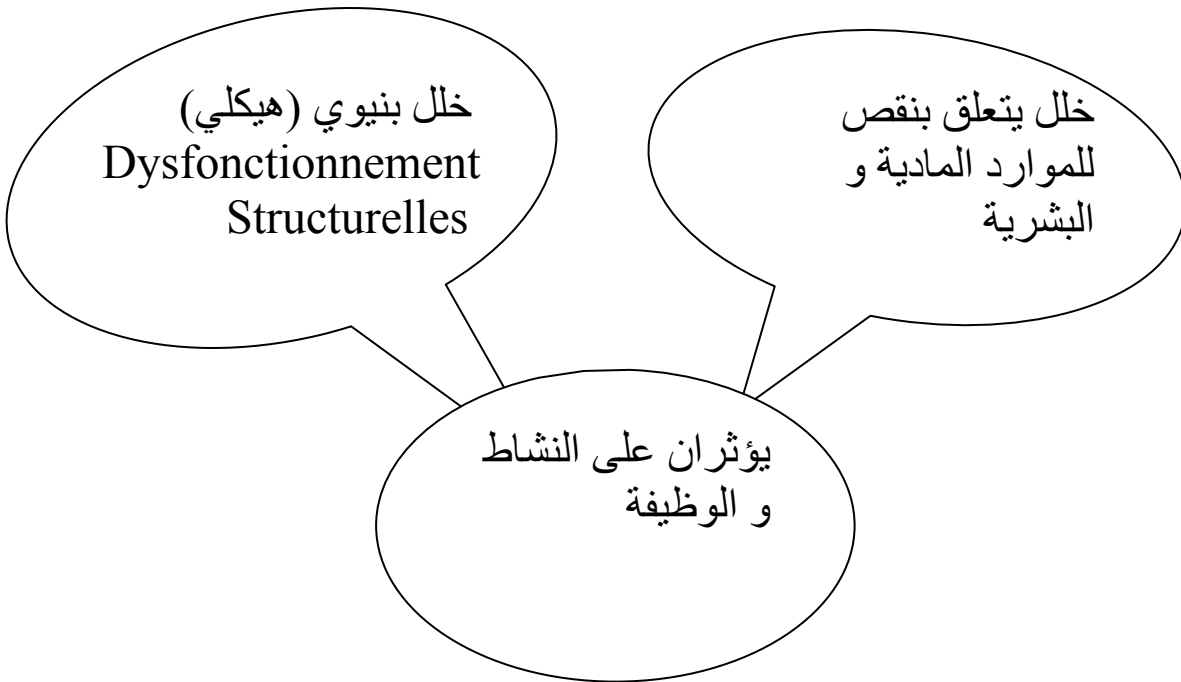
على العموم العمل في الاستعجالات ليس بالعمل المريح لأنه يستدعي اليقظة و التقطن الكبيرين ولا يسمح بالغياب ، تكون نتائجه سلبية على المصلحة و على المريض و تشكل عائقا كبير لسير المصلحة ،لأنه يصعب تعويضهم و لا يحب الكثير من المهنيين من المصالح الأخرى العمل في مصالح

الاستعجالات ، و بالرغم من ذلك فإن الذين يعملون على مستواها لا يمنح لهم أي تحفيزا ماديا كان أو معنويا ، فبالعكس يعتبر المهنيون حتى في حالة المرض كمعيقين لسير المصلحة عند غيابهم حتى ولو كان ذلك مبررا ، و هذا ما يجعل الكثير منهم يستاء لذلك و يعتبره نكرانا للجميل لأنهم يتحملون عبئ المصلحة

(العمل و النقص للموارد المادية و البشرية و المشاكل و حتى الاعتداءات الجسدية و اللفظية من المرضى و المرافقين لهم .. الخ) .

إن المعوقات الوظيفية كثيرة في مصالح الاستعجال بداية من البنية (La structure) والمرافق الموضوعية لذلك فمصلحة استعجالات جراحة الأطفال تعاني من نقص في القاعات وبعد مصلحة استعجالات عن مصلحة جراحة الأطفال يشكل كل ذلك ابتعادا عن السير العقلاني للتنظيم .و يميّز المصلحة خلا وظيفيا كما يبينه المخطط التالي :

مخطط رقم 22 يبين الخلل الوظيفي في مصلحة الاستعجالات :



فالخلل البنيوي يتمثل في عدم تواجد لبنية مصلحة ملائمة للجراحة في إطار الاستعجال كنقص لقاعة التكفل المستعجل salle de déchoquage

و غياب لقاعة المراقبة للمرضى قبل الجراحة ، و غياب لقاعة الإنعاش الجراحي
 Salle de réanimation chirurgicale فيعمل المهنيون في الرواق على
 مستوى مدخل المصلحة ، وأيضا بعد مصلحة الاستعجالات عن مصلحة جراحة
 الأطفال ، و غياب للمخبر ، و عدم القيام لمصلحة الأشعة في الاستعجال
 بالمناوبة 24/24 ساعة على مستوى المبنى فتقام على مستوى مصلحة الأشعة
 المركزية لأنها في معظم الأوقات تكون هذه معطلة ، لذا يشكل البعد عن
 المصلحة خلا وابتعادا عن السير الرسمي ، و هناك غياب لمصلحة متعددة
 التخصصات والنشاط un service pluridisciplinaire، بحيث يضطر الجراح
 إلى إعادة توجيه المريض إلى المصلحة المتخصصة .

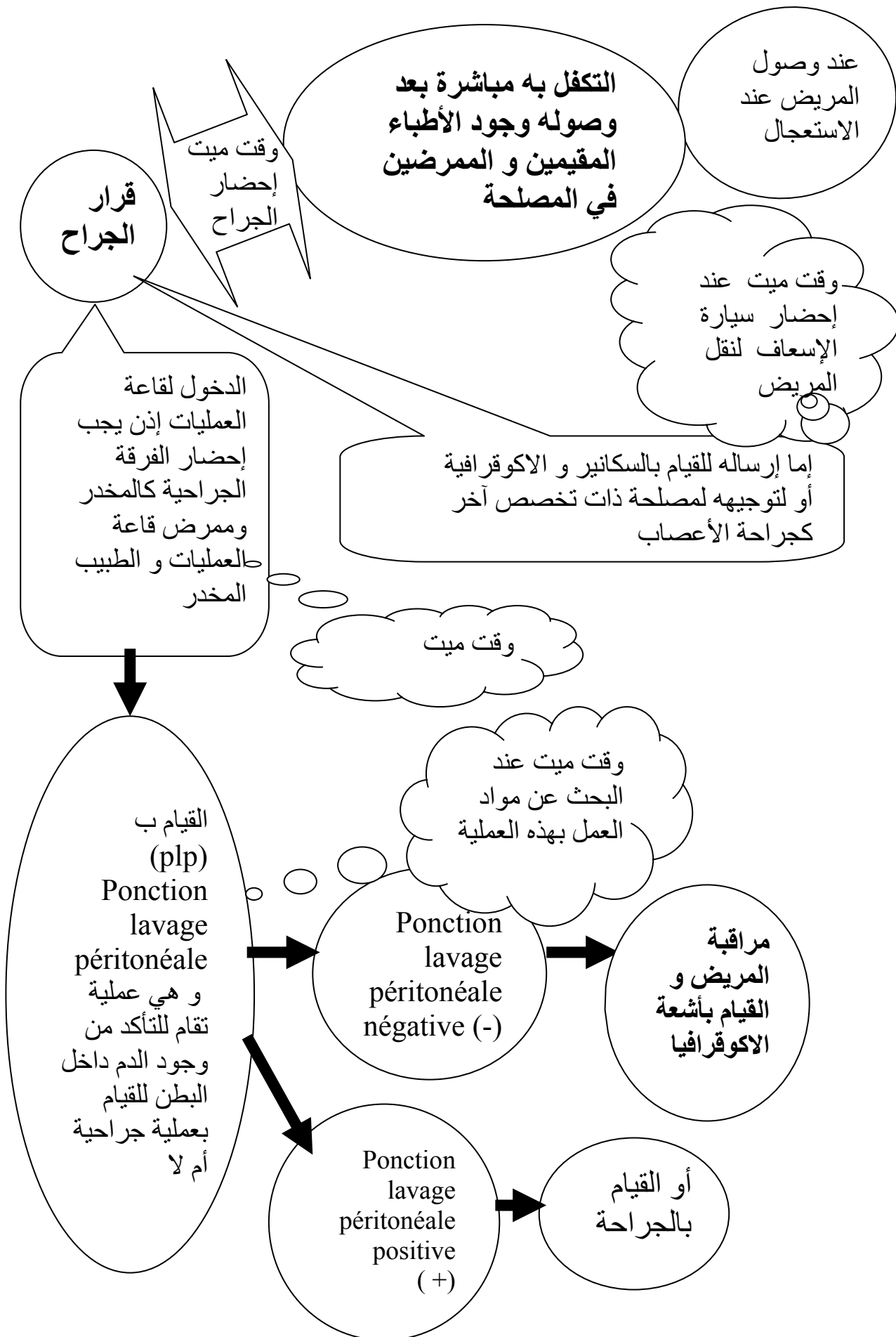
أما الخلل المتعلقة بالموارد البشرية فقد نجد نقصا لشبه الطبيين خاصة
 ليلا و نجد الغير متكونين يقومون بمهام التمريض ، و هنا نشير إلى كون الإدارة
 متناقضة بين ما تقوم به وما تقوله بحيث لا تريد تحمل المسؤولية لممارسة هؤلاء
 لمهام غير موكلة إليهم رسميا و تتغاضى عن النقص الموجود في الفرق الليلية و
 تدرك تماما أن هؤلاء هم من يعمل في المصالح .

و فيما يخص النقص للموارد المادية فقد نجد نقصا للعتاد الطبي و مواد
 خاصة بالاستعجال كالقفازات و chariot d'urgence و في كثير من الأحيان
 لمواد العمل كالضمادات و أدوية خاصة بالاستعجال فيجب التنقل أثناء الاستعجال
 للبحث عنها في المصالح ، هذا يرجع أحيانا لعدم المساواة في التعامل مع المصالح
 ...الخ، و في حالات عديدة يبعث بالمرضى إلى مستشفيات أخرى لنقص ما أو لعطل
 ما مثلا نقص أو الخلل لجهاز أشعة (Amplificateur de brillance)

يقوم بواسطته رؤية العظام و الأجسام الغريبة إن دخلت في الجسم قصد نزعها ويستعمله الجراحون في حالات الكسور التي يجب إرجاع العظام إلى وضعها الطبيعي فيتعذر فعل ذلك في المستشفى لأن الجراحون يرفضون العمل بالجهاز الموجود في المستشفى لأنه يشكل خطرا على صحتهم كونه لا يمكن مواصلة الرؤية لمدة طويلة و يتوقف لأنه قديم و لا يؤدي بالمهام جيدا إضافة إلى خروج كمية من الأشعة (fuite) ، لذلك يرفضون العمل به مادامت الإدارة لم تغيره و يبعث بالمرضى إلى مستشفى آخر ،ولذلك عواقب على المريض نفسه الذي يتواجد في وضعية أخذ و رد ،و بالنسبة للأطباء الذين يجدون أنفسهم في وضعية الرفض لأداء المهام و إن اشتكوا للإدارة فهذه الأخيرة تبرر بوجوده و رفض الأطباء العمل به يجعلهم في نزاع معهم .

وقد يؤثر نقص الموارد المادية و البشرية عموما على النشاط ويشكل في بعض الأحيان أوقات ممتدة و ذلك على مستوى المسار الذي يتخذه المريض و خاصة في الحالة المستعجلة جدا و ذلك كما يبينه المخطط التالي :

مخطط رقم 23: يبين الأوقات الميتة عند التكفل بالحالة الإستعجالية جدا :



خلاصة القول أنه مهما كان نوع الاستعجال موقف الأشخاص يختلف اتجاه ذلك كل حسب شخصيته و نظرته للمرض و للاستعجال و سلوكات الأفراد تختلف اعتمادا على ذلك ، لهذا تنظيم مصلحة استعجالات ضرورة قصوى و مستعجلة و توفير العوامل لنجاح أداء المهام لأن الاستعجال لا يسمح بمجال فراغ و أوقات ممتدة ، و نظرا لوعي الأشخاص بحقوقهم في الخدمة حسب المعايير الدولية و التي تعتمد على الحاجات الضرورية للحياة مثلا التنفس Respiration ، الغذاء Alimentation ، و إخراج كل ما هو سام من الجسم Elimination.... الخ

فيجب توفير كل الحاجات المعلنة في المصالح لضمان الخدمة و يجب إصلاح الجانب التنظيمي كتنظيم دخول الأشخاص و التوجيه و توفير الهياكل و البنيات التحتية و الموارد المادية و البشرية لتسهيل العلاج في الاستعجال و تحسينه .

