



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2 ابو بالقاسم سعد الله

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا

مدرسة الدكتوراه في علم اجتماع المنظمات و الدينامية الاجتماعية و المجتمع

## واقع ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية

دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية العمومية "حسن بادي"

رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير

التخصص : علم الاجتماع التنظيم

اشرافه الدكتور :

إعداد الطالبة:

محمد الرحمان بوزيدة

تقار صبرين

### اعضاء لجنة المناقشة

1. محمد الرحمان بوزيدة "مشرفا"

2. رشيد بوسعادة

3. محيىل نعيمة

السنة الجامعية: 2018/2017م



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2 ابو بالقاسم سعد الله

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا

مدرسة الدكتوراه في علم اجتماع المنظمات و الدينامية الاجتماعية و المجتمع

## واقع ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية

دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية العمومية "حسن بادي"

رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير

التخصص : علم الاجتماع التنظيم

اشرافه الدكتور :

إعداد الطالبة:

محمد الرحمان بوزيدة

تقار صبرين

### اعضاء لجنة المناقشة

1. محمد الرحمان بوزيدة "مشرفا"

2. رشيد بوسعادة

3. محيىل نعيمة

السنة الجامعية: 2018/2017م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
مَنْ كَانَ عَدُوًّا لِلنَّبِيِّ  
فِيهِمْ أَهْلُ الْبَيْتِ  
فَعَدُوًّا لِلَّهِ  
وَاللَّهُ عَدُوُّ  
الْمُشْرِكِينَ

# الاهداء

إلى كل أفراد العائلة

إلى أساتذتي

إلى كل الأصدقاء

أهدي ثمرة جهدي

تقار صبرين

# الشكر

"كُنْ مَالِمًا ، فَإِنْ لَمْ تَسْتَطِعْ فَكُنْ مُتَعَلِّمًا ، وَإِنْ لَمْ تَسْتَطِعْ فَأَحْبِبَّهُمْ ، وَإِنْ لَمْ تَسْتَطِعْ فَلَا تَبْغِضَهُمْ"

بعد رحلة بحث و جهد و اجتهاد تكلفت بانجاز هذا البحث نشكر الله العلي القدير الذي منّ علي بالصبر علي اتمام هذه الرسالة .

اتقدم بجزيل الشكر و العرفان الي سيادة الدكتور "محمد الرحمان بوزيدة" لقبوله الاشراف علي هذه الدراسة و الذي لم يدخر جهدا أو نصيحة ، و الذي له الفضل الكبير بعد الله عزوجل في توجيهاته و استشاراته لانجاز هذا العمل .

كما اتقدم بالشكر الي السيدة "مجنوب" نائبة مدير الموارد البشرية في المؤسسة الاستشفائية "حسن بادي" لتسهيلها لي مهمة تطبيق ادوات الدراسة ، كما لا يفوتني تقديم الشكر و الامتنان للسيد "ايهم علي" و ليلة "الذان كانا المنسق في المستشفى بحيث لم يبخل في تقديم المساعدة و العون لي .

كما اتوجه بالشكر لكل من ساهم من قريب او بعيد في اتمام هذه الدراسة .

إلهم جميعا شكري و امتناني ....

تقار حبرين

# الفهرس

أ	مقدمة.....
	<b>الجانب المنهجي للدراسة</b>
6	تمهيد.....
6	1-اسباب اختيار الموضوع.....
7	2-اهمية الدراسة.....
8	3-اهداف الدراسة.....
9	4-الاشكالية.....
12	5-الفرضيات.....
13	6-تحديد المفاهيم.....
22	7-الدراسات السابقة.....
26	8- المنهج المستخدم و تقنيات البحث.....
30	9- المقاربة السوسولوجية.....
35	10- صعوبات البحث.....
35	خلاصة الفصل.....
	<b>الجانب النظري للدراسة</b>
	<b>الفصل الثاني: ادارة الوقت</b>
37	تمهيد.....
37	1-انواع الوقت.....

