

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

2.1 تمهيد

إن كل بحث أو دراسة مهما كان صغيراً أو كبيراً، في أي مجال من مجالات العلم، ماهو إلا لبنة في بنية الهيكل المعرفي، وتعد الدراسات السابقة الرصيد المعرفي للباحثين كل في مجاله، فالدراسات السابقة تزود الباحث بأفكار ومقاربات جديدة في بحثه، وقد تفتح أمامه أفقاً جديداً للبحث، كما تعتبر منطلقاً هاماً ورئيسياً لأي دراسة علمية سواء أكانت نظرية أو تطبيقية وفي كافة التخصصات، فإن أي بحث أو دراسة لا يمكن أن تنطلق من العدم، إذ لابد من وجود بحوث ودراسات سابقة. وفي هذا الفصل سيتطرق الباحث إلى كل ما تم الإطلاع عليه من دراسات سابقة متعلقة بموضوع الدراسة، وسيحاول تدعيم الدراسة بما توفر لديه من دراسات لزيادة الدقة والثقة في النتائج التي ستتوصل إليها الدراسة لاحقاً.

2.2 المبحث الأول: القيادة:

القيادة هي بمثابة الرأس من الجسد والعقل من الرأس، وبدون القيادة الواعية والمحنكة والهادفة في التنظيم يختلط بنية التنظيم وأهدافه وبرغبات ومصالح العاملين الشخصية، وبدون القيادة المرية واليقظة والرحيمة، تضيع الأسرة وتتفكك روابطها؛ لذا فالقيادة المؤمنة المسلمة، والبصيرة المتفهممة، والحكيمة الراشدة هي رأس كل تنظيم ومفتاح كل نجاح وتفوق.

2.2.1 المطلب الأول: القيادة في الإسلام

إن الدين الإسلامي كله كمال وروائع؛ لما وضعه من قواعد متكاملة لكل نواحي الحياة الدنيا، وما أتمه من نظام يكفل خير الإنسان وفلاحه وخير الإنسانية ورفيها، فجعل عناصر الدين الرئيسة هي حماية وصيانة الدين والعقل والنفوس والمال والنسل، كما وجعل ترابط المسلم الفرد بمجتمعه من أهم عوامل دعم المجتمع وصلاحه.

وهكذا يصبح كل فرد في المجتمع الإسلامي عنصراً إيجابياً في نموه، ومن باب أولي يصبح القائد المسلم من أهم الأفراد في النهوض بأتمته وتقدمها بل هو عماد إحقاق الحق وبسط العدل والعمل بالمساواة. فمن ذا الذي ينصر المظلوم بعد الله تعالى إلا السلطان والحاكم والوالي والقاضي (القيادي على مختلف مشاربه).

ولقد عني الإسلام بالقيادة من حيث القواعد العامة والأساسية وترك التفاصيل والأساليب إلى ظروف كل زمان ومكان ولذلك ربط أهداف القيادة من إدارة للشؤون العامة أو إدارة لتحقيق أهداف التنظيم والإنتاج والنمو والربح (الكيان والعناصر المادية) بالمسؤوليات والواجبات تجاه الله تعالى والدين والجماعات والأفراد (الكيان الروحي)؛ وبالتالي إخلاص النية لله وحده. ومن ثم لا يجوز للقيادي أن يتصرف وفق هواه ولا وفق هوى من هو أعلى منه من البشر، بل إن تصرفاته كلها يجب أن تكون وفق توجيهات الدين الحنيف كأن لا يأمر بمعصية أو منكر، قال تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ﴾ (القرآن. النحل: 90).

ولا يليق به أن يشتط في أحكام، كما في قوله عزوجل: ﴿يَأْتِيهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُتُوبًا قَوْمًا بِالْقِسْطِ شُهَدَاءَ لِلَّهِ وَلَوْ عَلَىٰ أَنفُسِكُمْ أَوِ الْوَالِدِينَ وَالْأَقْرَبِينَ﴾ (القرآن. النساء: 58: 4). وأن يحكم بين أفراده بالعدل، ففي قوله سبحانه: ﴿وَإِذَا حَكَمْتُمْ بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ﴾ (القرآن. المائدة: 42: 5).

هكذا هو شأن المسلمين أن يحكموا بينهم كتاب الله ويحكموا بالقسط، والبر، والمعروف ﴿وَتَمَّتْ كَلِمَتُ رَبِّكَ صِدْقًا وَعَدْلًا لَا مُبَدَّلَ لِكَلِمَاتِهِ وَهُوَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ﴾ (القران. الأنعام 115: 6)؛ وعليه فلا يدعي القائد أنه يعلم أفضل من غيره ما فيه الخير والفلاح، ولا يعد نفسه مصدرًا للأحكام ما لم يكن ذلك، مبنياً على أحكام الشريعة السمحة ولا يتعارض مع مقاصدها من العدل والمساواة والبر والإحسان ومن رعاية للمصالح العامة، أو مصالح أصحاب رأس المال، والمساهمين، وأصحاب الحقوق ورعاية للعاملين تحت قيادته، ومن ثم وجب عليه أن يخضع دوافعه ومبررات سلوكه وقراراته إلى وجدانه الديني، فيكون مراقباً لله تعالى في كافة مسلكه، لا طلباً للمنصب أو خوفاً من ذوي السلطة أو الجاه أو ممن هو أقوى منه سلطة؛ ولذلك حث الإسلام على أن يتولى القيادة في المناصب المختلفة وأهمها الإمارة من هم أهل لها قلباً وقالباً، ويتم إختيارهم على ضوء من هو الأصلح بينهم بناءً على القوة في العلم والمعرفة والصحة والجسد والأمانة في الدين والنفس والخلق، ففي قوله عزوجل ﴿إِنَّ خَيْرَ مَنْ اسْتَأْجَرْتَ الْقَوِيُّ الْأَمِينُ﴾ (القران. القصص 26: 28).

والقيادة بمعناها العام في الإسلام هي: " ذلك السلوك الذي يقوم به شاغل مركز الخلافة أثناء تفاعله مع غيره من أفراد الجماعة، فهي عملية سلوكية، وهي تفاعل اجتماعي فيه نشاط موجه ومؤثر، علاوة على كونه مركز قوة" (المطيري، 1439هـ: 227). ولقد جاء في القران الكريم آيات كثيرة تبين أهمية القيادة في الإسلام والصفات التي ينبغي أن يتحلى بها القائد، والدور الذي يمكن أن تؤديه في الجماعة والواجبات الملقاة على عاتق القيادة الإسلامية، وفيما يلي بعض الآيات الدالة على ذلك، حيث يقول الله تعالى: ﴿فِيمَا رَحْمَةٍ مِنَ اللَّهِ لَنْتَ لَهُمْ وَلَوْ كُنْتَ فَظًّا غَلِيظَ الْقَلْبِ لَانْفَضُّوا مِنْ حَوْلِكَ فَاعْفُ عَنْهُمْ وَاسْتَغْفِرْ لَهُمْ وَشَاوِرْهُمْ فِي الْأَمْرِ فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُتَوَكِّلِينَ﴾ (القران، سورة آل عمران: 3).

كما تؤكد الأحاديث النبوية الآيات القرآنية السابقة، حيث يقول الرسول ﷺ: (إِذَا كَانُوا ثَلَاثَةً فَلَا يَتَنَاخَى اثْنَانِ دُونَ الثَّلَاثِ، وَإِذَا كَانُوا ثَلَاثَةً فِي سَفَرٍ، فَلْيُرْمُوا أَحَدَهُمْ) (سنن أبو داود، كتاب الأدب، باب التناحي، حديث رقم 4851). ويقول الرسول ﷺ: "ألا كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته، فالأمير الذي على الناس راعٍ وهو مسئول عن رعيته والرجل راعٍ على أهل بيته وهو مسئول عنهم والمرأة راعية على بيت بعلها وولده، وهي مسئولة عنهم والعبد راعٍ على مال سيده وهو مسئول عنه ألا فكلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته" (صحيح مسلم، كتاب الإمارة، باب فضل الإمام العادل وعقوبة الجائر، حديث رقم 1828)، ويقول ﷺ: "اللَّهُمَّ مِنْ وَلِيٍّ أَمْرٍ أُمَّتِي شَيْئًا، فَشَقِّقْ عَلَيْهِمْ فَاشَقِّقْ عَلَيْهِ، وَمِنْ وَلِيٍّ مِنْ أُمَّتِي شَيْئًا فَارْقُقْ بِهِمْ فَارْقُقْ بِهِ" (صحيح مسلم، كتاب الإمارة، باب فضل الإمام العادل وعقوبة الجائر، حديث رقم 1828). وعن أبي هريرة رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ أَنَّ رَسُولَ اللَّهِ ﷺ قَالَ: (مِنْ أَطَاعَنِی فَقَدْ أَطَاعَ اللَّهَ، وَمِنْ عَصَانِي فَقَدْ عَصَى اللَّهَ، وَمِنْ أَطَاعَ أَمِيرِي فَقَدْ أَطَاعَنِي، وَمِنْ عَصَى أَمِيرِي فَقَدْ عَصَانِي) (صحيح البخاري، كتاب الأحكام، باب قوله تعالى: "أَطِيعُوا اللَّهَ وَأَطِيعُوا الرَّسُولَ وَأُولِي الْأَمْرِ مِنْكُمْ"، حديث رقم 6718).

2.2.2 المطلب الثاني: مفهوم القيادة

لقد تباينت آراء المفكرين والباحثين في تعريف القيادة الإدارية كل حسب وجهة نظره الخاصة، وستتناول في هذا المطلب بعض التعريفات للقيادة الإدارية ونظرياتها والأنماط المختلفة للقيادة الإدارية،

كمايلي:

أولاً: القيادة لغياً:

يقول ابن منظور "إن مصدر القيادة من الفعل قاد يقود قوداً وقياداً، واسم الفاعل منها قائد ويجمع على قادة، والقود من الأمام والسوق من الخلف، والقائد يطلق على أنف الخيل أي مقدمته. فالقيادة هي السبق والتقدم لارتياح الأفاضل للمقودين " (ابن منظور: 2003: المجلد العاشر، حرف القاف). كما ذكر ابن دريد في تعريفه للقيادة في اللغة بأنها مشتقة من "قاد" مثل: "قَادَ الفَرَسَ: مَشَى أَمَامَهُ آخِذاً بِمِقْوَدِهَا، ومنها يقاد " (ابن دريد، 1926: 41).

ثانياً: القيادة اصطلاحاً:

تشكل القيادة في الواقع محوراً مركزياً مهماً تدور في فلكه مختلف الأنشطة في المنظمة، وتتعدد تعريفات القيادة في الفكر الإنساني وتنوع؛ "إذا رجعنا إلى الفكر اليوناني وجدنا أن كلمة القيادة مأخوذة من الفعل: يعمل، أو يقوم بمهمة، وكان الاعتقاد السائد يقوم على أن الفعل يقوم على من يبدأ الفعل وبين من ينجزه، وإن هذه العلاقة يترتب عليها تمثيل دورين متبادلين يمثل الدور الأول من يتولى القيام بالعمل، وهو القائد، ووظيفته إعطاء الأوامر، وهو حق مقتصر عليه، ويمثل الدور الثاني من ينجزون العمل وهم الأتباع، ووظيفتهم تنفيذ الأوامر، وهو واجب عليهم" (الجريسي، 2012: 16).

وقد تعددت آراء الباحثين في تعريف القيادة اصطلاحاً حيث كانت القيادة قديماً تومي للصفات الشخصية والقدرات التي منحها الله سبحانه وتعالى لبعض الأفراد، ومع تقدم الزمن وتطور الفكر الإنساني تغيرت المفاهيم حول تعريف القيادة وإختلفت عن ذلك باختلاف المتطلبات وقد كان الإختلاف في تعريف القيادة قائماً حول صعوبة الفصل بين ما هي عليه في الواقع النظري والتطبيقي، وكذلك حول الصعوبة في تحديد ما إذا كانت القيادة صفة من صفات المجموعة متعلقة بمكانتها الوظيفية وتقوم بنشاط هام من أنشطه الجماعة، أو صفة من صفات القائد حيث يتسم القائد بصفات وقدرات

شخصية جسدية أو عقلانية أو أخلاقية.

وعرفها كونز ودونيل بأنها "فن عملية التأثير على الآخرين من اجل بذل جهودهم برغبة واقتناع لتحقيق أهداف الجماعة" (Koonz and Donnel: 1986)، ويرى آخرون أنها "قدرة القائد على التأثير في سلوكيات المجموعة لتحقيق الأهداف المرجوة" (النمر وآخرون، 2001: 314).

كذلك أسهم ليكارت (Likart: 1961) بتعريف للقيادة وقال " القيادة مقدرة الشخص على التأثير على فرد أو مجموعه وتوجيههم للعمل بأعلى درجات الكفاية في سبيل الوصول للغايات الموضوعية" (Likart، 1961: 30). وكذلك عرفها السواط وآخرون بأنها "قوة التأثير على الآخرين لتوجيه جهودهم نحو تحقيق أهداف الجماعة" (السواط وآخرون 2007: 230). ويرى العميان أن القيادة هي: "التأثير في الآخرين وتوجيه جهودهم لتحقيق ما يصبو إليه القائد، ومن وجه نظر تنظيمية فإن القيادة تمثل عملية التأثير على الفرد والجماعة لتوجيههم نحو تحقيق أهداف المنظمة" (العميان، 2010: 257). ويعرف الباحث القيادة بأنها: عملية إدارة الأفراد لتحقيق الأهداف المحددة مسبقاً، من خلال توجيههم للتحرك في الاتجاه السليم، والحصول على التزامهم بذلك، من خلال ما يتوفر للقائد من خصائص وصفات شخصية.

2.2.3 المطلب الثالث: القيادة الإدارية:

يختلف مفهوم القيادة الإدارية عن مفهوم القيادة بشكل عام، حيث أن القيادة يبرز معناها من الصفات والخصائص التي يتمتع بها القائد ومدى قدرته على التأثير في الجماعة، في حين تركز القيادة الإدارية على القوة التي يستمدتها القائد من السلطة الرسمية وقوة المنصب الذي يعتمد أساساً على قوة القانون الوضعي، ويأتي بعدها ما يتمتع به القائد من صفات ومزايا تميزه عن غيره، ولمعرفة معنى القيادة الإدارية بدقة، ينبغي التمييز بين القيادة والرئاسة.

أولاً: تعريف القيادة الإدارية

عرف هنت ولارسون القيادة الإدارية بأنها: "الطريقة المثلى التي تمكن القائد من شيوع التعاون المثمر بين الموظفين في المنظمة من أجل تحقيق الأهداف المشروعة" (Hunt and Larson : 1979 : 76). ويرى محمد عثمان القيادة الإدارية بأنها "المقدرة على التنظيم والتخطيط والتوجيه والرقابة والتنسيق لتحقيق هدف معين" (محمد عثمان، 2008: 8). كما نجد أن هناك مفكرين تطرقوا لتعريف القيادة الإدارية فهي عند كاتز تعني "عملية التأثير التي يقوم بها المدير في مرؤوسيه لإقناعهم على المساهمة الفعالة بجهودهم في أداء النشاط التعاوني" (katz، 1955 : 98).

ثانياً: عناصر القيادة الإدارية:

- حيث أن عناصر القيادة الإدارية تتكون من العناصر التالية: (العديلي، 1993 : 266)
- أ- الجماعة: تصبح الحاجة للقيادة في ظل وجود مجتمع ما بغض النظر عن حجم ذلك المجتمع وصفاته وخصائصه؛ فالقيادة نشأت وتطورت في وجود جماعات بحاجة إلى قادة.
- ب- الهدف: إن الدور الحقيقي للقيادة هو العمل على تحقيق أهداف الجماعة من خلال التأثير فيهم.
- ج- التناسق: إن وجود الجماعة لا يكفي لإنجاح القيادة في تحقيق أهداف التنظيم، لأن نجاح عمل مشترك يتطلب تناسق وانسجام بين أعضاء الجماعة حتى يوجهون جميع جهودهم نحو تحقيق الهدف المشترك بشكل يساعد ولا يعيق العملية ذاتها (المزروع، 1999 : 34).
- د- القدرة على التأثير: إن جوهر القيادة هو القدرة على التأثير في سلوك الجماعة وهي تعتبر الخطوة التنفيذية التي تتمثل في الممارسة الفعلية للقيادة ويشير عدد من الكتاب إلى عدد من أنواع التأثير الذي يعتبر مصدر للقوة التي يعتمد عليها القائد مايلي:

1. التأثير القسري: أن يقوم القائد بتخويف الأتباع وتهديدهم بالعقاب أو الحرمان من بعض الميزات.
2. التأثير بالمكافئات: وهي قدرة القائد على التأثير على الأفراد من خلال ما يملكه من قدرة على المكافئة والتحفيز.
3. التأثير الشرعي: ومنبع هذا التأثير هو السلطة أو القوة التي يستمدّها القائد من شرعية المنصب الإداري الذي يشغله.
4. التأثير المعرفي (العلمي): وومصدر قوة القائد هنا مستمدة من المهارة والخبرة والمعرفة التخصصية التي يمتلكها في موضوع أو تخصص معين.
5. تأثير المرجعية: وهو التأثير النابع من قدرة القائد على الحكم على الأشياء، فيصبح هو المرجع الذي يملك القدرة على التشريع والفتوى.
6. تأثير السمات الشخصية: وهو التأثير المنبعث من السمات الشخصية الحميدة والمميزة التي يملكها القائد والتي يستخدمها في توجيه المرؤوسين.
7. تأثير القرينة: وهو التأثير الذي يجعل القائد يتمتع بمركز قوة يستمدّه من دعم القيادات العليا أو من أقاربه وأصدقائه الذين هم في مناصب عليا أو من خلال مركزه الاجتماعي أو السياسي (حريم، 2011: 218).

2.2.4 المطلب الرابع: نظريات القيادة

هنالك العديد من النظريات والدراسات حول موضوع القيادة، وعلى الرغم من ذلك فإن مسألة القيادة وأسس نجاحها، وما يمكن أن يؤدي بالقائد للنجاح في قيادته مازالت مسألة معقدة، ومن تلك النظريات مايلي:

أولاً: المدرسة التقليدية: تنبثق من هذه المدرسة عدة نظريات وهي:

1. نظرية الرجل العظيم: هذه النظرية قدمها الفيلسوف توماس كارليل في القرن التاسع عشر، مؤكداً على أنه لا يمكن للفرد أن يكون قائداً دون سمات خاصة به تميزه عن غيره من الناس (الجارودي، 2002: 23).

ثم تبعه العديد من الباحثين ليؤكدوا " أن هناك رجالاً عظاماً يبرزون في المجتمع لهم سمات فائقة وقدرات مميزة ومواهب وخصائص وعبقورية غير اعتيادية تجعل منهم قادة أياً كانت الظروف الاجتماعية التي يواجهونها " (شفيق، 2005: 15).

أ- الصفات العقلية: المقدره على التكيف، الذكاء، الثقة بالنفس، الحماس.

ب- الصفات الاجتماعية: مثل التعاون، الإدارة، المهارات الفردية الشخصية.

ج- السمات البدنية: مثل علو القامة، المظهر، روح الشباب، الطاقة والحيوية.

د- الصفات التخصصية: مثل الإبداع، حب المسؤولية وقبولها، المبادرة، الرغبة في الترقى في الوظيفة.

ولكن يجمع الباحثون على أن هذه النظرية لم تنجح في البحث عن سمات القائد الناجح الفعال الحقيقي.

2. نظرية السمات: يرى الجارودي (2002) أن هذه النظرية ترتبط ارتباطاً كبيراً بنظرية الرجل

العظيم، والتي بنيت على أساس فرضية أن القادة يولدون ولا يصنعون، فالقادة ولدوا وهم يحملون

عددا من الخصائص الموروثة أو السمات الشخصية التي تجعلهم قادة ناجحين، وقد توصل أنصار هذه

النظرية من خلال دراساتهم إلى مجموعة من السمات الضرورية للقيادة منها: الذكاء، الأمانة، الثقة

بالنفس، تحمل المسؤولية، الطموح، القدرة على اتخاذ القرار وغيرها. كما يرى القائلون بهذه النظرية

"القادة يولدون ولا يصنعون" وأن سمات القيادة "موروثة وليست مكتسبة" وأن الأشخاص الذين لا

يملكون هذه الصفات لا يمكن لهم أن يكونوا قادة. كما أن هناك عدة افتراضات تستند إليها هذه النظرية مثل أن يمتلك الرجال العظام حرية الإرادة المطلقة والقدرة على إحتواء الأزمات بما يتوافق مع أهدافهم، ومن مزايا هذا المدخل وفق مايلي: (الشريف، 2004)

- من أول النظريات التي شرحت صفات وخصائص القائد.
- تبى مدخل السمات مجموعه من الشروط التي تساعد في إختيار القائد.
- كان مدخل السمات اول من فتح الباب للباحثين والمفكرين لإبتكار ما يليها من النظريات، ويعيب على مؤيدي هذا المدخل اهتمامهم بصفات القائد وخصائصه واهمال باقي الجوانب كأفراد المجموعه، كذلك ثبت بالفحرة ان هذه النظرية لم تكن صحيحة بالمطلق فهناك العيد من الناس ظهوروا كقادة ولم يتميزوا بخصائص او سمات خارقة (العجامة، 2010: 26).

3. النظرية السلوكية: بعد ظهور العيوب آنفه الذكر لنظرية السمات قام الباحثون بتحويل اهتمامهم من محاولة تعريف سمات القادة إلى محاولة دراسة سلوكيات القادة من حيث:

- ما يفعله القادة في الواقع.
- كيف يفعلونه.

وقد قامت جامعة اوهايو بوضع برنامج لبناء استبانة وصف سلوك القادة، وهو من اشمل البرامج حيث تم بناء قائمة ب 1800 سلوك محتمل للقادة وهي ما تسمى الآن ب (الاستقصاء الوظيفي للسلوك القيادي)، وقد أشارت نتائج هذا الاستقصاء إلى وجود ثلاثة أبعاد للنمط القيادي وهي: الحفاظ على الجماعة، تحقيق الأهداف الموضوعية، التفاعل ومن هذه النظرية انبثقت عدة نظريات وهي:

أ. نظرية الشبكة الإدارية: بنيت على محورين (الإهتمام بالعمل - الإهتمام بالعاملين) (الجارودي

ب. نظرية X&Y: تقوم هذه النظرية على أساس ان المدير(القائد) يتعامل مع مرؤوسيه في العمل بناء مجموعتين من الافتراضات التي توضح أن لهؤلاء المرؤوسين وجهات نظر خاصة بالعمل تحكم سلوكهم وتعاملاتهم، وأن القائد يتعامل معهم على ضوء الافتراضات، وقد أُطلق على المجموعة الأولى من الافتراضات نظرية X وهي افتراضات يرى أنها الغالبة في العمل اليومي، وأُطلق على المجموعة الثانية من تلك الافتراضات نظرية Y وهي افتراضات لا تأتي إلا في الأعمال الاستراتيجية.

الجدول (1) يوضح افتراضات نظرية (x & y)

ت	إفتراضات نظرية X	إفتراضات نظرية Y
1	تحقيق الأهداف يأتي نتيجة للحوافز المصاحبة للإنجاز.	الإنسان العادي يمقت العمل في قراره نفسه.
2	لدى الإنسان قدرة كبيرة على ممارسة درجة عالية من الابتكار والإبداع.	ميل الإنسان إلى الكسل وعدم الرغبة في العمل وبالتالي فهو يحاول تجنب العمل قدر الإمكان.
3	التهديد بالعقاب لا يشكل الوسيلة المناسبة لدفع جهود الأفراد لإنجاز الأهداف.	الإنسان العادي طموحه ضعيف، ويفضل أن يتم توجيهه.

المصدر: الجارودي: 2002: 67.

ج. نظرية الأبعاد الثلاثة: تعتبر هذه النظرية (لوليم ريدن) إحدى النظريات المبنية على نتائج دراسات جامعة اوهايو ويرى (ريدن) أن هناك مؤثرات ظاهرية للقائد الإداري، تجعله يتبنى مفهوم كفاءة القيادة أو التأثير الإداري أكثر فعالية القيادة، ويعني مفهوم كفاءة القيادة أو التأثير الإداري المجال أو النطاق الذي يستطيع القائد التأثير فيه على العمل والعاملين، وبناءً على الأبعاد الثلاثة والتي هي: العمل، العاملون، الفاعلية، نسج ريدن أربعة أنماط للسلوك القيادي وهي: (العجازمة، 2010:

أ- النمط القيادي المتفاني وهو يهتم بالعمل اهتماماً عالياً .

ب- النمط القيادي المتصل بالآخرين وهو يهتم بتوثيق العلاقة مع العاملين.

ج- النمط المتكامل وهو يهتم بالعمل والعاملين في آن واحد.

د- النمط القيادي المنعزل وهو لا يهتم بالعمل ولا بالعاملين.

ثانياً: المدرسة الموقفية

يشير اصحاب هذا الرأي إلى أن مواقف وظروف معينة يمكن ان تهيئ أفراد ليتبوءوا مكانة القيادة،

فالفرد قد يكون قائداً في موقف دون الآخر (شفيق، 2006: 15). فالسمات والمهارات المطلوب

توافرها في القائد تعتمد بدرجة كبيرة على الموقف الذي يعمل فيه وعلى الموقع القيادي الذي يشغله؛

فمدير الشركة مثلاً يحتاج لمهارات وسمات مختلفة عن تلك التي تلزم رئيس القسم، ويشير كنعان إلى

ان هذه النظرية لا تنكر ما للسمات الشخصية من دور هام في تحديد خصائص القيادة إلا أنها ترى

أنه لا بد لتحديد السمات القيادية أن نضع الموقف في الإعتبار الأول بإعتباره المؤثر في تحديد تلك

السمات (كنعان: 2009: 354-357)، ويندرج تحت هذه النظرية بعض النماذج والأساليب منها:

أ- النظرية الموقفية لفيدلر: ترجع هذه النظرية إلى الأمريكي فيدلر، والذي يرى أن الفعالية

القيادية ما هي إلا نتيجة تفاعل بين القائد والموقف القيادي (الجارودي، 2002: 63). أما الموقف

القيادي الملائم فيرى فيدلر أن تحديده يتطلب تشخيص للموقف الذي يمارسه القائد ومرؤوسيه،

من خلال تحليل ثلاث عناصر للموقف وهي:

1. العلاقة بين القائد وموظفيه: وهذا يتطلب معرفة مدى تقبل الموظفين وارتياحهم لشخص

القائد.

2. البناء التنظيمي للعمل: وهو يوضح إلى أي مدى يكون العمل المطلوب إنجازاً محدداً وواضحاً.

3. سلطة القائد: وهذا يعني أنه كلما كانت أبعاد الوظيفة القيادية واختصاصها ومسؤولياتها من السعة كلما كان الموقف أكثر ملائمة لاستخدام نمط قيادي معين (كنعان، 2009: 365-367).

وهذه العوامل الثلاثة تترتب حسب أهميتها وحسب قوة تأثيرها، وهو بهذا يرى أنه متى توفرت هذه العوامل الثلاثة فإن الموقف يكون ملائماً للقائد (الجارودي، 2002: 63).

ب- نظرية المسلك والهدف: تقوم هذه النظرية على أن القائد عند تأديته لمهامه في المنظمة يوضح للعاملين معه الطرق التي يمكن أن توصلهم إلى أهدافهم، والمسارات والأساليب المؤدية إلى ذلك؛ ففعالية القائد تتوقف على ما يحدثه سلوكه ونمط قيادته من أثر على رضا العاملين وتحفيزهم. وتقوم هذه النظرية على عنصرين هامين هما: عنصر المرؤوسين الذين يعتبرون القائد مصدر رضاهم وإشباع حاجاتهم، وعنصر المهمة التي يتولى القائد توضيحها لهم بالشكل الذي يساعدهم على الوصول إلى الهدف (القحطاني، 2001: 98-99).

ج- نظرية نضج الأتباع (هيرسي وبلانشارد): تشير هذه النظرية إلى أن السلوك القيادي المناسب يختلف تبعاً لدرجة نضج الأتباع (العاملين) الوظيفي ومدى تقبلهم لأداء مهامهم المطلوبة (الجارودي، 2002: 56)، وهناك أربع مراحل للنضج عند الأتباع تختلف من حيث مدى تركيزها على العلاقات ومن حيث تركيزها على المهمة، وكل مرحلة تتطلب طريقة تعامل محددة، والقائد التنقل بين الأساليب المناسبة بما يتفق مع احتياجات المرؤوسين، وهذه المراحل هي:

1. مرحلة الانضمام المبكر: وهي المرحلة التي ينضم فيها الموظف الجديد للمنظمة، والقائد هنا يتبع السلوك التوجيهي يركز على إعطاء التوجيهات والاهتمام بأداء المهمة.
2. مرحلة العضوية المبدئية: في هذه المرحلة يكون الموظف قد اكتسب بعض الخبرات والمهارات إلا أنه مازال قليل الثقة بقدرته، والقائد هنا يتطلب منه سلوك قيادي يقوم على الإقناع.
3. مرحلة العضوية التامة: في هذه المرحلة يكون المرؤوس مستعد للقيام بالمهام المطلوبة منه دون أي توجيه مباشر من القائد، فالسلوك القيادي المطلوب في هذه المرحلة يتطلب إهتماماً عالياً بالعلاقات مع العاملين واهتمام منخفض فيما يتعلق بالعمل.
4. مرحلة النضج العالي: في هذه المرحلة يكون للتابع قدرة على تحمل المسؤولية، وبالتالي دور القائد ينخفض إلى أقصى درجة فيجب على القائد أن يتبع مع المرؤوسين السلوك التفويضي هنا (القحطاني، 2001: 101-103).

ثالثاً: بعض النظريات الحديثة:

إن المتأمل في العصر الأكثر حداثة من العصر التي ظهرت فيه المداخل السابقة يجد العديد من التغيرات والتطورات المتلاحقة التي نتجت عن الانفجار المعرفي والتقني مما جعل المنظمات تواجه العديد من التحديات في مواجهة ذلك التطور الهائل حتى في أساليب التعامل الإداري. حيث كان من المهم على القادة والإداريين إعادة النظر في الأساليب المتبعة في قيادة المنظمة نحو تحقيق أهدافها، فقد افرز هذا التطور والتقدم بعض الأساليب التي قد تكون مناسبة لبعض المنظمات في مجارة التطور من قبل القادة في المنظمات ومن أشهر تلك الأساليب على سبيل المثال القيادة التحويلية (نجم 2011: 115).

2.2.5 المطلب الخامس: مهارات القيادة:

تتعدد وجهات النظر حول المهارات القيادية اللازم توافرها في القائد الإداري، فقد ذكر كاتز Katz ثلاث مهارات يجب توافرها للمدير في جميع المستويات وهي: المهارات الفنية، والمهارات الإنسانية، والمهارات الإدارية (Katz: 1992: 65)، أما كنعان فقد توصل إلى أربع مهارات رئيسة للقيادة هي: المهارات الذاتية، والمهارات الفنية، والمهارات الإنسانية، والمهارات الذهنية وذكر الهواري وآخرون ست مهارات، وهي: (كنعان: 2009: 165)

أولاً: المهارات الإدارية:

يجب على أي قائد أن تكون لديه القدرة على التخطيط والتقييم والتنظيم ومتابعة وتنسيق العمل، وأن تكون توجيهاته واضحة وكاملة وقابلة للتنفيذ في الوقت الملائم، وعليه أن يقدم للعاملين التسهيلات التي تمكنهم من أداء أعمالهم في الوقت المحدد، ويرتبط توافر المهارات الإدارية اللازمة لدى القادة بالمؤشرات التالية:

- أ- كفاءة التخطيط وتوزيع العمل توزيعاً عادلاً بين المرؤوسين.
 - ب- وضع معدلات ومقاييس موضوعية للأداء.
 - ج- كشف القدرات الكامنة لدى أفراد التنظيم والعمل على تنميتها.
 - د- توضيح خطوط السلطة للمرؤوسين.
 - هـ- تحقيق التنسيق بين النشاطات والوحدات الإدارية المختلفة في التنظيم.
- وينبثق عن المهارات الإدارية أربع مهارات فرعية هي: اتخاذ القرارات، وإدارة الوقت، وإدارة الاجتماعات واللجان، وإدارة التغيير.

ثانياً: **المهارات الفنية:** يرى ماهر (2004) بأنها "القدرة على التعامل مع الأشياء وقدرة الأداء والإنجاز الجيد أولاً بأول، وأن ينمي القائد قدرات مرؤوسيه إلى أقصى حد ممكن، ويمكن تلخيص ميزاتهما فيما يلي: (احمد ماهر، 2004: 36)

1. أنها أكثر تحديداً من المهارات الأخرى ويسهل التحقق من مدى توافرها لدى القائد.
 2. أنها تتميز بالمعرفة العالية والقدرة على التحليل وتبسيط الإجراءات في استخدام الأدوات والتقنيات في مجال التخصص.
 3. أنها مطلوبة ومألوفة في ظل التخصص والتقدم العلمي والتقني.
 4. أنها سهلة الاكتساب والتنمية من المهارات الأخرى.
- وتنبثق عن المهارات الفنية أربع من القدرات والسمات الفرعية هي: القدرة على تحمل المسؤولية، والقدرة على الفهم العميق والشامل للأمر، وسمة الحزم، وسمة الإيمان بالهدف وإمكانية تحقيقه.