موقف المهنيين
من المنظومة الصحية
و من تسيير المستشفى

موقف المهنيين من تسيير المستشفى و المنظومة الصحية :

تعرف المنظومة الصحية و تسيير المستشفيات نقدا من طرف العامة و من طرف المهنيين أنفسهم لأنه لا يمكنه أن يسير إلا وفق سياسة صحية تلائم التطورات والتغيرات التي تحدث في المجتمع ، فنظرة المهنيين متشائمة ، و يبحثون عن التغيير الإيجابي سواء على مستوى التسيير للمستشفيات و للمنظومة الصحية ككل و التي ينتمون إليها لذلك ارتأينا أن نعرف آراء المهنيين و موقفهم اتجاه المنظومة الصحية كفاعلين في العلاج و مواطنين يعالجون فيه ، فكانت الأجوبة ما يلي :

جدول رقم 93 : يبين العلاقة بين الوظيفة وتقييم المستخدمين للمنظومة الصحية

الوظيفة	طبي	شبه طبي	المجموع
المنظومة الصحية			
سيئة جدا	35 79.5%	69 62%	104 67%
فوضوية	3 6.8%	1 1%	4 2.6%
متوسطة	6 13.6%	33 29.5%	39 25%
جيدة		5 4.5%	5 3.2%
آخرون		4 4%	4 2.6%
المجموع	44 100%	112 100%	156 100%

من الجدول نلاحظ نسبة 67% من المهنيين يرون أن المنظومة الصحية سيئة جدا و خاصة الطبيين ب 79.5% ، و 25% منهم يرونها متوسطة خاصة شبه الطبيين ن بينما نسب صغيرة جدا تراها جيدة أو فوضوية أو آخرون أما عن موقفهم من تسيير المستشفى فهو كما يلي:

جدول رقم 40: يبين العلاقة بين الأقدمية و رأي المستخدمين في تسيير المستشفى:

الأقدمية	أقل من 10 سنوات	من 10 إلى 20 سنة	أكبر من 20 سنة	المجموع
تسيير المستشفى				
سيئ جدا	33 64.7%	62 71%	15 83%	110 70.5%
متوسط	8 15.6%	16 18%	2 11%	26 17%
جيد	5 10%	4 5%	1 6%	10 6%
فوضوي	4 7.8%	2 2%		6 4%
آخرون	1 1.9%	3 3%		4 3%
المجموع	51 100%	87 100%	18 100%	156 100%

من الجدول نلاحظ أن نسبة 70.5% من المهنيين يرون أن تسيير المستشفى سيء

جدا خاصة الفئة ذات الأقدمية كبيرة ب 83% و نسبة 17% منهم يرونها متوسطة و نسب صغيرة تراها سواء جيدة أم فوضوية أو آخرون .

نلاحظ أن كلما كانت الأقدمية كبيرة كلما كان الموقف سلبي أي تسيير المستشفى سيئ جدا ، وهذا يدل على كون المهنيون مع مرور الزمن يدركون مساوئ المنظومة الصحية و قد عاشوا مرحلة المجانية و التي كانت فيها موارد مالية و مادية و بشرية كافية و بالزيادة و يقارنون وضعيته بتلك المرحلة ، بالرغم من كون وضعية المنظومة الصحية ترجع إلى تأثير المرحلة الاستعمارية من جهة و لكن أيضا للسياسة الصحية الموضوعة سواء بعد الاستقلال أو في مرحلة التسعينيات بحيث كانت مرحلة أزمة و لم يكن باستطاعة المهنيون المطالبة بالتغيير أو لحقوقهم (les revendications) لأن الأوضاع الأمنية لم تسمح بذلك، بحيث كانت تعتبر بالنسبة للمستشفى كمرحلة حرب و كان لابد من العمل فيه حسب الظروف الموجودة ، و قد بقي و لفترة على نفس الوضع و هذا ما يولد النظرة السلبية التي تميّز موقف المهنيين كفاعلين اجتماعيين ضمن النسق الصحي و كأفراد من المجتمع كمستفيدين منه و هذا لا يقتصر فقط على المنظومة الصحية بل حتى على مستوى تسيير المستشفى ، وهذا يعكس الوضعية التي يعيشونها والتي يعانون منها .

تحليل الفرضية الأولى :

نعتمد لتحليل الفرضية الأولى على بناء النموذج المعمول به في المؤسسة الاستشفائية و يكون ذلك كما يلي :

بناء النموذج التنظيمي في المستشفى :

لبناء النموذج التنظيمي للمستشفى يجب تحديد :

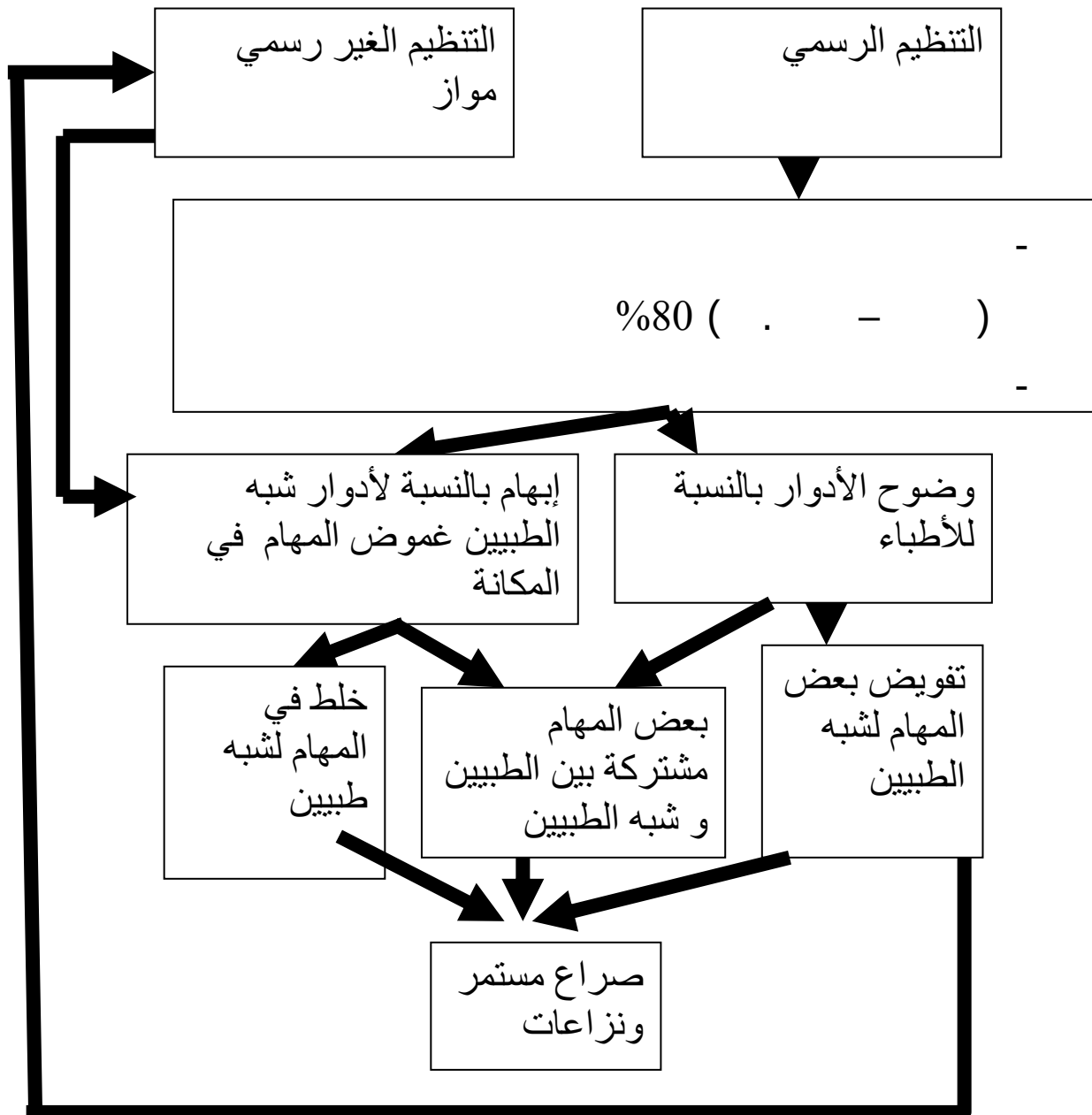
- 1 - نوع التنظيم (رسمي أو غير رسمي) (في المصالح و في الإدارة)
- 2- نمط الإعلام و الاتصال (إدارة - مصلحة) و (المصلحة - مصلحة)
- 3- نوع السلطة و القيادة على مستويين من التنظيم (المصلحة الطبية و الإدارة)
- 4- تسيير الموارد البشرية في المستشفى (التكوين ، الترقية و التقدم ، التقييم ونظام العلاوات)

فالنموذج التنظيمي السائد في المستشفى هو البيروقراطي و ذلك على المستويين الإداري أي (إدارة- مصلحة) و في المصالح ، فنوع السلطة الإدارية بيروقراطية، تعتمد في تعاملها مع المصالح على اللوائح و الإجراءات الرسمية حتى تضمن الشرعية ، و تستعمل الاتصال الرسمي كالإعلانات ، و تسيير الموارد البشرية (تشغيل ، تكوين ، ترقية ، تقدم ، ... الخ) بطريقة رسمية .

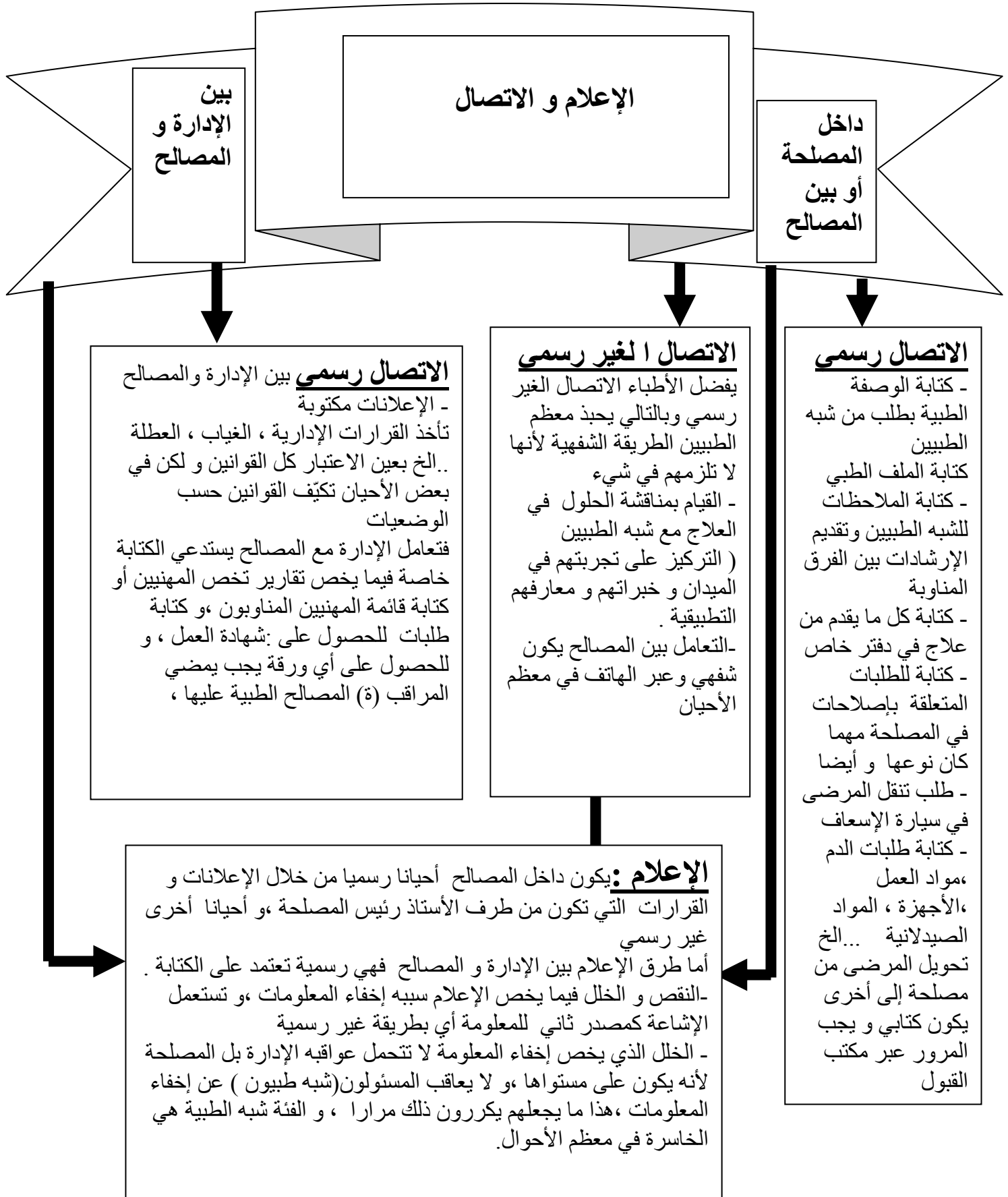
أما السلطة الطبية فهي بيروقراطية في أغلبية المصالح ، حيث تعتمد هذه المصالح على الكتابة في معظم الأحيان في تعاملها مع المصالح الأخرى و مع الإدارة و في داخلها أي بين المهنيين على مستواها ، سواء فيما يخص العلاج أو الطلبات المقدمة لإحضار أدوات العمل و الموارد المختلفة و أيضا فيما يخص التعامل اليومي الذي يخص المصالح و الإدارة كالغياب و الحركة اليومية للمصالح ، أما

القيادة لهذه المصالح فمنها من هي بيروقراطية و منها من هي فوضوية لكن الأغلبية هي بيروقراطية ، و هذا ما سنبيّنه فيما يلي:

1- نوع التنظيم :



2- الإعلام و الاتصال :



3-نوع السلطة والقيادة :

أ - القدرة والسلطة في المستشفى :



ب- نوع القيادة في المستشفى :

من الملاحظة الميدانية و الحديث مع المهنيين بفضل علاقات الزمالة معهم و تطرّقنا في معظم الأحيان للمشاكل التي تعيشها المصالح الطبية ،نحاول تصنيف نوع القيادة فيها كما يلي :

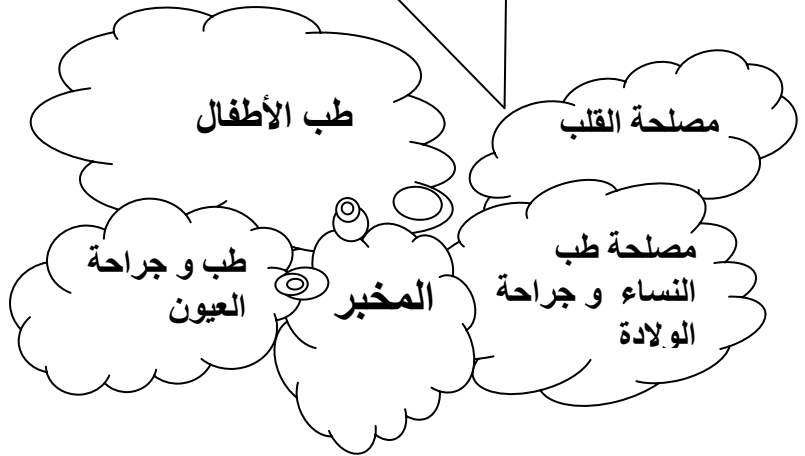
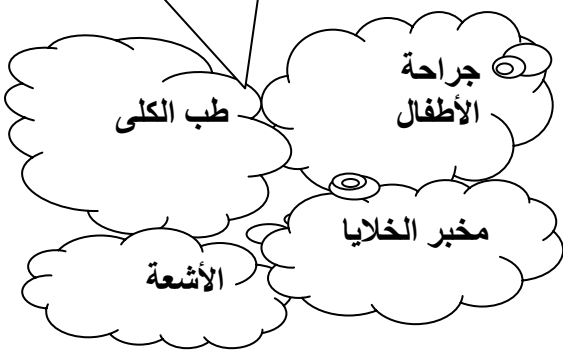
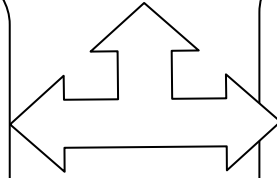
سلطة الإدارة و قيادتها للمصالح هي بيروقراطية لأنها تعتمد أصلا على الإجراءات و القوانين ،وتعتمد على الكتابة في تعاملها .

القيادة الفوضوية

القرارات التي تأخذ غير إيجابية لا يأخذ القائد موقف و لا تحل المشاكل في هذه المصالح و إن حلت فهي تعود لتأخذ الصبغة القانونية فتحاول بذلك الرجوع إلى البيروقراطية

القيادة البيروقراطية

القيادة بها تكون صارمة تحاول أن تمارس الضغط على المهنيين ويمارس المسؤول سلطته القانونية الشرعية ويوجد بها خلل فيما يخص الاتصال و العلاقات سيئة مع القيادة و لكن الصراعات بها تبدو كأمنة



4- تسيير الموارد البشرية بالمستشفى :

يعتمد تسيير الموارد البشرية على تسيير تنبؤي (la gestion prévisionnelle) قصير المدى أي كل سنة و ليست لديه رؤية مسبقة لعدة سنوات قادمة لذلك نجد الكثير من المشاكل عند التكوين المتواصل للمهنيين (شبه طبيين)

التكوين و الترقية و التقدم :

يكون التشغيل للفرق الطبية حسب المناصب الشاغرة بالنسبة للأطباء العامين و تحدد المناصب من وزارة الصحة فهي من تتكفل بتوزيع الأطباء المتخصصين المتخرجين و يكون اختيار لمناصب تعرض عليهم حسب ترتيبهم في شهادة الدراسات الطبية المتخصصة DEMS و تكون المناصب تقريبا كلها في المناطق الداخلية للوطن أو في المناطق الجنوبية لأنها تتميز بالنقص للأطباء المتخصصين ، أما للحصول على منصب الأستاذ المساعد على أساس مسابقة و شهادة تثبت إعطاء الدروس للطبيين المتربصين و شبه الطبيين و القيام بمداخلات des communications و أيضا تأطير الطبيين الداخليين في التقرير النهائي للحصول على شهادة الدكتوراه و أيضا تأطير شبه الطبيين لمذكرة نهاية الدراسة ، أما المناصب العليا فهي تعتمد على البحوث العلمية الخ

بينما يكون التشغيل لشبه الطبيين أيضا وفق طلبهم حسب المستشفى الذي يريدونه للقرب عن مسكنهم أو يحبذون العمل به (لأنهم ارتاحوا له في فترة التربص) ، وذلك خاصة حسب ظروف المصالح في المستشفيات، فالكثير منهم يرفضون العمل بمستشفى بارني لأن أوقات العمل فيه لا تساعدهم ، هذا ما يجعل النقص فيه يكون بصفة دائمة ، و أحيانا تطلب مديرية الموارد البشرية من المهنيين إحضار أشخاص من معارفهم تكون لديهم شهادة دولة للعمل في المستشفى ، و يكون قبولهم تقريبا فوري .

فيكون التشغيل بالنسبة لشبه الطبيين ب 50 بالمائة خارجي و 50 بالمائة داخلي أي عن طريق الترقية و تكون الترقية على أساس الأقدمية بالاختيار au choix أو

الامتحان المهني أو التكوين لمدة سنتين و يكون بالنسبة للمؤهلين فقط للحصول على شهادة دولة ،أما منصب الرئيسين فهو على أساس الامتحان المهني أو الاختيار بالأقدمية ،و يكون التقدم بالنسبة للمهنيين على أساس التنقيط و يكون إما على المدى القصير أو المتوسط أو الطويل ،يتولى التنقيط و التقييم المراقب للمصالح الطبية بمساعدة رؤساء الفرق شبه الطبية وبإمضاءها من طرف رئيس المصلحة ،و تقسم الإدارة تقدم الأشخاص حسب النقاط في المدى القصير أو المتوسط أو الطويل ،

أما التقييم والعلاوات فيكون في المستشفى لكل ستة أشهر يقيم المسئول شبه الطبي المهنيين داخل المصلحة، فيأخذ التقييم بعين الاعتبار لعدة عوامل كالكفاءة ،العلاقات مع الزملاء، الروح الجماعية و العمل مع الفرقة ، المبادرة....الخ وتترك الإدارة جزء من التنقيط لها فتقيمهم على أساس الغياب والتأخر...الخ وتكون العلاوات على أساسها بينما يقيم الأستاذ رؤساء الفرق والمراقب المصلحة الطبية و الأطباء .

الترقية لمناصب المسؤولية :

و تكون الترقية لمناصب المسؤولية بالنسبة للأطباء حسب الأقدمية للأساتذة والأساتذة المساعدون للحصول على مناصب رؤساء المصالح و الوحدات .
وتكون النسبة لشبه الطبيين : على أساس المرتبة والأقدمية من الناحية القانونية ، فتكون الأولوية للرئيسيين ثم ذوي شهادة دولة، مع أقدمية لا تقل عن ثلاث سنوات، أو المؤهلون ذوي أقدمية ثماني سنوات وهذا في غياب ذوي المرتبة العليا ،وهذا مع موافقة الأستاذ رئيس المصلحة .

قبل تحليل الفرضية الأولى يجب تعريف السير الرسمي و السير الفعلي و يكون التعريف إجرائيا ،

السير الرسمي ، السير الفعلي :

ونقصد بالسير الفعلي و هو كيفية التسيير و سير المصالح في الواقع و هو سير حقيقي و واقعي ،يمكن ملاحظته يوميا عند معايشة الواقع اليومي للمستشفى، بينما نعني بالسير الرسمي: السير كما يجب أن يكون وأن تتبناه المصالح وذلك حسب المعايير الموضوعية التي يمكنها أن تضمن أداءا حسنا ، و انطلاقا من فرضيتنا نحاول ربط بين مدى البعد و القرب للسير الفعلي عن السير الرسمي انطلاقا من النموذج الذي ينتجه المستشفى و ذلك من خلال بنائه ويكون التحليل كما يلي :

يعتبر المستشفى تنظيما مثل التنظيمات الأخرى، بحيث يمثل بناءا اجتماعيا ، يتفاعل فيه عدة أفراد ، لتحقيق هدفا مشتركا وهي الخدمة الصحية ، لكن يختلف عن غيره في طبيعته وتعقده و ثرائه ، وحتى تنظيم العمل فيه ، بحيث تمثل عملية أخذ القرار في المستشفى من أهم انشغالات النسق الطبي و الإداري معا ، لذلك يحاول كل منهما فرض رأيه و قراره و محاولة الضغط على الآخر لفرض سلطته و قدرته و يستعمل لذلك مناورات لكسب الرهانات ، فيستعمل النسق الطبي المريض لفرض مطالبه و حاجياته و يستعمل النسق الإداري تحديد التكاليف الاقتصادية لتحقيق قدر كبير من العقلنة حتى و لو كان ذلك على حساب الأشخاص و نوعية الخدمة الصحية ، فالأطباء يحاولون فرض سلطتهم ليس فقط على حساب الإدارة بل حتى داخل المصالح الطبية على الفرق الأخرى المعالجة منها و الأعوان ، لذلك يحاولون كسب قدر كبير من الاستقلالية في تنظيم العمل ، خاصة في أعلى الهرم الطبي، لأنها تملك المعرفة لأخذ القرارات اتجاه المريض و تتحمل مسؤولية ذلك ، وللقيام بالتدريب و التكوين للفئات الطبية و في