ثالثاً: المهارات الإنسانية:

ويعرفها الكفاي بأنها "قدرة القائد على التعامل مع المرؤوسين والجماعات وقدرته على معرفة أحوال مرؤوسيه ودوافعهم واحتياجاتهم النفسية والاجتماعية، وقدرته على رفع الروح المعنوية لمرؤوسيه، ومعرفة اتجاهاتهم وتعديلها بما يتفق مع احتياجات المنظمة" (الكفاي، 2007: 185)، ولذلك يجب على القائد أن تكون علاقته بمرؤوسيه علاقة طيبة مما يشيع روح التآلف والاندماج بينهم وبالتالي تتحقق الأهداف المنشودة. ويرى أحد الباحثين أن اكتساب القائد للمهارات الإنسانية أكثر صعوبة من اكتسابه للمهارات الفنية وذلك بسبب ما تتضمنه العلاقات الإنسانية من تعقيد وتباين وتنوع. وتنبثق عن المهارات الإنسانية أربع مهارات فرعية هي: مهارة الاتصال، وتكوين العلاقات مع الآخرين، وبناء فرق العمل، وتقدير الآخرين.

رابعاً: مهارات الاستقرار والموضوعية:

تعني قدرة القائد على التحكم في تصرفاته وانفعالاته، حيث أنه يتعامل مع متغيرات عديدة وأفراد مختلفين في طبائعهم وسلوكهم، كذلك قدرته على تشخيص وتحليل المواقف تحليلاً بعيداً عن التحيز حتى يستطيع الوصول إلى القرار الرشيد.

خامساً: المهارات الشخصية:

تعني القدرة على اجتذاب الغير وتطويرهم واحترامهم لشخصيته، ويتطلب ذلك الشخصية القوية والتوازن النفسي والقدرة على حوز الثقة.

سادساً: المهارات الفكرية:

تعني قدرة القائد على نقل الأفكار إلى مرؤوسيه وقدرته على تقبل ونقل الأفكار الجديدة المتطورة بصفة مستمرة، وأن تكون لديه القدرة على تصور العلاقات بين العوامل المختلفة، والقدرة على التحليل والتفسير والاستنتاج، كما تعني وجوب أن يتمتع القائد بقدر من الذكاء والقدرة على التخيل مما يمكنه من رؤية الموقف الإداري ككل والتنبؤ بالتغيرات وتقبل الأفكار الجديدة، وقد كشفت الدراسات الخاصة بالسمات اللازمة للقيادة عن وجود علاقة بين سمة الذكاء والنجاح في القيادة. وأن الذكاء وسعة الأفق من القدرات العقلية التي تساعد المرء في دوره القيادي. وتعد المهارة الفكرية ملازمة لجميع مهارات القيادة الأخرى. وفي دراسة حديثة أشار أحد الباحثين إلى أن أهم المهارات القيادية التي يجب توافرها في القائد هي المهارات الفنية تليها المهارات الذاتية والإنسانية والإدارية.

2.2.6 المطلب السادس: الأنماط القيادية:

يشير النمط بشكل عام إلى أنه، كناية عن منهج متسق ومنظم ينطوي على أعمال المرء وأفكاره ونزعاته واتجاهاته، بحيث يمكن اتخاذه أساساً للقيام بتوقعات وتحليلات تنبؤيه تتعلق بسلوك الشخص والاحتمالات التي يمكن أن يتجه فيها هذا السلوك.

وقد عرفه النمر على أنه "مجموعة من التصرفات التي ييديها القائد داخل التنظيم نتيجة لضغوط داخلية وخارجية ومن ثم يترك أثراً مباشراً على سلوك العاملين سواء بالسلب أو الإيجاب" (النمر، وآخرون، 1990: 298). ويرى الحراشنة في دراسة قام بها العام 2006، أن النمط القيادي هو "الإسلوب الذي يمارسه القائد للتأثير في الآخرين وتوجيه سلوكهم".

وبالإمكان تعريف النمط القيادي كما وضحه شهاب، 1998، على أنه السلوك المتكرر للقائد في التأثير على الآخرين وتوجيه سلوكهم؛ من أجل تحقيق أهداف معينة. ويعرفه سيد هوارى بأنه: "السلوك المتكرر للمدير في طريق أدائه للعمل" ويعرفه علي السلمي بأنه "السلوك الذي يتبعه القائد حتى يستطيع كسب تعاون جماعته وإقناعهم بأن تحقيق أهداف المنظمة هو تحقيق لأهدافهم (العميان، 2010).

ويقصد الباحث في هذه الدراسة بالنمط القيادي "مجموع السلوكيات التي يتبعها المدير داخل المؤسسة الصحية في ليبيا والتي تمكنه من تحقيق أهداف المؤسسة الصحية"

أنماط القيادة الإدارية المستخدمة في الدراسة:

يمكن القول بأن دراسة الأنماط القيادية ارتكزت بصفة عامة على معيار سلوك القائد في عملية التأثير في المرؤوسين ومن تلك الأنماط على سبيل المثال لا الحصر:

- النمط الديمقراطي

- النمط الأوتوقراطي.

- النمط الحر.

وقد إختار الباحث إستخدام هذه الأنماط القيادية في دراسته حيث أنها "من أوائل محاولات دراسة أنماط القيادة الإدارية من نواحي سلوكيات القائد مع المرؤوسين وتم إستخدامها في دراسات متعددة" (كنعان: 2009: 359).

أولاً: النمط الديمقراطي: يستند هذا النمط إلى مجموعة ركائز منها الشراكة، والتفويض، وهو النمط الذي يحرص القائد الإداري من خلاله أن يقوم بالتفاعل مع العاملين ومحاولة مشاركتهم في القرارات التي يقوم باتخاذها وأخذ رأيهم فيما يتعلق بتنظيم شؤونهم وشؤون المنظمة بشكل عام. بالإضافة إلى أن القائد في هذه الحالة يتوسع في تفويض السلطات لمرؤوسيه ولا يحتفظ لنفسه إلا بالسلطة في القضايا الأساسية. ومن خلال هذا النوع من القيادة يتم تحديد السياسات الخاصة بالعمل من خلال الاجتماعات التي يعقدها مع مجموعته، وتؤدي القيادة دوراً هاماً في صياغة ما تتوصل إليه المجموعة من مقترحات وراء وتحويلها إلى سياسات وقرارات، كما يعتمد هذا الأسلوب على ثلاثة محاور رئيسة التي من شأنها إنجاح هذا الأسلوب وهي اهتمام القائد بالعلاقات مع المرؤوسين وتفويض السلطة للمرؤوسين وكذلك إشراك العاملين في بعض المهام القيادية من أجل إزالة بعض المعوقات التي تواجه المنظمة كإشراكهم في صنع القرار في المنظمة (المزروع 1999: 34).

قواعد القيادة الديمقراطية:

- يرتكز هذا النوع من أنماط القيادة على ركائز تتمثل في:
- أ- إقامة علاقات إنسانية فيما بين الرئيس والمرؤوس حيث يقوم القائد بمراعاة عدة نواحي من أبرزها ضرورة إشباع حاجات العاملين، والمعاملة التي تحفظ حقوق الموظف وكرامته، ومراعاة مصالح الموظفين.
 - ب- مشاركة المرؤوسين وإفساح المجال أمام العاملين في وضع الأهداف ورسم السياسات العامة والمشاركة في صنع القرار في المنظمة.

ج- التفويض، وهو ما يؤكد العثمان في دراسة أجراها على أفراد شرطة منطقة الرياض بالسعودية، عام 2009، أن القيادة الديمقراطية تقوم على مبدأ تفويض السلطات والصلاحيات للمرؤوسين، حيث يقوم القائد بإعطاء المرؤوس في الإدارات الدنيا جزء من سلطته وصلاحيات بحيث يكون ذلك في الحدود المسموح بها.

مزايا القيادة الديمقراطية: (غربية، 2008: 93)

يرى الزيايدي في الدراسة التي أجراها سنة 2010 على قطاع المستشفيات في مدينة ترهونة في ليبيا، أن أهم مزايا النمط الديمقراطي هو إحساس المرؤوسين بأن القيادة تهتم بأرائهم واقتراحاتهم مما يقوي الدافع لديهم بالمبادرة بذلك: خلق الأجواء المناسبة والصالحة للتطوير والتغيير، تبادل الثقة بين المرؤوس والقائد. الاستفادة من خبرات ومهارات المرؤوسين، إيجاد جماعات متعاونة داخل التنظيم، والإهتمام بالعاملين وزيادة قدراتهم بالتدريب والتحفيز.

عيوب القيادة الديمقراطية:

أ- أن هناك تنازل يقدمه القائد عن بعض مهامه القيادية في سبيل إشراك المرؤوسين في عملية صنع القرار.

ب- بعض العاملين يحجم عن المشاركة (الطراونة، 2012: 176).

يرى بعض الكتاب أن الإدارة الحازمة والعادلة خير من القيادة الديمقراطية في بعض المواقف فهم يرون أن النمط الأوتوقراطي الصالح الخير أفضل وأكثر نجاحاً من القيادة الديمقراطية. قد يكون اهتمام القائد

بمروؤوسيه لا يؤدي بالضرورة إلى رفع إنتاجهم، كما أكدت ذلك دراسة (الشقحاء، 2005) والتي أوضحت

أنه ليس من الضروري أن يكون للأهتمام المتزايد من قبل المدير بالمرؤوسين زيادة في انتاجية العاملين.

ومن خلال الدراسات السابقة التي اطلع عليها الباحث، فيما يتعلق بالنمط القيادي الديمقراطي، تبين أن

أغلب تلك الدراسات تؤكد على سيادة النمط الديمقراطي في المؤسسات مواضيع تلك الدراسات، ومن

أمثلتها دراسة الحراشنة (2008) والتي هدفت إلى التعرف على النمط القيادي الذي يمارسه مديرو

المدارس وعلاقته بالرضا الوظيفي في مديرية التعليم بمحافظة الطفيلة بالاردن، وتوصلت إلى ان النمط

الديمقراطي هو الأكثر شيوعاً في مدارس محافظة الطفيلة.

كذلك من بين الدراسات التي أكدت شيوع النمط الديمقراطي في المؤسسات الخدمية التي أجريت عليها

تلك الدراسات هي دراسة آسيا بلقاضي (2010) والتي هدفت إلى التعرف على مدى تطبيق كل من

النمط القيادي الديمقراطي والانتقراطي في مستشفيات القطاعين العام والخاص بمدينة دمشق، بالإضافة

إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات، وأخيراً التعرف على أثر

النمط الديمقراطي في ابعاد الجودة.

ويرى حسن ناصر محمد (2010) في دراسته التي أجراها على (138) منظمة من المنظمات الأهلية

الفلسطينية، أن النمط القيادي الديمقراطي هو النمط السائد، ويتمتع بعلاقة ايجابية مع مستوى الأداء في

تلك المنظمات.

النمط الأوتوقراطي:

يستند هذا النمط من القيادة إلى فريضة أن الإنسان كسول بطبعه يميل على قلة العمل والتهرب من

المسؤولية وهذه الصفات تهيئه للانتقياد والاعتماد على الغير وتجعله يعمل خوفاً من الجزاء والعقاب وليس

حباً في العمل، ولذا يحتاج إلى متابعة دقيقة وإشراف مباشر من رئيسه للتأكد من القيام بمتطلبات وظيفته

ومصطلح الأوتوقراطي كما يورد الغامدي (2009) ذو أصل يوناني معناه حكم الفرد، ويسمى أيضاً بالقيادة الاستبدادية أو التسلطية حيث نجد القادة في هذه الحالة متزمطين وحذرين غير راغبين في تفويض سلطاتهم أو مشاركة غيرهم في قراراتهم، ويعود ذلك في الغالب إلى حرصهم على العمل وعدم الثقة في العاملين والثقة المتزايدة في أنفسهم، وربما يعود للبنية النفسية العامة لهم، ومازال هذا النمط هو النمط القيادي السائد في بعض المنظمات سواء المدنية والعسكرية على وجه الخصوص، وتحديدًا عند مباشرتها لأعمال يكون من اللازم تنفيذ الأوامر كما هي دون نقاش.

كما أن هذا النمط تكون السلطة متركزة في يد شخص واحد يعتمد من خلالها على المركزية المطلقة حيث يقوم بالتوجيه المباشر لفرق العمل وتكون لديه الصلاحيات الكاملة، وفي كافة العمليات الإدارية فلا يفوض أي من صلاحيات العمل لأحد المرؤوسين في مباشرة المهام أو عملية صنع القرار كما انه لا يقبل المناقشة في أي أمر من الأوامر ويصاحب ذلك ضعف ثقته في المرؤوسين فهو يمارس سلطته بالضغط عليهم من أجل إنجاز العمل (الغامدي، 2009: 59)

أشكال القيادة الأوتوقراطية: (كنعان، 1999)

أ- القائد الأوتوقراطي المتشدد: وهو الذي يقوم بمفرده بكل صغيرة وكبيرة في التنظيم ويصدر التعليمات المشددة التي يجب على الاتباع تنفيذها، ويسعى دائماً إلى توسيع سلطاته، الأمر الذي أكدته زعبيه (2012) في مقام به من دراسة شملت منتسبي الشرطة المدنية في مدينة الشاطئ في ليبيا، من أن القيادة الأوتوقراطية قد تكون متشددة في تطبيق اللوائح والتعليمات، الأمر الذي يعزوه الباحث كون الأعمال الأمنية لا تحتمل التراخي أو ترك تنفيذ الأوامر إلى مزاج العاملين.

ب- القائد الأوتوقراطي الايجابي: وهو الذي يستخدم والثناء وقليل من العقاب حتى يضمن ولاء المرؤوسين لتنفيذ قراراته وتخفيف ردود الفعل السلبية التي قد تظهر بينهم.

ج- القائد الأوتوقراطي النادر: يستخدم اسلوب الندوات واللقاءات التي يعقدها مع مساعديه ليترك

لدى العاملين انطباعاً باشراكهم باتخاذ القرارات، وإتاحة فرصة للمناقشة، ولكنه يتخذ القرارات بمفرده.

مزايا النمط الأوتوقراطي:

إن بعض أشكال هذا الإسلوب القيادي كالنمط الأوتوقراطي المستبد قد يكون ناجحاً في التطبيق

العملي وخاصة في المواقف التي تهدد التنظيم والعاملين فيه. والنمط الأوتوقراطي جيد للتعامل مع

المروسين الذين لا يرغبون في تحمل المسؤولية (الطراونة، 2010: 70)، ونجاح هذا الإسلوب في التعامل

مع بعض الأصناف من الموظفين، حيث لا تجدي الأساليب الديمقراطية في إقناعهم واستجابتهم.

عيوب النمط الأوتوقراطي:

إن من عيوب تطبيق هذا الإسلوب القيادي، هو سبب الآثار السلبية التي تكون ظاهرة على عمليات

المنظمة نتيجة لظهورها على سلوكيات العاملين ومع ذلك قد يكون القائد المستبد غير المطلع على تلك

الآثار السلبية بسبب أن الاتصالات في أغلب الأوقات هابطة إلى المستويات الإدارية الدنيا وهو موصد

باب الاتصالات الصاعدة وبذلك يكون غير مطلع على التغذية العكسية التي من الممكن أن يستفيد

منها في تعديل سير العمل في حالة وجود الانحراف (الشريف، 2004). ومن ابرز تلك الآثار السلبية

الناجمة عن اتباع هذا الإسلوب والتي بينها دراسة قام بها (الهوادي والسهولي، 2009) على شركة

الاتصالات الليبية، ما يلي:

- ظهور السلوك العدواني لدى الموظف.
- انخفاض الروح المعنوية لدى الموظفين وتحميد أفكار الإبداع والتطوير لديهم.
- انعدام الرضا لدى العاملين عن العمل.

- انعدام التعاون والولاء للقائد.

- ظهور مشاعر الإحباط التي تنتاب الموظفين.

- عدم القيام بالعمل في حال غياب القائد.

ويرى شحادة (2008) أن من حيث نمط القيادة وعلاقته بآليات الاتصال، أن هذا الأسلوب القيادي ومع تلك المآخذ لم تستغني عنه بعض المنظمات وأنه ما يزال يطبق في الإدارة الحديثة وأنه صالح وناجح لتطبيقه في بعض المواقف.

ثالثاً: النمط القيادي الحر: (كنعان: 2009: 365)

يعتقد القائد الحر أن تنمية قدرات الموظفين وزيادة إمكاناتهم في العمل يتحقق من خلال إعطاء مساحة من الحرية في ممارسة السلطة، ولذلك فإنه يهتم بالتوجيه العام لمرؤوسيه من خلال تعليمات غير مبرمجة وملاحظات عامة، ويعطيهم حرية إختيار الأهداف وتوفير حوافز العمل دون الاعتماد على القائد، وبذلك تتجاهل جماعة العمل وجود القائد تماماً، ويختلف هذا النمط عن النمطين السابقين إختلافاً كبيراً حيث أن النمط الأوتوقراطي يركز على الإنتاجية مع إهمال العاملين والنمط الديمقراطي يركز بشكل كبير على العاملين بينما هذا النمط يتم التركيز فيه على العامل أثناء أدائه لعمله. كما أنه يطلق على هذا النمط القيادة المتساهلة أو القيادة المتحررة؛ حيث أنه ظهر هذا النمط بعد فشل القيادة الاستبدادية في تحقيق الأهداف في أغلب الأحيان، حيث أن القائد في هذا النمط يعطي العاملين كامل الحرية وكامل الثقة في بلوغ الأهداف بالطريقة التي يراها الفرد مناسبة عن طريق تفويض السلطة للمرؤوسين وإعطائهم الصلاحيات في اتخاذ القرار، ويكون دور القائد إبداء الرأي وتقديم المشورة، كما أن هناك عدة خصائص

تميز سلوك القائد في هذا النمط وهي كالتالي: (العتوم وآخرون، 2011: 21)

1. يقوم القائد بإعطاء الحرية الكاملة للمرؤوسين في إصدار القرارات وما يرونه ملائم لإنجاز الأعمال على الوجه التام.

2. تفويض السلطة للمرؤوسين على نطاق واسع يمكن المرؤوسين من إنجاز الأعمال.

3. اتباع سياسة الباب المفتوح في الاتصالات (العتوم وآخرون، 2011: 21).

مزايا القيادة الحرة:

1. قيام العاملين ببذل أقصى جهودهم بمجرد شعورهم بثقة قائدهم في قدراتهم.
2. تأهيل القيادات الصغرى وتمكينهم من اكتساب الخبرة في ظل مواجهة المشاكل ودراستها وإيجاد الحلول المناسبة لها تشجيع روح المبادرة والإبتكار لدى العاملين.
3. ويؤكد العجارمة (2010) حول أنماط القيادة الإدارية، وعلاقته بجودة الخدمة التعليمية، في محافظة عمان، أن النمط الحر، يؤدي إلى تشجيع الأفراد على التقدم والمساهمة بالفكر المستقل وتحقيق الإبداع الشخصي والحصول على الخبرة عن طريق الاستقلال في العمل (العجارمة 2010: 47).
4. هذا الإسلوب قد ينجح عندما يتعامل القائد مع أفراد ذوي مستويات عقلية وعملية عالية كما في مؤسسات الأبحاث والدراسات (الطراونة 2010: 12).

عيوب النمط القيادي الحر:

1. يرى الباحثين أن القادة الذين ينتهجون هذا النمط يكونوا ضعيفين في الرقابة والإشراف على المرؤوسين أو قد تكون معدومة بسبب التفويض وإعطاء مساحات كبيرة من الحرية في إنجاز الأعمال كما أن في ظل هذا الإسلوب تعم الفوضى وإصدار قرارات خاطئة في أغلب الأحيان بسبب إطلاق العنان في أداء العمل للمرؤوسين.

2. نمط نادر ويمكن ان يقوم باضعاف العمل ويشجع على التسبب وعدم تحمل المسؤولية.

3. يؤدي إلى إفساد بيئة العمل بسبب سيادة الفوضى. كما نتج عن دراسة قام بها الهماي (2009)،

حول النمط القيادي الحر في قطاع الزراعة في ليبيا.

2.3 المبحث الثاني: تنمية الموارد البشرية:

إن الاهتمام المتزايد بالموارد البشرية يرجع إلى التسليم بأن الفرد أو المورد البشري هو العنصر الجوهرى في

نجاح أي منظمة، ولأن المنظمة تتكون من البشر وبالتالي فإن الحصول عليهم وإعدادهم وتدريبهم

والحفاظة عليهم يعد نشاطاً ضرورياً حتى تتمكن المؤسسة من تحقيق اهدافها، ويكون من الضروري لأي

مؤسسة التخطيط والتنظيم والقيادة والتدريب أي تنميتها

2.3.1 المطلب الأول: تنمية الموارد البشرية في الاسلام

إن الله عز وجل قد أعلى من قدر الإنسان حيث جعله أسمى المخلوقات وأكرمها عنده فقال تعالى

﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبُرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا

تَفْضِيلًا﴾ (الإسراء، 70: 17)، ومن ثم كان واضحاً أن التنمية البشرية إنما تقوم بالإنسان ومن أجل

الإنسان، وهو أيضا غاية كل تنمية، حتى يستطيع القيام وباستمرار بتبعة العبادة، والتي تشمل جميع

الأعمال وعلى رأسها إعمار الأرض وفقا لشع الله: ﴿قُلْ إِنَّ صَلَاتِي وَنُسُكِي وَمَحْيَايَ وَمَمَاتِي لِلَّهِ رَبِّ

الْعَالَمِينَ﴾ (الأنعام، 162: 6).

وبما أن الإنسان مستخلف في الأرض فإن لهذا الاستخلاف تبعات تتمثل بالعمل وفق المنهج الإسلامي

من خلال الإعمار عملاً واستثماراً، تقوم به الأخلاق وتزكو به النفوس، ويحفظ به الدين والنفس والعقل

والنسل والمال. وعليه فإن قوامه الإنسان تعتمد على إخلاص النيات، وتبرز في المبادرات بالأعمال،

وقوامه الأعمال تعتمد على القدرة والاستطاعة وقوامه القدرة والاستطاعة تعتمد على الرزق والإقتصاد (التكسب) والصحة والعلم.

ولذا فإن أي تنمية لا تأخذ بالاعتبار التنمية العلمية والصحية والإقتصادية من أجل الإنسان وبالإنسان ولغاية رقي الإنسان هي تنمية لا تتماشى مع توجهات الدين الإسلامي الحنيف. ومن هنا جاء الإسلام ليجمع في تزاوج وتوازن وانسجام بين (الروح والمادة) بين العبادات والمعاملات لينظم موضوع التنمية البشرية والعلاقة مع الإنسان خليفة الله في الأرض؛ بهدف إسعاد المجتمع واستمرار تقدمه وتطوره من خلال نصوص صريحة وقواعد واضحة متعددة.

2.3.2 المطلب الثاني: مفهوم تنمية الموارد البشرية:

أولاً: مفهوم الموارد البشرية:

تعني في المنظمات جميع العاملين بتلك المنظمة، بينما يقصد بها في المجتمع مجموع الأشخاص المتجنسين بجنسيته بشكل دائم (علي السلمي، 1997: 47)؛ فالموارد البشرية الفعالة لأي دولة أو منظمة هي تلك المجموعات من الأفراد القادرين على أداء العمل والراغبين في هذا الأداء بشكل جاد وملتزم. كما يقول فريدريكومايور: "الموارد البشرية ليس لها قيمة لو لا قدرة الانسان على التميز" (سلطان، 1993: 19).

ثانياً: مفهوم تنمية الموارد البشرية:

على الرغم من قدم ممارسات تنمية الموارد البشرية إلا أن اهتمام الإقتصاديين والإداريين بدأ يتجه إليه كحقل علمي في سنة 1958، حيث أصبح مصطلح تنمية الموارد البشرية (Human Rerource Development) أكثر تداولاً في كتاباتهم، ويشير أدب التسيير والإدارة إلى أن مفهوم تنمية الموارد

البشرية بمضمونه المعاصر لم ينطلق ويصبح مصطلحا واسع الانتشار إلا مع الكاتب والمفكر الأمريكي ليونارد نادلر (Leonardnodler) في نهاية العقد السادس من القرن الماضي.

في البداية ساوى نادلر بين مفهوم تنمية الموارد البشرية وأية نشاطات مخططة تستهدف إحداث التغيير السلوكي من قبل أي جماعة، ثم عدّل نادلر فكرته في مرحلة لاحقة عندما صرّح بأن مفهوم تنمية الموارد البشرية يوازي فكرة التجربة التعليمية المنظمة والتي تنقذ في فترة زمنية معينة (Leonard Nadler, 1986)، مع توقع حدوث تغيير في الأداء. وفي وقت لاحق قدّم نادلر مفهوم تنمية الموارد البشرية، كأحد الفروع

الثلاثة المكونة لعملية الموارد البشرية، وهي: (يرقي، 2007: 89)

- تنمية الموارد البشرية.

- إدارة الموارد البشرية.

- تحسين إدارة الموارد البشرية.

ويمكن التمييز بين مضامين هذه الوظائف الرئيسية، المتكاملة والمكوّنة لعملية واحدة حسب رأي نادلر على النحو الموضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (2) الوظائف الرئيسية الثلاثة لعملية الموارد البشرية

تنمية الموارد البشرية	إدارة الموارد البشرية	تحسين بيئة الموارد البشرية
التدريب	الاستقطاب، الإختبار، التعيين	الإثراء الوظيفي
التعليم	تقوم الأداء، الفوائد والتعويضات	التوسع الوظيفي
التطوير	تخطيط القوى العاملة	التطوير الوظيفي

المصدر: (يرقي حسين: 2007: 90)

مما تقدم يمكن القول أنه توجد عدة مفاهيم لنشاط تنمية الموارد البشرية:

1. مفهوم تنمية الموارد البشرية باعتباره نظاماً فرعياً (يريقي حسين: 2007: 95)

من وجهة النظر التي تعتمد على مدخل النظم، يمكن اعتبار تنمية الموارد البشرية أداة أساسية تستخدم في تحقيق أهداف المنظمة، فأنشطة تنمية الموارد البشرية من هذه الوجهة ليست هدفاً في حد ذاته بل أداة تسييرية تتكامل مع بقية الإدارات الأخرى وتتفاعل معها بغرض تحقيق أهداف المنظمة، وكذلك أهداف الأفراد العاملين، وبما يضمن الارتقاء بمستوى الأداء.

من هنا فإنه يمكن تقديم مفهوم لتنمية الموارد البشرية في إطار مدخل النظم، على أنها نظام فرعي ضمن مجموعة الأنظمة الفرعية لنظام تسيير الموارد البشرية، والذي يركز على الارتقاء بالمستوى البشري، وبما يتكامل مع الأنظمة الفرعية الأخرى داخل المنظمة.

2. مفهوم تنمية الموارد البشرية باعتبارها نشاطاً مستمراً:

تظهر الحاجة الدائمة إلى تنمية الموارد البشرية بصفة مستمرة لملاحقة التطورات التي تحدث في البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة، فتنمية الموارد البشرية في هذا الإطار لا تظهر فقط عند حدوث مشكلة معينة يمكن علاجها عن طريقها، وإنما تظهر لإحداث التكيف بين المنظمة وإمكاناتها وقدراتها والمتغيرات التي تواجهها في بيئتها الداخلية والخارجية (حاج عيسى، 2012).

في هذا الإطار، يقول السلمي إن تنمية الموارد البشرية هي نشاط مستمر باستمرار المنظمات ككائنات ديناميكية متفاعلة تهدف إلى تقليل الفجوة بين واقع المنظمة وإمكاناتها الحالية والبيئة المحيطة بها بمتغيراتها وتطوراتها وما تفرزه من فرص وتهديدات، وبما يضمن استغلال كل ما يتاح لها من فرص، وتقليل الآثار التي تترتب على ما يواجهها من تهديدات (علي السلمي: 2003: 129).

3. مفهوم تنمية الموارد البشرية باعتبارها نشاطاً شاملاً:

توجه عملية تنمية الموارد البشرية إلى جميع العاملين، ويرجع السبب في ذلك إلى مصاحبة تنمية الموارد البشرية للعامل منذ التحاقه بالعمل بالمنظمة وحتى انتهاء مدة خدمته، فالعامل الجديد يحتاج إلى التعرف على المنظمة التي سيعمل بها، وأهدافها وإدارتها التي تتكون منها (يوسف سعيد، د.ت)، بالإضافة إلى التعرف على الحقوق والواجبات التي يكتسبها العامل نتيجة انضمامه للمنظمة، وكذلك من المهم أن يتعرف العامل على مجموعة العمل التي سينتمي إليها، بالإضافة إلى أنهم بحاجة إلى إعداد أنفسهم للترقية أو النقل وملاحقة التغيرات التكنولوجية السريعة التي تحيط بالمنظمة.

وفي هذا الإطار نجد أن تنمية الموارد البشرية هي نشاط شامل يمتد ليشمل جميع العاملين بالمنظمة بداية من التحاقهم بها، وبما يضمن زيادة مقدرتهم على الأداء المتميز، وكذلك مساعدة العاملين على التخطيط السليم لمستقبلهم الوظيفي وكذلك في الأجلين القصير والطويل (علي السلمي: 2003: 193).

مفهوم تنمية الموارد البشرية باعتبارها نشاطاً واقعياً:

تعني بحسب يريقي (2007) واقعية الموارد البشرية ضرورة أن يتم التدريب في ظروف مماثلة لظروف العمل، والذي لن يتحقق إلا عن طريق تطابق ما يتم تدريب العاملين عليه وما يحتاجونه فعلاً، وبما يضمن نقل ما يتلقاه العاملون من برامجهم التدريبية داخل القاعة التدريبية في أماكن العمل والإستفادة منه لتطوير أساليب العمل بالمنظمة. ويمكن القول أن العائد من نشاط تنمية الموارد البشرية لن يتحقق إلا عند ارتباطه بمشاكل العمل الحقيقية، وهو ما يمكن أن يساهم في زيادة دافعية الأفراد تجاه نشاط التدريب والتنمية (يريقي حسين، 2002: 65).

2.3.3 المطلب الثالث: أهداف تنمية الموارد البشرية

تتمثل تنمية الموارد البشرية في مجموعة واسعة من الأهداف نورد منها:

1. تفعيل المشاركة الإيجابية من خلال اكتساب المبدأ والشعور بالثقة بالنفس بدلاً من السلبية والإعتمادية.
2. تنمية القدرة على حل المشكلات المختلفة.
3. إكتشاف وتنمية مختلف المواهب والقدرات الطاقات واعتبارها مجالات لتحقيق الذات.
4. بناء الشخصية المتكاملة.
5. تنمية الولاء والانتماء لدى الجماعة لمؤسستهم وهذا يتطلب تضافر كل الجهود لحسن استغلال واستثمار القدرات (حاج عيسى، 2012).
6. تدريب أفراد الجماعة على التعامل مع الموارد المختلفة سواء أن كانت موارد مادية أو بشرية.

2.3.4 المطلب الرابع: أهمية تنمية الموارد البشرية:

تكمن أهمية تنمية الموارد البشرية فيما يحققه التدريب من نتائج في حالة ارتكازه على سياسات وقواعد واضحة ومدعومة من قبل القمة الإدارية.

إذ أن الفاعلية والكفاءة في الإنتاج والأداء بإعتبارهما مطلبين أساسيين يقعان في صلب استراتيجيات إدارة المنظمة يتحققان غالباً عن طريق التدريب، كما أن الحوافز المادية والمعنوية التي ترفع من مستوى أداء وإنتاجية الأفراد تنمو وتزداد مع ارتفاع مستوى دوافع التدريب ومع تطوير وتحديث برامجهم. وتتضح أهميته أكثر من خلال تحقيق التدريب للأهداف المرجوة منه، والتي يمكن تلخيصها في مايلي: (بلوط، 2002:

(237

أ- زيادة الإنتاجية من خلال تدريب أداء الأفراد للعمل بكفاءة وفاعلية.

ب- إقتصاد الكثير من النفقات التي تصرفها المنظمة، نتيجة التغيير أو الهدر أو الاستبدال في موارد معينة (آلات، معدات، مواد).

ج- توفير الدوافع الذاتية للعمل وتحفيز الأفراد وذلك من خلال رفع مهارات وقدرات العاملين التي تمكنهم من القيام بمسؤوليات الأعمال التي توكل إليهم.

د- الاستقرار في دوران العمل بما يؤمن متابعة إنتاج المنظمة لمشاريعها المختلفة، وبما يوفر الاستقرار الوظيفي للأفراد المدربين على تلبية حاجات وشروط مختلف مشاريع المنظمة الإنتاجية.

2.3.5 المطلب الخامس: التخطيط لتنمية الموارد البشرية:

إن التخطيط لتنمية الموارد البشرية على مستوى المنظمة يعتبر أحد العناصر الهامة لتوفير نظرة متكاملة للقضايا الواقعية التي تواجه عملية تنمية الموارد البشرية.

أولاً: مفهوم تخطيط تنمية الموارد البشرية وأهميتها:

التخطيط لتنمية الموارد البشرية هو عبارة عن عملية تقدير مستقبلية، تتميز بداية بوضع الأهداف المتوقعة لعملية تنمية الموارد البشرية، ثم إعداد الخطة المناسبة لتحقيق هذه الأهداف، وتوفير الوسائل المادية والبشرية والمالية اللازمة لتحقيق هذه الخطة (سلطان، 1993).

ويشير بوكميش (2004) إلى أن تخطيط الموارد البشرية يوحى أساساً إلى إختيار وإعداد نوعيات العمالة المطلوبة خلال فترة الخطة (لعلي بوكميش، 2004). ويعرف أيضاً على أنه ذلك العمل الإداري المنتظم والمستند على أسس عملية ومعلومات موضوعية والمهادف إلى تكوين قوة عمل قادرة على الوفاء بمتطلبات أعمال معينة "في تنظيم محدد" وراغبة في أداء تلك الأعمال وعلى أساس مستقر ومستمر

نسبياً.