بعض الأحيان للفئات شبه الطبية، وبذلك يعتبر التنظيم الاستشفائي مكان لعلاج المرضى وللتكوين للفئات الطبية وشبه الطبية وإعادة للتنشئة الاجتماعية (Resocialisation) لأنه يكسب الأفراد سلوكيات وقيم خاصة بالمستشفى و يتعلمون كيفية التصرف في المواقف المختلفة التي تواجههم، هذا من جهة، ومن جهة أخرى عرف الميدان الصحي في المرحلة ما قبل الإصلاح أزمة في عدة جوانب خاصة في الجانب الاقتصادي والتنظيمي، يعتبره السكان ارث ملك للجميع، و بما أن العلاج مجاني، فإن الذين كانوا يستفيدون من ذلك ومن تلقيهم للأدوية من المستشفى مجانا، لم يتقبلوا فكرة انسحاب الدولة من هذا المجال أي من التمويل و التكفل بكل مستحقات و حاجيات المستشفى للقيام بذلك؛ فباننتقال الجزائر إلى اقتصاد السوق، وانخفاض الميزانية المخصصة له واستقلالية التسيير للمستشفيات، واجهت إدارات المستشفيات مشكل التكاليف بسبب تطور الميدان الطبي والأجهزة الطبية مع التطور التكنولوجي، ووجوب التجديد المستمر لذلك و خاصة لأجهزة الاستكشاف الوظيفي، و التي تكسب النسق الطبي وقتا وسرعة التشخيص، للتمكن من العلاج في الوقت المحدد، و تضاف إلى ذلك تكاليف المهنيين بحيث تحدد ميزانية مهمة لذلك و لكن غير كافية لتفي بالعدد اللازم لذلك، لهذا و للتحكم في ذلك ينتهج النموذج البيروقراطي في تسييره و ذلك بفرضه لطرق رسمية حتى في التعامل اليومي بين الإدارة و المصالح و أيضا فرضها لذلك حتى داخل المصالح، فبالرغم من كون الأستاذ رئيس المصلحة هو من يسير إلا أنه أصبح يعتمد على قرارات الإدارة في الكثير من الأحيان و كأن هناك تراضي للطرفين من أجل المصلحة العامة، في المقابل لديهم الحق في تحديد الشركاء الذين يتعاملون معهم لشراء العتاد و ذلك لاختيار النوعية و هذا لم يمنعهم من شراء أجهزة أو عتاد ذات نوعية رديئة، وهذا ما يعكس سلبا علي المصالح بالرغم من أنها تعمل و لكن السؤال المطروح هو : كيف تسيير و بأي تكلفة؟

بدءا من تنظيم العمل الذي يستوجب العمل بالفرقة أي لكل الفرقة المعالجة طبية و شبه طبية و الأعوان أيضا لأنه مهم جدا أن تسود الروح الجماعية (l'esprit d'équipe) في العمل بالرغم من أنه لكل شخص القيام بدوره المنوط به وفق مكانته في النظام التدريجي بحيث أن المهنيين يعملون بمفردهم بنسبة (39.7 %) جدول رقم (02) و (03) ، وأيضا تعميم روح المبادرة و السماح بها لأنها تكسب الأشخاص ثقة في النفس و تعطيهم قدرة على المواصلة ويعتمد الطبيون على تفويضهم لمهام كثيرة للسلك شبه الطبي، والتي تشكل كثرة للعمل عليهم، وبذلك لا يتمكنون من القيام بها كما يجب ، أو إهمال بعضها والتي يمكن أن تكون مهمة جدا لحياة الشخص فتبعد التنظيم عن السير الرسمي ،

فإذا لا حظنا نوع التنظيم السائد نجد وجود التنظيم الرسمي و الغير الرسمي بحيث تعتمد الإدارة على الأول بينما يحبذ الأطباء الثاني ، فالأولى تعتمد عليه لكونه يسمح لهم بتسيير المستشفى نظرا لحجمه الكبير و ليس من السهل تسيير مؤسسة بحجمه ، أما فيما يخص بتطبيق المهام و تحديدها وفق القوانين و المكانة فإن المهام الطبية، واضحة بينما المهام شبه الطبية لم تفسر قانونيا و وضعت بصفة عامة مما يصعب تطبيقها ، و تدرج ضمنها مهام مشتركة مع الأطباء ولم تحدد ، فيؤد ذلك الإبهام نزاعات عوض أن يحقق التنظيم الفعالية المنتظرة ، بوجود التنظيمين الرسمي و الغير رسمي ، فيقوم المهنيون بما هو رسمي و قانوني و هذا ما رأيناه في الجدول (رقم 7) بنسبة (80 %) .

و يعتمد الإعلام و الاتصال بين الإدارة و المصلحة على الرسمي و الكتابة بحيث تتلقى المصالح المعلومات عن طريق الإعلان بنسبة (46.54 %)

جدول رقم (08) و تأخذ القرارات ، و الغياب و العطل بطريقة رسمية و وفق القوانين المسيرة للوظيف العمومي و الخاصة بالمستشفى و لكن إذا أراد المسؤول شبه الطبي السماح لشخص سواء بالغياب أو أخذ عطلة يمكن أن تكون بطريقة غير رسمية و بالتفاهم مع الإدارة و أحيانا يتم ذلك بطلب من المسيرين في

الإدارة ، فيكون استعمال القوانين عموما و لكن هناك استثناءات عند رغبة

المسؤول في ذلك هذا ما يبعد التنظيم عن السير الرسمي ،

أما فيما يخص الإعلام فالخلل يكون عند إخفاء المعلومات و ذلك بنسبة

(50 %) (جدول رقم (09) ، أحيانا يكون إخفائها مبرر خاصة بسبب الذهاب

للتكوين تخوفا من ترك الأماكن شاغرة فيزيد من مشكل نقص المهنيين لكن

إخفاء المعلومة يشكل ابتعاد عن السير الرسمي ، لأنه من حق المهنيين في

الإعلام و في التكوين و الرسكلة.

ويكون الاتصال داخل المصالح رسميا و غير رسميا، بحيث يستعمل الاتصال

الرسمي في كتابة الوصفة و التي تكون في معظم الأحيان بطلب شبه الطبيين

أنفسهم و في كتابة الملف الطبي و كتابة الطلبات مهما كان نوعها تطلب عن

طريق الكتابة إلا أنها لا يستجاب لها في وقتها ، في الكثير من الأحيان يجب

الانتظار، مثلا بالنسبة لسيارة الإسعاف و أيضا حضور عمال الصيانة للقيام

بإصلاح الأجهزة ... الخ

هذا النوع من الاتصال يجعل من الوقت يضيع و يعطل العمل و لا يكون في

وقته ، مما يبعد التنظيم عن السير الرسمي.

و يفضل الأطباء استعمال الاتصال الغير الرسمي كي لا يتحملون النتائج، عكس

شبه الطبيين ، لكن كلاهما يعتمد و بنسبة 72.28% على الاتصال الكتابي جدول

رقم (10) ، ويعتبرون الاتصال الكتابي و الشفهي معا هو النمط الأكثر ملائمة

بين الفريق الطبي و شبه الطبي جدول رقم (11) (أي الرسمي والغير الرسمي)

بنسبة (62,2 %)، و لكن المشكل المطروح هو كون الأطباء يرمون على عاتق

شبه الطبيين الكثير من المهام و حتى تذكيرهم بالمهام التي يجب القيام بها اتجاه

المريض، هذا ما يبعد التنظيم عن السير الرسمي لأنه من المفروض أن يتذكر

الطبيين وحدهم لأنه من الضروري متابعة المرضى .

أما فيما يخص الاستقبال فإنه لا يوجد مصالح استقبال تشمل مواصفات مصلحة استقبال حقيقية و تلبي حاجات المرضى و لا يوجد متخصص في ذلك بحيث نسبة (37.5%) ترى أن شبه الطبيين هم من يقوم به في الواقع، والأعوان بنسبة (30%) جدول رقم (12) و نسبة (60.9 %) لا يملكون مصلحة استقبال جدول رقم (13) و يمثل عدم امتلاك مصلحة استقبال ابتعادا عن السير الرسمي و عدم وجود أشخاص متخصصين في الاستقبال يعيق المصلحة لأنه يعيق عمل شبه الطبيين و يزيد عليهم الضغط فينحرف السير الفعلي عن السير الرسمي .

أما فيما يخص علاقات القدرة و السلطة فيراقب تسيير المصلحة رئيس المصلحة بنسبة 56 % جدول رقم (17) ،

و تحدد نوع القيادة النموذج التنظيمي، بحيث تخول السلطة الممنوحة للأستاذ إمكانية المطالبة بما تحتاجه المصلحة ، و تسيّر المصالح من طرف عدة أشخاص منهم الأطباء المسؤولون و شبه الطبيين ، و قد يؤثر نقص الموارد المالية و المادية عليهم، مما يجعلهم يسيرون و باستمرار للمشاكل، و تكون القيادة البيروقراطية هي السائدة كما ببناء سابقا في النموذج ، و هذا لا ينفي وجود سلطة فوضوية و تكون الإدارة بيروقراطية بحيث هي مجبرة على تطبيق القواعد الصارمة لتحقيق الضبط و الانضباط ، مثلا قرار اتخذته الإدارة فيما يخص نظام الوقت ، بحيث أصبحت الإدارة تفرض أنظمة وقتية للعمل حتى ولو أنها لا تخدم كل المصالح ولكنها فرضت على المهنيين بطريقة رسمية و أي معارضة منهم تسلط عليهم عقوبات، و خاصة المالية منها كالخصم من الراتب الشهري، هذا ما يجعل لجوء شبه الطبيين للعطل المرضية ، هروبا منهم من الضغوطات و هذا يضع الإدارة في موقف الانحراف عن السير الرسمي لأن لكل مصلحة خصوصيتها و التوصل إلى النظام الوقتي الملائم يرجع للأشخاص المعنيين ، المهم أن يداوم الأشخاص و يقتنعون بذلك النظام ويكون ملائم لسير المصالح ، و تضاف إلى هذا

النقص ظروف العمل السيئة التي يعاني منها معظم المهنيين و تجعلهم يعيشون اللأمن في العمل ، و ليس اللأمن الناتج عن التخوف من فقدان لمنصب العمل، بل التخوف من المصير المجهول كالأمرض المتنقلة عبر الدم و السرطان بسبب الأشعة لعدم توفر لمقياس الأشعة (dosimètre) إلا في المصلحة المتخصصة في الأشعة ، وعدم وجود وسائل للتشخيص تسبب إضاعة الوقت لتشخيص الأمراض و بالتالي لقرار العلاج و بذلك يبتعد التنظيم عن السير الرسمي .