فالتخطيط يشير عادة إلى أمور مستقبلية، تراها الإدارة هامة وجديرة بالعمل على الوصول إليها، ومن ثم تضع الخطط، أي تدبير الوسائل، وتحدد التوقيتات وتتخذ من الضمانات، وتوفر الظروف المناسبة التي تجعل الوصول إلى تلك الأمور المستهدفة ممكنا في فترة زمنية قادمة (دليلة زياني: 2001: 69).

1- أهمية تخطيط تنمية الموارد البشرية: (العمرى، 1419)

- يساعد تخطيط الموارد البشرية على استبعاد الفائض وسد العجز.
- يساعد تخطيط الموارد البشرية على منع حدوث مفاجآت في خط الإنتاج والتنفيذ الخاص بالمشروع.
- يساعد تخطيط الموارد البشرية على تخطيط المستقبل الوظيفي للعاملين، حيث يتضمن ذلك تحديد أنشطة التدريب والنقل والترقية أو بقائهم ومدى رضاهم عن العمل.

2- العوامل الواجب أخذها في الاعتبار عند تخطيط الموارد البشرية:

هناك عدة عوامل يجب أخذها بعين الاعتبار عند التخطيط للموارد البشرية ومن بين هذه العوامل نذكر منها: (علي السلمي، 2003: 152)

- طبيعة المنظمة ونوع الصناعة التي تعمل فيها.
- حالة المنافسة في السوق والمركز التنافسي للمنظمة.
- مستوى التكنولوجيا المستخدمة في العمليات الإنتاجية بالمنظمة.
- برامج وخطط الإنتاج والمبيعات والتوقعات التسويقية.
- المركز المالي للمنظمة.
- حجم المنظمة وعمرها الإنتاجي وموقعها الجغرافي.

3- المتطلبات المعلوماتية لتخطيط الموارد البشرية: (عقيلي، 2005)

أهم البيانات لتخطيط الموارد البشرية:

أ- بيانات داخلية:

- نظم الإنتاج.
- نظم التسويق.
- التمويل.
- الأفراد.
- الإمكانيات والتجهيزات.
- السياسات والنظم.
- التكنولوجيات المستخدمة.
- وعلى سبيل المثال، بيانات عن العاملين:
 - توزيع أعداد العاملين حسب سنوات مختلفة (تطور أعداد العاملين خلال الزمن).
 - توزيع العاملين الحاليين حسب نوع الوظيفة.
 - توزيع العاملين الحاليين حسب المهنة.
 - معدلات إصابة العاملين.
 - معدلات الإجازات، الاستقالات، انتهاء الخدمة.
 - معدلات التخلف (التأخير، الغياب، المرض).
- بيانات عن الإنتاج، المبيعات والنشاط:
 - تطور الحجم والقيمة عبر السنوات الماضية.
 - الحجم والقيمة الحالية للإنتاج.
 - تكلفة الإنتاج حالياً.

- إجمالي الأجور، تكلفة العمل.
- توقعات الإنتاج في المستقبل.
- الطاقة الإنتاجية المتاحة.
- الطاقة الإنتاجية المستغلة.
- بيانات عن سوق العمل: (الأعداد، الجنسيات، الأجور السائدة، العجز والفائض، التوقعات المستقبلية).

ب- بيانات خارجية: (علي السلمي، 2003: 152)

- الأوضاع الاقتصادية العامة.
- أوضاع ومخطط المنافسين.
- ظروف سوق العمل.
- الأوضاع السياسية الداخلية.
- العلاقة السياسية والاقتصادية مع العالم الخارجي.

2.3.6 المطلب السادس: أساليب تنمية الموارد البشرية

تحتاج كل المنظمات إلى أفراد مدربين ومؤهلين لتنفيذ الأنشطة التي يجب القيام بها، وتأتي هذه الحاجة بعد تقديم العامل لعمله، فإذا توافرت هذه الشروط في العاملين الحاليين أو المرتقبين فلا حاجة للتدريب بمعنى أن التدريب يصبح غير مهم، أما في حالة عدم توافر هذه الشروط وهو ما يحدث غالباً، فيكون من الضروري رفع مستوى مهارات العاملين مع زيادة قدراتهم على التواءم مع الأعمال المطلوبة منهم (السلمي، 2003: 122)، ولقد زادت أهمية تنمية العاملين مع زيادة تعقد الوظائف في العصر الحديث،

ف عندما كانت الوظائف بسيطة ويتم تعلمها بسهولة وتتأثر بدرجة قليلة من التغيرات التكنولوجية، لم يكن هناك حاجة كبيرة لرفع أو تعديل مهارات العاملين.

ولكن مع التغيرات السريعة التي حدثت في السنوات الأخيرة والتي كان من نتائجها زيادة تعقد وتطور المجتمعات الحديثة، وهذا ما تطرقنا إليه في الفصل السابق، والتي شكلت ضغوطاً متزايدة على المنظمات لكي تتواءم مع هذه التغيرات في السلع والخدمات التي تنتجها، وأيضاً في طريقة إنتاجها ونوعية الوظائف المطلوبة، وأنواع المهارات اللازمة للقيام بهذه الوظائف، فتنمية العاملين في مجتمع يتسم بالتغير السريع لا يعتبر نشاطاً مرغوباً فيه فقط، بل نشاطاً رئيسياً يجب أن تمارسه المنظمة وتخصص له الموارد اللازمة إذا أرادت الإبقاء على قوى عاملة منتجة وفعالة تحقق أهدافها وأهداف المنظمة (توفيق، 2002)، وتنمية الموارد البشرية لا تأتي عبثاً إنما هي استمرارية لوظيفة تخطيط الموارد البشرية، فمن نتائج هذه الأخيرة توضع أعداد تخصصات الموارد البشرية الذين سيجري العمل على توفيرهم في المستقبل، واحتياجاتهم التدريبية، التي تمكنهم من أداء عملهم بشكل جيد. ومما لا شك فيه أن هذا يساعد نشاط التدريب في معرفة ما هو المطلوب مستقبلاً من أعمال تدريبية، يستوجب الأمر معها القيام بوضع الخطط التدريبية المناسبة، وتخطيط البرامج اللازمة؛ من أجل تأهيل وإعداد حاجة المنظمة من الموارد البشرية مستقبلاً؛ لتكون مؤهلة لممارسة مهامها المكلفة بما على الوجه الأكمل (السلمي، 2003: 122).

أولاً: الفرق بين التدريب والتعليم:

قد يرى البعض أن التفريق بين التدريب والتعليم أمر قليل الأهمية، ولكن هناك فرق كبير بينهما، وبالتطرق إلى الفرق أو العلاقة بين كل من التدريب، والتعليم، نحاول رسم خطة تساعدنا في بناء ما سيأتي من الدراسة. فالتدريب هو عملية تعلم سلسلة من السلوك المبرمج، أو بمعنى آخر عملية تعلم مجموعة متتابعة من التصرفات المحددة، وهذا ما يبينه التعريف الذي ينظر إلى التدريب على أنه: "مبنى

على معرفة الانسان بالطرق التي يحل بها مشاكل معينة ويؤدي عملا ما بمقتضاها" (عمر وصفي، 1996: 142).

فالتدريب بهذه الطريقة يهتم بزيادة قدرات الفرد التي لها علاقة مباشرة بعمله، ويستند إلى الوظائف التي تمتاز بالتحديد الدقيق لمكوناتها وأنشطتها، فيمكن تقسيم العمل فيها وتجزئته بسهولة، وبالتالي تحديد أفضل طريقة للقيام بها. أما التعليم فهو على العكس، يعمل على إرساء عمليات أو أساليب للتفكير السليم المنطقي، وليس تعلم مجموعة من الحركات أو الخطوات المتتابعة، "فالتعليم من شأنه أن يمد الإنسان بمعلومات تفسيرية عامة تساعد على مواجهة المواقف، وحل المشكلات" والتدريب بمفهومه الواسع يتداخل مع ثلاثة أوجه من النشاط وهي: (منصور، 1998: 200)

- التعليم.
- التطوير.
- التدريب.

فالتعليم هو الاصطلاح الذي يشمل الإطار العام للموضوع، ويقصد بالتعليم كما يراه منصور، 1998 إكساب الشخص المعرفة والمهارة لتطوير واتجاهاته"، أما التطوير بحسب عبدالوهاب 1990، فهو تنمية القدرة لدى الشخص بقدر يساعده على فهم المشاكل التي تواجهه ومعرفة مدى تأثيرها على الأمور التي يعالجها أو التي ترتبط بمشاكل أخرى في المؤسسة، أما التدريب فهو نوع من أنواع التعليم، وبالتالي فإن كل أنواع برامج التدريب هي تعليم وليس من الضروري أن يكون كل تعليم بالضرورة تدريب؛ ويتضح مما سبق أن التدريب هو شكل من أشكال التعليم، يهدف إلى زيادة المهارة المتخصصة للفرد، أو بالأحرى تحسين الأداء، أما التعليم فهو الإعداد المنظم لناحية من المعرفة، والجدير بالملاحظة أن كل المؤسسات التي إستفادت من وظيفة التدريب تراعي دائما حقيقة مفادها أن التدريب هو عملية

مستمرة، وأن كل عامل بالمؤسسة مهما كانت درجته أو وظيفته فهو في حاجة دائمة للحصول على معلومات جديدة أو مهارات أو تطوير عاداته واتجاهاته.

التدريب: التدريب عملية هامة وضرورية لبناء قوة بشرية منتجة، وعلى الرغم من أن أية مؤسسة قد تضع خطة عمل وتوفر كل الوسائل لتنفيذها، فإن إغفال عملية تدريب العاملين ضمن الخطة قد يكون أكبر المسببات لإثبات عجز الخطة وعدم قدرتها على تحقيق الأهداف المرجوة (الفارس وآخرون، 2005)؛ كما أن وجود وظيفة التدريب في المؤسسة وممارستها بطريقة غير منظمة ودون ضوابط وتركها للمصادفة يؤدي غالبا إلى نتائج سلبية وبذلك فإن عملية التدريب غير فعالة، ولهذا نجد أن كل المؤسسات التي تدرك مفهوم التدريب بعقلية واعية تتجنب مثل هذا النمط التدريبي لتطوير أداء عاملها. وهذا يقودنا إلى السؤال عن أهم المؤشرات التي تساعد المؤسسة على فهم أو أهمية إجراء عمليات تدريبية لعمالها؟ فيعتبر مستوى الأداء الوظيفي غير الملائم، والإنخفاض في الإنتاجية من أكثر هذه العلاقات وضوحاً (السلمي، 2003: 122).

إن أداء الوظيفة بطريقة غير ملائمة أو غير مناسبة يحدث عادة في الأشهر الأولى من القيام بوظيفة جديدة، وحينما يرى المدير دلائل الأداء غير الملائم للوظيفة، ويفترض أن العامل يبذل ما في وسعه من مجهود، أو أن مردوده مرض، يجب تركيز الإلتباه على ضرورة رفع مستوى المهارات للعامل، وحينما يواجه المدير بانخفاض في الإنتاجية فإن هذا يدل عادة على الحاجة لتعديل مهارات العامل أو ضبطها، إضافة إلى مقاييس الإنتاجية، وأخيرا هناك البعد الخاص بالمستقبل: التغيرات المفروضة على العامل نتيجة إعادة تصميم الوظائف، أو نتيجة اكتشاف تكنولوجي جديد، وبهذا تتطلب هذه الأنواع من التغيرات في الوظيفة جهدا منظما ومخططا لتنمية العاملين، ومما سبق تقودنا هذه المؤشرات إلى الوقوف على أهمية التدريب بالنسبة للمؤسسة من جهة وأخرى بالنسبة للعامل.

ثانياً: مفهوم التدريب:

التعريف الأول: وهو مفهوم مركب يتكون من عدة عناصر، ويعني "التغيير إلى شيء أحسن أو تطوير مجموعة من المهارات، والقدرات، والأفكار، لشخص ما، أو مجموعة من الأشخاص" (عبد الوهاب، 1990:266)

التعريف الثاني: يعرف التدريب أيضا على أنه "تنمية منظمة وتحسين للاتجاهات والمعرفة، والمهارات، ونماذج السلوكيات، المتطلبة في مواقف العمل المختلفة، من أجل قيام الأفراد بمهامهم المهنية أحسن قيام وفي أقل وقت ممكن بطريقة مريحة" (سليمان الفارس وآخرون، 2005)

التعريف الثالث: التدريب عبارة عن تغيير في الإتجاهات النفسية والذهنية للفرد تجاه عمله، تمهيداً لتقديم معارف ورفع مهارات الفرد في أداء العمل (احمد ماهر، 1999:31)

التعريف الرابع: عبارة عن برامج مخططة لتحسين الأداء على مستوى الفرد والجماعة والمنظمة، من خلال إحداث تغييرات قابلة للقياس في المعارف، والمهارات، والسلوك الإجتماعي (يوسف سيد، 2003).

ومن خلال دراسة وتحليل التعريفات السابقة، وغيرها من التعريفات، يمكن للباحث استخلاص مجموعة من الملاحظات المتعلقة بمفهوم التدريب، وهي:

أ- **التدريب عملية مخططة:** إن الهدف من التدريب تنمية مهارات وقدرات ومعارف العاملين بالشكل الذي يلي احتياجات كل من المنظمة والعاملين، وبأن تحقيق ذلك لا يمكن أن يتأتى بشكل عشوائي أو تلقائي، لذلك لا بد من استخدام التخطيط كأسلوب علمي منظم لتحقيقه، فالتدريب إذن

عملية مخططة كونها تهدف إلى إستخدام الموارد البشرية والمالية والمادية بأفضل صورة ممكنة وبطريقة عملية تستهدف تلبية احتياجات المنظمة والعاملين.

ب- **التدريب عملية مستمرة:** يعد التدريب عملية ذات طبيعة متصلة ومستمرة كونها ترتبط بعمليات التغيير المطلوب مواكبتها في ظروف العمل والبيئة المحيطة بها.

ج- **التدريب عملية شاملة:** بمعنى، شمولها لكل العاملين في المستويات الإدارية المختلفة داخل المنظمة العليا، الوسطى، والتنفيذية وشمولها لجميع التخصصات والمجالات داخل المنظمة، كما أنها تهتم بالعمل على إحداث تغيير شامل في الفرد، سواء من الناحية المعرفية أو المهارية، أو النفسية.

د- **يجمع التدريب بين ثلاثة جوانب رئيسة، هي:**

- **الجانب العلمي:** ويتعلق بزيادة المعارف والمعلومات النظرية.

- **الجانب العملي:** ويتصل باكتساب المهارات وطرق العمل.

- **الجانب النفسي:** ويتمثل في "تهديب السلوك في مجال العمل وتنقيته من السلبيات، وتنمية القدرات على مواجهة المصاعب وتحليل المشكلات والمفاضلة بين الحلول المقترحة لها" (الصرن، 2002: 46)

ثالثاً: أهمية التدريب في المؤسسة

تظهر أهمية ضرورة للتدريب نتيجة لعدة عوامل منها داخلية وأخرى خارجية، نذكر منها: (علي السلمي: 2003: 139)

1. **عوامل داخلية:** حينما تظهر دلائل على الأداء غير الملائم للوظيفة، وبافتراض أن مجهود العامل مرض، يجب تركيز الانتباه على ضرورة رفع المهارات العامل. ومن هذه الدلائل تدني مستوى الأداء، نقص الخبرات والرصيد العلمي، أو عدم تناسبه مع متطلبات ومستجدات العمل، وهناك علامات أخرى

قد تشير إلى حاجة العاملين للتدريب مثل ارتفاع معدل الإنتاج المرفوض لعدم مطابقته للمواصفات، أو ارتفاع نسبة العادم خلال العملية الإنتاجية (المخلفات الإنتاجية) أو لارتفاع في معدل الحوادث الصناعية، وأخيراً هناك البعد الخاص بالمستقبل وهو التغييرات المفروضة على العمل نتيجة إعادة تصميم الوظيفة، أو نتيجة تطبيق اكتشافات تكنولوجية جديدة.

2. **عوامل خارجية:** تشمل التغييرات السياسية، القانونية والتشريعية، الإقتصادية، التكنولوجية والبيئية، فهذه التغييرات تؤثر على المؤسسة ومنه على إجراءات وأنظمة العمل، والفرد مطالب بالتكيف معها ويعد التدريب وسيلة فعالة لبلوغ ذلك (الصرن، 2002: 46)؛ فمثلاً التغييرات التنظيمية والتوسعات تؤدي إلى تقادم المهارات المكتسبة سابقاً من طرف الأفراد، وتزيد أيضاً من حاجة الفرد لتحديث مهاراته واكتساب مهارات جديدة لمسايرة التطورات المتلاحقة، كما أن التطورات التكنولوجية التي تزداد دقة وتعقداً تلازمها تحسينات على آليات وعمليات الإنتاج تناسبها دقة وتعقيداً، وكلما ازدادت أساليب وأدوات الإنتاج دقة وتعقيداً، تطلب ذلك مستوى أعلى من التدريب (حفي، 2007).

إن ميزة العوامل الخارجية في العصر الحالي التسارع والتلاحق، لذا لا بد أن يكون التدريب مستمر وجيد حتى يساعد الأفراد في المؤسسة على التحكم في التقنيات الحديثة والمتطورة، حتى تساهم المؤسسة في التغييرات (أحمد ماهر، 1999). إن التدريب عملية موجهة للتحسين التقني للوسائل البشرية الضرورية للتحكم في وسائل الإنتاج المستعملة وطرق تشغيل هذه الوسائل، فتبرز أهمية التدريب في مايلي:

أ- **زيادة الإنتاجية:** تنعكس زيادة مهارة الفرد والناجحة عن التدريب على حجم الإنتاج وجودته.

ب- **رفع معنويات الأفراد:** لا شك أن اكتساب القدر المناسب من المهارات، يؤدي إلى ثقة الفرد بنفسه، ويحقق له نوعاً من الاستقرار النفسي، ولا شك أن وجود برنامج للعلاقات الإنسانية مع التدريب

المنظم والمستمر للأفراد لتوفير القدر المناسب من المهارات يؤديان إلى رفع الروح المعنوية للأفراد.

- ج- **تخفيض حوادث العمل:** تكثر الحوادث نتيجة للخطأ من جانب الأفراد عن تلك التي تحدث نتيجة لعيوب في الأجهزة والمعدات أو ظروف العمل، ويعني هذا أن التدريب الجيد على الإسلوب المأمون لأداء العمل وعلى كيفية أدائه يؤدي بلا شك إلى تخفيض معدل تكرار الحادث (بلوط، 2002).
- د- **استمرارية التنظيم واستقراره:** استقرار التنظيم وثباته بمعنى قدرة التنظيم على الحفاظ على فعاليته رغم فقدانه لأحد المديرين الرئيسيين، ولا شك أن هذا يتحقق من خلال وجود رصيد من الأفراد المدربين والمؤهلين لشغل هذه المراكز فور خلوها لأي سبب من الأسباب.

رابعاً: أهداف التدريب

إستراتيجية التدريب تشتق من الاستراتيجية العامة للمؤسسة، حيث تعبر عن التوقعات المرجوة لبناء القدرات والمهارات وأنماط السلوك الإيجابي للعاملين، وفق الاحتياجات التي تكشف عنها نظم تقييم الأداء. فالغاية من التدريب هي تحقيق مجموعة من الأهداف الواقعية والممكنة التطبيق ومنها:

(عبدالوهاب، 1990)

- ضمان التطابق بين قدرات العمال ومعارفهم.
- تكييف المستخدمين مع مهام محددة والتغيرات بالوظائف.
- استفادة المستخدمين من الترقية في المؤسسة.
- دعم فعالية كل المستخدمين الجدد باستعمال أحسن التجهيزات، وبتقليل عدد الحوادث.
- المساهمة في برنامج التطور وفي سياسة توفير الموارد البشرية للمؤسسة.
- إحداث أحسن سلوك في العمل، و دعم المواقف الايجابية التي تسمح بتخفيض التكاليف والخسائر وكذا تحسين نوعية المنتج وكميته.

- تدعيم الإحساس بالثقة لكل عامل ولفريق العمل بصفة عامة وتقوية حب وانتماء العامل للمؤسسة.

- المساعدة والمساهمة في حماية الأفراد ذوي المهام والوظائف الحساسة (تتسم بالخطورة).

- التكيف مع متطلبات منصب العمل والمحيط.

- تطوير القدرة لدى المتدربين على تحمل المسؤولية والمبادرة في الاقتراح.

أهداف التدريب تختلف من دورة إلى أخرى حسب طبيعة نشاط المؤسسة والاحتياجات التدريبية،

فمنها: (كنعان، 1999: 327)

أ- الأهداف الاقتصادية: التي تركز على زيادة الإنتاج والمبيعات، تنمية الحصة السوقية وتأكيد المركز التنافسي.

ب- أهداف تقنية: تحسين استغلال الطاقات الإنتاجية المتاحة، وسرعة استيعاب التقنيات الجديدة.

ج- الأهداف السلوكية: بتعديل اتجاهات ودافع العاملين وتنمية رغبتهم في الأداء الأحسن، وتنمية روح الفريق بينهم، وتعميق الإحساس بضرورة خدمة العملاء.

إن التوجهات الحالية للتدريب تهدف إلى إكساب الأفراد قدرات على الإبداع والابتكار ومهارات فكرية عالية المستوى، تجعلهم قادرين على حل المشاكل التي تواجههم في العمل بسرعة، ومواكبة التحديات المتمثلة في متطلبات العمل المتغيرة (أحمد ماهر، 1999). إن أهداف التدريب مترابطة ومتداخلة مع بعضها البعض، بشكل يصعب معه الفصل بينها أو الاكتفاء ببعضها، وذلك لأن كل هدف يكمل الأهداف الأخرى.

2.3.7 المطلب السابع: تنمية مهارات وقدرات العاملين

تظهر أساليب تنمية المهارات الإدارية والشخصية على درجة كبيرة من الأهمية لأنها تخاطب العنصر البشري الذي يمثل الدعامة الأساسية لأي عمل، وكلما كان إختيار تلك الأساليب بعناية ودقة كلما كانت النتائج أقرب إلى الكمال.

أولاً: مفهوم المهارات

من الأهمية تحديد معنى المهارة وتحديد مدلولها، وتختلف أهمية المهارة النسبية من مستوى وظيفي إلى مستوى وظيفي آخر، لذلك يتعرض الباحث لتعريف المهارة:

المهارة لغة: هي العلم بالشيء وإتقانه ومعرفة غوامضه، جاء في المصباح المنير: يقال: مهر في العلم وغيره، بمهر مهوراً فهو ماهر أي حاذق عالم بذلك. ومهر في صناعات ومهرها: متقنها معرفة (الفيومي، 1909: 900).

والمهارات لغة: مشتقة من مَهَرَ فيقال: مهر في العلم وغيره، بمهر مهوراً فهو ماهر أي حاذق عالم بذلك، ومهر في صناعات مهرها أتقنها معرفة (الفيومي، 1909: 900)؛ فالمهارة هي إذن معرفة غوامض ودقائق الشيء وإتقانه. "الماهر بالقرآن مع السفره الكرام البررة، والذي يقرأ القرآن ويتقنع فيه وهو عليه شامل له آجران" (صحيح مسلم، كتاب صلاة المسافرين وقصرها، باب فضل الماهر من القرآن والذي يتقنع فيه، حديث رقم 1329).

والمهارة اصطلاحاً: تعددت تعريفاتها، ويذكر الباحث منها: أنها "وصف الشخص بأنه على درجة من الكفاءة والجودة في الأداء" (أبو حطب وصادق، 1980: 478). أو "إستعداداً أو موهبة طبيعية أو مكتسبة، تنمو بالمعرفة أو التعليم وتصل بالتدريب، وتجعل الفرد قادراً على الأداء جسمياً وذهنياً، كما أنها تستخدم في التأثير على سلوك الآخرين أو تحقيق هدف معين" (العمرى، 1420: 96). أو هي: "أداء عمل مقصود خلال موقف تعليمي بسهولة وإتقان، سواء كان العمل يدوياً أو عقلياً" (المقذلي،

1998: 53). أو هي " قدرة الفرد على استغلال ما وهبه الله من صفات جسدية أو عقلية " (العبودي،

1418هـ: 107) أو " كفاءة في إستخدام ما حصله الفرد من معرفة متخصصة في فرع من فروع العلم بما

يحقق الأهداف المحددة في مجال العمل " (كنعان، 1999: 327).

ويرى البعض أن المهارة تعني: "تنظيم معقد للسلوك يتطور خلال عملية التعليم، ويتجه نحو هدف معين

أو يركز على نشاط محدد، ويستخدم ذات التعبير للدلالة على المهارات الإجتماعية أو المهارة في تقييم

المواقف أو التأثير في سلوك الآخرين " (محمد، وآخرون، 1985 م، 409).

ومن أكثر المفاهيم التي تشير بدقة إلى مفهوم المهارة ذلك التعريف الذي يحدد مضمونها بأنها: "القدرة

على الأداء المنظم المتكامل للأعمال الحركية المعقدة بدقة وسهولة مع التكيف للظروف المتغيرة المحيطة

بالعمل " (عيسوي، د.ت: 385).

وقد عرفها عبدالله بأنها القدرة وأنها: (ما يمكن للفرد إنجازه من أعمال) وقد قسم القدرة إلى نوعين هما:

1. قدرات فطرية: وهي ما يمكن للفرد أن يؤديه من أعمال دون حاجة إلى تعليم أو تدريب، كالقدرة

على الرسوم مثلاً.

2. قدرات مكتسبة: وهي أعمال لا يتمكن الفرد من أدائها إلا من خلال التعليم أو التدريب، مثل

القدرة على قيادة الدراجات أو السيارات أو إستخدام السلاح فهي تتطلب قدرًا مناسبًا من التعليم حتى

يتمكن من إجادة هذه المهارات (عبدالله، 1999: 213).

وتعرف المهارة في اللغة الحذق في الشئ، والماهر هو الحاذق بكل عمل، ويقال أمهر به مهارة أي صار به

حاذقًا، ولم يعط هذا الأمر مهارة، أي لم يأت من قبل وجهه على ما ينبغي. وعادة ما يتم تعريف

المهارات في عبارات تقنية، تتباين بتباين العلوم والمهن والطوائف التي تتطلبها، ولكن هذه التعاريف تركز

على مفاهيم علماء الاجتماع بصددها، والتي تتمحور حول أنها: تنظيم سلوكي مكتسب (خبرة) لحصيلة أفعال وأنشطة، مع قدرة ذهنية، تمكن من تطبيق هذه الحصيلة على عدة واجبات معرفية التطبيق الأفضل، ويمكن تعريف المهارات عند العناصر الطبية بالمؤسسات الصحية على أنها: ذلك الجزء من مجموعة القدرات التي يتطلبها العناصر الطبية لتحقيق الكفاءة، وأن تلك القدرات تشمل إضافة إلى المهارات المعرفة، والقيم والأخلاق، والمواقف المهنية.

ثانياً: أهداف تنمية المهارات

أن الهدف الأساسي من تنمية المهارات كما يورده العمري (1419) هو صقل المواهب والقدرات والإمكانات المتوفرة للحصول على أكبر استفادة ممكنة من هذه المهارات والتي تهدف في النهاية إلى تحقيق الهدف المراد منه، وتهدف المهارات إلى التصور الصحيح لأهداف العمل. لذلك فإن الفرد يكتسب ثقافته من مجتمعه عن طريق الخبرة والتجربة فالفرد يكتسب ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه منذ الصغر وهذا يعني أن الثقافة ليست فطرية بل تتكون من الخبرات والمهارات والقيم (العمري: 1419هـ: 56).

وتمثل نظم القيم الشخصية للأفراد النماذج الموجهة لسلوكهم والتي تمثل في ذات الوقت معيار الحكم على تصرفاتهم وعلى طريقة ممارستهم للسلطة وعلاقتهم بالآخرين، وتؤثر على اتخاذ القرار والحلول التي يقترحونها للقيام بالمهام التي يكلفون بها وبناء على المواقف التي يواجهونها. أي إختيار الحل أو البديل بناء على ما أكتسبه من مهارات. والهدف من المهارات أو القدرات الفنية والسلوكية المراد تنميتها أو تغييرها أو تعديلها في شخص رجل التحريات، مما يساعد على رفع كفاءته، وتحسين أدائه، وتمكينه من التغلب

على ما قد يواجهه من مشاكل، وهي: (محمد، وآخرون، 1985 م، 423)

1. تحسين مستوى أداء الفرد
2. تنمية معارف الفرد ومهاراته.
3. إعداد الأفراد لمهام أعلى.
4. تنمية ثقة الفرد بنفسه.
5. مسايرة العمل لكل تقدم علمي وعملي.
6. تنمية الروح المعنوية.
7. تنمية الاتجاهات السلوكية الصالحة.
8. تنمية الصفات المتوفرة فيه.
9. تزويد الأفراد بخبرات جديدة

ويرى الباحث من واقع عمله إن أهداف تنمية المهارات للعناصر الطبية بالمؤسسات الصحية: (توفيق، 1994: 201)

- أ- زيادة قدرة العناصر الطبية والطبية المساعدة على القيام بعمله بدقة وسرعة وكفاءة عالية.
- ب- تحقيق الهدف المطلوب منهم.
- ج- تنمية مهارات العناصر الطبية وفقاً لعدد من المتغيرات التي تواجههم في أداء عملهم.
- د- مدى تأثير تلك المهارات على العوامل المتغيرة التي تحيط بالشخص.
- هـ- الوصول بالمعنيين في هذه الدراسة إلى النموذج الأمثل.
- و- الإنجاز لعمله بأقل جهد وفي الوقت المناسب.

وتصبح تنمية المهارات الإدارية والشخصية أمرًا حتميًا في عصر تنمو فيه المعلومات، وتتطور التقنيات، وتتلاحق الأفكار والنظريات في التنمية والتطوير، لكونها تخدم التنظيم وتحسن الأداء وترفع من معنويات العاملين وتشبع احتياجاتهم، وتساعد على تغيير ما يلزم من اتجاهات نحو العمل والعاملين وبيئة العمل الداخلية وعلاقات المنظمة بالبيئة الخارجية لئسهم بدوره في تحقيق أهداف المنظمة المرغوبة، وعلى الرغم من تعدد طرق وأساليب تنمية المهارات الإدارية والشخصية إلا أن الوصول إلى تنمية حقيقية وفعالة للمهارات الإدارية والشخصية من خلال إتباع وسائل تنمية المهارات.

ثالثاً: وسائل تنمية المهارات: (توفيق، 1994: 211)

1. التعليم والتدريب: يؤكد العيسوي أن هذا النوع من أساليب تنمية المهارات الإدارية والشخصية يتجسد في البرامج التطويرية التي تتضمنها المعاهد والمؤسسات التدريبية المتخصصة، ويرشح لها أشخاص يُختارون وفقاً لاحتياجاتهم التدريبية ووفقاً لاحتياجات منظماتهم. ويتوقف نجاح هذا الأسلوب في تنمية المهارات اللازمة للقادة الإداريين على مخاطبة الاحتياجات التدريبية الفعلية لهم وللمنظمات والمستويات القيادية المختلفة، وتحديد نوعية المشاركين وتشخيص مستويات مهاراتهم الإدارية والشخصية، ومعرفة أوجه القصور التي تحتاج إلى تكثيف جهود البرنامج التدريبي وتوجيهه والتغلب عليها، والعناية من خلال إختيار المديرين ووسائل تقنيات التدريب، وتحقيق أعلى فائدة ممكنة لهم من مشاركتهم في البرنامج التدريب (توفيق، 1994: 211).

2. التنمية الذاتية: يعد أسلوب التنمية الذاتية نوع من التقدم والتطور الذي يخطط له القائد أو الفرد بنفسه وبمحض رغبته وإرادته، ويقوم بتنفيذه بمفرده أو بالاستعانة بالآخرين في جد وحماس وصولاً إلى ما يصبو إليه في الحياة بصفة عامة، وفي العمل بصفة خاصة (السلمي، 1999: 131).

3. الاستفادة من تكنولوجيا المعلومات والتقنيات الحديثة: يرى أبوحلاوة (2006) أنه أصبح من

الضروري تنمية مهارة إستخدام الحاسب الآلي بطريقة تمكنه من مواجهة الجرائم الجديدة التي ظهرت نتيجة للتقدم التكنولوجي، ويقتضي هذا الأمر التنمية والتحديث المستمر لأحدث الوسائل التكنولوجية في هذا المجال (أبو حلاوة، 2006: 66).

4. الندوات: تعد الندوات من أنجح الطرق في تنمية المهارات الشخصية، لكون الندوات تسمح بالاتصال المباشر وطرح الآراء المتعارضة وتنمية لغة الحوار في هدوء، وتنمية ملكة التعبير عن الرأي بحرية وفي نفس الوقت تقبل الرأي دون ضجر أو ضيق.

5. المحاضرات: وهي الطريقة التي يقوم بها الأشخاص ذوو الخبرة والدراية بمضمون المحاضرة المقترحة.

6. المؤتمرات: وهي من الطرق شائعة الاستعمال، والتي تقدم الفرص لتبادل الآراء والمناقشات، التي تبين النواحي العديدة للمشكلة، وتحليل الموقف بغرض تحديد ما ينبغي عمله.

رابعاً: بعض الأساليب الإضافية لتنمية مهارات الموارد البشرية (محمد، وآخرون، 1985 م، 456)

لقد نشط الباحثون النفسيون في إبتكار وتطوير العديد من الأساليب المستخدمة لتنمية هذه المهارات والقدرات، ومن بينها:

أ- التناوب الوظيفي: ويستهدف هذا الإسلوب نقل المتدربين من قسم لآخر بهدف زيادة خبراتهم في التعامل مع كل الأقسام الموجودة بالمنظمة. (محمد، وآخرون، 1985 م، 423)

ب- التدريب من خلال منهج إعداد البديل: وفقاً لهذا المنهج يقوم المتدرب بالعمل مباشرة مع رئيسه المباشر أو مع من سوف يحل محله، ومن ثم يصبح مسؤولاً عن تدريب هذا الفرد من خلال إتاحة الفرصة

أمامه لتعلم القيام بواجبات الوظيفة، لضمان وجود شخص آخر يقوم بواجبات الوظيفة في حالة تقاعد الرئيس أو ترقيته أو نقله أو فصله.

ج- التعلم بالممارسة: وهو أسلوب يعطي الفرصة لكل المتدربين -قادة ومرؤوسين- لتحليل وحل المشاكل التي قد تواجه مختلف الأقسام في المنظمة؛ ويقضي هذا الأسلوب بالمقابلة الدورية بين المتدربين في شكل أفراد بالمجموعة الواحدة ويكون الغرض من هذه المقابلات هو مناقشة وحل مجموعات تتكون من المشاكل التي قد تواجه مختلف الأقسام في المنظمة (أبو حلاوة: 2006: 66).

د- طريقة دراسة الحالة: تقوم هيئة التدريب بطرح مسألة معينة، ثم يقوم المتدرب بوصفها ويقدم اقتراحاته وحلوله بشأنها، ويفضل أن تكون المسألة المدروسة من واقع العمل في المنظمة وبالتالي يكون المتدرب أقدر على فهمها؛ حيث يمنع أي محاولة للهيمنة على تفكير المتدرب من قبل هيئة التدريب، بينما يسمح له أن يتناقش مع غيره قبل عرضه للفكرة الخاصة به.

هـ- المباريات الإدارية: وفقاً لهذه الطريقة يقسم المتدربون إلى مجموعات، في كل مجموعة من يمثلون منظمة وهمية، وباستخدام الحاسبات الإلكترونية يتم برمجة مباراة معينة أي طرح مشكل معين يمس مجال ما من عمل المنظمة، وعلى أساس هذه المباراة المبرمجة يبدأ أفراد كل مجموعة في اتخاذ سلسلة من القرارات الإدارية لحل المشكلة المطروحة، وفي الأخير يتم تقييم القرارات المتخذة ومعرفة درجة جودتها وهكذا يتم تحديد مركز المجموعة (أبو حلاوة: 2006: 66).

و- المؤتمرات وحلقات البحث: وتعتبر من الوسائل الشائعة في التنمية الإدارية حيث تهدف إلى تبادل الآراء وتشجيع المشاركة، وتقوم عادة على دراسة موضوع معين يدلي كل متدرب برأيه فيه، وهكذا يتسنى للمتدرب أن يتعلم من الآخرين بمقارنة آرائه بآرائهم واحترامه لوجهات نظرهم، كما ينمي في

عقله إطاراً تحليلياً وإتجهاً تساؤلياً، كما يتعلم أن هناك أكثر من مدخل علمي لأي مشكلة مهما كان تعقيدها ومهما بلغت درجة صعوبتها.

ز- البرامج الدراسية بالجامعات: تقوم العديد من المنظمات بإرسال عدد من قادتها إلى الجامعات والمعاهد المتخصصة في التعليم المستمر في مجال القيادة الإدارية، لربطهم دائماً بالتغيرات السريعة في مجالات تخصصهم وإمدادهم بالعلوم والفنون المتطورة التي تساعد على القيام بعملهم.

ح- تمثيل الأدوار: يستهدف هذا الأسلوب خلق موقف مصطنع يمثل نوعاً معيناً من الصراع ويمنح المتدربين في البرنامج أدواراً رئيسية في هذا الموقف، ويتم تمثيل الأدوار تحت توجيه وإرشاد المدرب، كما تتاح الفرصة للمشاركين في البرنامج لأن يساهموا بآرائهم؛ وهكذا يقوم القادة بنقل المبادئ التي تعلموها إلى المواقف الحقيقية للعمل (محمدي، وآخرون، 1985 م، 423).

ط- نمذجة السلوك: يستهدف هذا الأسلوب إكساب المتدرب العديد من المهارات الإدارية والقيادية، من خلال عرض أحد الأفلام عن أفضل الأساليب الإدارية ويطلب من المتدرب محاكاة ما شاهده بالفيلم، ويمر هذا الأسلوب بالمراحل التالية:

1. النمذجة: حيث يشاهد المتدربون أحد الأفلام التي تبرز السلوك النموذجي الذي ينبغي الاقتداء به من خلال عرض أحد المواقف الفعلية.
2. تمثيل الأدوار: وفي هذه المرحلة يتم إيجاد موقف مشابه وعلى المتدربين التعامل مع هذا الموقف وفقاً لما تعلموه من خلال النموذج المعروض بالفيلم (أبو حلاوة: 2006: 66).
3. تقديم التعزيز الاجتماعي: والذي يمكن أن يقدمه المدرب من خلال الثناء على ما قدمه المتدرب من نجاح في التعامل مع الموقف.

4. نقل ما تعلمه المتدرب إلى بيئة العمل: وذلك من خلال تشجيعهم على تطبيق ما تعلموه من مهارات جديدة بالوظائف التي يشغلونها.

5. أساليب أخرى للتنمية الإدارية: هناك العديد من الأساليب الأخرى المستعملة في تنمية المهارات الإدارية والقيادية منها: (الحواري وآخرون، 1993: 313 - 316)

أ- العصف الذهني (Brain Storming): وتشير إلى عملية إثارة أكثر من عقل في نفس الوقت لطرح العديد من الأفكار لحل مشكلة معينة، مهما كانت بسيطة وغريبة.

ب- التأليف بين الأشئآت: هي عملية حفز المتدرب على اكتشاف أوجه الشبه بين أشياء تبدو للوهلة الأولى متنافرة وليس بينها أدنى علاقة للجمع بينها.

ج- التغيير في الخصائص: أي محاولة إكساب المتدرب خصائص جديدة، كإكتساب مفردات لغوية جديدة ومتنوعة وتوظيفها في تنمية الطلاقة اللغوية والفكرية مثلاً، وتستخدم هذه الأساليب إما مفردة أو مجتمعة في تنمية القدرة على توكيد الذات والتعبير التلقائي عن المشاعر والآراء، المرونة الفكرية والاجتماعية، الطلاقة اللغوية والفكرية، ابتكار حلول أصيلة للمشكلات.

د- الاقتداء التخيلي: أي أن يتعلم المتدرب سلوك ما من خلال تخيل وجود نموذج أو استعادة صورة لنموذج معين من الذاكرة (أبو حلاوة: 2006: 66).

هـ- التسميع السلوكي: قيام المتدرب بتكرار سلوك معين بطريقة إرادية.

و- الإيجاز: تمكين القائد المتدرب من عرض أكبر عدد من الأفكار بأقل عدد من الكلمات.

ز- المحاجة: أي تنمية قدرة المتدرب على تنفيذ الحجج وقدرة إقناع الآخرين بالحجج التي يعرضها عليه قاداته.

ح- **الدعم الذاتي**: أن يقوم المدرب بعملية الإثابة للنفس ذاتيا حين يصدر منه سلوك ما يرغبه.

وتستخدم هذه الأساليب بشكل عام في تنمية مهارة القائد للتحكم في علاقاته وتفاعلاته مع

زملائه ومرؤوسيه، وتقبل النقد، الإنصات للغير والتعبير عن الذات.

ط- **السيناريوهات البديلة**: تخيل المدرب لكافة الاحتمالات الممكنة من ردود الأفعال المترتبة على

سلوك معين والتحسب لها سلفا، ويستخدم هذا الأسلوب في تنمية القدرة على اتخاذ القرار،

وتنبع قيمتها في أنها تجعل القائد على ألفة بالمواقف الحقيقية قبل أن يواجهها بالفعل، ومن ثم يتم

من خلالها تقييم أدائه وتلافي أوجه القصور فيها (إدريس، 1992: 49).

ي- **القراءة النقدية**: تمكن القائد المدرب من اكتشاف مواطن الضعف فيما يقرأ، فضلا عن قراءة

ما تحب الكاتب ذكره.

ك- **التفاوض**: أي تمكن المدرب من أساليب الدخول في مساومات مع الآخر وتعظيم الفائدة التي

تعود على المنظمة في نهاية عملية التفاوض (أبو حلاوة، 2006: 69).

وتهدف هذه الأساليب في تنمية قدرة الفرد على التواصل مع الآخرين سواء في مواقف المواجهة الشفهية،

أو حين يقرأ ما يكتبون أو يكتب لهم ما يقرءون. كما وأن هذه الأساليب لن تؤتي ثمارها، إلا إذا كان

القائد راغبا في عملية التنمية، معتقدا أنها ستعود عليه بالنفع، لديه القدرة على تمثلها وتطبيقها على

الواقع المتغير الذي يتعرض له، من خلال عمليات القياس والإبتكار وتراكم العائد الذي سيحصد لديه

الرغبة في الاستمرار في عملية التنمية الذاتية.

خامساً: تعريف المهارات الإدارية المتعلقة بالدراسة:

إن تعريف المهارات الإدارية، والمتعلقة بالدراسة الحالية، وماتحويه، متثلة بالآتي:

1. مهارات القيادة:

تتعدد وجهات النظر حول المهارات القيادية اللازم توافرها في القائد الإداري، فقد ذكر كاتز (Katz) ثلاث مهارات يجب توافرها للمدير في جميع المستويات؛ وهي: المهارات الفنية، والمهارات الإنسانية، والمهارات الإدارية (Katz، 1992: 49)، أما كنعان فقد توصل إلى أربع مهارات رئيسة للقيادة هي: المهارات الذاتية، والمهارات الفنية، والمهارات الإنسانية، والمهارات الذهنية (كنعان، 1999: 311). وذكر الهواري وآخرون ستة مهارات، وهي: (الهواري وآخرون، 1993: 313 – 316)

أ- المهارات الإدارية

يجب على أي قائد أن تكون لديه القدرة على التخطيط والتقييم والتنظيم ومتابعة وتنسيق العمل، وأن تكون توجيهاته واضحة وكاملة وقابلة للتنفيذ في الوقت الملائم، وعليه أن يقدم للعاملين التسهيلات التي تمكنهم من أداء أعمالهم في الوقت المحدد، ويرتبط توافر المهارات الإدارية اللازمة لدى القادة بالمؤشرات التالية: (النمر وآخرون، 2001: 321)

- كفاءة التخطيط وتوزيع العمل توزيعاً عادلاً بين المرؤوسين.
 - وضع معدلات ومقاييس موضوعية للأداء.
 - كشف القدرات الكامنة لدى أفراد التنظيم والعمل على تنميتها.
 - توضيح خطوط السلطة للمرؤوسين.
 - تحقيق التنسيق بين النشاطات، والوحدات الإدارية المختلفة في التنظيم.
 - القدرة على إختيار أفضل الأساليب التي تحقق أكبر قدر ممكن من الإنتاجية من خلال الرقابة وتبسيط الإجراءات والتخفيف من المركزية ومقاومة الجمود في التنظيم.
- وينبثق عن المهارات الإدارية أربع مهارات فرعية هي: اتخاذ القرارات، وإدارة الوقت، وإدارة الاجتماعات واللجان، وإدارة التغيير.

ب- المهارات الفنية

تعني القدرة على التعامل مع الأشياء وقدرة الأداء والإنجاز الجيد أو لا بأول عن سير العمل وأن ينمي القائد قدرات مرؤوسيه إلى أقصى حد ممكن، وتتميز المهارات الفنية بعدد من السمات التي تميزها عن

المهارات القيادية الأخرى يمكن تلخيصها فيما يلي: (katz، 1155)

- أنها أكثر تحديداً من المهارات الأخرى ويسهل التحقق من مدى توافرها لدى القائد.
 - أنها تتميز بالمعرفة العالية والقدرة على التحليل وتبسيط الإجراءات في استخدام الأدوات والتقنيات في مجال التخصص.
 - أنها مطلوبة ومألوفة في ظل التخصص والتقدم العلمي والتقني.
 - أنها سهلة الاكتساب والتنمية من المهارات الأخرى.
- وتنبثق عن المهارات الفنية أربع من القدرات والسمات الفرعية هي: القدرة على تحمل المسؤولية، والقدرة على الفهم العميق والشامل للأمر، وسمة الحزم، وسمة الإيمان بالهدف وإمكانية تحقيقه.

ج- المهارات الإنسانية

هي قدرة القائد على التعامل مع المرؤوسين والجماعات، وقدرته على معرفة أحوال مرؤوسيه ودوافعهم واحتياجاتهم النفسية والاجتماعية، وقدرته على رفع الروح المعنوية لمرؤوسيه، ومعرفة إتجاهاتهم وتعديلها بما يتفق مع احتياجات المنظمة، ولذلك يجب على القائد أن تكون علاقته بمرؤوسيه علاقة طيبة مما يشيع روح التآلف والاندماج بينهم وبالتالي تتحقق الأهداف المنشودة. ويرى أحد الباحثين أن إكتساب القائد للمهارات الإنسانية أكثر صعوبة من اكتسابه للمهارات الفنية؛ وذلك بسبب ما تتضمنه العلاقات الإنسانية من تعقيد وتباين وتنوع (دسوقي، 1960: 330). وتنبثق عن المهارات الإنسانية أربع مهارات فرعية هي: مهارة الاتصال، وتكوين العلاقات مع الآخرين، وبناء فرق العمل، وتقدير الآخرين.

د- مهارات الاستقرار والموضوعية

تعني قدرة القائد على التحكم في تصرفاته وانفعالاته، حيث أنه يتعامل مع متغيرات عديدة وأفراد مختلفين في طبائعهم وسلوكهم، كذلك قدرته على تشخيص وتحليل المواقف تحليلاً بعيداً عن التحيز حتى يستطيع الوصول إلى القرار الرشيد (غنام والشرقاوي، 1981: 499)

هـ- المهارات الشخصية

تعني القدرة على جذب الغير وتطويرهم وإحترامهم لشخصيته، ويتطلب ذلك الشخصية القوية والتوازن النفسي والقدرة على حوز الثقة.

و- المهارات الفكرية

تعني قدرة القائد على نقل الأفكار إلى مرؤوسيه وقدرته على تقبل الأفكار الجديدة المتطورة بصفة مستمرة، وأن تكون لديه القدرة على تصور العلاقات بين العوامل المختلفة، والقدرة على التحليل والتفسير والاستنتاج، كما يعني وجوب أن يتمتع القائد بقدر من الذكاء والقدرة على التخيل مما يمكنه من رؤية الموقف الإداري ككل والتنبؤ بالتغيرات وتقبل الأفكار الجديدة، وقد كشفت الدراسات الخاصة بالسمات اللازمة للقيادة عن وجود علاقة بين سمة الذكاء والنجاح في القيادة. كما وأن الذكاء وسعة الأفق من القدرات العقلية التي تساعد المرء في دوره القيادي (درويش وتكلا، 1995: 441). وتعد المهارة الفكرية ملازمة لجميع مهارات القيادة الأخرى.

وفي دراسة حديثة أشار أحد الباحثين إلى أن أهم المهارات القيادية التي يجب توافرها في القائد هي المهارات الفنية تليها المهارات الذاتية والإنسانية والإدارية (الرشودي، 2001: 210).

2. مهارات التواصل عند اصحاب المهن الطبية

قديماً كانوا يصفون الطبيب بالحكيم، ويفهم من الحكمة أنها طرح للفكرة الصحيحة في الموقع الصحيح بأسلوب صحيح، وإذا كان رب العزة خاطب نبيه بقوله تعالى: ﴿فِيمَا رَحْمَةً مِّنَ اللَّهِ لَئِن لَّهُمْ وَلَوْ كُنْتَ فَظًا غَلِيظَ الْقَلْبِ لَانْفَضُّوا مِنْ حَوْلِكَ فَاعْفُ عَنْهُمْ وَاسْتَغْفِرْ لَهُمْ وَشَاوِرْهُمْ فِي الْأَمْرِ فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُتَوَكِّلِينَ﴾ (آل عمران: 159)؛ فإنه من الضروري لكل طبيب أن يكون على مستوى عالٍ من العلم بما يتناسب مع الشهادة التي يحملها وعلى مستوى أعلى من الحكمة في تعامله مع أخيه، كما إقتضت مشيئة المولى عز وجل أن يكون في موقع المرض، في مايلي بعض القواعد التي تساعد في إرساء ثقة متبادلة بين الطبيب والمريض: (ابراهيم الفقي: 2004: 94)

أ- إفساح الوقت للمريض للكلام: يأتي المريض متوتراً ولديه كمّ معين من الكلمات ليشرح حالته ولن يشعر بالراحة إن لم تفسح له المجال للحديث.

ب- أظهر الإهتمام بكلام المريض: بإيماءة من وجهك أو تقطيب لجبينك أو بكلمة بسيطة (نعم، خيراً...) أو مقاطعة لكلامه تستوضح فيها بعض اللبس (ابراهيم الفقي: 2004: 94).

ج- تدوين ما قاله المريض في ورقة: وفي النهاية أعد عليه كلامه وبمفردات علمية وبنقاط محددة، يشعر المريض بالراحة عندما تضع لمشكلته عنواناً، ويرتاح أكثر عندما تخبره أن حالته شائعة بين الناس.

د- إستجواب المريض: إسأل المريض ماتود سؤاله، وأعد توجيه السؤال عندما يشط بعيداً عن الجواب، ويستحسن في النهاية قراءة ملخص بلغة طبية بسيطة.

هـ- إحترام الآخرين: قد يحمل المريض إساءة من زميل لك، أعرض عنها إعراض الكرام، وبإبتسامة الواثق من نفسه المترفع عن الصغائر، أفهم مريضك أنك هنا لخدمته وليس لسماع آراء الآخرين، وإنك تحترمهم وما يقولون واعتذر عن الرد (ابراهيم الفقي: 2004: 95).

و- **الإعزاز بالنفس**: قد يستفهم المريض عن علاج لك يخالف آراء الآخرين، قل بثقة وهدوء وحزم من دون تكبر أو توتر: هذه هي قناعتى العلمية والقرار لك، لا تدخل في سجل افتراضي أنت بطله والغائب خصمك والمريض أمامك يتفرج عليك كيف تصغر وتصغر، لا تضع نفسك في مجال المقارنة ولا في موضع الاتهام (ابراهيم الفقي: 2004: 97).

ز- **إحترام المريض**: خذ بإعتبارك شخصية المريض وثقافته ومستواه العلمي والإجتماعي، وإجعل لغة خطابك ترفع من قدره واعلم أن إحساسه هو أكبر من فهمه لك.

ح- **إياك والهدر**: إلقاء نظرة متأنية على الأدوية التي يحملها مريضك والتي وصفها زميل لك، فالمريض دفع ثمنها من دمه ومجرب على حملها لك لتراها لا لتعرض عنها تأنفا، إعتد المناسب منها ولا تكتب إلا الدواء الضروري وإختر الأقل ثمنا إن أمكن (ابراهيم الفقي: 2004: 97).

ط- **الطبيب لا يوبخ لا يؤنب ولا يحاسب**: المريض متوتر، ومنتظر منك حلا وليس حكما عليه، إن مهمتك وضع النقاط على الحروف، تذكر أن المريض قدم إليك في ظرف خاص غير متوقع أقعده عن حياته الطبيعية وإن أجرتك وثمان الأدوية الموصوفة والاستقصاءات الأخرى هي مصاريف طارئة.

ي- **جبر الخواطر**: ينتظر المريض إنفراج أسارىك ويتوسم الأمل منك إن بسمتك بلسم شاف، كن مع المريض في خندق واحد ضد المرض هذا يريجه أكثر.

ك- **فحص المريض**: من الضروري أن يكون العطاء الأبيض سائراً لكامل جسم المريض، تجنب النظر إلى وجه مريضك أثناء فحصه وخاصة إذا كان امرأة، البدء بالبسملة يطرد الشيطان عنك وعن مريضك ويجلب راحة نفسية لا تدركها إلا إذا كنت أنت المريض، ولا تتوقف عن سرد عبارات الطمأنينة، أو كلمات بسيطة تشرح فيها ماذا تفعل وماذا وجدت (ابراهيم الفقي: 2004: 97).

ل- بناء العلاقة الخاصة: وهي ثمرة نجاحك مع المريض بحيث يشعر المريض أنه أصبح مميزاً عن غيره، وإحرص على حفظ اسمه وشيء من تفاصيل حالته وتحدث معه قليلاً قبل فتح ملفه في الزيارة القادمة.

م- شارك المريض في تفاصيل القرار العلاجي: من الأفضل أن تشرح للمريض عن كل دواء موصوف له اسمه وعمله وأهميته والضرر الناجم عن إيقافه، هذا يضع المريض في موقع المسؤولية ويجعله أكثر تفهماً والتزاماً (ابراهيم الفقي: 2004: 97).

ن- الحيوية والنشاط: ليس من اللائق أن تظهر مرهقاً أمام المريض، إنه متعب نفسياً وجسدياً ولا يقبل منك مظهر الإعياء أو آثار سهر الأمس.

س- الشخصية المهنية: إحرص على الظهور بثوبك الأبيض المميز، وتجنب الحديث عن أمورك الخاصة ولا تستقبل أية مكالمات أمام المريض.

ع- المقدرة العلمية: على الطبيب الناجح أن يلم بكل شيء عن اختصاصه وشيئاً يسيراً عن بقية الفروع بحيث يستطيع مناقشة أي موضوع طبي يطرحه المريض أمامه فيكون المرجع له ونصوحاً في توجيه السائل نحو طبيب آخر يحل له المشكلة الطبية، وقد تنبّهت الأطر الطبية من عدة سنوات إلى هذه النقطة فاستحدثت إختصاص طبيب العائلة (طب الأسرة).

2.4 المبحث الثالث: جودة الخدمات الطبية

أصبحت المؤسسات على إختلاف أنواعها وشئى تخصصاتها منفتحة على جمهور الزبائن لتأمين الخدمات التي يحتاجونها حتى أصبح هناك نمو سريع ومتزايد في الخدمات، ويكمن القول؛ في أننا نعيش في ظل ما يعرف "بمجتمع الخدمات" وما حصل من نمو وتطور إنعكس بشكل واضح على الخدمات الصحية وطرق تقديمها (ابراهيم الفقي: 2004: 97).

وعلى إعتبار الافتراض المبدئي الذي يؤكد أن الخدمة الصحية الجيدة يجب أن تتوافر لكل الأفراد بغض النظر عن كل العوامل والظروف (الإقتصادية، الإجتماعية، المعتقدات)، فإن المؤسسات المعنية بتقديمها أصبحت مسؤولة على توفير هذه الخدمات وفق المعايير المحددة والمتفق عليها عالميا وذلك كحد أدنى مما يعرف بحقوق المريض، كما أنها تعي أن الخدمة الصحية الجيدة هي التي تنظر للزبون المريض على أن له حاجات جسمانية ومادية كما له حاجات عاطفية وأحاسيس ومشاعر، وبالتالي فالخدمة الصحية أبعاد وأشمل من التعامل مع المريض فقط بل تشمل عناصر أخرى كالتوعية الصحية والتأهيل الطبي.

وستتناول في هذا المبحث مدخل إلى مفاهيم الخدمة من حيث التعريف بها، وخصائصها، وتحليل الخدمات الصحية من زاوية المفهوم والمحتوى، ثم إلى تقييم جودة الخدمة، من خلال ذكر مفهوم جودة الخدمة والمعايير التي يعتمد عليها المستهلك في تقييمه للخدمة من حيث جودتها.

2.4.1 المطلب الأول: الجودة في الإسلام

إن رسالة الإسلام في جوهرها ما هي إلا تكليف الله تعالى لعباده ومطالبتهم باتخاذ الموقف الأمثل والأجود في مجمل نشاطهم وعملهم، فقال الله تعالى ﴿الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا وَهُوَ الْعَزِيزُ الْعَفُورُ﴾ (الملك، 2: 67).

فالمسلم مطالب لاتخاذ الموقف الأجود في مجمل حياته وذلك بدوام المجاهدة والترقي والمراقبة والإحسان لمجمل جهوده ونشاطه. ومن هنا كان التسديد والمقاربة هو ديدان المؤمن الصالح ففي الحديث "سددوا وقاربوا"، والسداد هو حقيقة الاستقامة وهو الإصابة في جميع الأقوال والأعمال والمقاصد كالذي يرمي إلى غرض فيصيبه فالسداد هو إصابة السهم والمقاربة أن يصيب ما قرب من الغرض إذ لم يصب الغرض نفسه، ولكن بشرط قصد السداد، فالمسلم مطالب بسلوك غاية في الدقة والإتقان، وهو ما يطالب به

خبراء الجودة عند مراقبة خواص الجودة حيث يفرقون بين الدقة والإتقان أو بين التسديد والمقاربة في الحديث السابق، والإتقان جزء من مطالب الإنسان المسلم بإستيفاء شروط الخلافة في الأرض والسعي في منابها عبادةً لله، وإعماراً للأرض واستفادة مما فيها من ثروات وخيرات لا يصل إليها إلا بالعمل والعمل الجاد. لذلك كانت مطالبة الرسول صلى الله عليه وسلم أن يتقن الإنسان عمله: " مَنْ بَيَّ بُنْيَانًا مِنْ غَيْرِ ظَلَمٍ وَلَا اعْتِدَاءٍ، أَوْ غَرَسَ غَرْسًا فِي غَيْرِ ظَلَمٍ وَلَا اعْتِدَاءٍ كَانَ لَهُ أَجْرٌ جَارٍ مَا انْتَفَعَ بِهِ مِنْ خَلْقِ اللَّهِ تَبَارَكَ وَتَعَالَى " (مسند الإمام أحمد بن حنبل، مسند العشرة المبشرين بالجنة، المسند المكيين، حديث رقم 15308).

فالإتقان سمة أساسية في الشخصية المسلمة يربها الإسلام فيه منذ ان يدخل فيه، وهي التي تحدث التغيير في سلوكه ونشاطه، فالمسلم مطالب بالإتقان في كل عمل تعبدي أو سلوكي أو معاشي؛ لأن كل عمل يقوم به المسلم بنية العبادة هو عمل مقبول عند الله يُجازى عليه سواء كان عمل دنيا أم آخرة. قال تعالى: ﴿قُلْ إِنَّ صَلَاتِي وَنُسُكِي وَمَحْيَايَ وَمَمَاتِي لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ﴾ (الأنعام، 162: 6).

وقد نبه الله تعالى إلى إحسانه لعباده وكمال صنعه ليحث الإنسان على الجودة فصفة الإتقان وصف الله بها نفسه لتنتقل إلى عباده ﴿صُنِعَ اللَّهُ الَّذِي أَتَقَنَ كُلَّ شَيْءٍ إِنَّهُ خَبِيرٌ بِمَا تَفْعَلُونَ﴾ (النمل، 88: 27) وأمر الله عباده المتقين في صيغة التوجيه لنيبه الكريم ﴿وَأَحْسِنَ كَمَا أَحْسَنَ اللَّهُ إِلَيْكَ﴾ (القصص، 77: 28) وقد توجه الإسلام في تربيته إلى مجتمع العمل ليكون متقناً كما علم الرسول الكريم (صلى الله عليه وسلم) وجعل الإسلام العمل المعيار الأوحده لما يكسبه الإنسان في الحياة، وجعل إتقان العمل عبادة تحبب العامل إلى الله، وتحقق له سر استخلافه ووجوده.

2.4.2 المطلب الثاني: ماهية الخدمة وأهميتها وخصائصها:

الفرع الأول: مفهوم الخدمة:

أ- مفهوم الخدمات لغّة: خدمة: مساعدة أو فضل، هديّة، منحة، عناية واهتمام خدمات صحيّة: فُحوص وعلاج وغيرهما (قاموس المعاني). من أهم التعاريف للخدمة هو تعريف الجمعية الأمريكية للتسويق والتي عرفت الخدمة بأنها: "النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة" (العلاق والطائي، 2007: 32).

وتعرف الخدمة بأنها فعل أو أداء يمكن أن يقدمه طرف ما إلى طرف آخر يكون جوهره غير ملموس ولا ينتج عنه أي تملك، وان إنتاجه قد يكون مرتبطاً بإنتاج مادي أو قد لا يكون (البكري، 2005: 167). ويقول موردك أن الخدمة "هي النشاط الإقتصادي الذي يستهدف توليد المنافع الزمنية والمكانية" (ناجي معلا، رائف توفيق: 2005).

وقد عرف كوتلر (Kottler, 2006)، وهو رائد المدرسة الحديثة للتسويق الخدمة على أنها: أي نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى طرف آخر، وتكون في الأساس غير ملموسة، ولا ينتج عنها أية ملكية، وأن إنتاجها أو تقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي ملموس أو لا يكون" (Kottler, 2006). من خلال ماتقدم من تعريفات للخدمة يمكن صياغة التعريف التالي: هي عبارة عن نشاط او منتج غير ملموس والهدف منها إشباع حاجة معينة ولا يشترط ملكيتها.

الفرع الثاني: أهمية الخدمة: (البكري، 2005: 168)

ان النمو الهائل للقطاع الخدمي، أدى إلى ظهور خدمات جديدة بصورة مستمرة، تختلف عن الخدمات التقليدية وتغطي جانباً كبيراً من متطلبات الحياة اليومية، كما أصبح هذا القطاع محورياً أساسياً في تشكيل القطاعات الإقتصادية المختلفة ومورداً هاماً لدخل الدول لاسيما في الدول المتطورة (البكري، 2008: 6).

وأصبح الاهتمام بقطاع الخدمات من الظواهر الحديثة في الإقتصاديات العالمية بعد أن كان الاهتمام ينصب طيلة الفترة الماضية على القطاعات السلعية الزراعية والصناعية، والتي كان ينظر إليها سواء على مستوى الدول أو المنظمات بأنها القطاعات الجديدة بالاهتمام والتي يمكن لها بالتالي أن تشكل الأساس السليم للتطور، كما كانت النظرة إلى مؤسسات الخدمات على أنها منظمات هامشية لذلك لم تحظ بالاهتمام الكافي (البكري، 2005: 167).

وفي ظل إقتصاد المعرفة فقد تعاضم دور صناعة الخدمات في التنمية الإقتصادية وهذا من خلال خلق فرص للعمل، زيادة الدخل القومي، المساهمة في إعادة توزيع الثروة وكذلك بناء وخلق قطاعات إقتصادية متعددة إذ يوجد فيما يبدو إرتباط وثيق بين مستوى النمو الإقتصادي في إقتصاد ما وقوة قطاع الخدمات فيه فكلما نما وتطور الإقتصاد كلما إرتفعت نسبة العاملين فيه، وخير دليل على ذلك بلدان الإتحاد الأوروبي" (الصحن، 2002)، إذ يساهم قطاع الخدمات في المملكة المتحدة مثلا ما نسبته 74% من إجمالي الناتج القومي و 71% في فرنسا" (أحمد الرحي وثامر البكري، 2008: 76).

كما تزايدت الأهمية الكبيرة للخدمات وأصبحت تحتل دورا مهما في حياة المجتمع وتساهم في رفاهيتهم واستقرارهم، فما من شك أن الجميع يحتاج ويعتمد على الخدمات بشكل أو بآخر في الحياة اليومية، من صحة وكهرباء ومواصلات وبريد وتعليم وخدمات مالية وغيرها. ومن الأسباب التي أدت إلى زيادة الوعي بأهمية القطاع الخدمي مايلي:

1. الزيادة الملحوظة في مستوى المعيشة للأفراد: ان إرتفاع الدخول للأفراد زاد من امكانياتهم في الانفاق على الكثير من الخدمات.

2. التغير في الإتجاهات: حيث حدث تشبع المستهلكون من السلع المادية بإختلاف أنواعها وصار الاقبال أكثر على الخدمات.

3. تقديم منتجات جديدة: التطور السلعي يحتاج بالمقابل إلى خدمات أكثر كالحاجة للصيانة والتخزين

مثلاً.

4. البحث عن الفعالية: أي الفوائد الناجمة عن التخصص لذلك تقوم المنظمات الصحية والتعليمية

بإحالة مسؤولية التزود بالغذاء والسكن إلى منظمات خدمية متخصصة وتقوم المنظمة الخاصة بالأعمال

بإنابة عمليات الإعلان إلى وكالة متخصصة في نشاط الإعلان.

الفرع الثالث: خصائص الخدمة

للخدمات خصائص ومميزات عن السلع المادية الملموسة ومن تلك الخصائص: (الضمور، 2005: 79)

1. عدم الملموسية: أي ليس لها جانب مادي يمكن رؤيته أو معاينته أو لمسه أو تذوقه قبل اتخاذ قرار

الشراء، ويرى ويلسون (Wilson: 1972) "أن اللاملموسية هي الخاصية التي تنفرد بها الخدمات عن

السلع وأن اللاملموسية تشمل كل من (الملموسية الواضحة أي التي لا يمكن لمسها من قبل المستهلك)

والملموسية الذهنية (أي من الصعب على المستهلك أسرها ذهنياً) (Wilson: 1972). وهو بذلك يرى

أن هاتين الخاصيتين هما المسؤولتان عن بعض السمات التي تميز الخدمة عن السلعة.

2. التلازم: تعني "مدى التلازم بين الخدمة والشخص الذي ينفذها، أي من الصعوبة فصل الخدمة عن

مقدمها، الأمر الذي يترتب عليه ضرورة حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها" (المؤذن، 2002: 223)

ومن ذلك نلاحظ ماياتي: (الضمور، 2005: 98)

- يكون تقديم الخدمة في الوقت الذي تطلب فيه.

- وجود علاقة مباشرة بين المؤسسة الخدمية والمستهلك.