فالنموذج الذي يسير عليه المستشفى هو بيروقراطي كما بيناه سابقا في بناء النموذج التنظيمي و ينحرف عن البيروقراطية المهنية ، التي هي عبارة عن تنظيم بيروقراطي لكنه يختلف في كونه غير مركزي فيكون فيه أخذ القرار عن طريق جماعي حيث لا تتحدد القرارات لا من طرف الإداريين و لا من طرف المهنيين، بل تعالج عن طريق سيرورة تفاعل التي تجمع المهنيين بالإداريين و ذلك لتنوع كبير للوحدات، لكن قامت الإدارة في المستشفى بفرض قرارات كان بإمكانها أن تناقشها مع المعنيين بالأمر و محاولة إيجاد الحلول المناسبة حسب خصوصيات كل مصلحة و كانت قراراتها مركزية و لم تترك خيارات أخرى لبعض رؤساء المصالح بل وضعوا أمام الأمر الواقع و اضطروا للتطبيق ما قرره من لوائح و قواعد رسمية صارمة لتضمن الضبط و الانضباط داخل المصالح ، تقوم بذلك خاصة لتغطية النقص الذي يعاني منه المستشفى لتحقيق التوازن و بذلك يبعد هذا الأخير عن السير الرسمي الذي يجب أن يسير وفقه . و أيضا علي مستوى تسيير الموارد البشرية فنلاحظ الخلل على مستوى:

التكوين و الترقية و التقدم حيث تستعمل العلاقات الغير رسمية لتحديد الأشخاص الذين يجب أن يتكوّنوا و بالتالي تكون الترقية ، أما التقدم فهو يعتمد على التنقيط ثم تأخذ النقاط العليا فيكون التقدم على المدى القصير، و لكن التنقيط يكون غير موضوعي بحيث نجد في نفس المصلحة لا ينقط المهنيون بنفس السلم بحيث يختلف من وحدة لأخرى و هذا يبعد التنظيم عن السير الرسمي ،

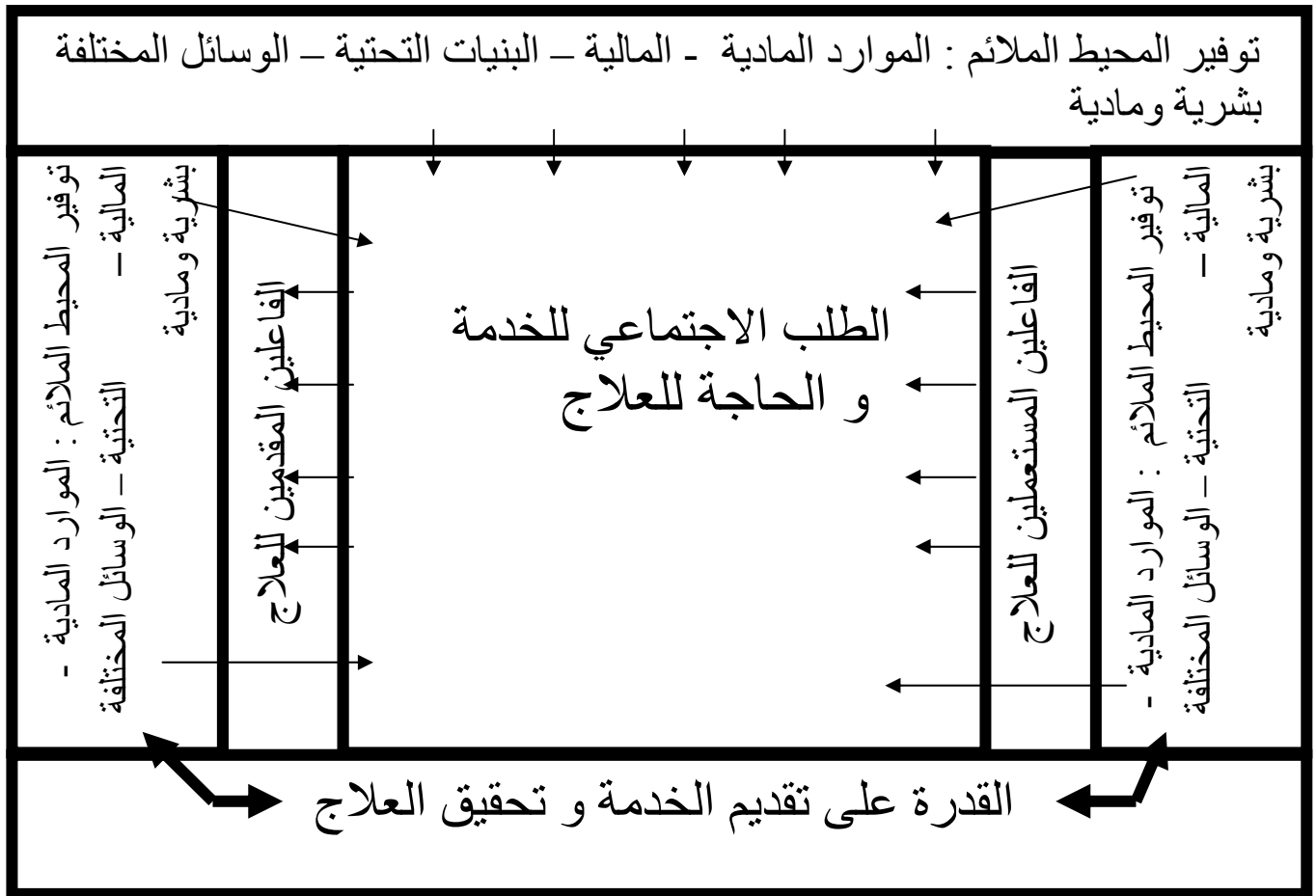
و حتى التقييم و العلاوات تكون على أساس التنقيط و هذا يترك مجالا للذاتية و بالتالي عدم المصادقية و الموضوعية تبعد السير عن السير الرسمي أما فيما يخص مناصب المسؤولية، فيتدخل أحيانا الأستاذ رئيس المصلحة بحيث إذا قبلت الإدارة بالشخص تضعه حتى لو كان لا يلبي الشروط الضرورية لذلك و إذا لم تقبله تضع الإدارة عقبات أو تأخذ بالشروط الرسمية و هذا يبعد المسيرين عن السير الرسمي .

فقد تنتهج الإدارة التنظيم البيروقراطي في الوضعيات التي تساعدنا لتحقيق الشرعية بينما نجد في الحقيقة أنها في بعض الأمور لا تستعمل القواعد و الإجراءات عندما لا تخدم مصالحها بل تحاول إيجاد ثغرات قانونية من أجل ذلك مثلا تقديم مناصب مسؤولية في السلك شبه طبي لأشخاص ليس لهم الحق في ذلك سواء من حيث مكانتهم في الهرم شبه الطبي أ و المؤهلات لذلك ، و يقدمون حجة قبول أو رغبة الأستاذ في ذلك و يضيفون على ذلك الشرعية اللازمة و هذا بحرمان ذوي الكفاءات لتسيير المصلحة و ذوي المراتب العليا ، هذا ما يجعل التنظيم ينحرف عن السير الرسمي .

نتائج الفرضية الثانية

لتحليل الفرضية الثانية نعتمد على المخطط التالي و هو مخطط يبين الخدمة

الصحية و العلاج في المستشفى :



يكون الطلب الاجتماعي للخدمة من طرف الفاعلين المستعملين للخدمة أو العلاج (المريض) و يقدمها لهم الفاعلون المقدمون للعلاج وهم المهنيون (الأطباء و شبه الطبيون) و لتحقيق ذلك يجب توفير الهياكل و البنيات التحتية و الموارد المختلفة مادية بشرية و مالية للقدرة على تقديم الخدمة الصحية و تحقيق الحاجة للعلاج ،و أي نقص أو خلل أو معوقات على مستوى أي عنصر من هذه العناصر لا يتحقق الهدف و هو تحقيق العلاج أو يتحقق بصفة ناقصة أو بطريقة تخرج عن المعايير و تنتج عنه إما نتائج وخيمة تخص تطور الحالات أو تخص العلاقات بين المقدم والطالب للعلاج فتؤثر لا محالة على الاثنين من الناحية الذهنية و النفسية ،و الجسدية .

يتخبط التنظيم الاستشفائي في عدة مشاكل و يعيش أزمة في عدة جوانب ،الجانب التنظيمي و الاقتصادي ، و الاجتماعي منها ، لا يهمننا دراسة الجانب الاقتصادي بحد ذاته بقدر ما يهمننا تأثيره على الجانب الاجتماعي كالمردود العلاجي و نوعية الخدمة التي تعتبر هدف مهم للمستشفى ،ولكن لا يمكنه أن يتحقق إذا لم تتوفر الظروف ،وهذا ما حدث للمستشفى ، في العشرية الأخيرة (الفترة التي تسبق إصلاح المستشفيات) كونه يعاني النقص على مستويات عديدة المادية و المالية و البشرية ، و يحتاج إلى تجديد مستمر للعتاد و الأجهزة و لكن لم يتمكن المستشفى من تجديدها و ذلك بنسبة (51%) حيث تم ذلك في بعض المصالح بنسبة (48.7%) (جدول رقم 17) و هي المصالح التي تملك رئيس مصلحة له وزن في المستشفى و يكون النقص حسب آراء المهنيين في المصالح بنسبة (90%) و يكون متعدد جدا بنسبة (54%) و متعدد نوعا ما بنسبة (42%) (جدول رقم 18) و يكون النقص دائم بنسبة (50%) في الفترة الصيفية بنسبة (19%) و غير محدد بنسبة (12.7%) (جدول رقم 19).

هذا النقص يولد نوع من التوتر والضغوطات المستمرة يكون ضحيتها المهنيون الذين يواجهون الوضع، فهل بإمكانهم العمل بعتاد ناقص أو أدوية ناقصة؟ أحيانا يمكن معالجة الأمر بالنسبة للطبيب بتقديمه لهم الوصفة و شراءها من الصيدلية لكن في كثير من الأحيان، لا يتقبل المرضى ذلك ويكون رد فعلهم عنيف و يؤكدون ذلك في خطاباتهم ،و لا يتقبلون فكرة أن المستشفى يعاني من نقص للموارد ،و يظنون أحيانا أنه تم إخفاؤها فقط ،و أحيانا أخرى هناك أسباب اجتماعية مثلا عندما لا يملك الشخص نقودا لدفع ثمن ذلك فيعجز المهنيون عن معالجة المشكل و أحيانا يتدخلون من خلال مدخرات المصلحة التي تجمع من الهبات التي يقدمها بعض الأشخاص أو من المهنيين أنفسهم هذا من جهة، و من جهة أخرى لا يمكن العمل وتقديم أداء حسن إذا كان هناك نقصا في العتاد الطبي فلا يمكن القيام مثلا بمراقبة الضغط الدموي إذا لم يتواجد مقياس الضغط .

و قد يصطحب النقص في الموارد المادية، نقصا في الموارد البشرية

وهذا يظهر من خلال توزيع المهنيين على المصالح خاصة شبه الطبيين ، بحيث يكون العدد بمعدل ممرضين لكل مصلحة ذات ثلاثون مريض ، و في بعض الأحيان ممرض واحد في المصلحة و في غياب أحد الممرضين يضطر ممرض واحد القيام بالعمل لوحدين مثلا في مصلحة طب النساء ، و هذا يؤكد خطاب المرضى ، فالنقص يشمل خاصة شبه الطبيين ، لأن نقص الأطباء المتخصصين يمكن حله بتواجد الأطباء المقيمين من جهة ومن جهة أخرى المتخصصون لا يمكنون أثناء المناوبة في المصالح و لا يبيتون فيها ، فقد يقوم الأطباء المقيمون بمهام المتخصصين ، و الذي يسمح لهم بالتدريب و التعلم،

و قد أدى النقص لتبني الإدارة لنظام وقتي موحد يتمشى و إياه ، و حاولت تعميمه على كل المستشفى بالرغم من رفضه من طرف المهنيين لتأثيره السلبي عليهم و على العمل نفسه حيث أن نسبة (75.4 %) منهم يعملون وفق النظام الجديد مخطط (رقم 12). فنجد نسبة (54.5 %) منهم لا يلائمهم النظام جدول (رقم 22) و يرجع سبب ذلك إلى كثرة العمل بنسبة 27% و كونه مقلق بنسبة (25 %) و متعب بنسبة (23.5%) ، و الطريقة التي فرض بها بنسبة (16 %) ، أما الذين يلائمهم النظام فسبب ذلك هو الواجب المهني بنسبة (69 %) خاصة الأطباء (جدول رقم 23).