- تكون العلاقة بين مقدم الخدمة والمستفيد منها قوية ووطيدة.

- ضرورة مساهمة أو مشاركة المستهلك الخدمة في إنتاجها.

3. التباين: من الصعوبة افتراض أن مخرجات المنظمات الخدمية للمستهلك تتم بنفس المستوى والنوعية، لأن جودة الأداء يعتمد إلى حد كبير على مهارة وأسلوب وكفاءة مقدمها وزمان ومكان تقديمها، كما أنها تختلف من شخص لآخر كما أن الخدمة تتأثر بأداء مقدم الخدمة ومستهلكها في نفس الوقت (عبد الجبار منديل، 2002).

4. الفناء: تعكس هذه الخاصية أن الخدمات لا يمكن تخزينها بهدف البيع أو الإستخدام اللاحق للمنتجات (زكي خليل، 2006)

5. الملكية: وتعني ان الخدمة ليس لها صفة التملك، فالمستفيد أو الزبون قادر فقط على الحصول على الخدمة وإستخدامها شخصيا لفترة معينة في كثير من الأحيان دون أن يمتلكها وإن ما يدفعه المستفيد يكون لقاء المنفعة المباشرة التي يحصل عليها من الخدمة التي تلقاها" (سعيد المصري، 2002)، وعدم إنتقال الملكية في الخدمات تمثل خاصية واضحة بين السلع المادية والخدمات فبالنسبة للسلع المادية يمكن للمشتري أن يستخدم السلعة المادية بشكل كامل وله الحق في خزنها أو حتى في إعادة بيعها عند إنقضاء الحاجة منها.

6. صعوبة قياس وتقييم الخدمات: وهذا إلى جانب وجود بعض الخصائص المميزة لخدمة والتي ترتبط بنظام إنتاج وتقديم الخدمة وهي: (مصطفى عبد القادر، 2002: 14)

أ- صعوبة الرقابة على الجودة.

ب- أكثر صعوبة في تقييمها من جانب المستفيد.

ج- إختلاف قنوات التوزيع.

د- أهمية عامل الوقت.

تعتمد الخدمة على النتائج والانسجام بين مقدم الخدمة والمستفيد بها فالمرضى ما لم يذكر كل البيانات والمعلومات المرضية عنه للطبيب وما لم يلتزم بتعليمات الطبيب سوف يتعثر الشفاء.

2.4.3 المطلب الثالث: تصنيف الخدمات

ويمكن تصنيف الخدمات من وجهات نظر مختلفة، حيث يمكن تصنيفها إلى:

التصنيف الأول: يتم على أساس اعتماد المعايير التالية: (بدير، 1999: 50)

1. من حيث الإعتماضية: تتنوع الخدمات على أساس إعتماؤها إما على المعدات أو على الأفراد كما تتنوع الخدمات التي تعتمد على الأفراد حسب أدائها من قبل محترفين أو مهنيين، وهنا يصبح طلب الخدمة يتأثر بالشخص الذي يتولى تقديمها.

2. من حيث مشاركة الزبون/ المستفيد: تتطلب بعض الخدمات حضور الزبون للحصول على الخدمة اللائقة مثل العمليات الجراحية، بينما لا تتطلب أخرى مشاركة الزبون طول الوقت للحص ول عليها.

3. من حيث نوع الحاجة: حيث تتباين فيما إذا كانت تحقق حاجات شخصية) خدمات فردية مثلا) أو حاجات غير فردية) حاجات الأعمال، فالأطباء مثلا يصفون تسعيرة الفحوصات الطبية للأفراد المرضى بشكل يختلف عن فحوصات المشتركين في التأمين الصحي.

4. من حيث دوافع مقدم الخدمة: حيث يمكن تصنيفها إلى: (الضمور، 2005: 98)

أ- خدمات تقدم بدافع الربح: مثل المؤسسات الخاصة كالمستشفيات والمدارس والجامعات.

ب- خدمات لا تقدم بدافع الربح: مثل الخدمات المقدمة من الدولة كالتعليم والعلاج

الصحي.

التصنيف الثاني: ويتم وفق المعايير التالية: (الحياوي، 2006: 74)

1. حسب درجة كثافة وقوة العمل، وهي:

- خدمات تعتمد على قوة عمل كثيفة ومن أمثلتها خدمات رعاية الأطفال وخدمات التدريب.
- خدمات تعتمد على المستلزمات والمعدات المادية مثل خدمات الإتصالات السلوكية واللاسلكية.

2. حسب نوع الزبون: حيث يمكن تصنيفها إلى:

- خدمات شخصية: تقدم لإشباع حاجات شخصية صرفة مثل السياحة.
- خدمات المنشآت: التي تقدم لتلبية حاجات مؤسسات الأعمال مثل خدمات الإستشارات الإدارية.

3. حسب درجة الإتصال بالمستفيد:

- خدمات ذات إتصال شخصي عال: خدمات الطبيب والمحامي وخدمات النقل.
 - خدمات ذات إتصال شخصي منخفض: الخدمات البريدية.
 - خدمات ذات إتصال شخصي متوسط: خدمات المسرح وخدمات مطاعم الواجبات السريعة.
4. حسب الخبرة المطلوبة في أداء الخدمات: وتنقسم إلى مهنية مثل خدمات الأطباء والمحامين والخبراء أو غير مهنية.

التصنيف الثالث: يقوم على إعتبار الخدمة بمثابة عملية موجهة حسب الآتي: (الضمور، 2005: 99)

1. خدمات معالجة الناس: وتحصل عندما يطلب المستفيد خدمة تتألف عملياتها من إجراءات ملموسة تكون موجهة إلى المستفيد كشخص مادي وعلى هذا فإن الخدمة تتطلب حضور المستفيد شخصياً.
2. خدمات معالجة الممتلكات: وذلك عندما يطلب المستفيد من مزود الخدمة أن يقوم بإجراءات أو أعمال أو خدمات غير موجهة إليه شخصياً وإنما إلى ممتلكاته المادية مثل السكن والصيانة.
3. خدمات المثير العقلي: وتتضمن مجموعة من الخدمات المؤلفة من إجراءات أو أعمال غير محسوسة موجهة إلى عقول المستفيدين وأذهانهم وهو يتطلب المشاركة الذهنية للمستفيدين خلال عملية تقديم

الخدمة، كما يتطلب هذا النوع من الخدمات كشرط أن يكون المستفيد على إستعداد للتفاعل مع الخدمة ذهنياً وعاطفياً دون الحاجة إلى حضوره المادي.

الجدول رقم (3) يوضح تصنيف الخدمات.

المعيار	التفرعات	أمثلة
العميل	المستهلك الأخير منشآت الأعمال كلاهما	مداواة الأسنان الاستشارات الإدارية تنظيم الحدائق والعناية بها
الدوافع	خدمات بدافع الربح خدمات ليست بدافع الربح	وكالات الإعلان الجامعات والجمعيات الخيرية المؤسسات الحكومية
أساس تقديم الخدمة	العنصر البشري المعدات والآلات كلاهما	الطبيب النفسي غسل السيارات ميكانيكياً النقل الجوي
حضور العميل	ضروري غير ضروري	حلاقة الشعر تنظيف الملابس وكيها
مستوى الخبرة	مهنية غير مهنية	التمريض تنظيف المنازل
طبيعة الخدمة	ضرورية كفالية	الخدمات الصحية التسليية والترف

المصدر: نصيرات: 2012.

2.4.4 المطلب الرابع: الخدمات الصحية:

مر على العالم وقت طويل، وفي تصوره أن مهمة العلوم الطبية هي علاج المرضى فإذا امتدت هذه المهمة إلى أكثر من ذلك فإنها لا تتجاوز الوقاية من الأمراض. هذا المفهوم قد تغير في السنوات الأخيرة وخاصة

منذ قيام منظمة الصحة العالمية، حيث اشتد الجدل حول تحديد "مفهوم الصحة" فكان الشائع بين الأطباء والمشتغلين في المجال الصحي بأن الصحة تعني: حالة اللامرض الظاهرية وخلو الجسد من العجز، فطالما أن جسم الإنسان قد خلا من العلة وبراُ الداء؛ فذلك معناه أن هذا الجسم صحيح. ولكن هذا المفهوم لم يقنع الذين تولوا أمر المنظمة العالمية للصحة واعتبروا أن هذا المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة ويجعل دورها سلبي مجرد أنه علاج للداء. ومن بعد ان عرضنا المفاهيم المختلفة للخدمة سوف نتطرق إلى ماهية ومفهوم الخدمات الصحية.

الفرع الأول: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية:

ينطبق مفهوم الخدمة بشكل عام على مفهوم الخدمة الصحية، لكن خصوصية هذه الأخيرة في كونها ترتبط بأعلى كائن على وجه الأرض يجعلها تنفرد بأهمية خاصة. بداية ولكي نصل إلى تعريف الخدمات الصحية وتقسيماتها لا بد من عرض مبسط عن مفهوم الصحة العامة.

أولاً- مفهوم الصحة العامة: (الشاعر وآخرون، 2000: 11)

اختلفت تعاريف الصحة من وقت لآخر؛ وذلك حسب الظروف المحيطة بالعملية الصحية والطبية فلقد اشارت الدراسات إلى مجموعة من التعاريف نورد بعضها:

فقد عرفها العالم Perkins بركنن على أنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها وأن تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه" (Perkins، 2000: 11)

أما الميحاوي فقد عرف الصحة العامة على أنها: "الصحة العامة هي علم وفن الوقاية من المرض، وإطالة العمر، وترقية الصحة والكفاية وذلك بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل صحة البيئة ومكافحة الأمراض المعدية وتعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على

التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الإجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة" (المحايوي، 2006).

أما المنظمة العالمية للصحة فقد عرفت مفهوم الصحة الذي على أنه: "حالة التكامل الجمالي والعقلي والإجتماعي للفرد وليس مجرد الخلو من الأمراض والعاهات" (الدمرداش إبراهيم، 2006: 17)، من خلال هذا التعريف نلاحظ أن:

- الصحة لا تعني الخلو من الأمراض.

التكامل بين الجوانب البدنية والنفسية والإجتماعية أي أن للصحة ثلاثة مكونات وأبعاد مترابطة مع بعضها البعض.

- إن نقص أي عنصر من هذه العناصر ينتج عنه عدم إكمال الصحة.

- نسبية الصحة فلا يمكن تحديدها تحديدا مطلقا يميز بين ما هو مثاليا وما هو دون ذلك.

ثانياً- مستويات الصحة

الصحة ليست بالشيء الثابت الذي يمكن أن يوفر مرة واحدة للجميع ولكنها يجب أن تطور وتصان وتحسن باستمرار، بواسطة الجهود المشتركة من الفرد والمجتمع. إن الصحة تتذبذب في مدى يحد في إحدى النهايات بالصحة المثالية ثم عدة مستويات مرضية فالموت في النهاية الأخرى. وعلى ذلك تكون درجات الصحة كما يلي: (بدح وآخرون، 2005: 14).

1. **الصحة الكاملة:** وهي حالة المثالية لجميع النواحي الجسدية والذهنية والإجتماعية، أي الحالة التي

يكون فيها الفرد خالياً من أي أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعاً بكافة الجوانب الصحية البدنية والعقلية والنفسية والإجتماعية، وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية والإجتماعية تسعى لتحقيقه وإن كان صعب المنال.

2. الصحة الايجابية: وهي ذلك الوضع الذي يمكن للانسان والمجتمع مجابهة المؤثرات الإجتماعية

والنفسية والجسدية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أي أعراض مرضية.

3. الصحة المتوسطة: لا يظهر المرض فيها بصورة مباشرة ولكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو

داخلية يقع الفرد في براثن المرض، بمعنى ان الانسان لا يعاني من مرض مباشر ولكنه لا يتمتع بالحالة

الاجيائية للصحة.

4. المرض غير الظاهر: في هذه الحالة لاتظهر على الفرد أعراض مرضية، أي أن هناك قصورا صحيا

غير ظاهر، ومعنى ذلك اختفاء الأعراض المرضية الظاهرة ولكن عند القيام بالتحليلات أو الإشعاعات أو

الفحوصات يكتشف المريض أن هناك مرضا ولكن غير ظاهراً سطحياً.

المرض الظاهر: وفي هذا المستوى يكون هناك ظهور لأعراض مرضية يشعر بها الفرد تنم عن إصابة

الفرد بمرض معين، ويشعر الفرد من جرائها بالألم والقلق الظاهرين (بدح وآخرون، 2005: 14).

5. مستوى الإحتضار: وهو المستوى الذي يفقد الإنسان معه كل قدرة على أداء الدور أو الوظائف

الحوية، وتسوء الحالة من وقت لآخر ومعه يصعب على الفرد استعادة حالته الصحية.

ثالثاً - أساليب تحقيق الصحة العامة: (بطرس جمدة، 2008: 183)

في تعريف الصحة العامة جاء على أنها علم وفن الوقاية من المرض، ولذلك فإن أساليب تحقيق الصحة

العامة تعني أساليب الوقاية من المرض ومضاعفاته الصحية أو الإجتماعية.

وتنقسم أساليب الوقاية إلى مستويات وقائية ثلاث: (بطرس جمدة، 2008: 184)

المستوى الأول: وهو المستوى الوقائي الأولي والذي يهدف إلى الوقاية من الحالة المرضية.

المستوى الثاني: وهو المستوى الوقائي من الدرجة الثانية والذي يهدف للوقاية من مضاعفات المرض

بعد ظهوره.

المستوى الثالث: وهو مستوى وقائي من الدرجة الثالثة يهدف إلى الوقاية من المضاعفات الإجتماعية.

رابعاً- مؤشرات الصحة العامة:

إن الهدف من دراسة مؤشرات ومقاييس الصحة العامة هو تحديد أهم جوانب المشكلة الصحية ومن ثم تحديد أولوياتها، وبالتالي تحديد الإمكانيات المتوفرة لمواجهةها من خلال توجيه البرامج الصحية، ويمكن

تقسيم هذه البرامج إلى ثلاثة أقسام: (الدهراوي، 2005: 174)

أولاً- القسم الأول: وهو عبارة عن مؤشرات ترتبط بصحة الأفراد والجماعات وهناك مقاييس معينة لتحديد حجم ونوع الخدمات المطلوبة في مجتمع ما لتحقيق الرعاية الصحية بالشكل الأفضل بالنسبة للأفراد والجماعات. ويمكن تقسيم مؤشرات القسم الأول إلى: (بطرس جمدة، 2008: 187)

1. مؤشرات إيجابية: نجد فيها كل من:

- معدل المواليد والخصوبة.

- طول العمر المتوقع عند الحياة: العمر المتوقع عند الولادة يعتبر بصفة عامة بمرده أحسن مقاييس للحالة الصحية للسكان، وهو دليل شائع الاستعمال لقياس الحالة الصحية للمجتمع، وإحصائيات العمر المتوقع أظهرت فروقا غير عادية في المستويات الصحية بين الدول المتقدمة والدول النامية.

2. مؤشرات سلبية: تتضمن كل من:

1. المعدل العام للوفيات: يعتبر المعدل العام للوفيات دليلا معقولاً لمقارنة الحالة الصحية للناس ويعرف بأنه عدد الوفيات بكل 1000 من السكان في السنة بالمجتمع المعني. فلو كان معدل الوفيات مرتفعا دل على انخفاض الحالة الصحية بالمجتمع ونجد ضمن هذا المؤشر كذلك ما يسمى بمعدل وفيات الرضع الذي يعتبر من أكثر المؤشرات حساسية للحالة الصحية ومستوى معيشة الشعب والبيئة السائدة.

معدل انتشار الأمراض: وهي تعتمد على الوفيات وهي لا تعطي صورة حقيقية لمستوى الصحة والمرض ويتضمن كل من معدل الإصابة أو انتشار أمراض القلب (بترس جمدة، 2008: 184).

2. مؤشرات الأمراض الاجتماعية: إن الكثير من المشاكل الصحية تحدث بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من عوامل غير طبيعية العادات والتقاليد وبالسيطرة على أسباب هذه المشاكل الصحية يمكن الحد الكبير من الأمراض الناجمة عنها، ومن مقاييس الأمراض الاجتماعية نجد:

أ- نسب الفقر والعوز.

ب- الجهل والامية.

ج- الانحراف والجريمة.

د- الإدمان على الخمور والمخدرات.

هـ- الطلاق والإهمال.

و- الأطفال غير الشرعيين.

ثانياً - القسم الثاني: ويحتوي على مؤشرات ترتبط بالبيئة التي تؤثر في المستوى الصحي لأي فرد في المجتمع؛ فالبيئة هي مجموعة الظروف والعوامل الخارجية التي تعيش فيها الكائنات الحية، وتؤثر في العمليات الحيوية التي تقوم بها هذه الكائنات، كما تؤثر في تكوين الفرد ونموه وسلوكه بفعل عوامل طبيعية أو إجتماعية أو ثقافية التي تترك بصماتها على حياة الفرد منذ تكوينه إلى آخر حياته والبيئة ثلاث أنواع، وهي: (بترس جمدة، 2008: 184)

1. البيئة الطبيعية: وتشمل الحالات التالية:

أ- الحالة الجغرافية: فهذه تؤثر في الصحة بشكل مباشر وغير مباشر عن طريق الموقع الجغرافي

والارتفاع أو الانخفاض عن سطح البحر.

ب- **الحالة الجيولوجية:** ويتحدد ذلك بنوع التربة وتوفير المياه وطبيعة المواد الخام والعناصر والتي هي

نتاج عن طبيعة التشكيل الجيولوجي لمنطقة معينة، وكل هذا يؤثر على انتشار أمراض سوء التغذية نتيجة لنقص بعض العناصر الأساسية ومثال ذلك نقص الفلورين الذي يسبب تسوس الأسنان).

ج- **حالة المناخ:** ويقصد بالمناخ درجة الحرارة الرطوبة معدل هطول الأمطار، كما أن للتغيرات في

العوامل المناخية تأثير مباشر على صحة الإنسان. (نصيرات، 2008: 102)

د- **البيئة الحيوية:** ويقصد بها جميع الكائنات الحية التي تحيط بالإنسان، والتي تعمل كمصدر للطعام

كعوامل وسيطة في نقل الأمراض؛ كمرض الملاريا الذي تنقله بعوضة الأنوفيلين.

2. **البيئة الاجتماعية والاقتصادية:** (نصيرات، 2008: 102)

وهي تلعب دوراً هاماً في معدل إنتشار المرض وحدوثها، ويمكن إيجاز العوامل المؤثرة بهذه البيئة فيما يلي:

أ- كثافة السكان وتوزيعهم بين الريف والمدينة.

ب- المستوى التعليمي والثقافي في المجتمع.

ج- المستوى الإقتصادي ومستوى الدخل.

د- الاستعدادات الطبية والصحية.

ثالثاً - القسم الثالث: وهو عبارة عن مؤشرات مرتبطة بالإمكانات والجهود المواجهة لتحسين الصحة،

ومن هذه الإمكانيات والخدمات نجد: (بطرس جمدة، 2008: 184)

أ- مدى توافر الخدمات الطبية الوقاية والعلاجية.

ب- نسبة الأطباء لعدد السكان.

ج- نسبة هيئة التمريض للأطباء.

د- توفير المسكن الصحي.

هـ- جمع وتصريف القمامة.

و- توفر خدمات الضمان الإجتماعي التي تكفل للفرد الراحة وزرع الطمأنينة في حالة مرضه وعطله وشيخوخته وعجزه.

الفرع الثاني: الخدمات الصحية: (نصيرات، 2008: 102)

أولاً: وظائف النظام الصحي: إن الهدف الرئيسي لأي نظام صحي هو ضمان توفر مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع وذلك على ضوء ما يتوافر له من إمكانيات وموارد، ولتحقيق هذا الهدف لا بد للنظام الصحي من القيام بوظيفتين رئيسيتين هما: (نصيرات، 2008: 102)

ضمان تقديم خدمات طبية نوعية للأفراد وضمان توفرها في أماكن تواجههم حيثما أمكن ذلك وبشكل تكن معه هذه الخدمات ميسورة وفي متناول طالبها ومحتاجيها دون أية عوائق تحد من الوصول إليها، ومما يجدر ذكره أن هذه الخدمات العلاجية تشكل من وجهة نظر الفرد المستهلك لها الأولوية الأولى بالنسبة لاحتياجاته الصحية وغلباً ما يحكم الأفراد على كفاءة النظام الصحي لكلي ونجاحه من خلال قدرته على توفير خدمات طبية نوعية.

أما الوظيفة الثانية للنظام الصحي فهي التركيز على إنقاص معدلات الوفيات ومعدلات حدوث الأمراض والحوادث والإعاقات في المجتمع، وعلى المستوى الفردي تقوم وحدات تقديم الخدمات العلاجية بهذه المهمة من خلال ما تقدمه من خدمات الرعاية الطبية للأفراد والمجموعات ودورها في تحقيق هذا الهدف يبقى هامشياً ومحدوداً حيث يقتصر دورها على الأغلب على تشخيص ومعالجة المرض قبل استفحاله لأولئك الذين يفدون إلى هذه الوحدات الصحية طلباً للخدمة الصحية، أمّا على المستوى الجماعي فإن

مسؤولية تحقيق هذا الهدف تقع على عاتق مؤسسات خدمات الرعاية الصحية الأخرى كمؤسسات خدمات الصحة العامة وصحة البيئة وخدمات ترقية الصحة حيث يجري تصميم وتخطيط وتقديم هذه الخدمات والتي لها مساس بصحة المجتمع ككل من خلال البرامج الصحية والموجهة نحو خدمة المجتمع (نصيرات، 2008: 102).

ثانياً: **خدمات النظام الصحي**: لتمكين النظام من القيام بماتين الوظيفيتين وتحقيق الهدف المرسوم له لابد من ضمان توفير وتقديم مجموعتين رئيسيتين من الخدمات الصحية تشكلان معاً النظام الصحي الكلي كما يلي: (فوزي، 1998: 76)

1. **خدمات وبرامج الصحة العامة**: الموجهة نحو خدمة المجتمع ككل أو مجموعات محددة من السكان وتشمل ما يلي: (فوزي، 1998: 77)

أ- **خدمات الإرتقاء بالصحة**: وهي خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية إيجابية لدى الأفراد وخاصة فيما يتعلق بأهمية الغذاء الصحي المتوازن، وممارسة الرياضة البدنية أي التركيز على العوامل غير الطبية لحفظ صحة الفرد كما تشمل خدمات التثقيف الصحي وأهمية الصحة الشخصية للفرد وصحة البيئة المنزلية.

ب- **خدمات الصحة العامة** وتهتم هذه الخدمات بصحة الأفراد كمجموعات وتشمل الخدمات التالية: (مذكور، 1998: 77)

• السيطرة على الأمراض السارية والمعدية والقضاء عليها.

• خدمات رعاية الأم والطفل.

• الإحصاءات الحيوية والصحية.

- تقييم وتنمية الموارد المتاحة.

- الأبحاث العلمية في المجال الصحي (مذكور، 1998: 63).

2. خدمات صحة البيئة وترتبط هذه الخدمات عادة بخدمات الصحة العامة المذكورة أعلاه وهي

خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد وتحتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي

والأمن والسلامة العامة وقضايا الإسكان والمسكن الصحي، وتشمل مايلي: (فوزي، 1998: 65)

- توفير الماء لصالح للشرب والطرق السليمة لاستعماله وتخزينه

- التخلص السليم من النفايات الصلبة والسائلة.

- صحة الحليب والمأكولات.

- توفير المسكن الصحي المناسب.

- الاهتمام بالصحة المهنية وأمور السلامة العامة والتفتيش على المرافق الصحية العامة.

- مكافحة الحشرات والقوارض.

- السيطرة على المواد المشعة الخطرة (فوزي، 1998: 69).

وترتكز خدمات وبرامج الصحة العامة على صحة المجتمع ككل بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع

والمحافظة على أعلى مستوى صحي ممكن، ولتحقيق هذا الهدف فقد ركزت خدمات الصحة العامة

وبشكل تقليدي على الطرق التالية لحماية أفراد المجتمع من الأمراض المعدية والسيطرة عليها وهذه

الطرق: (فوزي، 1998: 70)

ج- حملات التطعيم الموجهة للمجتمع لتحصين أفرادهم ضد الأمراض السارية والمعدية.

د- خدمات صحة البيئة المذكورة آنفاً.

هـ- عزل الحالات المرضية المصابة بالأمراض السارية والمعدية لمنع انتشارها.

و- المعالجة الجماعية بالمواد الكيماوية.

وجددير بالذكر أن هذه الخدمات قد أثبتت فعالية كبيرة ونجاحات باهرة في الدول المتقدمة في رفع المستوى الصحي العام حيث: نتجت هذه الخدمات عن سيطرة كاملة على الأمراض السارية، وإنقاص معدلات الوفيات، وزيادة متوسط عمر الفرد، فعلى سبيل المثال زاد متوسط العمر المتوقع في أمريكا من (26-59) عام في الفترة من 1930-1950 (تقرير منظمة الصحة العالمية، 2000)، إلا أن هذه الاستنتاجات المباشرة لخدمات الصحة العامة في الدول المتقدمة بالإضافة إلى عوامل أخرى عديدة قد أنتجت بنفس الوقت تغييراً واضحاً في نمط حدوث الأمراض حيث استبدلت الأمراض السارية والمعدية بأمراض جديدة ذات طبيعة مزمنة وغير معدية ولا تزال أسباب حدوثها غير معروفة بشكل كامل كأمراض القلب، والسرطان والسكري والروماتيزم وغيرها من الأمراض ذات الطبيعة المزمنة والتي تنتج عن درجات متفاوتة من الانحرافات الجسدية والعقلية والاجتماعية عن المعايير المقبولة.

والحقيقة التي لا بد من ذكرها هنا أن خدمات الصحة العامة والتي كانت فعالة إلى حد كبير في الوقاية من الأمراض السارية والسيطرة عليها ليست فعالة في الوقاية من الأمراض المزمنة المذكورة ولا في السيطرة عليها، والمدخل الفعال الوحيد للسيطرة على هذه الأمراض المزمنة هي من خلال توفير خدمات الرعاية الطبية الجيدة للأفراد حسب إحتياجاتهم لحمايتهم من هذه الأمراض من خلال الوسائل والطرق التي تركز عليها هذه الخدمات والتي سيتم ذكرها عند الحديث عن خدمات الصحة الشخصية، وهذا لا يعني بطبيعة الأمر أن الحاجة لخدمات الصحة العامة لم تعد قائمة، حيث تستمر الدول المتقدمة المحافظة

على مستوى معين من هذه الخدمات لإكمال الانخفاض المستمر في حدوث هذه الأمراض ولمنع ظهورها.

أما في الدول النامية والتي لا زالت في مرحلة انتقالية من التطور فإن الأمر يختلف حيث لا زالت تعاني من الكثير من الأمراض السارية والمعدية إضافة إلى الكثير من المشاكل التي تعود إلى عدم توفر الخدمات الجيدة في مجال الصحة العامة وصحة البيئة، فلا زالت الحاجة ماسة فيها لاستثمار مقدار كبير من مواردها في مجال خدمات الصحة العامة وصحة البيئة، كما أنها تحتاج بنفس الوقت إلى استثمار أكبر لمواجهة الموجة الجديدة من الأمراض المزمنة والتي تؤثر بشكل كبير على الصحة الفردية والمجتمعية وبالتالي على المستوى الصحي العام للمجتمع كما تعكسه معدلات حدوث الأمراض وانتشارها وتدني متوسط عمر الفرد فيها، حيث تحتاج الدول النامية إلى إيجاد التوازن الفعال بين الاستثمار في خدمات الصحة العامة بما في ذلك صحة البيئة والاستثمار في خدمات الرعاية الطبية وإعادة النظر في إنفاقها

العام على الخدمات الصحية على ضوء الأولويات والمشاكل الصحية التي تعاني منها. خدمات الرعاية الطبية وتشير إلى الخدمات الصحية الشخصية التي تقدم للفرد فيما يتعلق بصحته والحفاظة عليها حيث تركز خدمات الرعاية الطبية على صحة الفرد على عكس خدمات الصحة العامة والتي تركز على صحة المجتمع ككل، وهذه الخدمات لا تقتصر بمفهومها على رعاية المرضى الذين تظهر عليهم الأعراض المرضية أو ما يعرف بخدمات التشخيص والعلاج بل تشمل المدى الكامل من الخدمات الصحية لشخصية ابتداءً من خدمات ترقية الصحة، والوقاية من الأمراض، والكشف المبكر عنها، وتشخيصها وعلاجها، وانتهاءً بخدمات إعادة التأهيل الاجتماعي والمهني للمرضى، فلم يعد المفهوم التقليدي لخدمات الرعاية الطبية مقبولاً وسائداً كخدمات للتشخيص والعلاج.

وقد ناقشت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية (1959) مفهوم الرعاية الطبية وعرفتتها على ضوء مفهوم الحديث لها، وقد تبلور النقاش على أن الرعاية الطبية يجب أن لا تتوقف فقط على تطبيق الإجراءات اللازمة لشفاء المرضى من خلل العلاج الطبي وخدمات التأهيل، بل يجب أن تشمل أيضاً بعض الإجراءات المحددة، والتي تهدف إلى ترقية الصحة ووقايتها من المرض؛ ولاكتشاف المبكر لأعراض المرض، وقد خرجته اللجنة بالتعريف التالي للرعاية الطبية: "الرعاية الطبية هي برنامج للخدمات والتي يجب عليها أن توفر للأفراد كافة منشآت العلوم الطبية والعلوم الطبية المساندة الضرورية لتحسين وصيانة الصحة الجسدية والعقلية والاجتماعية وكذلك توفير العلاج للمجتمع، ويجب أن يأخذ البرنامج في الاعتبار المحيط المادي والاجتماعي والأسري مع مراعاة تخفيف العجز" (منظمة الصحة العالمية، 1959)

وجدير بالذكر أن مفهوم الرعاية الطبية وباتفاق المعنيين يجب أن يشتمل على كافة الخدمات الصحية الشخصية التي تتعلق بصحة الفرد من خدمات وقائية وخدمات التشخيص والعلاج وخدمات التأهيل التي يقدمها أطباء الصحة وأطباء الأسنان والمرضات وغيرهم من المهنيين الصحيين الآخرين العاملين في الميدان الصحي، وعلى ذلك فإن خدمات الرعاية الطبية تتضمن المدى الكامل من خدمات الصحة الشخصية ابتداءً بالخدمات الوقائية وانتهاءً بخدمات التأهيل كما أنها تقوم على مركب من العلاقات الشخصية والترتيبات التنظيمية التي يتم بواسطتها توفير الخدمات الصحية ذات الطبيعة الشخصية للأفراد، حيث تنتج وتمول وتقدم هذه الخدمات من خلال جهود وأنشطة مجموعات مختلفة من المهنيين العاملين في ميادين متعددة، لذلك فإن مفهوم الرعاية الطبية يشمل كذلك المزيج الكلي من العلاقات الشخصية والجهود والترتيبات المنظمة التي من خلالها يتم توفير وتقديم هذه الخدمات للمجتمع.

ويتضح مما تقدم بأن مفهوم الرعاية الطبية أوسع بكثير من مفهوم رعاية المرضى كما يختلف عنه من حيث مجال التركيز والاهتمام، فبينما تركز رعاية المرضى على المريض فقط فإن الرعاية الطبية تركز على المريض وغير المريض، كما أنها تشمل مدى واسعاً وكاملاً من الخدمات الصحي، وفيما يلي نقدم عرضاً موجزاً لهذه الخدمات وهي: (فوزي، 1998: 69)

1. خدمات الارتقاء بالصحة:

تركز هذه الخدمات على الارتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل غير الطبية كالتركيز على أهمية الغذاء الصحي المتوازن وأهمية الرياضة البدنية والراحة والنظافة الشخصية والسلوك الصحي السليم للفرد كالاتيان عن العادات الضارة بالصحة كالتدخين وتناول المشروبات الكحولية والمخدرات والقيادة الخطرة للمركبات، وتشكل هذه الخدمات جزءاً هاماً من الخدمات الوقائية، وجدير بالذكر أن مواقف الفرد وسلوكياته في هذا المجال تتأثر بالبيئة الثقافية المكتسبة من خلال العائلة والمدرسة والمجتمع، كما تتأثر إلى حد بعيد بوسائل الإعلام الجماهيري التي يمكنها الإسهام إلى حد كبير في بناء السلوك الصحي الإيجابي لدى الفرد وزيادة وعيه الصحي عن طريق برامج التثقيف الصحي الهادفة إلى الارتقاء بصحة الفرد والمجتمع.

2. الخدمات الوقائية:

يمكن تصنيف هذه الخدمات بثلاث مستويات: (نصيرات، 2012: 76)

أ- خدمات الوقاية الأولية: وهي خدمات محددة ومباشرة يجري تخطيطها وتقديمها لوقاية الأفراد من مرض معين والنمط المعروف لهذه الخدمات هو حملات التطعيم الجماعية أو الموجه لمجموعات محددة من السكان، وتدخل خدمات حفظ الصحة المشار إليها ضمن هذا المستوى كجزء من خدمات الوقاية لأولية.

ب- **خدمات الوقاية الثانوية:** وتشمل خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها والتي تقوم به المستشفيات والمراكز الطبية كما تشمل خدمات المسح الصحي الشامل أو المسوحات الصحية المختارة لعينة من المواطنين والفحوصات الطبية السنوية لبعض الفئات السكانية الذين لديهم قابلية للإصابة بأمراض معينة.

ج- **الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة:** وهي خدمات متخصصة تهدف إلى إعادة تأهيل المرضى، وضحايا الحوادث اجتماعياً ومهنياً لتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة إلى حد ما.

3. الخدمات العلاجية:

تقسم هذه الخدمات التشخيص والمعالجة إلى قسمين، وهما: (جمدة، 2008: 87)

أ- **خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الخارجيين** وتقوم المستشفيات الحديثة بدور كبير في هذا المجال من خلال العيادات الخارجية التي تديرها المستشفيات ومن خلال المراكز والمستوصفات الطبية المرتبطة بها.

ب- **خدمات الرعاية الطبية المقدمة للمرضى الداخليين.**

كما ويمكن تصنيف هذه الخدمات بمستويات ثلاثة هي: (جمدة، 2008)

- **خدمات الرعاية الأولية:** والتي يجري تقديمها عن طريق الأطباء العامون والمراكز الطبية الملحقه بالمستشفيات والعيادات الخارجية وتشكل هذه الخدمات نقطة الدخول للنظام الصحي وخط التماس الأول مع المرضى حيث يجري بعد ذلك تحويل الحالات المرضية التي تتطلب خدمات رعاية من مستوى أعلى.

- **خدمات الدرجة الثانية:** وهي خدمات متوسطة أو ما يعرف بخدمات الأخصائيين ويجري تقديمها من خلال العيادات الخارجية أو العيادة الداخلية في المستشفى.

- خدمات الدرجة الثالثة: وهي خدمات غاية في التخصص والتطور ويجري تقديمها من خلال المراكز والمستشفيات المتخصصة وعادة ما يتم توفير مثل هذه الخدمات على أساس إقليمي أو وطني نظراً لكون هذه الخدمات تطلب من قبل فئة قليلة من المواطنين، إضافة إلى تكلفتها العالية بالقياس مع خدمات المستوى الأول والثاني.

4- خدمات التأهيل والرعاية الطويلة الأجل: (جمدة، 2008: 87)

وتشمل هذه الخدمات خدمات الرعاية الطبية وإعادة التأهيل للمرضى ومصابي الحوادث حيث تتطلب عملية إعادة تأهيلهم لممارسة حياة طبيعية نشطة إلى حد ما فترة زمنية طويلة، ويجري تقديم هذه الخدمات من خلال مراكز التأهيل المتخصصة ووحدات الرعاية الطويلة من أجل اللحاق بالمستشفيات. إن هذه المكونات الأربعة (الخدمات الصحية الشخصية) بالإضافة إلى خدمة الارتقاء بالصحة وخدمات الصحة العامة وصحة البيئة تشكل مجملها النظام الصحي الكلي والتي لا بد من تكاملها وتنسيقها لضمان تقديم خدمات صحية شاملة ومتصلة وبما يحقق هدف النظام الصحي الكلي، ويتطلب ذلك التكامل والتنسيق بين الخدمات الصحية الشخصية والخدمات الصحية الموجهة نحو خدمة المجتمع.

الفرع الثالث: العناصر المكونة للرعاية الطبية: (نصيرات، 2008)

تقوم خدمات الرعاية الطبية كما أسلفنا على مركب من العلاقات الشخصية والتنظيمية والتي من خلالها يجري تقديم هذه الخدمات للأفراد، حيث يتم إنتاجها وتمويلها وتقديمها من خلال جهودات ونشطة أطراف متعددة، وهو ما يعرف بمركب الرعاية الطبية، وهناك خمسة عناصر أساسية مكونة لمركب الرعاية الطبية في أي نظام للخدمات الصحية وفي أي مجتمع وهذه العناصر هي:

1- **العنصر البشري:** ويمثل كافة الأفراد والجماعات المنتفعين بالبرنامج الصحي أو الذين يتوقعوا أن يستخدموا هذه الخدمات عند حاجتهم لها، ولضمان فعالية ونجاح البرنامج الصحي وقدرته على سد الاحتياجات الحالية والمستقبلية للأفراد والجماعات المشمولين بخدماته لا بد من التعرف على خصائص المنتفعين بالبرنامج مثل العدد الكلي للسكان وأماكن تواجدهم والخصائص الديموغرافية المميزة لهم من حيث التوزيع العمري، والجنس، ومعدلات حدوث الأمراض والوفيات ومعدلات النمو، ومستويات التعليم ومعدل دخل الفرد أو الأسرة وأنماط العمالة والإستخدام (نوع المهن ومعدلات البطالة)، ونمط الإسكان (المسكن، الازدحام، ومدى توفر البيئة المنزلة الصحية)؛ حيث ترتبط جميع هذه العوامل بالمستوى الصحي الفردي والاجتماعي وتؤثر عليه بشكل مباشر، إن أهمية التعرف على هذه العوامل لا تحتاج إلى التأكيد؛ حيث لا يمكن تخطيط الخدمات البرنامج وتقدير كم ونوع الإمكانيات المطلوبة وتقييم مدى فعاليته وكفاءته في تحقيق الأهداف المرسوم له دون التعرف على هذه المعلومات الأساسية وأخذها في عين الإعتبار.

2- **العنصر المهني:** ويمثل كافة المهنيين الصحيين الذين يقدمون الخدمة الصحية بما في ذلك المهن الصحية المساندة، فلم تعد الخدمة الصحية تقوم على علاقة ثنائية مباشرة بين الطبيب والمريض بل أصبحت عملية تنظيمية تقوم على مجهودات وأنشطة مجموعة متعددة الاختصاصات ومن ميادين معرفية مختلفة مثل الأطباء والمرضات والصيدلة والمدراء الصحيين وأخصائي التغذية والخدمات الإجتماعية والفنيين والمهنيين الصحيين والإداريين وغيرهم من المهن السائدة في المجال الصحي، حيث أدى التقدم في العلوم الطبية وفي تكنولوجيا طبية وما نتج عنه من اتجاه نحو التخصص إلى تعقيد عملية تقديم الرعاية الطبية وتوزيع مسؤوليتها بين مجموعة متعددة من المهنيين والفنيين وهو ما يعرف بفريق الرعاية الطبية.

3- **العنصر الإجتماعي أو المؤسسي:** ويشمل كافة المؤسسات الصحية العامة منها والخاصة والتي

تقوم على إنتاج وتقديم خدمات الرعاية الطبية، ويمكن تقسيم هذه المؤسسات الصحية إلى قسمين:

أ- **مؤسسات خدمات المرضى الداخليين:** وتشمل المستشفيات العامة والمتخصصة وبيوت

التمريض ومراكز التأهيل وأية مؤسسات صحية تقدم خدماتها للمرضى الداخليين.

ب- **مؤسسات المرضى الخارجيين:** وتشمل عيادات الطب العام وعيادات المستشفيات وغرف

الطوارئ كما تشمل خدمات المختبرات وبنوك الدم والأشعة والعلاج الطبيعي، وخدمات الأسنان

وغيرها من الخدمات التي تقدم على أساس خارجي (جمدة، 2008: 87).

وتعتبر المستشفيات العامة لما يتوفر لها من إمكانيات فنية وتكنولوجية وبشرية ضخمة ومتخصصة من أهم

المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الطبية، كما تعتبر الأولى من حيث تكلفة الإنشاء

والتجهيز والتشغيل مما يترتب عليها القيام بدور هام في مجال تقديم خدمات الرعاية الطبية بمفهومها

الواسع والصحيح وعدم إقتصار دورها على تقديم خدمات التشخيص والعلاج كما سيتضح ذلك لاحقاً

عند الحديث عن دور المستشفى العام ووظائفه في الفصل الرابع باعتباره النموذج التنظيمي الأكثر شيوعاً

وقدرة على تقديم رعاية صحية شاملة بالمقارنة مع المؤسسات الصحية الأخرى للنظام الصحي.

4- **العنصر التنظيمي:** ويشمل مجموعة الإجراءات والترتيبات المطلوبة لتنظيم وتنسيق الأنشطة المختلفة

لفريق الرعاية الطبية بهدف ضمان تواجد خدمات الرعاية الصحية بالكم والكيف لصحيح وضمان

الوصول لها والانتفاع بها من قبل الفرد في المكان والزمان لصحيح وحسب حاجته لها، ويتطلب ذلك:

أ- تحديد مستويات الرعاية الطبية وتوضيح العلاقة بينها وتنسيق أنشطتها.

ب- نظام تحويل فعال بين مستويات الرعاية المختلفة لضمان استمرارية الرعاية وفعاليتها.

ج- نظام جيد للتسجيل الصحي لتنظيم عملية إستخدام الخدمة في المكان والزمان الصحيح وحسب الحاجة (جمدة، 2008: 87).

د- تنظيم خدمات الرعاية الطبية على أساس إقليمي لضمان عدالة توزيع الإمكانيات والموارد بين المناطق المختلفة ولضمان التكامل والتنسيق بينها ومنع ازدواجية الاستثمار فيها.

هـ- نظام قومي شامل للتأمين الصحي يشمل كافة المواطنين أو الطبقات الأقل حظاً من الناحية الإقتصادية لضمان الوصول للخدمة الصحية والانتفاع بها.

و- نظام تقويم ورقابة فعال لضمان تقديم خدمات جيدة وبأقل كلفة ممكنة.

الإدارة: إن مركب الرعاية الطبية وما يتصف به من تعقيد لتعدد العناصر المشاركة فيه والمتعاونة معه ويشمل ذلك الأفراد المستهلكين للخدمة، والإطار التنظيمي أو المؤسسي الذي يجمع المستهلكين والمزودين معاً، والحاجة الماسة إلى تنظيم وتنسيق هذه الأنشطة المتعددة التي تقوم على مدخل الفريق في تقديم الخدمات، يتطلب توفير أطر إدارية مؤهلة على درجة عالية من الفعالية والكفاءة للقيام بالوظائف الإدارية المعروفة للعملية الإدارية من تخطيط وتنظيم وتنسيق وتقييم ورقابة وتأخذ في اعتبارها خصوصية ميدان الممارسة هنا والذي يتميز عن غيره من القطاعات الخدمية والإنتاجية وتعود أهمية الإدارة في مجال خدمات الرعاية الطبية إلى عوامل من أهمها: (دليلة زباني: 2001: 69).

أ- الطبيعة المعقدة والمركبة للرعاية الطبية الحديثة وما تقوم عليه من مدخل الفريق المتعدد الاختصاصات، وتعدد المؤسسات الصحية التي تنظم عملية تقديم الخدمة وما يتطلبه ذلك من تنسيق فعال لهذا المركب الإجتماعي والمهني والتنظيمي.

ب- ندرة ومحدودية الموارد المتاحة وارتفاع كلفتها وما يتطلبه ذلك من عقلانية ومنطقية القرارات المتعلقة بتشخيص هذه الموارد حسب الأولويات الصحية ومراعاة التوازن والعدالة في توزيعها وكفاءة استخدامها لتحقيق الأهداف المرسومة للنظام الصحي بأقل كلفة ممكنة.

الفرع الرابع: مستويات الرعاية الطبية: (دليلة زياني: 2001: 69).

يختلف تنظيم خدمات الرعاية الطبية التي يوفرها النظام الصحي تبعاً لمدى الخدمات لمقدمة ودرجة تعقيدها والمدخل المحدد للفرد للدخول للنظام الصحي عند حاجته للخدمة ونظام تحويل المرضى من مستوى إلى آخر داخل النظام الصحي، إلا أن هنالك مستويات أساسية للرعاية الطبية في أي برنامج منظم وجيد للرعاية الطبية وهي: (جمدة، 2008: 87)

أولاً: خدمات الرعاية الصحية الأولية

حددت منظمة الصحة العالمية الهدف النهائي للرعاية الصحية الأولية بأنه الوصول لصحة أفضل للجميع. وقد حددت المنظمة خمسة عناصر رئيسية لتحقيق هذا الهدف: (جمدة، 2008: 87)

1. الحد من الإقصاء والفوارق الاجتماعية في الصحة.
2. تنظيم الخدمات الصحية حسب احتياجات الناس وتوقعاتهم (اصلاح تقديم الخدمات).
3. دمج الصحة في جميع القطاعات (اصلاح السياسات العامة).
4. متابعة التعاون والحوار بشأن السياسات (اصلاح القيادة).
5. زيادة مشاركة أصحاب المصلحة.

وتهدف الرعاية الصحية في مستواها الأولي إلى رفع المستوى الصحي للأفراد والجماعات وترتبط بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والاجتماعية كافة، وتجدر الإشارة إلى أن هناك خطأ شائع بين الناس وحتى بين العاملين بالقطاع الصحي وهو الخلط بين مفهومي المعالجة الطبية (Curing) والرعاية الصحية

(Caring) حيث ينظر إليهما على أنهما متطابقان، إلا أن ذلك خطأ، لأن المعالجة الطبية ماهي إلا فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، وإذا كانت المعالجة الطبية هي التي تتعامل مع المرضى، فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حتى وقوع المرض بل تعمل على منع حدوثه بوسائل عديدة ومن امثلة ذلك (الاهتمام بصحة البيئة من مسكن ومياه وغذاء، وكذلك حملات التحصين ضد الامراض المعدية والخطيرة مثل شلل الاطفال والكزاز والسعال الديكي وغيرها) (دليلة زياني: 2001: 69).

ويمكن تعريف الرعاية الصحية الأولية على أنها: الأسس التي تعتمد على الوسائل والسبل المقبولة علمياً واجتماعياً وأن تكون ميسرة وفي متناول الجميع (Fitzpatrick،2005).

وتعرف على أنها الخدمات الصحية الشاملة والأساسية الميسرة لجميع الأفراد والأسر في جميع المجتمعات، بمشاركة الأفراد، بتكاليف يمكن توفيرها وهي جزء من النظام الصحي للدولة، ويمثل هذا المستوى أوسع المستويات الخدمية الصحية، ويتم تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية في المؤسسات الصحية (مستوصفات، عيادات قروية، عيادات الأمومة والطفولة. . الخ) (عوض بدير الحداد،2005)، وهناك تسعة عناصر تمثل الخدمات الصحية التي تحقق هذا المستوى، وهي (رعاية الأم والطفل، طب الأطفال والصحة المدرسية، مكافحة الأمراض السارية، صحة البيئة وتحسينها، صحة الإنسان والوقاية العلاجية، صحة العيون والإرشاد والتثقيف الصحي، الفحص السريري والمعالجة الدوائية، الفحص السريري والتدخل الجراحي البسيط).

ويتم تقديم هذه الخدمات في الغالب بواسطة الأطباء العاملين في المراكز الصحية والمستوصفات والعيادات، وتشكل هذه الخدمات نقطة الدخول الأولى للنظام الصحي، وخط التماس الأول مع المرضى الذين يطلبون الخدمة؛ حيث يقوم الطبيب العام بتقييم الحالات المرضية، وعلاجها بالقدر الذي ينسجم مع معارفه، ومهاراته، ومع التشريعات، واللوائح التي تبين حدود ممارسته، ومن ثم يقوم بتحويل الحالات

المرضية، التي تتطلب خدمات رعاية من مستوى أعلى إلى المستوى الذي يليه (الميحاي، 2006)، ويعتبر الطبيب العام مسئولاً عن تنسيق عملية معالجة الحالات، مع مستوى الرعاية الأعلى، ويعتبر هذا المستوى على درجة كبيرة من الأهمية؛ نظراً لأن الغالبية العظمى من الحالات المرضية، في هذا المستوى لا تتطلب خدمات الأطباء الأخصائيين؛ وبالتالي يمكن تقليل تدفق المرضى وتخفيف الازدحام على العيادات التخصصية في المستوى الثاني (دليلة زياني: 2001: 69).

وجدير بالذكر أن الطبيب العام ليس بالضرورة الشخص الوحيد الذي يمكنه تقديم خدمات الرعاية الأولية بل يمكن لمساعدى الأطباء أو المساعدين الطبيين والمرضات تقديم مثل هذه الخدمات بكفاءة عالية بعد تلقيهم التدريب المناسب في هذا الشأن كما هو الحال في أمريكا وغيرها من الدول حيث تقوم المررضات الممارسات ومساعدى الأطباء بأداء أعمال طبية جيدة في منظمات صيانة الصحة وفي المناطق الريفية إضافة إلى كون هؤلاء بديلاً أقل تكلفة من الأطباء.

وتركز الرعاية الصحية الأولية حسب إعلان المآآآ 1978 على ثلاثة مبادئ، وهي: (إعلان المآآآ، 1978)

- 1- تأمين الرعاية الصحية الأساسية بصورة عامة وشاملة للأفراد والعائلات وفقاً لإحتياجاتهم.
- 2- إشراك الجماعات في التخطيط والتنفيذ والتفويض الصحيح لهذه الرعاية.
- 3- تأمين دور فعال للقطاعات الأخرى في النشاطات الصحية.

ومن العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية ما يلي:

1. المستوصف: هو الوحدة الساسية لتنفيذ عدة برامج:

أ- برنامج التحصين الشامل.

- ب- برنامج الصحة المدرسية.
- ج- برنامج مكافحة الاسهالات عند الاطفال.
- د- برنامج الارشاد الصحي.
- هـ- برنامج التغذية.
- و- برنامج العناية بالطفل والام وتنظيم الاسرة.
- ز- برنامج الاهتمام بالبيئة.
2. المراكز الصحية الأولية: حيث يتوفر العلاج المتخصص والارتباط بالمستشفى المعني في المنطقة.
3. العنصر البشري.
4. المؤسسات المعنية.
5. الإمكانيات المالية.
6. المستشفى.

ثانياً: الخدمات الصحية المتقدمة (العلاجية)

وهي الرعاية الطبية وتعني الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها احد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي، أو العناية التمريضية أو الحكيمة التي تقدمها الممرضة للمريض، أو التحاليل التشخيصية التي يقدمها في المختبر لشخص ما أو لعدة أشخاص غير أن الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية وقائية، حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصاً

ما يمكن أن يقدم له توضيحات ومعلومات حول مرض ما وطرق انتشاره وطرق الوقاية منه لتجنب

الوقوع فيه في المستقبل. وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية.

وتصنف الخدمات الطبية العلاجية إلى قسمين من حيث مقدم الخدمة وهما: (جمدة، 2008: 87)

أ. خدمات طبية مباشرة: هي الخدمات التي يقو بها الطبيب بنفسه، مثل تشخيص المرض وعلاجه.

ب. خدمات طبية غير مباشرة: وهي الخدمات الطبية التي يقوم بها أحد أعضاء الفريق الطبي غير

الطبيب، وتشمل خدمات التمريض وخدمات التحاليل المخبرية، وصور الأشعة، وخدمات حفظ

السجلات الطبية، وغيرها من الخدمات الطبية المساعدة. (دليلة زياي: 2001: 69).

2.4.5 المطلب الخامس: جودة الخدمات الصحية:

تعتبر الصعوبة الرئيسية في موضوع جودة الخدمات الصحية في تحديدها وقياسها، لكن قبل التطرق لهاتين

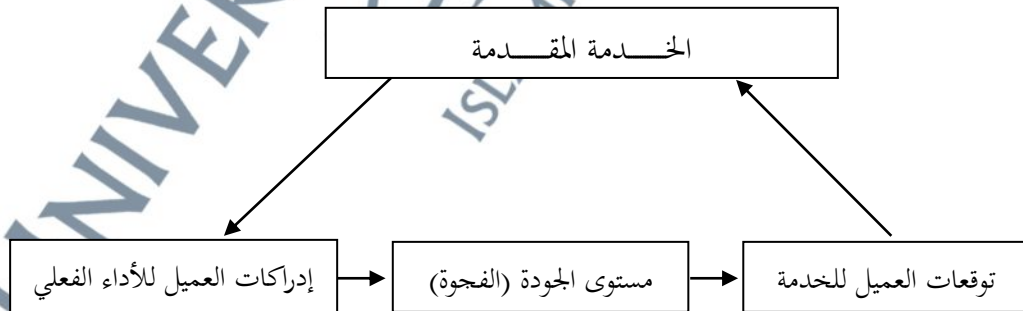
النقطتين، نرى من المفيد أن نتطرق إلى مفهوم جودة الخدمة. كما وتستمد الصعوبة في تعريف جودة

الخدمة من الخصائص العامة المميزة للخدمات قياسا على السلع المادية، وتعرف جودة الخدمة بأنها

"مقياس لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العملاء لهذه الخدمة" (عوض بدير الحداد، 2005)

وذلك على النحو الذي يعرضه الشكل التالي:

الشكل (1): تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات العملاء.



المصدر: إعداد الباحث.

ويعني هذا الشكل إذا إستوت مدركات الزبائن للأداء الفعلي مع ما يتوقعونه؛ فسوف يكونوا موافقين على الخدمة، فيما إذا تجاوز الأداء الفعلي التوقعات فإن الخدمة تعتبر مميزة، وأخيرا إذا تحقق العكس وهو أن التوقعات تجاوزت الإدراكات الفعلية فإنها تصبح رديئة وسيكون العميل غير راض عنها. إن التعريف الصحيح للجودة لا بد أن يتضمن وجهة نظر العميل، فالخدمة الجيدة تتحقق فقط، عندما تقوم المؤسسة بتقديم خدماتها بالطريقة التي تتفق مع أو تتجاوز توقعات العملاء لها وهو ما يساعد في النهاية على إشباع حاجات ورغبات هؤلاء العملاء، وتحقيق الرضا عند التعامل في الخدمة. وكما هو الحال في السلع فإن لجودة الخدمة التي تقدم إلى العملاء مستويات، وتباين الآراء في مستوى هذه الجودة، وهناك إمكانية لتمييز خمسة مستويات لجودة الخدمة، وهي: (العجامة، 2004)

1. الجودة التي يتوقعها العملاء: وتمثل الجودة التي يرى العملاء وجوب توفرها.
 2. الجودة المدركة من إدارة المؤسسة: وتمثل الجودة التي تراها إدارة المؤسسة مناسبة.
 3. الجودة القياسية تقاس بمعايير موضوعه مسبقا.
 4. الجودة الحقيقية: وهي التي تنتج بها فعلا.
 5. الجودة المروجة للعملاء: وهي الجودة التي وعد بها العملاء من خلال الحملات الترويجية.
- أي أن درجة جودة الخدمة هي مقياس نسبي يختلف من شخص لآخر، ويعتمد على مقارنة الجودة المتوقعة مع الجودة المدركة. ويمكن التمييز بين نوعين من الجودة المدركة وهما: الجودة الفنية والجودة الوظيفية، وتعني الجودة الفنية ما يتم تقديمه للعميل فعلا ويتصل بالحاجة الأساسية التي يسعى لإشباعها، أما الجودة الوظيفية فهي درجة جودة الطريقة التي يتم بها تقديم الخدمة. ومن حيث الجودة المتوقعة يمكن التمييز بين نوعين منها وهما: الجودة المتوقعة حدوثها والجودة كما يجب أن تكون، ففي حين تمثل الأولى

التوقع العملي لمستوى الخدمة اعتمادا على تقييم لجهة تقديم الخدمة، فإن الثانية تمثل ما ينبغي أن يكون في مثل هذا النوع من الخدمات (عيشاوي، 2002).

الفرع الأول: تطور مفهوم الجودة في المجال الصحي:

أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى "فلورنس نايتنجيل" كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال "حرب القرم"، وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها؛ مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات، وفي عام 1905م وضع "فلكسنر" معايير لكليات الطب في الولايات المتحدة الأمريكية، لكن تطبيق الجودة في نطاق الصحة بالمعنى الحديث لم يبدأ إلا أثناء الحرب العالمية الأولى حين طورت أكاديمية الجراحين الأمريكيين معايير محددة للعناية الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية، وتم إنشاء لجنة اعتماد المستشفيات الأمريكية سنة 1952م، وفي سنة 1970م بدء بالعمل بالتدقيق الطبي، وظهر في سنة 1987م مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية (دليلة زباني: 2001: 69).

وحتى وقت قريب، كانت برامج الجودة تستخدم في المستشفيات في الدول المتطورة، وكانت تعتمد على معايير الرعاية التي طورتها منظمات اعتماد المؤسسات الصحية، وفي الثمانينات انتقلت هذه البرامج إلى الرعاية الصحية الأولية في الولايات المتحدة وأوروبا، وفي الوقت ذاته، فإن مما ساعد على إدخال المعايير للرعاية الطبية هو أدلة العمل والمعايير التي طورتها منظمة الصحة العالمية للحد من انتشار مرض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي الحادة وخاصة عند الأطفال، وبعد عام 1985م بدأت منظمة الصحة العالمية بمشاريع كثيرة أخرى مثل مشروع "بحوث عمليات الرعاية الصحية الأساسية" باستخدام تحليل النظم وتقييم المرافق الصحية لتقييم جودة الرعاية الصحية (صلاح محمود ذياب، 2012).

الفرع الثاني: تعاريف في جودة الخدمة الصحية

ان مفهوم جودة الخدمات الصحية يختلف من فرد إلى آخر، وذلك حسب موقع الفرد من المؤسسة الصحية، وهو ما نوضحه فيما يلي: (دليلة زياني: 2001: 69).

إن جودة الرعاية الصحية يمكن اختصارها بأنها الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة للأفراد وللجماعات، في زيادة الحصيلة الصحية المرغوبة، ضمن إطار إقتصادي معين، وموازنة للمخاطر بالفوائد، وبما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة، ومن التعاريف الشائعة، مايلي: (عبد العزيز نياز، 1425هـ)

1. "التماشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكاليف معقولة وبحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على معدلات المراضة والوفيات والإعاقة وسوء التغذية" (منظمة الصحة العالمية 1988).

2. يعرفها دونا بيديان بأنها "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فان درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد".

3. أما الهيئة الامريكية المشتركة للاعتماد فتعرفها بانها "درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص مشكلة طبية معينة".

4. ويقول رومر وأغيلر أن الأداء المناسب وفق المعايير، للتدخلات المعروفة بسلامتها، والتي يمكن تحمّل نفقاتها من قبل المجتمع المعني، ولها تأثير إيجابي على معدلات الوفيات والإعاقة وسوء التغذية.

5. هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلي احتياجات المرضى وغيرهم.

6. يعرف Palmar جودة الخدمة الصحية بالنظر إليها من الزوايا التالية: (صلاح محمود ذياب، 2012)

- أ- المريض: على أنها ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف والإحترام.
 - ب- العنصر الطبي: تقديم المعرفة والعلوم المتقدمة والمهارات الطبية في خدمة المريض.
 - ج- المالكين: الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للزبائن.
 - د- إدارة المستشفى: تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكمها أخلاقيات الممارسة الصحية، والخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية، والتقييد بالمعايير التي تحكم المهن الصحية.
- مما سبق، يمكن تعريف جودة الخدمات الصحية بأنها "العمل الحثيث من اجل تحقيق رغبات الزبون (المريض)؛ بأدنى التكاليف الممكنة بحيث تحوي على ثلاث أشياء، أهما: تحقيق الجودة كما يتمناها المريض، والتي من الممكن قياسها من خلال رضا المرضى، وثانيهما: تحقيق الجودة كما يراها المهنيين الطبيين وهي: تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث الطرق العلمية والمهنية، والثالثة تتركز على الجودة من وجهة نظر الإداريين.

الفرع الثالث: العوامل المؤثرة في جودة الخدمة الصحية:

هنالك مجموعة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل في: (Palmer, 1996)

1. التنبؤ بتوقعات الزبون (المريض): يتطلب من المؤسسات الصحية فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفوقا على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة، ويمكن للمرضى أن يحققوا إدراكهم من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للنوعية وهي: (Palmer, 1996)

أ- الجودة المتوقعة: وهي تلك الجودة التي يرى المريض افتراض وجودها

ب- **الجودة المدركة:** وهي احساس الزبون (المريض) بجودة الخدمة المقدمة له من قبل المؤسسة الصحية.

ج- **الجودة القياسية:** وهي عبارة عن جودة الخدمة المقارنة بالمعايير القياسية الموضوعه سابقاً.

د- **الجودة الفعلية:** وهي الجودة التي تعود المريض على وجودها.

هـ- **تحديد جودة الخدمة:** يجب على المنظمات الصحية أن تضع المعيار الملائم لضمان وجود الدرجة المطلوبة من جودة الخدمة الصحية المنفذة.

أ- **أداء العاملين:** عندما تضع الإدارة الصحية المعايير الملائمة لجودة الخدمة، ويتحقق الالتزام في

تقديمها من قبل العناصر الطبية في المؤسسة الصحية، فلا بد من وضع الوسائل الملائمة الضامنة لتحقيق الأداء المطلوب.

الفرع الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية: (صلاح محمود ذياب، 2012)

من المشاكل الجمه التي يواجهها المرضى هو تقييمهم لنوعية الخدمة لكونها غير ذات طابع ملموس، فكيف الأمر إذا لم يتمكنوا من رؤيتها أو الشعور بها، أو سماعه، بينما الأمر في السلع المادية يكون أكثر سهولة، مع ذلك فان الخدمات ومنها الصحية تمتلك بدلاً من ذلك مواصفات نوعية تجريبية أو موثوقية تعتمد على التجربة والخبرة كالرضا، السعادة، السرور، الحزن، وهي صفات يمكن تقسيمها فقط ومن خلال الشراء أو الإستهلاك للخدمة الصحية، كما في تداوي وتضميد الجروح، قلع الأسنان، تجبير كسور العظام... الخ. والأمر يتسع لما هو ابعده من ذلك في الخدمات الصحية؛ عندما ترتبط أو تعتمد المواصفات النوعية على الثقة والمصدقية، فهي مواصفات قد لا يستطيع المريض تقييمها حتى بعد الحصول عليها كما هو مثلا في التشخيص الطبي بالإعتماد على الأجهزة المتقدمة والمستندة على الكمبيوتر.

وإن أي تعريف لجودة الخدمة الصحية لا بد أن يتوافق مع جملة من الأبعاد، هذه الأخيرة تعد الإطار الذي يمكن من تنفيذ الخدمات الصحية على تحديد وتحليل المشاكل وقياس درجة اتفاق الأداء مع المعايير الموضوعية سلفاً (صلاح محمود ذياب، 2012).

لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول الأبعاد التي تحدد مستوى جودة الخدمة، حيث يرى كل من Swan and Bowers، أن جودة الخدمة لها بعدان أساسيان هما: "الجودة المادية الملموسة التي يتعرض لها العميل حال حصوله على الخدمة، والجودة التفاعلية وهي تمثل أداء عملية الخدمة ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمؤسسة مع العملاء" (Swan and Bowers, 1994).

وقد توصل باراسورمان وزملاؤه (Parasuraman) إلى معرفة عشرة أبعاد للجودة وهي التي تمثل جودة الخدمة وفقاً لمعرفة العميل ثم دجت هذه الأبعاد العشرة في خمسة أبعاد وهي: (Parasuraman, 1990) أولاً: الإعتدادية (Reliability): تشير الإعتدادية إلى قدرة مقدم الخدمة في صفة الطبيب على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، ولتفهم الإعتدادية فإن الذي يجب التركيز عليه هو مجموعة من خصائص الخدمة تتصل بكيفية أدائه لوظيفته خلال الإستعمال، فهي عبارة عن مقياس منتج أو الخدمة على أداء الوظيفة المطلوبة منه بنجاح في ظروف الإستعمال العادية ولمدة محددة، وفي هذا التعريف أربعة عناصر هامة، وهي: الأداء، ظروف الإستعمال، المدة الزمنية محددة، والتعبير عن القياس بالإحتمال وتشمل المعولية "عملها صحيحة من المرة الأولى" وهي أحد مكونات الخدمة الأكثر أهمية للعملاء، كما تتسم أيضاً بتوفير الخدمات.

كما تم الوعد بها وفي الوقت المحدد، والإحتفاظ بسجلات خالية من الأخطاء، لذلك فإن الميل إلى الخدمات المبالغ في وعودها وقيادة العملاء إلى توقعات غير واقعية لا تتسبب إلا في نفاذ صبر هؤلاء

وفقدان ثقّتهم؛ فالمستفيد من الخدمة الصحية أي المريض الذي يتطلع إلى ذلك من خلال الوقت والانجاز والوفاء بالالتزامات ويمثل هذا البعد % 30 كأهمية نسبية (صلاح محمود ذياب، 2012).

ثانياً: الاستجابة (Responsiveness): تعني سرعة استجابة ومقدرة مقدم الخدمة بالرد على المستفيدين واستفساراتهم. فهي توجي إلى الرضا بتقديم المساعدة للمريض وتزويده بالخدمة السريعة. كما أنّها في الخدمات الصحية تعني درجة مقدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل متصل ودائم في خدمة المستفيدين عند احتياجهم للخدمة، وتشير أيضاً إلى أن كل المرضى بمعزل عن حالتهم، وأصولهم، يتلقون الخدمة المناسبة والسريعة من قبل إدارات المؤسسة الصحية مع حسن التعامل، ووقت إنتظار مناسب وغير مزعج. فالاستجابة في مجال الخدمات الصحية تشمل المتغيرات الآتية: (المحياوي، 2006)

1. السرعة في تنفيذ الخدمة المطلوبة.

2. الإستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الإنشغال.

3. الإستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الإستفسارات والشكاوي. . .

الخ.

عرف البكري الاستجابة على أنّها تعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد (المريض) ويمثل هذا البعد % 22 كأهمية نسبية في الجودة قياساً للأبعاد الأخرى (البكري، 2009).

ومما سبق يمكن الاستنتاج أن الإستجابة في مجال الخدمات الصحية يوحي إلى أن مقدمي الخدمة في المستشفى مستعدين للإستجابة الفورية وفي جميع الأوقات للمرضى والإصابات التي تصل إلى المستشفى.