إن ظروف العمل و نقص الموارد البشرية و كثرة المهام و العمل إضافة للعمل كل أيام الأسبوع بالنسبة للعاملين بالنهار و عدم الاستراحة والاسترجاع ، ينتج عنه الإعياء و التعب بحيث نسبة (22 %) تعاني الإجهاد الذهني و نسبة (21 %) من الإجهاد الفيزيقي بينما نسبة (16 %) تعاني من نقص وسائل العمل وتخشى من ظروف الحماية الغير موجودة و التعرض للأمراض المعدية ، بنفس النسبة على التوالي ، جدول رقم (20)

منطقيا لا يمكن لشخص أو شخصين فقط القيام بكل المهام و بطريقة سليمة أي حسب المعايير التقنية السليمة للمهام شبه الطبية خصوصا لما يميّز العمل شبه الطبي من تعدد للمهام (Polyvalence) خاصة المصالح الجراحية ، فمن المفروض أن يكون ممرض لأربعة مرضى ليكون التكفل جيد ، و من هنا يمكن أن نستنتج تأثير النقص على الخدمة الصحية ونوعيتها حيث يرى نسبة (88.5%) من المهنيين أن الظروف الموجودة في المستشفى تعيق الأداء و الخدمة الفعالة خاصة بالنسبة لشبه الطبيين بنسبة (92%) ، فقد يكون التأثير لظروف العمل و النقص للموارد على الخدمة و على الأشخاص بحيث يقيّم المهنيون المردود بالإيجابي (الجيد و الجيد جدا) بنسبة 65 % (أي 26.3% بالنسبة للجيد جدا +39.1% بالنسبة للجيد)، بينما 34% تراه متوسط جدول رقم (24). كما ترى نسبة (45.6%) أنها تعمل جيدا ، ونسبة (26.9 %) ترى أن نقص الوسائل سبب المردود المتوسط و نسبة (21%) أنها تعمل كثيرا . و يشير المهنيين إلى إمكانية تقديم الأحسن منهم لضمان الخدمة الصحية الجيدة خاصة ذوي حالة مدنية أعزب بنسبة (44%) بينما يقدم المتزوجون كل ما لديهم حتى على حسابهم الخاص بنسبة (40 %) و يكتفي الباقي بتقديم الواجب لضميرهم المهني و تقديم إلا ما يلزم للحياة بنسب (13%) و (3 %) على التوالي جدول رقم (27) ؛ أما عن رضاهم للمردود الذي يقدمونه فكلما كانت الأقدمية كبيرة تكون درجة الرضا كبيرة جدول رقم (28) ؛ أما عن رضاهم في ظل ظروف العمل التي يعيشونها في الميدان فإن من المخطط رقم (13) نلاحظ أن أكبر نسبة غير راضية (غير راض نوعا ما + غير راض تماما) بأغلبية لشبه الطبيين بينما النسبة الراضية (راض جدا و راض نوعا ما) هي الفئة الطبية خاصة لأن الظروف السيئة للعمل يواجهها شبه الطبيون أكثر من الطبيين لأنهم هم من يحضر مواد العمل و هم من يقوم أكثر بالمهام اليدوية و يجب أن تتوفر لسير العمل بطريقة سليمة ، بينما يكون رد فعل المرضى إزاء الخدمة حسب تصور المستخدمين بالرضا جدا بنسبة كبيرة ، مخطط رقم (14). بينما موقف

المرضى من الخدمة فهو إيجابي تقريبا بقدر ما هو سلبي، أما تأثيرها على الأشخاص، فيظهر من خلال التعب الذي يشكو منه المهنيون بحيث (78.8 %) تراه متعبا خاصة المتزوجون بينما (21.2 %) لا تراه متعبا هذا يرجع لخصوصية المصلحة فيكون نوع التعب ذهنيا بنسبة (57.2 %) و بنسبة (41.6 %) يكون متعب فيزيقيا.

و تجتمع كل هذه الظروف لتشكل منبع صراع و نزاع يومي ، بحيث يكون هذا الصراع بالخصوص مع المسؤول بنسبة (38.2 %) و بين الأشخاص بنسبة (25.7 %) جدول رقم (32) و يكون متعدد نوعا ما و متعدد جدا بنسبة (51.3 %) و (35.3 %) على التوالي جدول رقم (33) و يتعدد كثيرا في المصالح التي تكون القيادة فيه صارمة و ذات القائد المرن ولا يحل المشاكل ذات القائد المرن لأن المشاكل تتراكم و لا تناقش و تحل ، و يكون متعدد و بنسبة كبيرة خاصة عندما يجوز للقيادة العقاب و الإيجاز و أيضا الذي يسمح بحرية المبادرة مخطط رقم (15) ، و يكون سبب الصراع لعدم معرفة المسؤول تسيير المشاكل بنسبة (25.5 %) ، و بسبب اختلاف الذهنيات بنسبة (21 %) و أيضا يمكن أن تكون الأسباب تخص العلاقات كالتفرقة المهنية و عدم تقييم للمهام التي يقومون بها و نقص الثقة في المسؤول الخ جدول رقم (34) ، فأما عن تدّخل الإدارة في حل الصراع فيختلف حسب المصالح فبعض المصالح تطرح الصراع على الإدارة لتحله لأنها هي من يتسبب فيه كمصلحة جراحة الأطفال و طب النساء جدول رقم (35) و يكون رد فعل الصراع إما المناقشة لحل النزاع و ذلك ب (61 %) أو المواجهة بنسبة (30 %) أو الرضوخ للصراع أو الانسحاب بنسب قليلة جدول رقم (36) ، مهما كانت الصراعات و النزاعات في المستشفى إلا أن المصالح تسيير ويحاول المهنيون سواء كانوا أطباء أم شبه الطبيين تقديم الخدمة حتى في ظل الظروف السيئة و مهما كانت الضغوطات التي يعيشونها و هذا يرجع لعامل مهم جدا لتحقيق ذلك ألا وهو خصوصية المهنة الطبية و شبه

الطبية لما تمثله كقيمة في حد ذاتها بحيث نرى نسبة (57%) من المهنيين يعتبرونها كذلك مع أغلبية للأطباء بنسبة 80%، بينما تراها نسبة أقل (36.5 %) مصدر عيش خاصة شبه الطبيين جدول رقم (38) و نلاحظ في جدول رقم (37) اختيار المهنة عن حب بنسبة (45 %) خاصة لذوي مستوى جامعي بنسبة 82 %، فتشكل المهنة كمنبع ومصدر الاندماج في عملهم لحبهم لمهنتهم لما تقدمه من تحقيق ذاتهم و هويتهم المهنية لأهمية العمل الذي يقومون به لأنه إنساني قبل كل شيء ويكون الاندماج غير مرتبط بالدرجة والمستوى الذي يكون فيه الفرد في السلم الهرمي كما تعبر عنه Françoise Gonnet بل في تحكمه الواسع نوعا ما لمجال نشاط مهم لسير المصلحة ¹ فتكون المهنة في حد ذاتها حافزا معنويا لما تحويه من قيمة نسبة (95 %) يحبون مهنتهم جدول رقم (39)

إن العمل في المستشفى يؤد التعود و بفعل العادة لا يمكن للشخص الانفصال عنه إلا إذا كانت حوافز كبيرة مادية منها أو معنوية بحيث 60% من المهنيين لا يغيرون مهنتهم خاصة الأطباء بنسبة (73 %) جدول رقم (40)، لأنهم متيقنين أن كل المستشفيات في الجزائر متشابهة في تسييرها و سيرها الداخلي و تتأثر بالنسق الأكبر الذي تنتمي إليه ألا وهو النسق الصحي لذلك يحاولون تعويض أو اجتياز الظروف السيئة بتطبيقهم لمهنة يريدونها ويحبونها، وفي مصلحة يرتاحون فيها وبذلك يحافظون على استقرارهم ، بينما يختار شبه الطبيين الذين يريدون تغيير المهنة لمهن حرة بنسبة (29 %) و التعليم (26 %) و الإعلام الآلي بنسبة (20 %) مخطط رقم (16)، بينما يغير الأطباء مهنتهم من أجل التسيير بنسبة (33 %) و تغيير التخصص بنفس النسبة لأن التخصص يعتمد على النتائج في الامتحان من أجل التخصص و لم يدخل تخصصهم ضمن اهتماماتهم بل حسب

ترتيبهم لذلك يحبذون تغييره. مخطط (رقم 17) بالرغم من حبهم لمهنتهم إلا أنهم لا يجدون حرجا في تغيير المؤسسة في حالة تغيير الأجرة و ذلك بنسبة (57%) جدول رقم (41) بينما لا يغيّر المؤسسة بنسبة (76 %) في حالة عدم تغيير الأجر جدول رقم (42). لا يغيّر المهنيون المصلحة بنسبة (68%) بينما (32%) يغيّرونها و يرجع سبب عدم التغيير لحبهم لمصلحتهم أكثر من غيرها بنسبة (47%) و بسبب التعود عليها بنسبة (45%) جدول رقم (43) و يغيّرونها بسبب وجود المشاكل داخلها بنسبة (38%) و لظروف سوسيو مهنية أحسن بنسبة (27%) و لظروف عمل سيئة بنسبة (20%)، جدول (رقم 44)، المهم هو اندماج الأشخاص في المصلحة و في المؤسسة و حبهم لمهنتهم يقلل نوعا ما من الضغط و يجعلهم يقومون بعملهم حتى ولو كان ذلك بصعوبة و يشكل إشراكهم في العمل حافزا قويا لأداء الخدمة على الأقل لضمان الحياة و لا يوجد شخص لديه ضمير مهني يتقبل عدم نجاح العلاج ، بينما تتحكم الظروف في كثير من الأحيان في أدائه لذلك فمن الضروري توفير كل شروط العمل الضرورية و البحث عن طريقة لتسييرها و عدم التبذير للموارد الغير ضرورية و التي ترمى عند انتهاء مدة صلاحيتها دون أن تستعمل و هذا راجع لسياسة تسيير الموارد ، يفترض أن يخضع لدراسات ميدانية و حسب الحاجات الحقيقية و المعلنة عنها من طرف المهنيين لتوفيرها .

يتميز المستشفى بوجود لتنظيمين أحدهما رسمي و الآخر غير رسمي و بذلك يعمل المهنيون الطبيون و شبه الطبيين وفق قواعد و لوائح رسمية وفق الأدوار المحددة في المكانة فنجد وضوح في أدوار الأطباء، كل حسب مستواه في السلم الهرمي وكل حسب تخصصه لكن الإبهام يسود العمل شبه طبي مما يشكل أحيانا خلطا في المهام و ضغوطا في العمل، ومن خلال تجربتي في الميدان الصحي يمكن ملاحظة هذا الإبهام الذي يشكل أحيانا سببا لتلك الضغوطات لأنهم يتلقون عبء العمل داخل المصلحة ويطلب منهم القيام بعدة مهام، لا تدخل في كثير من الأحيان في إطار الوظيفة المخولة إليهم، بل تستدعي مناصب أخرى مثلا كالفرض على شبه طبيين ذوي شهادة دولة القيام بمهام خاصة بالمؤهلين أو بالأعوان لنقص عددهم أو عدم وجودهم، خاصة أن هذه الفئة تقوم بمهام العلاج، بالرغم من عدم تكوينهم، و أحيانا في أماكن حساسة تستدعي التأهيل و الكفاءة، و هذا بسبب النقص وبما أنها لا تدخل المهام المطلوبة منهم في إطار مهامهم، فيواجهون بذلك أحيانا ضغوطات و صراعات مع الأطباء، لأن العمل لا بد من انجازه، و عدم وجود من يقوم بذلك يخلق بينهم مشاكل في الحقيقة يمكن تفاديها، و أيضا مع المسؤولين المباشرين بخصوص ذلك كالمراقب الطبي ورئيس الفريق، و يستغل المسؤول ذلك الإبهام لكتابة تقرير عنه كونه رافض للعمل و ليس لكون المهام لا تدخل في إطار مكانته، و لهذا يحاول شبه الطبيين الحاصلين على شهادة دولة قدر الإمكان الحصول على حدود لممارستهم التي تتمثل في الدور المنوط بهم، و لضمان الحماية لهم و وأصبحوا و في معظم المصالح يريدون القيام بما هو رسمي ومكتوب و لكن بسبب النقص يضطرون أحيانا القيام بكل المهام تفاديا

لتدهور حالات المرضى ، بالرغم من كون تعاملهم الرسمي هو السائد في الواقع ، لأن في نظرهم يذهب اللفظ و تبقى الكتابة ، و لا يتحملون النتائج السيئة مهما كانت طبيعتها ما دام لديهم شيئا مكتوبا يكون بالنسبة إليهم خير دليل .

و لكن يفضل شبه الطبيين تواجد للتنظيمين معا ، لتسهيل الضغوطات اليومية التي تتجر عن التعامل اليومي على كل الجبهات ، المريض ، و المرافقين له ، الأطباء داخل المصلحة و كثرة العمل إضافة للنقائص المتعددة ، و من خلال تعاملهم مع بعضهم البعض نجد في الحقيقة أنه لا يمكن التخلي على أي شكل من أشكال التنظيمين بالرغم من شرعية الرسمي لأنه يضمن لهم الحماية la couverture légale و لكن وجود الغير الرسمي يسمح للعمل أن يسير ، بحيث نجد تعاون للفرق شبه الطبية فيما بينهم ، حتى بين المصالح كمصلحة طب الأطفال و جراحة الأطفال لقرب المصلحتين مثلا و اشتراكهم في الفئة التي يعالجونها أي أطفال و بالخصوص الفرق الليلية ، فيعملون أحيانا معا لما يكون ضغطا أو عملا كثيرا و خاصة إذا تواجدت حالات تعاني من مضاعفات أو إذا كانت حالات يصعب وضع لها الإبر الوريدية (voie d'abord) لأنها يجب أن تكون داخل الوريد لفترة من العلاج و تقديم السوائل عن طريقها دون إتلافه ،

أما فيما يخص الضغوطات الخاصة بالموارد المادية فنجد ردود أفعال شبه الطبيين تكون إما بعدم القيام بالمهام بسبب ذلك أو عن طريق المرضى حيث يبعث بهم إلى الإدارة لتقديم الشكوى ، لأنهم يدركون أن الحلول ليست بيدهم بل هي من تسبب في النقص و عليها تقديم البديل ، و لهذا تحاول الإدارة بدورها أن تضغط على المسؤول شبه الطبي ، و تطالبه بالضغط على المهنيين الذين يحدثون الفتن أثناء المناوبة و أحيانا تطلب منهم تقديم تقارير ضدهم ليتسنى لها معاقبتهم ، و يزيد ذلك من الضغوطات و سوء العلاقات مع المسؤولين داخل المصالح و مع الإدارة ، و يعتبرون المراقب الطبي كمنفذ لقرارات الإدارة ، و المشرف على تطبيقها .

فتسيير الضغوطات من طرف شبه الطبيين يكون في كثير من الأحيان عن طريق المناورات التي يقومون بها في المناوبة محاولة منهم، على الأقل التقليل من حدتها أو الضغط على المراقبين من خلالها كالغياب المتكرر و تقديم شهادات مرضية، ليكون ذلك قانونيا ، فقيامهم بذلك ما هو إلا دفاعا للتقليل من الضغوطات المتعددة فشبه الطبيين مجبرون لمواجهة عدة جبهات كثرة العمل و عدم الوقوع في الخطأ لأن أي خطأ سيكلفهم غاليا ، بالرغم من كونهم يعملون على عدم وقوع الأطباء في الأخطاء ، أو يصححونها حتى يتفادون النتائج الوخيمة التي من الممكن أن تحدث للمريض ، وأيضا المشاكل الاجتماعية للمرضى التي يجب أن يجدون لها الحلول ، حتى المادية منها ، و يستعملون أحيانا علاقاتهم لذلك ، و يقومون بتحضير مواد العمل و يحددون الكمية اللازمة يوميا أو أسبوعيا و يستعملون في كثير من الأحيان Un bon de commande d'urgence قسيمة طلب استعجالية للحصول على مواد إضافية للعمل ، و أحيانا تستعمل وصفة طبية وهمية لمريض حان وقت خروجه لإحضار مثلا المضادات الحيوية ، و التي لا تقدم إلا بإحضار الوصفة الطبية و بطاقة الاستشفاء (fiche navette) ، ويكون ذلك بتواطؤ طبيب المصلحة أو طبيب التخدير و الإنعاش لتستعمل لحالات أخرى سواء المستعجلة منها أو مرضي لا تكفي الكمية المقدمة له لإتمام علاجه ، و ذلك لحساب الكمية من طرف صيدلى المستشفى بطريقة تخالف نمط استعمالها في المصلحة ، و القيام بهذا النوع من المناورة يمكن أن يسبب لهم مشاكل إلا أنهم لا يأبهون لذلك مادام يخدم مصلحة المريض .

فيواجه شبه الطبيون عبء كل المشاكل و التي يجب أن يسيرونها، مهما كلفهم الأمر سواء من الناحية الذهنية و النفسية أو الجسدية ، إضافة إلى عملهم كمعالجين و لن يقتصر مهامهم على الجانب التنفيذي فقط ، بل يعتبر عنصر مهم لا يمكن الاستغناء عنه ، بل مشارك فعال و ضروري لسير العمل وذلك حتى من الجانب الفكري .

الخاتمة:

من خلال هذه الدراسة تناولنا عدة جوانب للتنظيم الاستشفائي،
كواقع يعيشه المهنيون الطبيون وشبه الطبيون و الإداريون و الأعوان،
من جهة و المرضى و المقربين لهم من جهة أخرى ،فبالرغم من
تطور ميدان الطب ،إلا أنه بقي في الجزائر محل نقد ،
فقد يصعب تسيير المستشفى لكونه مؤسسة ذات حجم كبير،
وتتدخل في سيره عدة عوامل ، التنظيمية منها و الاقتصادية و
الاجتماعية و الثقافية .. الخ .

و قد عرف التنظيم في المرحلة التي سبقت إصلاح المستشفيات،
خللا وظيفيا على كل المستويات ، من المهم دراسة و معرفة هذه النقائص
ومحاولة معالجتها لأنها ستؤثر على مردود المهنيين سلبا وبالتالي تكون النتائج
وخيمة خصوصا أنهم يتعاملون مع الإنسان و ليس مع الآلة .
فالاختيار للنموذج البيروقراطي من طرف المسيرين جاء من أجل
التحكم في سيره لتحقيق الشرعية و الانضباط بفضل القوانين ،بالرغم من وجود
نماذج أخرى يمكنها أن تحقق اندماج الأشخاص بإشراكهم في المشاكل،و محاولة
الوصول إلى الحلول الناجعة سويا .

فقد كانت المرحلة التي سبقت الإصلاح ،مرحلة انتقالية لذلك نجد بعض
المصالح في المستشفى عرفت تجديدا و أخرى لم تعرف ذلك،وقد تسمح دراسة
التنظيم في هذه مرحلة بتحديد النقائص و الحاجات الحقيقية، للتمكن من تجنبها،
واكتشاف ميدان لا توجد فيه دراسات ، بحيث يمكن جعل مجال الدراسة فيه
مفتوحا و بالخصوص في المرحلة ما بعد الإصلاح و وضع مقارنة بين المرحلتين،
خصوصا أن المرحلة بدأت في التطبيق ، و الذي سيكون موضوع الدراسة
مستقبلا.

المراجع

قائمة المراجع

الكتب باللغة الفرنسية :

- 1- Angers Maurice : Initiation pratique à la méthodologie de sciences humaines, édition Casbah université Alger, 1997.
- 2- Arbuz George et Denis : Réussir le changement de l'hôpital, édition interéditions, Paris, 1996.
- 3- Audebert Patrick et lasrochas : la négociation, édition d'organisation, Paris ,2000.
- 4- Ballé Michael : Organiser les services de soins : le management par La qualité, édition Masson, Paris, 2001.
- 5 – Beaud Michel : L'art de la thèse, édition Casbah, Alger, 1999.
- 6 – Binst Marianne : Du mandarin au manager hospitalier, édition L'harmattan, Paris ,1998.
- 7- Boumati Jean-Marc : les ressources humaines à l'hôpital, édition Berger Levrault, Paris, 1998.
- 8- Boyer Lue et Equilbey Noel : L'organisation (théories et application), édition d'organisation, Paris, 2000.
- 9- Combessie Jean claud : la méthode en sociologie, édition Casbah ; 1998.
- 10- Cântandriopoulos (André- Pierre) et outeyrand (Yves) : L'hôpital Stratège, édition John Libbey Eurotext, Paris, 1996.
- 11- Collière (Marie-Françoise) : promouvoir la vie, édition Inter éditions, Paris 1982.
- 12- Crozier. M et Friedberg. E : L'acteur et le système, édition du seuil, Paris 1977.
- 13-Derene (Odile) et Lamy (Yves) : Les 12 points clés de la carrière du Fonctionnaire hospitalier, édition ENSP, 6^{ème} édition Mise à jour au 1-07-2001, Rennes, 2001.

- 14- Dubar Claude et Tripier Pierre : sociologie des professions, édition Armand Colin, Paris, 2003.
- 15- Durand (Claude) : Management et rationalisation, édition, Deboeck université, Belgique, 1997.
- 16- Gautier Benoit : recherche sociale de la problématique à la collecte des données, édition presses de l'université, Québec, 1997.
- 17- Gonnet Françoise : l'hôpital en question (s) édition Lamarre, Paris, 1996.
- 18- Josette hart- Sylvie Lucas : Gestion des ressources humaines (management hospitalier) édition Lamarre, Paris , 2002 -2004
- 19- Herzlich Claudine : Médecine, maladie et société, édition Mouton, France, 1970.
- 20- Hesbeen walter : Prendre soins à l'hôpital, édition interédition Masson, Paris, 2000.
- 21- Honoré Bernard : la santé en projet, édition interédition, Paris, 1996.
- 22 - Honoré Bernard : l'hôpital et son projet d'entreprise, édition Privat, Toulouse ,1992.
- 23- ISEOR dirigé par le professeur Savall Henri : Management innovant de l'hôpital et des organisations, Economica; Paris, 1995.
- 24- Khiati Mostéfa : Regard sur la santé, édition, Dahleb, l'hôpital, édition Dahleb, Alger, 1997.
- 25- Kutty Olgierd : Innover à l'hôpital (analyse sociologique d'une unité de Dialyse rénale), édition, L'harmattan, France, 1994.
- 26- Le Bœuf (Claude) : Stratégie de communication d'établissements Hospitalières (cas et solution), édition JI Eurotext, Paris, 1991.
- 27- Le Teurtre . H et Béra . B : Audit de la Communication interne des établissements hospitaliers, édition Berger levreault, cedex, 1992.
- 28- Le Teurtre Hervé et Pirret François : L'essentiel du Management, Berger levreault, Paris, 1999.
- 29- Mathy caryn : La régulation hospitalière, édition médicaédition, Paris, 2000.

- 30- Massbeuf .A et Manoukian. A : La Relation soignant soigné, édition Lamarre, France, 1997.
- 31- Mebtoul Mohamed : Une anthropologie de la proximité (les professionnels de la santé en Algérie), éditions L'harmattan, Paris, 1994.
- 32- Mercure .D et autres : Culture et gestion en Algérie, édition Harmattan, Paris, 1997.
- 33- Mintzberg Henri : Le management (Voyage au centre des organisations), édition d'organisation, France, 2001.
- 34- Mintzberg Henri , traduit par l'Américain Paul Sager: le pouvoir dans les organisations, , les éditions d'organisations, Paris, 2003.
- 35- Ponçon Gerard : le management sur système d'information Hospitalière, Edition Ens, France, 2000.
- 36- Peigné Francis et fontenear Robert : Porte ouverte sur l'hôpital, édition ESKA, Paris, 1994.
- 37- Rocher Guy : introduction à la sociologie Général, 1^{ère} partie (l'action sociale), édition HMH, Paris, 1968.
- 38- Sain Saulieu Rénaud :l'identité au travail, édition presses de la fondation, national des sciences politiques, France, mai 1977.
- 39 - Sain Saulieu Rénaud : Sociologie de l'entreprise (organisation culture et développement), 2^{ème} édition, revue et mise à jour, presses des sciences politiques Dalloz, Paris ,1997.
- 40- Thévenet Maurice : Audit de la culture d'entreprise, édition d'organisation, Paris, 1986.
- 41- Thévenet Maurice : Le plaisir de travailler (favoriser l'implication des personnes), édition d'organisation, Paris, 2001.
- 42- Weiss demitri et autres : les ressources humaines, édition d'organisation France ,2001.
- 43- Wener Micheline: Sociologie et culture infirmière, aux éditions Seliarselan château Gautier, France, 2001.