ثالثاً: الضمان: ويقصد به صفات مقدمي الخدمة الصحية من مقدرة وثقة في تزويد المنتفعين ولهذا البعد

أهمية في مجال الخدمات العلاجية وغير العلاجية، حيث يتضمن المهارات ذات العلاقة بالرعاية الوقائية

والتشخيص والعلاج وتقديم المشورة الصحية، أما في المجال غير العلاجي (مثل الإدارة) فإنه يتطلب مهارات في الإشراف والتدريب وحل المشكلات، وتشير إلى أي درجة تتوافق المهام المنجزة من قبل العاملين الصحيين والمرافق الصحية مع المتوقع من الجودة التقنية (أي تتطابق مع المعايير) (بلقاضي: 2010).

والمهارات المطلوب توفرها في الموظفين تعتمد على الوصف الوظيفي لكل منهم، فمثلاً؛ ينبغي على عاملة الاستقبال القادرة تقنياً أن تكون قادرة على الرد على طلبات الاستفسار، فيما يمكن أن يتوقع من الصيدلاني أن تتوفر لديه المقدرة في تحديد اللوازم وإدارة مستودعات الأدوية، وكذلك يمكن للمقدرة التقنية أن تشير إلى كفاءة الموارد المادية: فعلى سبيل المثال، ينبغي أن تعمل آلة التصوير الشعاعي عدداً من الصور الشعاعية يتماشى مع المعايير المقبولة كماً ونوعاً وبشكل منتظم، وتعني المقدرة التقنية أيضاً المهارات والقدرات الفنية اللازمة للقيام بالأداء المطلوب للعاملين في القطاع الصحي، وتقاس هذه المقدرة التقنية بمدى مطابقة الأداء الفني للمعايير والمواصفات المطلوبة، فمثلاً: (المحياوي، 2006)

أ- كفاءة الكوادر الطبية: تعني القدرة على تقديم الخدمات العلاجية والوقائية والاستشارية بكفاءة.

ب- كفاءة الإداريين: تعني القدرة على الإشراف والتدريب وحل المشاكل المرتبطة بالعمل.

ج- كفاءة الكوادر المساعدة: وتعني القدرة على أداء العمل الفني بكفاءة وحسب الاختصاص.

ويتراوح الإحتلاف في المقدرة التقنية بين انحرافات بسيطة عن الإجراءات المطلوب اتباعها، إلى انعدام المقدرة التقنية مما قد يؤدي لحدوث أخطاء كبيرة قد تؤدي لتعريض حياة المرضى للخطر. (بلقاضي:

(2010)

رابعاً: الملموسية: وتعني سهولة الوصول إلى الخدمات في المجال الصحي إلى أن خدمات الرعاية الصحية ليست مقيّدة بأية حواجز جغرافية أو إقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية أو تنظيمية أو لغوية، أو

إلى أي درجة تكون الخدمات غير محجوبة بتلك الحواجز، ويعتبر هذا البعد من أهم أبعاد الجودة، لأن صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية يمكن أن يمنع أحياناً الحصول على خدمات طبية أساسية مثل التطعيمات والتي تؤدي إلى حدوث مشاكل مرضية مستقبلاً مثل زيادة معدل المراضة والتي كان بالإمكان تفاديها، ويمكن توضيح المقصود بسهولة الوصول إلى الخدمات مما يلي:

أ- الوصول الجغرافي: حيث تؤخذ الأمور التالية بعين الاعتبار: توفر وسائل المواصلات للوصول للخدمة، وبعد المسافة عن المرفق الصحي، والوقت اللازم للوصول إلى الخدمات الصحية والعوائق الطبيعية التي تحول دون وصول المريض لتلك الخدمة.

ب- الوصول الاجتماعي (الثقافي): يشير إلى قبول الخدمة الصحية المقدمة في إطار قيم المريض الثقافية ومعتقداته وتوجهاته، فعلى سبيل المثال، الفحوصات الدورية اللازمة حسب الفئات العمرية.

ج- الوصول المادي أو الاقتصادي: يشير إلى قدرة متلقي الخدمة على دفع قيمة الخدمة الصحية.

د- الوصول اللغوي: يعني وجود التواصل اللغوي بين مقدم ومتلقي الخدمة لضمان معرفة حاجة المريض الفعلية وتقديمها له (الحيوي، 2006).

هـ- الوصول المؤسسي أو التنظيمي: يعني مدى تنظيم الخدمات بطريقة تناسب المستفيدين منها، ويتضمن ذلك أموراً عدة مثل ساعات الدوام ونظام المواعيد وفترات الانتظار وطريقة تقديم الخدمة (عبدالله، 2001).

خامساً: الأمان: ويقصد به شعور المواطن بأن الخدمات الصحية متوافرة بكفاءة وفعالية بما يضمن له التخلص من المرض حال وقوعه، ولا يقتصر معيار الأمان الصحي على مجرد شعور الفرد بتوافر خدمات صحية كفؤة وفعالة، ولكن أن يشعر كذلك بأن تكاليف تلك الخدمات تكون في مستوى قدرته على

الدفع. ويعني الأمان الصحي كذلك أن يشعر المواطن أنه دائما تحت مظلة من الرعاية الصحية لا يعلم متى سيحتاج إليها، وربما لا يحتاج إليها طوال حياته، وربما تمر به ظروف أزمة صحية أو مرضية تكون من الشدة والقسوة ما يجعله في حاجة لهذا الغطاء الصحي الكامل، ويحدث ذلك في حالات الحوادث الطارئة أو في حالة الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة أو المزمنة، بحيث لو حاول الفرد مواجهتها بمفرده لن يستطيع نظرا لتكلفتها الباهظة، فيكون الأمان الصحي المنقذ والمخلص من كل الكروب والطوارئ غير المتوقعة. ويستخدم الامان كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة ومن يقدمها، أي يتعلق بمدى المخاطر المدركة لنتائج تلقي الخدمة من هذه المنظمة أو من مقدمها أو في كليهما ويشمل ما يلي: (بلقاضي: 2010)

أ. الاحساس بالامن الوظيفي.

ب. القدرة والتخصص عند العنصر الطبي.

ج. دوام متابعة الحالة المرضية.

د. كتمان معلومات المريض وسريتها.

ويظهر الجدول التالي توضيحا لهذه الأبعاد وما يقابلها من معايير لتقديم كل بعد والأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد في التطبيق لتقديم الخدمة الصحية.

الجدول رقم: (4) يوضح أبعاد جودة الخدمات الصحية

الأمثلة	معايير التقييم	البعد
ثقة عالية لدى المريض بأن حسابات المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى له ثقة بأن حياته بين أيدي أمينة	دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية	الإعتماية
وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة	تقديم خدمات علاجية فورية إستجابة لنداءات الطوارئ الخارجية	الإستجابة

غرفة العمليات جاهزة كلياً ولكل الحالات	العمل على مدار ساعات اليوم	
المعاملة الطيبة للمرضى من قبل الأطباء تدريب ومهارة عالية في الأداء	سمعة ومكان المستشفى عالية المعرفة والمهارات المتميزة للأطباء والطاقم التمريضي الصفات الشخصية للعاملين	الضمان
المرضة بمثابة الأم الحنون للمريض النظر للمريض بأنه دائماً على حق	إهتمام شخصي بالمريض الإصغاء الكامل لشكاوى المريض تلبية احتياجات المريض بروح من الود	التعاطف
نظافة عيادة الطبيب وكونها ذات مظهر تخصصي نوعية الطعام المقدم للراقيدين في المستشفى	الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج المنظر الخارجي لمقدمي الخدمة أماكن الإنتظار لمقدمي الخدمة أماكن الإنتظار والإستقبال المناسبة	الملموسية

المصدر: بلقاضي: 2010: 54.

أنماط القيادة الإدارية وجودة الخدمات:

من خلال ما أُتيح للباحث الإطلاع عليه من دراسات سابقة في علاقة أنماط القيادة الإدارية بجودة الخدمات عموماً، والخدمة الصحية خصوصاً، تبين أن لأنماط القيادة أثر بالغ على جودة الخدمات سواءً بالايجاب كما هو الحال في النمط القيادي الديمقراطي، أو بالسلب كما هو الحال عند النمط القيادي الاتوقراطي أو الحر، ويتضح ذلك جلياً، في الدراسات التي أجراها كل من: دراسة بيان عيد (2013) والتي كان من النتائج الصادرة عنها، أن هناك علاقات طردية أو عكسية بين النمط القيادي وجودة

الخدمات الصحية، فكانت طردية بين النمط القيادي الديمقراطي، وعكسية سالبة مع النمط الاتقراطي والحر (بلقاضي: 2010).

وتؤكد ذلك آسيا بلقاضي (2010) من خلال ماتوصلت إليه من نتائج، عبر دراسة الأنماط القيادية وأثرها في جودة الخدمة الصحية، في مستشفيات القطاعين العام والخاص، بمدينة دمشق، حيث بينت تلك النتائج وجود علاقة طردية بسيطة، بين النمط القيادي الديمقراطي، وجودة الخدمات الصحية بالمستشفيات موضع الدراسة.

وفي دراسة أخرى أجراها، (المبروك، 2008) حول دور الإدارة العليا، في تطبيق أبعاد الجودة في المستشفيات الخاصة، في ليبيا، تبين أن للنمط الديمقراطي دور كبير في تطبيق ابعاد الجودة وبنسبة أقل فيما يخص النمط الاتقراطي والنمط الحر.

2.5 المبحث الرابع: الأداء التنظيمي:

2.5.1 المطلب الأول: مفهوم الأداء التنظيمي:

عرف (jemison،1987) الأداء التنظيمي: بأنه يتكامل بالأستراتيجية التي تنكيف قدرتها مع حاجات البيئة، عن طريق تحقيق الأنسجام بين بيئة المنظمة واستراتيجياتها وصولا إلى الأداء المثالي. ومن ناحية مدخل النظم فقد عرفه (Evan،1976) (قدرة المنظمة على التماشي مع كل من العمليات النظامية

الأربعة: المدخلات، المخرجات، العمليات، التغذية العكسية). وعرف (Carnall, 1999) الأداء التنظيمي

على أنه قدرة المنشأة على التكيف مع الظروف المتغيرة باستمرار.

ويعرف كذلك على أنه: "محاولة تحقيق الأهداف المنتظرة مع تخفيض الموارد المستخدمة لتحقيق تلك

الأهداف ويشمل مفهومي (الفعالية) وهي الوصول إلى الأهداف المرجوة، و(الكفاءة) وهي تخفيض

الموارد المستخدمة، يعني أن: (لمين علوطي، 2003: 46)

$$\text{الأداء} = \text{الكفاءة} \times \text{الفعالية}$$

كما عرف عبد الحق القنبيعي (2007) الأداء: "بأنه محصلة الأداء الداخلي والخارجي أي الأداء أصبح

يشمل البيئة الخارجية والداخلية على حد سواء، ويتم التعبير عنه وفق المعادلة التالية:

$$\text{الأداء} = \text{الأداء الداخلي} + \text{الأداء الخارجي}$$

وعليه فالأداء هو قدرة المنظمة على تجسيد أهدافها المسطرة في نتائج فعلية من خلال الاستغلال

الأمثل لمواردها المتاحة في ظل ظروف بيئتها الداخلية والخارجية فهو بذلك محصلة لتفاعل جميع العناصر

الداخلية والخارجية.

2.5.2 المطلب الثاني: أهمية دراسة الأداء التنظيمي

تظهر أهمية الأداء التنظيمي بكونه المحور الأساسي لنجاح المنظمة وفشلها، وكذلك لمعرفة موقع المنظمة

وإمكاناتها بالمقارنة مع الآخرين الذين يمكن عددهم روادا في مجال عملها (Brown, 1991)

وأشار كل من (Raman ujam, 1986) إلى أن أهمية الأداء التنظيمي تظهر من خلال الأبعاد الثلاثة في

أي تحليل استراتيجي وهي: (اللامبي، 2007)

1. **البعد النظري:** يتمثل بالمضامين والدلالات المعرفية ضمنية كانت أظهارية، أذ يمثل الأداء إختيار

لأستراتيجية المنظمة خلال مدة معينة.

2. **البعد الإختياري:** يجري من خلال استعمال الدراسات والبحوث لأختبار الاستراتيجيات المختلفة

والعمليات الناتجة عنها.

3. **البعد الإداري:** يجري من خلال تطبيق الطرف المتعلق بتقويم نتائج أداء المنظمات.

استنادا إلى ما ذكر اعلاه يرى الباحث أن أهمية الأداء التنظيمي تأتي من كونه يمثل قدرة المنظمة للوصول

إلى النتائج التي حددتها مسبقا. لذلك يعتبر الأداء التنظيمي المقياس الذي يمكن من خلاله قياس تقدم

ونجاح المنظمة في تحقيق غاياتها وأهدافها وقدرتها على البقاء والنمو.

2.5.3 المطلب الثالث: العوامل المؤثرة على الأداء:

يتأثر أداء المنظمة بمجموعة من العوامل المختلفة والمتشابكة ويصعب عمليا تحديد هذه العوامل، وكما

قال BAJT تكاد لا توجد ظاهرة في الحياة الإقتصادية أو الحياة عموما، لا تؤثر على الأداء، بجانب

تعدد وإختلاف العوامل المؤثرة على الأداء، فتختلف بإختلاف الزمان والمكان ودورة حياة المنظمة،

وتختلف في شدة تأثيرها، وكذا طريقة التأثير (بلقاضي: 2010).

فالبعض من هذه العوامل يقضي إلى رفع الأداء، في حين يقضي البعض الآخر إلى خفضها، كما أن

البعض له تأثير مباشر، بينما البعض الآخر له تأثير غير مباشر" (علي عبد الله، 2001: 69). كما إن

لكل عامل خصائص منفردة أو مركبة تميزه عن غيره، إضافة إلى العوامل المؤثرة على الأداء ترتبط

بعلاقات تبادلية، وبالتالي تأثير وفاعلية كل عامل يعتمد بدرجة كبيرة على تأثير وفاعلية العوامل

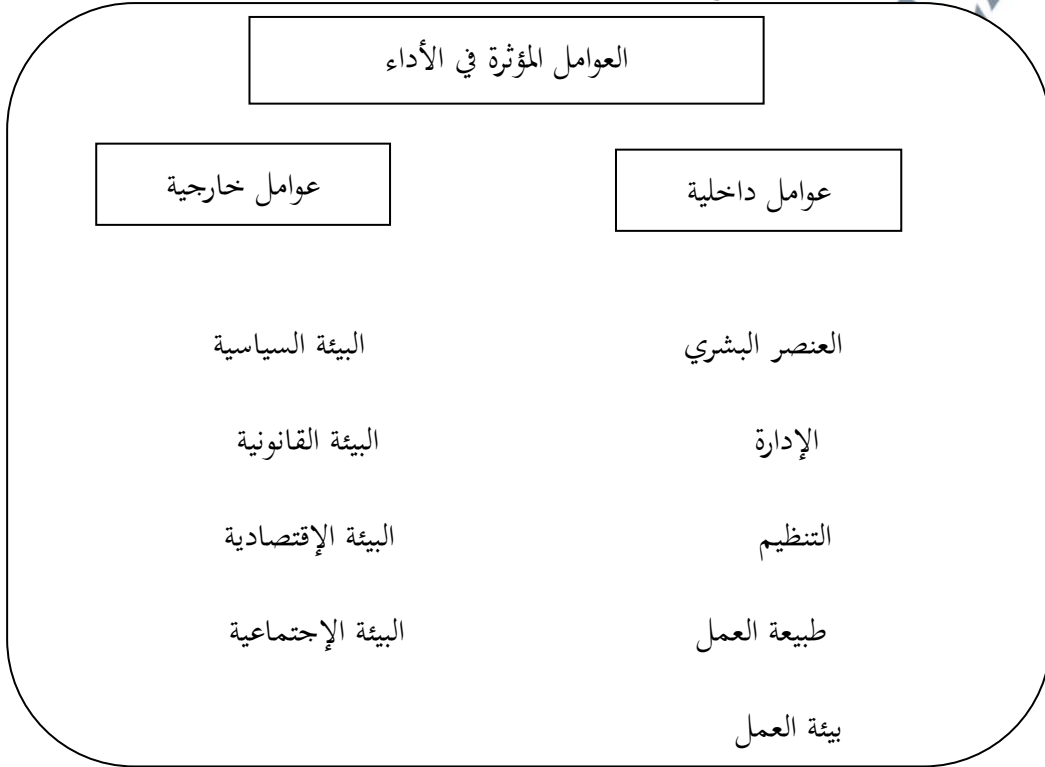
الأخرى. وعليه يتأثر الأداء بعوامل عديدة يمكن حصرها في نوعين رئيسيين هما: (الدمج، 2003)

عوامل داخلية: إشارة إلى العوامل التي تخضع للإدارة وسيطرتها، وهي متعددة ومتنوعة.

عوامل خارجية: تشير إلى العوامل المعطاة التي تخرج عن سيطرة المنظمة وعلى هذه الأخيرة أن تكون

واعية لما حولها من تغيرات ايجابية وسلبية وتتنبأ بها.

الشكل رقم (2): يوضح العوامل المؤثرة في الأداء



المصدر: علي عبد الله، أثر البيئة على المؤسسات العمومية الإقتصادية، 2001

أولاً: العوامل الداخلية وتتكون من ما يلي:

1) العنصر البشري:

يشكل أهم مورد في المنظمة باعتباره العامل الديناميكي المؤثر في جميع الجوانب المتعلقة بنشاط المنظمة،

فتمو وتنافسية المنظمة مرهونة بمدى قدرة المنظمة على ترغيب واستقطاب عناصر بشرية متميزة في

مهاراتها ومعارفها واتجاهاتها، ومدى الأهمية والعناية التي تعطيها لتنمية وتطوير قدراتها والعمل على تلبية طموحاتها وأهدافها ضمن الأهداف الكلية للمنظمة (توفيق، 1996)، والتحديات التي تواجه المنظمات اليوم هي إعادة الاعتبار للعنصر البشري وما يرتبط به من استراتيجيات، تنظيم الوظائف وتطهير بيئة العمل من عوامل عدم الرضا والعمل على تحقيق عوامل الدافعية.

الأداء = الدافعية x البيئة x القدرة

2) الإدارة: إن الإدارة المسؤولة عن الإستخدام الفعال لجميع الموارد التي تقع تحت سيطرة المؤسسة ويقال أن أكثر من 75% من زيادة معدلات الأداء يعتمد على أساليب الإدارة، وتؤثر على جميع الأنشطة فالإدارة هي تخطيط، تنظيم، تنسيق، قيادة ورقابة. فضعف أي دعامة إدارية سيكون سببا في عجز كفاءة وفعالية الإدارة ككل.

3) التنظيم: يشمل على توزيع وتحديد المهام والمسؤوليات، وتقسيم العمل وفقا للتخصصات والسيطرة والتنسيق، فدرجة الموازنة في التنظيم وإحداث المتغيرات اللازمة وفقا للمستجدات الجديدة في نظم وأساليب العمل، والتنظيم ومنظومة الحوافز والتنمية والتدريب من شأنه أن يؤثر على الأداء، ونظرا لعدم وجود تنظيم أو نظم جيدة تعمل بكفاءة عالية تحت جميع الظروف والمتغيرات، يجب توفر المرونة والديناميكية في أي تنظيم يجعله يستجيب للمستجدات.

4) مناخ العمل: هناك عدة عوامل تؤثر على العامل عند قيامه بعمله، كالعلاقات التنظيمية ونظام الحوافز والأجور والاتصالات. . . الخ، وهذه العوامل لها بالغ الاثر في أداء العامل.

5) **طبيعة العمل:** تشير إلى أهمية الوظيفة التي يؤديها الفرد، ومقدار فرص النمو والترقي المتاح لشاغلها ومستوى الإشباع عن الوظيفة، فكلما زادت درجة التوافق بين الفرد والعمل الذي يؤديه زادت دافعيته وولائه للمنظمة.

6) **العوامل الفنية:** إن التجهيزات والمعدات لها دور مركزي في التأثير على الأداء فمجال الصيانة وظروف تشغيل الآلات والمعدات، ومدى توافر قطع الغيار والمعرفة الأدائية، كلها محددة لحجم ومستوى الطاقة الإنتاجية المستخدمة.

ثانيا: **العوامل الخارجية** وتتضمن العوامل التالية:

1) **البيئة الإجتماعية والثقافية:** العادات والتقاليد الموروثة، النزاعات الفردية والقبلية في المجتمع إضافة إلى ما يلي:

- **مستوى التعليم:** نسبة الأمية، كم وكيف مخرجات التعليم العالي . . . الخ.
- **التعليم والتدريب:** أنواع برامج التعليم الفني والمهني.
- **مدى تطابق النوعيات الموجودة مع الاحتياجات والمهارات المطلوبة.**

2) **النظام السياسي والقانوني:**

- **طبيعة النظام.**
- **الإستقرار السياسي.**
- **مرونة الأنظمة واللوائح.**
- **السياسة الخارجية.**

3) **البيئة الإقتصادية:**

- **الإطار الإقتصادي العام للدولة (إقتصاد حر أو موجه).**

2.5.4 المطلب الرابع: مكونات الأداء التنظيمي

تمثل كل من الكفاءة والفعالية مؤشرات لنجاح المنظمة في تحقيق أهدافها. وهناك مكونات أخرى لا تقل أهمية عن الكفاءة والفعالية لقياس نجاح المنظمة مثل (رضا العاملين، الانتاجية، الدافعية، رضا الزبون)، وسوف نحاول التطرق لكل مكون على حده، على النحو التالي:

الفرع الأول: الكفاءة Efficiency

أولاً: مفهوم الكفاءة:

لغة: ورد في لسان العرب للعلامة ابن منظور: "كافأه على الشيء مكافأة وكفاء: جازاه. والكفيء: النظير، وكذلك الكفء والكفوء، والمصدر الكفاءة. وتقول لا كفاء له، بالكسر، وهو في الأصل مصدر، أي لا نظير له. والكفء: النظير والمساواة، ومنه الكفاءة في النكاح، وهو أن يكون الزوج مساوياً للمرأة في حسبها ودينها ونسبها وبيتها وغير ذلك. والكفاءة للعمل: القدرة عليه وحسن التصرف فيه، وهي كلمة مؤنثة. ولفظة الكفاءة مختلفة (خوارزمية، 2006: 79).

إصطلاحاً: بأنها "الزيادة إلى أعلى حد ممكن بالنسبة للنتائج أو المخرجات مقارنة بالمدخلات وتعني إنجاز الأعمال بأقصر وقت ممكن وأقل استخدام للعناصر للحصول على النتائج المرغوبة وتستعمل أيضاً للدلالة على أداء العمل الصحيح في الوقت والمكان الصحيحين" (عقيلي: 2003: 56).

الكفاءة: هي "تعبير عن الإستخدام الراشد في المفاضلة بين البدائل وإختيار الأفضل منها الذي يخفض التكاليف أو ينظم العائد في أعلى درجة ممكنة" (السلمي، 1970).

كفاءة الأداء: تعني الحصول على حقائق وبيانات محددة عن أداء العامل لعمله بحيث تساعد على تحليل وفهم وتقدير مستوى الأداء المنفذ، أي "تقدير مستوى كفاءة الفرد الفنية والعملية في تنفيذ الواجبات والمهام التي يتضمنها عمله" (خليل محمد محسن الشماع، 2000).

كما تعرف **الكفاءة:** "بأنها قدرة إنسانية على الإستخدام الأمثل للموارد المتاحة بشرية أو مادية واستخلاص أفضل النتائج المحققة للأهداف بصورة كاملة" (عبد الغفار حنفي، 2006).

ومن التعريف السابق ترتبط الكفاءة بأربع عناصر رئيسية وهي:

1. أنها قدرة إنسانية قابلة للقياس من خلال معايير متفق عليها تتسم بالتحديد والموضوعية.
2. أن هناك جوانب متعددة تؤخذ في الاعتبار عندما نريد أن نحدد درجة الكفاءة. وهذه الجوانب هي:
 - أ- الأداء الفعلي للأعمال.
 - ب- نوعية السلوك والتصرفات التي تصدر من القائم بالعمل وتكون ذات صلة بأداء هذا العمل وبالواجبات الوظيفية.
 - ج- مدى تمتع العامل المقاس بكفاءته بالحس الإقتصادي في تشغيل ما تحت يده من موارد وتمتعه بالخلق.

3. أن قياس هذه القدرة (الكفاءة) يجب أن يغطي فترة زمنية محددة ومعروفة ومتفق عليها قد تكون سنة أو اقل.

4. أن تقدير درجة الكفاءة يعتبر أداة لتقويم العاملين سواء كانوا من القادة أو غيرهم حيث يتم من خلالها التعرف على مدى تلائم أدائهم الفعلي وسلوكهم وتصرفاتهم وعلاقتهم مع متطلبات تحقيق الأهداف الوظيفية.

ثانياً: أبعاد الكفاءة: للكفاءة ثلاث أبعاد هي: (ثابت إدريس، 2002: 201)

1) **الدراية:** هي مجموعة المعلومات المستوعبة والمدججة في إطار مرجعي يسمح للمنظمة بقيادة أنشطتها والعمل في إطار خاص.

2) **الدراية الفنية:** هي القدرة على التصرف بصفة ملموسة حسب الأهداف المحددة مسبقا، ويرى هذا النوع من المعرفة غير قابلة للتحويل حيث يتم بناؤه فرديا باعتباره مميزا لصورة الذات.

3) **الدراية الذاتية** تتمثل في مجموعة السلوكيات والمواقف والمميزات الشخصية المرتبطة بالعامل والمطلوبة عند ممارسة النشاط المعني.

ثالثاً: طرق قياس الكفاءة

هناك أساليب عديدة لقياس كفاءة الأداء أهمها الأساليب الثلاثة التالية: (الشماع، 2000: 132)

1. أسلوب مقارنة الإنتاج الفعلي للعاملين بالمعايير أو المعدلات الموضوعية للأداء:

أي تقدير وحدات العمل اللازم لإنجازها بمستوى معين من الجودة في وحدة زمنية معينة، ساعة، أسبوع، شهر... إلخ، ويعتمد وضع معدلات الأداء على دراسة العمل القائمة باختيار الطريقة الأفضل (Time and Motion study) على دراسة الحركة والزمن التي تضمن اختزال الحركات الزائدة بما يكفل أداء العمل في أقصر وقت ممكن وتحديد الخطوات السليمة لأداء العمل ويستعان عادة في ذلك بخرائط تصور خطوات سير العمل.

وتوضع معدلات الأداء بالنسبة للأعمال القابلة للقياس الكمي في صورة وحدات عمل كمية مثل عدد الصفحات التي تكتب على الآلة الكاتبة في وحدة زمن محددة وبالنسبة للأعمال الإشرافية والقيادية والأعمال الذهنية والإدارية عموماً يصعب تحديد معدلات الأداء، لذلك تتغير إلى أهداف ينبغي تحقيقها وتتخذ أشكالاً مختلفة منها:

-لا يتجاوز العمل وقتاً معيناً.

-لا يتجاوز الإنفاق على النشاط قدراً معيناً من المال.

-أن يصل مستوى الخدمة إلى درجة معينة من الجودة أو الانتشار الجغرافي.

-أن يتحقق معدل نمو معين في النشاط.

-إن اتخاذ معدلات الأداء، كأساس لقياس كفاءة العاملين يمثل أسلوباً بسيطاً ومقبولاً ويوفر أساساً

موضوعياً لتحديد درجة صلاحية الفرد في أداء عمله (الشماع، 2000).

2. أسلوب الإختبارات الدورية:

وتعتبر من أهم الطرق العلمية الحديثة المستخدمة في الكشف عن الخصائص المختلفة للفرد والمحددة لدرجة نجاحه في أداء العمل المسند إليه، ومدى تعامله مع الزملاء والرؤساء، واتجاهات تفكيره وميوله، وتكون فاعلية الإختبارات أعلى في الإختيار المهني، والترقية، وكل ماله علاقة بقياس كفاءة أداء العاملين.

3. أسلوب التقارير الدورية التي تعد عن كفاءة العاملين:

ويتم إعداد هذه التقارير على نماذج خاصة وفي أوقات زمنية محددة وتكشف عن مدى كفاءة العاملين في أدائهم لأعمالهم في ضوء معايير الأداء إلى جانب الصفات الواجب توافرها في شاغلي الوظائف، أي أن قياس الكفاءة في هذا الإطار يراعي شقين أساسيين هما مدى كفاءة الشخص في أداء العمل وصفاته الشخصي مثل المبادرة وإمكانية الاعتماد عليه وخصائص الشخصية وغيرها من الصفات الأساسية للعمل (وهذا الأسلوب يعتبر أكثر شيوعاً في مجال الخدمة المدنية).

رابعاً: عناصر تقدير كفاءة الأداء: تنقسم هذه العناصر إلى نوعين أساسيين هما: (المقاطعي، 2010)

أ -عناصر تكشف عن مساهمات الشخص في مجال العمل مثل: كمية الإنتاج، دقة ومهارة الأداء، وما

حققه من أهداف، مدى ارتفاعه إلى مستوى المسؤولية وغيرها.

ت- عناصر تكشف عن صفات الشخص أو خصائصه مثل: المبادرة، درجة الإعتماد عليه، التعاون، الشخصية، الإتجاهات نحو المشروع والعمل والعاملين، الولاء، المواظبة، الحماس، والقيادة.

الفرع الثاني: الفعالية Effectiveness

أولاً: ماهية الفعالية:

تعرف الفعالية لغوياً بأنها: "القدرة على التأثير، كما أن الشيء الفعال هو الشيء المؤثر والذي يترك أثراً، أي أثراً إيجابياً على الأداء الكلي للمنظمة وإلا فلا يكون فعالاً (صالح بن نوار، 2006: 84) بينما إصطلاحاً: فتشير إلى "قدرة التنظيم على تحقيق الأهداف المتوخاة من إنشائه، إضافة إلى أنها تشير إلى مؤشرات نوعية تتمثل أمثاساً في القدرة على النجاح في تحقيق الأهداف" (نحاة قريشي، 2006: 49). كما عرفت الفعالية على أنها: "درجة أو مستوى التميز في تحقيق الأهداف على مدى حياة المنظمة ويرى Peter Drukers أن الفعالية هي: "تحقيق المنظمة للأهداف المحددة بالإضافة إلى الإختيار الجيد لهذه الأهداف" (عبدالحق القنيعي، 2006: 104). الفعالية تتعلق بأهداف المؤسسة ونتائجها وبالتالي هي نسبة المخرجات الفعلية إلى المخرجات المتوقعة وذلك حسب الصياغة التالية:

$$\text{الفعالية} = \frac{\text{المخرجات الفعلية}}{\text{المخرجات المتوقعة}}$$

مما تقدم يمكن القول أن الفعالية مرتبطة بمدى تحقيق الأهداف والغايات، أي أن كل ما كانت الأهداف والغايات التي تحققت في المؤسسة مقتربة مما هو مخطط له كلما كانت فعالية المؤسسة مرتفعة، وكلما كان الأهداف المحققة بعيدة عن الخطط المحددة كلما كانت فعالية المنظمة متدنية.

ثانياً: صور الفعالية: للفعالية صور متعددة وهي كالتالي: (سعيد المصري، 2001: 236)

4. الصورة الاقتصادية: وهي الصورة المعتمدة من قبل المسيرين وتأخذ الأشكال الآتية:

أ- درجة تحقيق الأهداف.

ب- مكانة المنظمة في قطاع النشاط من زاوية المنافسة.

ج- نوعية المنتجات والخدمات المقدمة من طرف المنظمة.

5. الصورة الاجتماعية: وهي الصورة المعتمدة من قبل الأفراد في المنظمة كأطراف فاعلة وليس فقط

كعوامل إنتاج وتأخذ الأشكال الآتية: (المصري، 2000: 236)

أ- المناخ الاجتماعي في المنظمة.

ب- طبيعة العلاقات الاجتماعية القائمة داخل المنظمة.

ج- النشاطات الاجتماعية للمنظمة في بيئتها.

6. الصورة التنظيمية: وترتبط بالبناء التنظيمي للمنظمة وتأخذ الأشكال التالية:

أ- التفاعل بين الهيكل الرسمية ومعالم التنظيم القائم والعلاقات غير الرسمية التي تنشأ داخل المنظمة.

ب- مرونة الهيكل، وتعني قدرة الهيكل التنظيمي على الاستجابة والتكيف مع قيود البيئة الخارجية وإمكانية التحكم فيه.

ج- العلاقة بين المصالح باعتبار أن لكل مصلحة طريقة عمل وأهداف خاصة.

ثالثاً: العوامل المؤثرة في الفعالية

هناك عدة عوامل لها تأثير على فعالية المنظمة ونذكر منها: (المصري، 2000: 236)

أ- درجة التخصص في المنظمة.

- ب- مدى التقيد بالنظم والإجراءات التي تحدد السلوك داخل المنظمة.
- ج- التنسيق على المستويين الرأسي والأفقي.
- د- وحدة سلطة القيادة، والتي تؤدي إلى عدم وجود مواقع قرار متعددة.
- هـ- درجة التفويض، حيث يجب أن تكون بشكل متزن بين مختلف المستويات الإدارية.
- و- اعتماد المركزية واللامركزية حسب حاجة المنظمة دون تشدد أو تساهل.
- ز- التعامل مع البيئة الخارجية ونظام الضبط الذاتي للمنظمة الذي يمكنها من معالجة أخطائها أثناء التفاعل مع بيئتها.
- ح- امكانية تعبئة الموارد، ودرجة الحرفية التي تتميز بها المنظمة، إضافة إلى قدرة المنظمة على التكيف والاستجابة لمختلف التغيرات على مستويات بيئتها.
- ط- نظم الرقابة والمتابعة المعتمدة من طرف المنظمة.
- ي- أساليب وتكنولوجيا الإنتاج (كثافة رأس المال أو العمالة).
- لقد حظيت عملية قياس كل من الكفاءة والفعالية باهتمام كبير من قبل الباحثين والممارسين للتنظيم والإدارة وتحديد مسارها المستقبلي.
- 1- طرق قياس الفعالية:** تعد عملية قياس الفعالية التنظيمية من القضايا الصعبة والمحاطة بالمشاكل والصعوبات نظرا لعدم وجود فلسفة شاملة لقياسها وهذا راجع لإختلاف الزوايا المنظور منها للفعالية لذلك سنتطرق إلى المداخل التي درست الفعالية، ومؤشرات ومعايير قياسها.

2-معايير قياس الفعالية: لا توجد معايير محددة وثابتة لقياس الفعالية وهنا تكمن صعوبة ضبطها

بدقة، إلا أن الباحث توصل من خلال دراسته للفعالية إلى إيجاد ثلاثين معيار استخدمت لقياس الفعالية

وهي: (بلقاضي: 2010)

- أ- الفعالية العامة.
- ب- الإنتاجية.
- ج- الربحية.
- د- الجودة.
- هـ- حوادث العمل.
- و- المهارات العلمية للمدراء.
- ز- إدارة المعلومات والاتصالات.
- ح- الاستفادة من البيئة.
- ط- التقييم الخارجي.
- ي- الاستقرار.
- ك- تكلفة الإدارة.
- ل- برامج التكوين والتطوير.
- م- مدى المشاركة من قبل أعضاء المنظمة في اتخاذ القرارات.
- ن- النمو.
- س- معدل التغيب.
- ع- دوران العمل.

- ف- الرضا الوظيفي .
- ص- التحفيز والدافعية .
- ق- الروح المعنوية .
- ر- الرقابة .
- ش- المرونة والتكيف .
- ت- التخطيط .
- ث- تمتع المؤسسة بالشرعية والقبول من طرف المجتمع من خلال القيم والثقافة السائدة بها وانسجامها مع قيم المجتمع .
- خ- التطابق في الأدوار وقواعد السلوك والاتفاق حول مجموعة من المسائل كالتعويض مثلاً .
- ذ- مدى تحقيق التماسك والتنسيق والتعاون بتصميم شبكة اتصال فعالة .
- ض- التركيز على الاجاز (المصري، 2000: 236)

الفرع الثالث: الإنتاجية:

تقوم الوحدات الإنتاجية في عصرنا الحالي بمحاولات جادة لزيادة الطاقة الإنتاجية وتحسين معدلاتها، حيث أصبح دور الإنتاجية في زيادة الرفاهية على المستوى الوطني أمراً مهماً على الصعيد العالمي، ولا يخفى أن الإنتاجية تعتبر من المصادر الرئيسية للنمو الإقتصادي في كل بلد سواء كان متقدماً أو نامياً.

أولاً: مفهوم الإنتاجية:

كان مفهوم الإنتاجية غامضاً، وغير محدد، حتى قام الإقتصادي المجري روستاس (Rostas) بنشر دراسته الشهيرة عن الإنتاجية في الصناعات الأمريكية والبريطانية والتي أثارت اهتمام العديد من الدارسين،

وشكلت نقطة البداية للعديد من الأبحاث والدراسات عن الإنتاجية وقياسها والعوامل المؤثرة فيها (العلي، 1983)، وعلى الرغم من كثرة الأبحاث والدراسات التي قدمت خلال السنوات الأخيرة والتي أدت إلى تسليط الضوء حول جوانب مهمة لمفهوم الإنتاجية، مما أدى إلى ظهور عدة تعاريف للإنتاجية، ولكن العموض حول مفهومها لا يزال موجودا.

تختلف الإنتاجية باختلاف القصد من المفهوم، هل يقصد بالإنتاجية كونها علاقة ممثلة بين المخرجات والمدخلات أم يقصد بها قياس مدى النجاح في إنجاز مهمة معينة أم هل هي مؤشر من مؤشرات الكفاية الفعلية، ويؤثر إختلاف المفهوم تبعاً لتعدد طرق قياس الإنتاجية وفي مدلولها من حيث المحتوى الإقتصادي أو من وجهة نظر الفكر الإداري (القيفي، 2006).

إن مفهوم الإنتاجية غالباً ما "يختلط بمفاهيم أخرى مثل الكفاءة Efficiency والذي يعني النسبة من موارد المنظمة (المادية والبشرية) التي تساهم في الإنتاجية أثناء عملية التصنيع، والفاعلية Effectiveness وتعني استعمال موارد المنظمة بمقدار تحقيق هدف المنظمة أي (تحقيق النتائج) وهي مفاهيم يمكن تفهمها بسهولة في المنشآت ذات النشاط الإقتصادي والتجاري أكثر من المنشآت غير الربحية والتي يصعب فهمها دون الأخذ في الحسبان الآثار الاجتماعية، والإقتصادية الناتجة عن نشاط المنظمات أو الهيئات أو المصالح الحكومية؛ بمعنى تناولها بشكل كلي وليس بشكل جزئي مع الأخذ في الاعتبار أن مفهوم الإنتاجية مركب ومتداخل تتفاعل المحددات فيما بينها أو هي ذات طبيعة تفاعلية مما يجعله من المفاهيم التي يصعب تحديدها شأنها في ذلك شأن الرضا الوظيفي. يمكننا دراسة تعاريف الإنتاجية وتجميعها في

ثلاثة مجموعات كما يلي: (المصري، 2000: 236)

1. الإنتاجية كنسبة بين المخرجات والمدخلات: يقول الإقتصادي الفرنسي Albert Aftalion أن الإنتاجية هي النسبة بين الإنتاج الإجمالي المحقق في وقت محدد وعوامل الإنتاج المستخدمة. ويقول Solomon Fabricant أن الإنتاجية هي إنتاج رجل/ ساعة مع الأخذ في الاعتبار عنصر الجودة. ويقول John Kendrick أن الإنتاجية هي نسبة الإنتاج الحقيقية إلى كمية المدخلات المادية الحقيقية (صلاح محمد عبد الباقي، 2001: 15).

2. الإنتاجية كدرجة من درجات الكفاءة: يقول Bell أن الإنتاجية هي مقياس لدرجة الكفاءة التي على أساسها تتحول المواد إلى سلع (Bell: 1987). ويقول Solomon Fabricant أن الإنتاجية هي مقياس لكفاءة تحويل الموارد إلى السلع والخدمات التي يحتاجها الإنسان. ويلاحظ هنا أن الإنتاجية مسألة نسبية تعبر عما أنتج فعلاً، منسوبة إلى مقياس نظري لما يجب أن يكون قد أنتج (Solomon Fabricant: 1984).

3. الإنتاجية ككفاءة استخدام الموارد: تعرف منظمة التعاون والتنمية الإقتصادية (OECD) بباريس الإنتاجية بأنها "مدى استخدام الموارد طبقاً لمقاييس معينة" (المنظمة الأوروبية للتعاون الإقتصادي، 1955). كما يعرف Bently الإنتاجية بأنها تحسن مستمر في كفاءة التنظيم الناتج عن الاستعمال الكفء للموارد والعمالة والآلات المتاحة" (Bently، 1994: 236).

ثانياً: أنواع الإنتاجية: حسب توفيق (2006)

أ- الإنتاجية الكلية: تمثل الإنتاجية الكلية العلاقة بين حجم الإنتاج وبين الموارد الإنتاجية التي استخدمت في الحصول عليه وبمعنى آخر نسبة المخرجات output إلى المدخلات input، فليست الإنتاجية حسب مضمون هذا التعريف سوى النسبة الحسابية بين كمية المخرجات من السلع والخدمات التي أنتجت خلال فترة زمنية معينة وكمية المدخلات التي استخدمت في تحقيق هذا القدر من الإنتاج.

ب- الإنتاجية الجزئية: تدور معظم الأبحاث والدراسات حول إنتاجية عناصر الإنتاج البشرية وعناصر الإنتاج المادية كل على حدة وبمعنى آخر تقوم الأبحاث على أساس دراسة الإنتاجية الجزئية كإنتاجية العمل وإنتاجية رأس المال وإنتاجية الخامات وإنتاجية الآلات حيث أن العوامل التي تؤثر على كل منها مختلفة.

ج- الإنتاجية الحدية: تمثل الإنتاجية الحدية العلاقة بين مقدار التغيير في المخرجات ومقدار التغيير في المدخلات، أي تغيير المخرجات مع تغيير المدخلات بمقدار وحدة واحدة. ولاحتسابها يتطلب الأمر بناء نماذج إقتصادية متكاملة للتوصل إلى معرفة مدى تأثير إضافة وحدة من العمل أو أي عنصر آخر على الإنتاج.

ثالثاً: أهمية الإنتاجية:

1. أهمية الإنتاجية على مستوى المنشأة: تعتبر الإنتاجية مؤشراً مهماً للحكم على مستوى كفاءة الإدارة، وكيفية استغلالها للموارد المتاحة من أجل الحصول على أفضل النتائج. وعلى ذلك فإن زيادة الإنتاجية يعني إمكانية زيادة أجور العاملين، وإدخال التقنيات الفنية الحديثة لتطوير المنتج، ورفع المعدل المهاري للعمال، أي بمعنى محاولة الإدارة استغلال الموارد المتاحة لها الاستغلال الجيد، أما الفوائد التي تحققها زيادة الإنتاجية على مستوى المنشأة فهي كالتالي: (المصري، 2000: 236)

أ- تحقيق الأرباح وزيادة القدرة على الاستثمار بتمويل ذاتي.

ب- توسيع نطاق السوق عن طريق تقديم المزيد من السلع والخدمات.

ج- الإستخدام الكفاء للطاقات الإنتاجية ومن ثم خلق فرص للتوظيف والتشغيل.

د- زيادة مرتبات وأجور العمال، وبالتالي النهوض بمستوى المجتمع ككل.

2. أهمية لإنتاجية على مستوى الفرد: تعكس النتائج المترتبة على رفع مستوى الإنتاجية مدى

مساهمة الفرد في العمل الذي يقوم به، ومقدار الجهد والعرق الذي يعمل به، أي كلما انخفضت إنتاجية

الفرد فإن ذلك يعني نقصا في الدخل وبعضا من الآثار النفسية الأخرى كعدم رضا رؤسائه عنه.

3. أهمية الإنتاجية على مستوى المجتمع: تعتبر الإنتاجية من أهم المؤشرات للحكم على مدى

رفاهية المجتمع، وذلك عن طريق ما تقدمه من سلع وخدمات لأفراد المجتمع، من حيث الكمية والجودة

ومدى مقابلتها لتوقعات المستهلكين وتوقيت الوصول إليهم، هذا بالإضافة إلى أن ارتفاع الإنتاجية يعني

استغلال موارد المجتمع البشرية والمادية التي تتميز بالندرة النسبية (عبد الوهاب، 1984).

ويتضح مما سبق أن الإنتاجية تعد من المؤشرات الرئيسية في تنظيم حياة المجتمع، كما أنها أداة مهمة في

توزيع ثروة البلد على صعيدي الإنتاج وتوجيه الموارد.

الفرع الرابع: الرضا الوظيفي:

بذلت محاولات متعددة لتحديد مفهوم الرضا الوظيفي، ولعل من التحديدات المبكرة لهذا المفهوم تحديد

سوبر Super حيث كان يرى أن رضا الفرد عن العمل يتوقف على المدى الذي يجد فيه منفذا مناسبة

لقدرته وميوله وسمات شخصيته وقيمه، كما يتوقف أيضا على موقعه العملي وعلى طريقة الحياة التي

يستطيع بها أن يلعب الدور الذي يتمشى مع نموه وخبراته (super، 1953: 156).

ثم جاء جنسبرج Ginzberg وزملاؤه بتحديدهم لثلاثة أنواع مختلفة للرضا عن العمل: أولها عوامل الرضا الداخلية، وهي تلك التي تأتي من مصدرين، هما: السعادة التي تستمد من حيث نشاط العمل (السعادة الوظيفية)، والإحساس بالإنجاز الذي يخبره الفرد من مقابلة مستويات اجتماعية للنجاح، ومن تحقيق الشخص لقدرته أثناء عملية الإنجاز. وثانيها المرضيات المصاحبة التي ترتبط بالظروف الفيزيائية والنفسية لعمل الفرد، مثل نظافة مكان العمل والتهوية والاستمتاع برفاق العمل وغيرها، وثالثها المرضيات الخارجية، وهي المكافئة والأجور والعلاقات. وقد أشار هينزبيرق Hinzberg وزملاؤه إلى أن المهم ليس هو كم هذه المرضيات فحسب وإنما هو كم حجم تلك المرضيات في علاقته بتوقعات الفرد، بإعتبارها وظيفة لقيمه وأهدافه (Hinzberg, 1988).

وقدم Bullock تعريفاً للرضا الوظيفي من خلال سياق تنظيم العمل والنظام الاجتماعي، فالرضا الوظيفي من وجهة نظره: الجاه يعتبر محصلة للعديد من الخبرات المحبوبة وغير المحبوبة المرتبطة بالعمل، ويكشف عن نفسه في تقدير الفرد للعمل وإدارته، ويستند هذا التقدير بدرجة كبيرة على النجاح الشخصي أو الفشل في تحقيق الأهداف الشخصية، وعلى الإسهامات التي يقدمها العمل وإدارة العمل في سبيل الوصول إلى هذه الغايات. ولهذا فإن الفرد قد يجب بعض أشكال العمل، وبنفس القوة يكره غيرها، ويرى بلك Bullock أن العوامل التي تشكل الرضا توجد في الضغوط الاجتماعية، وتأثيرات الهيكل الإداري الرسمي، والبناء غير الرسمي لجماعات العمل (Bullock, 1984: 29).

كما بذلت محاولات أخرى من أساتذة وكتاب الإدارة العرب لتحديد مفهوم الرضا الوظيفي، فيرى (بدر، 1983: 85) أن الرضا الوظيفي هو عبارة عن الحالة التي يتكامل فيها الفرد مع وظيفته وعمله فيصبح إنساناً تستغرقه الوظيفة ويتفاعل معها من خلال طموحه الوظيفي والرغبة في النمو والتقدم، وتحقيق الأهداف المادية والاجتماعية، وهذا التفاعل قد يكون إيجابياً بين الفرد وعمله، وعندها يتحقق

الرضا عن العمل، وقد يكون سلبياً، وعندها يشعر الفرد بعدم الرضا عن العمل الذي يقوم به نتيجة لعوامل مادية أو معنوية. وأيضاً بذلت محاولات عديدة من الكتاب أوردها لنا كامل والبكري، نستعرض منها الآتي: (بدر، 1983: 88)

1. الرضا عن العمل عبارة عن مجموعة الاهتمامات بالظروف النفسية والمادية والبيئية التي تسهم متضافرة في خلق الوضع الذي يرضى به الفرد، وتحمله على القول بصدق " إنني راض عن وظيفتي " .
 2. الرضا عن العمل هو حصيلة العوامل المتعلقة بالعمل التي تجعل الفرد محباً له مقبلاً عليه في بدء يومه دون أية غضاضة. وقد ركز هذا التعريف على العوامل المحيطة بالعمل وأهم العوامل الشخصية للفرد ذاته وتأثيرها عليه.
 3. الرضا أو عدم الرضا عن العمل يتوقف على اتجاهات الفرد المختلفة التي يمارسها تجاه عمله وتجاه العوامل المرتبطة به وتجاه حياته بشكل عام. وهذا التعريف يجعل الشعور بالرضا مرهون كلية باتجاهات الفرد الشخصية التي تختلف حسب اختلاف مستوى الإدراك والخبرة الفردية والشخصية المتميزة للفرد.
 4. الرضا عن العمل عبارة عن درجة شعور الفرد بمدى إشباع الحاجات التي يرغب في أن يشبعها من وظيفته، من خلال قياسه بأداء وظيفة معينة.
- حيث إن درجة الرضا تتوقف على مقدار الحاجات التي يرغب الفرد أن يشغلها، وذلك من خلال عمله في وظيفة معينة، وما تشبعه هذه الوظيفة من حاجاته الفعلية. ورغم أن هذا التعريف قد أشار إلى أهمية الإشباع الفعلي للحاجات الفردية من خلال الوظيفة، فإنه لم يذكر شيئاً عن مدى تأثير العوامل الفردية على تكوين أو قصور هذه الحاجات، وكذلك العوامل المحيطة بالعمل التي تؤثر على درجة الرضا (كامل والبكري، 1990: 79).

وعالج آدامز ADAMS موضوع الرضا الوظيفي من حيث علاقته بالحوافز، حيث يرى أنه يمكن أن يتم تحديد الرضا من خلال إيجاد التوازن بين المدخلات الجهود المبذولة في العمل النتائج التي يحققها الموظف من العمل؛ فإذا تحقق هذا التوازن، فإن ذلك يؤدي إلى حالة من الشعور بالرضا لدى العاملين، وإذا لم يتحقق ذلك التوازن، فإن هذا يخلق حالة من الشعور بعدم الرضا الوظيفي (ADAMS، 1981: 18).

ثانياً: أهمية الرضا الوظيفي:

يعد العنصر البشري اللبنة الأساسية التي تبنى عليها المنظمات على اختلافها. فهو الذي يرسم أهدافها ويخطط للوصول إليها وينفذها؛ وبالتالي فإن انحرافه بلا شك سوف يؤثر على المنظمة مما يعيق تحقيقها للأهداف الموضوعية ويعطل مسيرتها. وإذا كان من السهل على المنظمة توفير الموارد المادية إلا أنها قد تعجز أحياناً عن الحصول على الموارد البشرية الراجعة في العمل والإنتاج أو الحفاظ عليها واستغلال طاقتها الكامنة.

لذلك نال موضوع الرضا عن العمل اهتمام الفكر الإداري والفكر الاجتماعي على السواء حيث كان عدد البحوث التي تناولت الرضا الوظيفي حتى عام 1976 يفوق ثلاثة آلاف بحث. ويرجع هذا الاهتمام إلى أن معظم الأفراد يقضون جزءاً كبيراً من حياتهم في العمل، كما يرجع أيضاً إلى الاعتقاد السائد بأن "الرضا عن العمل يؤدي إلى زيادة الإنتاج" (القبلان، 1412: 103).

وتظهر أهمية الرضا الوظيفي في ارتباطه بالعنصر البشري الذي يعد الثروة الحقيقية والمحور الرئيسي للإنتاج في المنظمات الإدارية التي تظل معطلة مهما بلغ تطورها إذا لم يتوفر لها العقل البشري الذي يديرها ويحركها.

كما أن أهمية الرضا الوظيفي تكمن في أن هذا الموضوع يتناول احساس الإنسان العامل سواء كان مديرًا أو موظفًا أو عاملاً صغيرًا تجاه مؤثرات العمل الذي يؤديه والظروف التي يعمل فيها، والبيئة المحيطة به (العديلي، 1416: 189).

ثالثاً: العوامل المؤثرة في الرضا الوظيفي:

أن الرضا يتحدد بتأثير العائد الذي يتحص عليه العامل من وظيفته في المؤسسة وما تحقق له من إشباعات، وأيضًا بإدراكه لعدالة هذه العوائد، فالرضا عن العمل يتحدد بتفاعل عاملين وهما: مقدار الإشباعات التي يحصل عليها الفرد والتي تكون وظيفته مصدرًا لها، وأيضًا بإدراكه لعدالة العوائد التي تحقق هذه الإشباعات (عاشور، 1983: 139)

أما العديلي فيرى أن المنظمة التي يعمل فيها الفرد تعد من أهم العوامل التي تؤدي إلى الرضا الوظيفي. حيث يتوقف الرضا الوظيفي على فهم العلاقة بين العامل والمنظمة، كما أن نجاح المنظمة وفعاليتها يتوقفان على قدرتها على المزاوجة بين متطلبات وحاجات وتوقعات العاملين بها. ويرى أن عملية الدوافع والحوافز والرضا الوظيفي عملية سلوكية متداخلة يؤثر بعضها في البعض الآخر، وتتأثر بالعوامل التالية:

البيئة العامة، وخصائص المنظمة، وخصائص الفرد، والإنجاز (العديلي، 1406: 225)

رابعاً: بعض النظريات المفسرة للرضا الوظيفي:

1. نظرية تدرج الحاجات:

قام عالم النفس الأمريكي ماسلو MASLOW في عام 1943 م بتقديم نظرية عن الحاجات الإنسانية وترتيبها في مدرج هرمي حسب درجة إشباعها. وتعد هذه النظرية هي نقطة البداية للمنظمة لدراسة

موضوع الدافعيه، فدوافع الفرد عبارة عن حاجات تظهر متتالية، وفقاً لمدرج هرمي مقسم إلى خمسة

مستويات حسب أهميتها، وهي: (Maslow: 1943)

أ- الحاجة الأساسية المادية (حاجات الطعام والسكن والجنس).

ب- الحاجة إلى الأمن والضمان (وهي حاجات الضمان والدخل).

ج- الحاجة إلى الصداقة والعلاقات (وهي حاجات الحب والعطف والعلاقات).

د- الحاجة إلى الاحترام (وهي حاجة الشهرة والأهمية والاحترام والحرية).

الحاجة إلى إثبات الذات (وهي حاجات تحقيق الأهداف والنمو النفسي وتحقيق الذات). ويرى ماسلو

أنه على قدر تلبية تلك الحاجات يتحدد مستوى الرضا لدى الفرد (العديلي، 1406: 47 - 48، كامل

والبكري، 1990: 80).

2. نظرية الدرڤير (Alderfer Theory):

نتيجة للإنتقادات التي وجهت إلى نظرية ماسلو "فقد بذل العديد من العلماء جهوداً للحد من عيوب

نظرية ماسلو وكان من أوائل هؤلاء العلماء الدرڤير Alderfer الذي اقترح استبدال مستوى الحاجات

لدى ماسلو من خمسة مستويات إلى ثلاثة وعرفت نظريته بالرموز (E. R. G) وهي على النحو التالي:

أ- **حاجة البقاء (Existence Need):** وهي من الحاجات الضرورية التي يعمل الإنسان على تحقيقها

لضمان بقاء حياته ويتم إشباعها من خلال عوامل البيئة. مثل الحاجة الفسيولوجية، وحاجات

الأمن، كالحاجة إلى الطعام والمأوى.

ب- **حاجة الارتباط (Relatedness Need):** وهي عبارة عن درجة ارتباط الفرد مع البيئة المحيطة،

والعلاقة القائمة ما بين الفرد وأفراد المجتمع الذي يعيش فيه "العلاقات الشخصية".

ج- حاجات النمو (Growth Need): وهي ما يتصل بتطور قدرات الإنسان واستعداداته بما في

ذلك الحاجة إلى التقدير وتحقيق الذات أي المستوى الأعلى عند ماسلو، وبالرغم من اتفاهه مع

ماسلو في تدرج الحاجات إلا انه يختلف عنه في أمرين أساسيين هما:

- أن الإنسان عندما يفشل في الوصول إلى الحاجة العليا فإن ذلك يدفعه للوصول إلى

الحاجة الدنيا بينما تقتصر نظرية ماسلو على أن الفرد يسعى لتحقيق حاجة واحدة في وقت

واحد فإن الدفء يرى أن الفرد يمكنه تحقيق حاجتين في وقت واحد

- وقد تميزت هذه النظرية بسهولة وبساطة افتراضاتها. وتعتبر هذه النظرية رد فعل لما قدمه

ماسلو من حيث محاولة تحسينها وتطويرها بشكل أفضل وأن كانت في مجملها تعبر عن فكرة

واحدة في أن محرك العمل والإنتاج والرضا لدى العاملين هو مدى إشباع الحاجات لديهم.

3. نظرية العاملين لهيرزبرج (Herzberg):

تقوم نظرية هيرزبرج على فكرة أساسية مفادها أن هناك عوامل أو مؤثرات دافعة يؤدي وجودها إلى

الشعور بالرضا لدى العاملين، وتمثل تلك العوامل في: الاعتراف والتقدير الذي يحظى به العامل،

والشعور بالإنتاج في العمل، والتقدم والنمو في العمل، والمسؤولية، والعمل نفسه. وهذه العوامل سوف

تخلق لدى الفرد الحافز للعمل والسلوك السليم وهذا ما سماه هيرزبرج بالعوامل الدافعة.

كما أن هناك مجموعة أخرى من العوامل التي يمنع وجودها حالة عدم الرضا، ولكنها لا تزيد من رضا

العاملين إذا وجدت، وهي عوامل متعلقة بمحيط الوظيفة أو بيئتها، كأنظمة وإجراءات المنظمة، والعلاقة

مع الرؤساء والزملاء، والراتب، وظروف العمل المادية، والضمانات في العمل، والحالة الاجتماعية من

تقدير واحترام. وقد سمي هيرزبرج هذه المجموعة بالعوامل الصحية أو العوامل الوقائية (ماهر، 2003:

229). وقد شاع استخدام نظرية هيرزبرج في كثير من أبحاث الرضا الوظيفي منذ عام 1959 م حيث

ساهم في نظرية الرضا عن العمل مساهمة جيدة وملموسة عندما أكد على أن النمو النفسي يساهم في تحقيق الرضا عن العمل وأن فرص ذلك النمو تتحقق من خلال العمل الذي يؤديه الفرد (كامل، 1990: 82)

4. نظرية العدالة:

أظهرت دراسة أدمز (adams 1963) عن الرضا الوظيفي والأداء في العمل أن المساواة في الأوضاع المهنية تعد أهم محددات الرضا الوظيفي. ويعرف أدامز المساواة على أنها المقارنة بين إدراك الفرد لمعدل أدائه وما يترتب على هذا الأداء من نتائج مع معدل أداء زميل له، وما يترتب على أداء ذلك الشخص من نتائج. ويترتب على عدم التساوي بين محصلة الأداء والنتائج للفرد مع محصلة الأداء والنتائج لفرد آخر سواء كان هذا التساوي في الدخل أو الامتيازات أو فرص الترقى، إلى غير ذلك من مظاهر عدم الرضا الوظيفي ويؤدي ذلك بالتالي إلى أن يخفض الفرد من إنتاجيته أو يزيد غيابه عن العمل، إلى غير ذلك من التصرفات، وتشير المدخلات في نظرية العدالة إلى جوانب: الجهد، والمهارات، والمعرفة، وأداء المهام التي يجيء بها الفرد أو يوظفها في عمله، فيما يشير العائد أو النتائج إلى تلك المكافآت التي تنتج عن إنجاز المهام كالراتب والترقية والتقدير والشعور بالإنجاز والمركز وهي عملية مكونة من ثلاث خطوات، وهي:

أ- مقارنة النتائج والمدخلات بين الشخص موضوع المقارنة والشخص المراجع.

ب- إتخاذ القرار: حيث أن المساواة = الرضا، وعدم المساواة = عدم الرضا.

ج- السلوك المدفوع لتخفيف عدم الإنصاف أو التفاوت.

ويقول أدامز أن الفرد يعمل على مواجهة عدم المساواة التي يشعر بها وبطرق مختلفة حتى يحقق عنده

خفض شعور عدم المساواة أو العدالة وذلك على النحو التالي:

1. تقليل مستوى مدخلاته بالعمل ساعات أقل، وبالتالي يحقق المساواة بزملائه.

2. المطالبة بزيادة الراتب والحوافز والترقيات.

3. الانتقال إلى عمل آخر أو ترك العمل بالمنظمة.

وعلى العموم تعتبر نظرية العدالة ذات جاذبية خاصة بالنسبة للمديرين على الرغم من أوجه القصور الكافية فيها، فكم هي المرات التي يتعرض فيها الموظف لمواقف تجعله يعتقد أن المكافآت التي يتلقاها نظير جهده لم تكن مناسبة إذا ما قارن بينه وبين الآخرين. وعلى ضوء ذلك يصبح فهم الإسلوب أو الوسيلة التي تخفف حالة اللامساواة من أهم المهارات التي يتعين على المديرين تنميتها.

5. نظرية التوقع: Expectance theory

قدم فيكتور و فروم Vector & yroom نظرية التوقع التي تقوم على افتراض أن الإنسان يجري مجموعة من العمليات الذهنية (التفكير) (والتي ترى أن دافعيه الفرد لأداء عمل معين هي محصلة للعوائد التي يحصل عليها الفرد أو شعوره واعتقاده بإمكانية الوصول إلى هذه العوائد" والعلاقة المدركة بين الجهد والأداء والحوافز المستلم مقابل الأداء.

$$\text{التوقع} \times \text{الجذب قوة} = \text{للأداء الدافع}$$

بمعنى أن الدافع للعمل هو عبارة عن تقدير احتمالي لمقدار ما يحصل عليه من منفعة ومقدار ما كان يتوقع الحصول عليه نتيجة لأدائه. وتتم هذه النظرية بدافع الفرد والمنظمة على حد سواء. وانطلاقاً من النظرية فإن الأفراد يصدرن أحكامهم على أساس تجاربهم ومدى إدراكهم لبعض الأمور المحيطة بهم "النتائج المتوقعة"، وبالتالي فهو عبارة عن مقارنة بين الكلفة والعائد فإذا كانت متساوية فإن الأفراد يسعون لبذل جهد أكبر ويمكن أن يكونوا راضين. وتعتمد النظرية على مايلي:

أ- معرفة العامل بان جهده يؤدي إلى مستوى أداء معين.

ب- معرفة العامل ان ادائه يؤدي إلى نتيجة محددة.

ج- قبول ما يعود عليه مادياً مرتبط بتيجة أدائه.

الفرع الخامس: رضا المرضى

أن الرضا والسرور الكبير عن الخدمة المقدمة، ما هو إلا إنعكاس طبيعي لجودة هذه الخدمة، والذي بدوره يولد ولاء لهذه الخدمة، وملكاً تقديم الخدمة، فالمنظمات المركزة على العملاء والمستفيدين من خدماتها تسعى إلى إيجاد درجة عالية من رضا متلقي خدماتها.

يعرف (Keegan 2003) رضا المريض بأنه "الإتجاه العام للمريض نحو تجربته للرعاية الصحية، ويشمل كل من المظاهر المعرفية والإدراكية والعاطفية من خلال التجربة السابقة" (احمد عباس، 2010). وحدد (Meredit & Wood، 1995) رضا المريض "بأنه المشاعر الإيجابية أو السلبية النابعة من وجهة نظر المريض تجاه الخدمات المقدمة له" (عباس، 2010).

وقد قام (Linder-pelz، 1982) من خلال مراجعة مجموعة من التعاريف لرضا المرضى وصولاً إلى وضع تعريف وهو: التقييم الإيجابي لأبعاد جودة الرعاية الصحية (مذكور، 1998). ويرى (Williams، 1995) أن توقعات المريض حول الرعاية الصحية تعد المسبب الرئيسي لرضائه.

من خلال التعريفات السابقة لرضا المرضى يمكن التعرف على رضا المريض من خلال جودة الخدمة المقدمة له فرضاه عن الخدمة يعني بالتالي جودتها والعكس صحيح فجودة الخدمة تنتج رضا المرضى.

ويستطيع المريض ان يعبر عن رضاه عن الخدمة من عدمه عن طريق تراكم تجاربه الشخصية باستقبال تلك الخدمة وقد يرتبط رضا المريض عن الخدمة بالمستشفى الذي استقبل فيه الخدمة او بالأفراد الذين قدموا له الخدمة والذين قد يكونون ليسو مرتبطين بشكل دائم بمكان الخدمة كالاطباء الزوار مثلاً.

كما أن هناك ثلاثة أسباب رئيسة للإهتمام برضا المرضى من قبل الكوادر التمريضية، وهي: (2005، Fitzpatrick)

1. أن هناك أدلة مقنعة على أن الرضا يعتبر مقياس مهم جداً. إذ أن مؤشر رضا المرضى يعبر عن جودة خدمة الرعاية الصحية المقدمة، وفي حالة عدم الرضا فإن المريض يقوم بتغيير مكان استلام الخدمة.
2. أن رضا المرضى يعتبر مؤشر مهم ومفيد أخذ بالتزايد في تقييم الاتصالات والمعلومات المتداولة بين الطبيب والمريض وهو ما يعطي الثقة والطمأنينة للمريض.
3. يمكن إستخدام التغذية العكسية الراجعة من المرضى بشكل نظامي للإختيار ما بين البدائل المتاحة لتوفير مستوى عال من جودة الرعاية الصحية.

وقد أكد (Williams، 1995)، أن هناك مجموعة من العوامل المهمة والتي تؤثر في رضا المريض، وهي:

أ- توقعات المريض تجاه الخدمات المقدمة إليه.

ب- التجربة السابقة للمريض.

ج- علاقة مقدم الخدمة بالمريض.

د- الإختيار الدقيق لمقدم الخدمة

ويذكر العديد من الكتاب والباحثين أن العوامل المؤثرة، وهي:

- 1- توقعات المريض حول خدمات الرعاية الصحية المقدمة.
- 2- العمر، وهو يتضمن أن المرضى الكبار بالعمر يعطون تقييماً أفضل لمستوى رضاهم عن المرضى صغار العمر.

- 3- طبيعة المرض، فالأمراض التي تتميز بصعوبتها من الممكن أن تؤثر على مستوى رضاه، فيما أن طمأنينة المريض على حالته الصحية تعزز من مستوى رضاه تجاه الزيادة.

4- التجارب السابقة للمريض، إذا أكدت دراسة (Crow،2003) أن تجرّبه المريض في التعامل مع

المؤسسة الصحية يعكس مستوى الرضا لديه.

العلاقات الوطيدة مع المريض، إذ أن الإتصال والتواصل مع المريض خلال مرضه وبعدها تعزز من

مستوى رضاه على المدى البعيد (Fitzpatrick،2005).

5- إختيار مزود الخدمة، إذ يرتبط هذا الإختيار بمستوى الرضا ومستوى جودة الرعاية الصحية.