Les REVUES :

- 44- Assistance publique : Depuis 100ans, la société, l'hôpital et les pauvres, édition Doin, Paris; 1997.
- 45- Bourdieu.P: Actes de la recherche en science sociale, édition le seuil, juin 2002, N°142.
- 46- Bouziani M, Mebtoul M, Mesli F : Regard pluriels sur la santé aujourd'hui, in santé publique et sciences sociales, revue semestrielle, n° 1, juin 1998.
- 47- Bouchrit .A-Ould Abbas.DJ-Toumi.M : Le système de la santé durant la guerre de libération national,in séminaire sur le développement d'un système national de santé ,ministère de la santé, Alger, 7-8 Avril1983.
- 48- Hammani A- boukhelouaR- Boroukba A : l'évolution du système national de Santé depuis l'indépendance, in séminaire sur le développement d'un Système national de santé, ministère de la santé, Alger, 7-8 Avril 1983 .
- 49- Lamri larbi : Problématique du financement de la santé en Algérie, in savoir et compétence, revue de l'INFPF n°02 décembre, 2000.
- 50- Massbooeuf .J - Ben charif- laibM : L'organisation de la distribution des soins durant la période coloniale, in séminaire sur le développement d'un système national de la santé, Alger 07-08Avril 1983.
- 51- Massbooeuf. J: Témoignage sur la formation des médecins et l'exercice de la médecine à l'époque coloniale; in séminaire sur le développement d'un système national de la santé, Alger, 07-08 Avril 1983
- 52- Ouati. A et guidoum Y : l'organisation de la distribution des soins, son insertion dans le développement d'un système national de la santé, Alger, 07-08 Avril 1983.
- 53- Ministère de la santé : actes la conférence national sur la reforme du système de la santé et de la sécurité sociale, club des pins 4-5-6 décembre 1990.

54-Ministère de la santé : Rapport Générale sur l'organisation du système de santé, Janvier 1990.

المعاجم باللغة العربية :

58 - ر. بودون و ف. بوريكو: المعجم النقدي لعلم الاجتماع، ترجمة سليم حداد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1986.

المعاجم باللغة الفرنسية :

59- Boudon .R et Bourricau .F :Dictionnaire critique de la sociologie , Presse universitaire ,France ,1982.

60- Coblentz .A et Cabon .PH : Effets de la monotonie et l'organisation des horaires du travail sur la vigilance et la performance des opérateurs , in Encyclopédie médicochirurgicale , Paris , 16-784-A-10.

الكتب باللغة العربية :

61- السيد الحسيني: علم اجتماع التنظيم، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1994.

62- علي الميكاوي : علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية، 1996.

63- نادية محمد السيد عمر: علم الاجتماع الطبي المفهوم و المجالات ، دار المعرفة الجامعية ، مصر، 1998.

الأطروحات باللغة العربية:

64- محمد رضا بلمختار: نسق العلاج وعقلانية الفاعلين صمنه، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر ، معهد علم الاجتماع ، 1991 .

65- فريدة مشري :المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر ، معهد علم الاجتماع 2001 .

الملاحق

Document téléchargé depuis www.pnst.cerist.dz CERIST

Document téléchargé depuis www.pnst.cerist.dz CERIST

Document téléchargé depuis www.pnst.cerist.dz CERIST

- Document téléchargé depuis www.pnst.cerist.dz CERIST

Document téléchargé depuis www.pnst.cerist.dz CERIST

- Document téléchargé depuis www.pnst.cerist.dz CERIST

2- uniquement ce qui est réglementaire ☐

3- autres

Communication et information:

13- Quelles sont les supports de l'information les plus utilisés dans
Votre service ?

1- La revue de l'hôpital ☐ 2 - Notes de service ☐

3- Les dépliants ☐ 4 - Les réunion ☐

5- Les rumeurs ☐ 6- Chef hiérarchique ☐

7- Autres.....

14 - Jugez-vous un manque au niveau de l'information?

Oui ☐ non ☐

14- 1- Si oui est -ce que cela est due à :

A- la rétention de l'information par les chefs hiérarchiques ☐

B- mauvaises relations entre les chefs hiérarchiques et les subordonnés ☐

C- autres

15 - Comment sont vos relations avec vos collègues ?

A- Médicale :

1- Très bonnes ☐ 2- Bonnes ☐ 3- Plus au moins bonnes ☐

4 -Neutres ☐ 5-Mauvaises ☐ 6- Conflictuelles ☐

7- Autre

B- Paramédicale :

1- Très bonnes ☐ 2- Bonnes ☐ 3- Plus au moins bonnes ☐

4 -Neutres ☐ 5-Mauvaises ☐ 6- Conflictuelles ☐

7- Autre.....

16- Quel est le mode de communication le plus approprié entre l'équipe
médicale et l'équipe paramédicale ?

1- L'écrit ☐ 2- L'orale ☐ 3- les deux à la fois ☐

17- Comment communiquez vous avec l'administration ?

1- Par écrit ☐ 2- Oralement ☐ 3- les deux à la fois ☐

18- Avez –vous un service d'accueil dans votre service ? oui ☐ non ☐

- si oui : Est-il informatisé ? oui ☐ non ☐

19- Qui assure l'accueil et l'orientation des malades dans votre service ?

1- le médecin ☐ 2- le paramédicale ☐ 3- la secrétaire ☐

4- une personne spécialisée dans l'accueil ☐ 4- autre.....

Autorité et type de commandement :

20 -Quel est le chef hiérarchique qui a le plus d'autorité dans votre service?

1 – le directeur ☐ 2 – le médecin chef ☐

3- Le surveillant médicale ☐ 4- Le chef d'équipe ☐

5- autre

21- Quel est le type de chef hiérarchique que vous avez dans le service ?

1- un type de chef rigide ☐

2- un type de chef qui réclame le droit de punir et de récompenser ☐

3- un chef souple ☐

4- un chef coopérant ☐

5-un type de chef qui donne le plus d'initiatives ☐

6- Autres.....

22 - Quel genre de relations avez-vous avec vos supérieurs ?

1- relation d'amitié ☐

2- relation impersonnelle basée sur l'échange et la transparence
dans Le domaine professionnel ☐

3- relation conflictuelle ☐

4- Autres

Les coûts de la santé :

1- Le coût économique :

(les moyens matériels et condition de travail) :

23- Utilisez –vous de nouveaux matériels ? oui ☐ no ☐

24- Avez- vous un manque en ce qui concerne le matériel médicale
consommable et les produits pharmaceutiques ? oui ☐ non ☐

A- si oui : est –il très fréquent ☐ peu fréquent ☐
Rare ☐ Autres

B- Dans quelle période survient ce manque ?.....

25- Parmi les conditions de travail suivantes , quelles sont les plus

Retrouvées dans votre service

A- Charge du travail physique ☐

B- Charge du travail mentale ☐

C- Manque d'outils de travail ☐

D- Conditions de protections non disponibles ☐

E- Exposition aux rayons ☐

F- Exposition aux maladies contagieuses graves ☐

G- Autres ☐

26- Quelles sont les horaires de votre travail ? expliquez le système

.....

27- Ce système vous convient - Il ? oui ☐ non ☐

A – Si oui :est- ce que cela est due à :

1-Un choix personnel ☐ 2-Une obligation familiale ☐

3- Une obligation du service ☐ 3-Autres

B - Si non : est ce que cela est due à

1- La charge du travail ☐ 2- La fatigue ☐

3- le stress au travail ☐ 4- la façon dont il a été imposé ☐

5 Autres

Le Coût sociale :

1- Le rendement :

29- Comment jugez vous votre rendement ?

1- Très bon ☐ 2- Bon ☐ 3 – Moyen ☐ 4 Médiocre ☐

Pourquoi ?.....

30 – Trouvez vous votre travail pénible ? oui ☐ non ☐

Si oui est ce qu'il est pénible ?

1- Physiquement ☐

2- Moralement ☐

3- Autres

30- Quand vous donnez une prestation sanitaire est ce que vous feriez :

1- Le maximum même au détriment de vous même ☐

2- Juste ce qu'il faut , pour sauvegarder la vie ☐

3- Uniquement le devoir , par conscience professionnelle ☐

4- Le meilleur de vous même , pour assurer une meilleur prestation ☐

5- Autres.....

31 Pour les services d'hospitalisation : la durée d'hospitalisation des malades dans votre service est – t- elle :

1- Inférieur à la normale ☐

2 - Normale(juste ce qu'il faut pour l'hospitalisation) ☐

3 - Inférieur à la normale ☐

32- les conditions de travail de votre service peuvent elles constituer un obstacle à l'efficacité de la prestation sanitaire? oui ☐ non ☐

33- Etes vous satisfait de votre rendement ? oui ☐ non ☐

34- Dites- nous à quel degrés vous pouvez être satisfait dans les conditions actuelles ? 1 - Très satisfait ☐ 2 - Plus au moins satisfait ☐
3 - Plus au moins mécontent ☐ 4 – Très mécontent ☐

35- Aimez vous votre métier ? oui ☐ non ☐

36 – Comment réagissent vos malades quand vous leur donnez un soin ?

- 1 - Très satisfait ☐ 2 - Plus au moins satisfait ☐
3 - Non satisfait ☐ 4 - Autres

Conflit :

37- Quel type de conflits remarquez vous à l'hôpital ?

- 1 – Entre individu ☐
2 - Entre l'individu et son groupe ☐
3 – Entre les groupes (médicale et paramédicale) ☐
4 – Entre personnel et le responsable ☐
5 – Il n'y a pas de conflits ☐

38 – Quelle est la fréquence de ces conflits ?

- 1 - Très fréquentes ☐ 2 – Peu fréquentes ☐ 3 Rares ☐

39 – Est-ce que vos conflits dépassent le cadre du service et incitent

l'administration à intervenir ? oui ☐ non ☐

40 – D'après vous quelles sont les causes du conflit ?

- 1 - Les règles sont rigides ☐
2 - La dévalorisation des tâches effectuées ☐
3 - Sous estime du métier que vous exercez ☐
4 - Différence entre mentalités et logiques ☐
5 - Ségrégation professionnelle ☐
6 - Manque de confiance en la hiérarchie ☐
7 - Le chef hiérarchique ne sait pas gérer les problèmes ☐
8 - Autres ☐

41 – Quelle est votre réaction devant le conflit ?

- 1 – L'affrontement 2 – la confrontation et discussion
3 – La soumission 4 – le retrait 5 – Autres

L'implication et l'intégration :

42 – Comment avez-vous choisi votre métier ?

- 1- Hasard 2 – Vocation
3 - Echec scolaire 4 - Autres

43 - Que représente votre métier pour vous ?

1 - Un prestige ☐ 2 – une valeur en soi ☐

3 - Un moyen de gagner sa vie ☐ 4 – Autres

44 – Si on vous demande de choisir entre votre service et un autre ,

Choisirez vous un autre ? oui ☐ non ☐

Pourquoi ?

45 – Si on vous demande de quitter votre hôpital pour un autre ,

le feriez-vous ?

A – En cas ou le salaire augmente : oui ☐ non ☐

B - En cas ou le salaire ne change pas : oui ☐ non ☐

46 – Si on vous demande de changer votre métier ; choisirez vous un

autre ? Oui ☐ non ☐

Si oui , sur quel métier se portera votre choix ?.....

47 – Comment qualifierez vous ?

1 - La gestion hospitalière

2 - Le système de la santé

Guide d'entretien :

- 1- Depuis quand êtes vous hospitalisés ? et comment vous avez été admis ?
- 2- Comment sont vos relations avec le personnel médicale et paramédicale ?
- 3- Qui voyez – vous le plus souvent et à quelles occasions ?
- 4- Etes vous satisfait de la prestation dans ce service ? et y êtes vous à l'aise ?
- 5- Quelle est la chose ou situation qui vous a le plus choqué ?
- 6- Qu'est-ce qu'il faut changer tout de suite ?

دليل المقابلة

- 1- منذ متى و أنت في المستشفى؟ و كيف تم استشفائك (في أي إطار)؟
- 2- كيف هي علاقاتك مع الأطباء و شبه الطبيين ؟
- 3- هل أنت راض من الخدمة في هذه المصلحة و هل أنت مرتاح فيها ؟
- 4- ما هو الشيء أو الوضعية التي أزعجتك أكثر ؟
- 5- ماذا يجب تغييره في الحال ؟