# الفهرس

43	2- خصائص الوقت.....
45	3-اهمية الوقت.....
47	3-1-اهمية الوقت في الاسلام.....
48	3-2-اهمية الوقت في تحقيق اهداف المنظمة.....
49	4- نظريات ادارة الوقت في المنظمات.....
50	4-1- المدرسة الكلاسيكية.....
51	4-2- نظرية العلاقات الانسانية.....
53	4-3- النظرية الحديثة للمنظمة.....
54	5- علاقة الوظائف الادارية في المنظمات بإدارة الوقت.....
55	5-1- علاقة ادارة الوقت بالتخطيط.....
56	5-2- علاقة ادارة الوقت بالتنظيم.....
57	5-3- ادارة الوقت و التوجيه.....
58	5-4- ادارة الوقت و الرقابة.....
59	5-5- ادارة الوقت و اتخاذ القرارات.....
62	6- التطور التاريخي لوقت العمل في الجزائر.....
65	7- مضيعات الوقت و العوامل المسببة في ضياعها.....
69	8- معالجة اسباب ضياع الوقت.....
70	خلاصة الفصل.....
	<b>الفصل الثالث: ضغط العمل</b>
72	تمهيد .....
72	1-عناصر ضغوط العمل.....
73	2-مراحل ضغوط العمل.....
74	3-مصادر ضغوط العمل.....
74	3-1- مصادر ترجع الى التنظيم.....

# الفهرس

80	3-2- مصادر ترجع الى البيئة.....
81	3-3- مصادر ترجع الى عوامل شخصية.....
81	4- النماذج المفسرة لضغوط العمل.....
82	4-1- نموذج سيلاي.....
83	4-2- نموذج ميشيغن.....
84	4-3- نموذج كرايتز و كينيكي.....
85	4-4- نموذج جيسون و زملائه.....
86	4-5- نموذج بريف و زملائه.....
90	4-6- نموذج لطفي راشد محمد.....
92	4-7- نموذج اببير و نيومان.....
93	4-8- نموذج هب "النسق النظري".....
93	7- نتائج و اثار ضغوط العمل.....
94	8- استراتيجيات التعامل مع ضغوطات على مستوى التنظيم.....
97	خلاصة الفصل.....
<b>الفصل الرابع : المؤسسة الاستشفائية</b>	
99	تمهيد.....
101	1-المستشفى "الخصائص و الوظائف".....
101	1-1-وظائف المستشفى.....
104	1-2-الخصائص المميزة للمستشفى.....
105	2-تصنيف المستشفى.....
106	3- التنظيم الداخلي للمستشفى.....
108	4- عوامل تطور المستشفيات.....

# الفهرس

112	5- تطور الطب و الصحة في الجزائر.....
112	5-1-لمحة تاريخية عن الطب في الجزائر.....
112	5-1-1-مرحلة ما قبل الاستعمار الفرنسي.....
114	5-1-2-النظام الصحي اثناء الاحتلال الفرنسي.....
117	5-1-3-النظام الصحي للجزائر بعد الاستقلال.....
122	6-اشكال و انواع المؤسسات الصحية في الجزائر.....
125	خلاصة الفصل.....
	<b>الفصل الخامس: الجانب الميداني للدراسة</b>
128	اولا : تقديم ميدان الدراسة.....
128	تمهيد.....
128	1-تحديد مجالات الدراسة.....
136	2-العينة و كيفية استخراجها.....
137	3- الاساليب الاحصائية.....
137	4-خصائص العينة.....
138	خلاصة.....
149	ثانيا: تحليل الفرضية الاولى.....
148	1-تحليل الجداول الخاصة بالفرضية الاولى.....
167	2-استنتاج خاص بالفرضية الاولى.....
169	ثالثا : تحليل الفرضية الثانية.....
169	1-تحليل الجداول الخاصة بالفرضية الثانية.....
187	2- استنتاج خاص بالفرضية الثانية.....
189	رابعا: تحليل الفرضية الثالثة.....
189	1- تحليل الجداول الخاصة بالفرضية الثالثة.....

# الفهرس

199	2- استنتاج خاص بالفرضية الثالثة.....
201	الاستنتاج العام.....
	الخاتمة.....
	قائمة المراجع.....
	الملاحق.....

## قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
136	توزيع الطاقم الطبي حسب كل مصلحة	1
138	توزيع المبحوثين حسب فئة السن	2
140	توزيع متغير الجنس حسب الطاقم الطبي	3
141	توزيع المبحوثين حسب الحالة العائلية	4
143	المسافة التي تبعد عن مكان العمل حسب الطاقم الطبي	5
144	توزيع المبحوثين حسب الاقدمية	6
145	اللغة المستعملة في التمريض لدى الطاقم الطبي	7
148	وقت بداية العمل في فترة الصباح للطاقم الطبي	8
150	وقت انتهاء العمل في الفترة المسائية للطاقم الطبي حسب كل مصلحة	9
151	ملائمة الطاقم الطبي للنظام المعمول به في العمل	10
154	المسؤول عن تنظيم العمل للطاقم الطبي	11
156	المسؤول عن المراقبة حسب الطاقم الطبي	12
158	منهجية العمل حسب الطاقم الطبي	13
159	المهام المضيق للوقت بالنسبة للطاقم الطبي حسب المصلحة	14
161	يوضح (يعدل التوبيخ)	15
163	متى تعقد الاجتماعات للأطباء و مدة استغراقها حسب كل مصلحة	16

165	مواضيع الاجتماعات حسب المصلحة	17
167	استثمار الطاقم الطبي لوقته بالطريقة التي يريدها	18
171	المهام الاخرى الخارجة عن المهام الرسمية بالنسبة للطاقم الطبي حسب المصلحة	19
173	كفاية الوقت الرسمي للقيام بالمهام المكلفة من طرف الطاقم الطبي	20
174	نوع العلاقة بين افراد الطاقم الطبي	21
176	قيام افراد الطاقم الطبي لمسؤوليات ادارية و تقنية في نفس الوقت	22
178	تأهيل افراد الطاقم الطبي للقيام بالمهام المخولة لهم	23
180	عدد المرضى في اليوم لأفراد الطاقم الطبي حسب كل مصلحة	24
182	عدد الحالات الاستعجالية في اليوم للطاقم الطبي حسب كل مصلحة	25
184	عدد العمليات الجراحية في اليوم للطاقم الطبي حسب كل مصلحة	26
189	كيف يقضي الطاقم الطبي وقته الحر	27
191	فترات قضاء الطاقم الطبي لوقته الحر	28
193	تمضية الوقت الحر مع العائلة بالنسبة للطاقم الطبي	29
194	تضحية الطاقم الطبي لوقتهم الحر من اجل اتمام العمل المطلوب	30
195	تأجيل الأعمال الصعبة حسب الطاقم الطبي	31
197	اقتراحات الطاقم الطبي لإدارة أحسن للوقت	32

## قائمة الأشكال:

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
48	اهمية الوقت في تحقيق اهداف المنظمة	1
65	سوء النمط الاداري و اثره على اضاءة الوقت	2
73	عناصر ضغوط العمل	3
74	مراحل ضغط العمل	4
82	نموذج سيلاي	5
84	تأثير البيئة على الفرد	6
85	مسببات الضغوط	7
86	نموذج جيبسون و زملائه	8
90	نموذج بريف و زملائه	9
92	نموذج لطفي راشد محمد	10
93	ضغوط العمل لبيير و نيومان	11

المقدمة

## المقدمة

### المقدمة :

ان التحدي الذي تعاني منه الدول السائرة في طريق النمو يتمثل في ايجاد الطرق الاكثر نجاعة من اجل مواكبة التجديد المستمر في اساليب و انظمة تسيير مواردها المالية و والبشرية سواءً تعلق الامر بتداخل الاسواق او اشتداد المنافسة بسبب العولمة الاقتصادية ، حيث ان المؤسسات في الوقت الراهن اصبحت مجبرة على احداث تغيرات جذرية بغية التأقلم مع المحيط الخارجي و لن يتحقق هذا إلا من خلال ادخال مفاهيم جديدة كمفهوم ادارة الوقت الذي يعد من المفاهيم الحديثة في العلوم الادارية و التي تساعد المؤسسات الاقتصادية و الخدماتية خاصة المؤسسات الاستشفائية العمومية من اجل التسيير الامثل و ينتج عن ذلك الاستمرارية و البقاء في عالم سريع التغيير .

يعتبر إن للوقت عملية إدارية متكاملة, بمعنى أن له تخطيط, تنظيم و التوجيه و الرقابة,و لكل وظيفة من هذه الوظائف مجموعة من النتائج المرضية و التي تتحقق كل على حدى , وعليه يجب أن تقوم ادارة المؤسسة الاستشفائية بالتنسيق بين هذه الوظائف من اجل تحقيق اهدافها المسطرة مسبقا .

يعد المستشفى الجهاز الوحيد الذي بواسطته تقوم الدولة الجزائرية بتقديم الخدمات الصحية للمواطنين في المجتمع، فهو يعتبر العمود الفقري لأي نظام صحي ، و ذلك لقدرته على توفير كافة انواع الرعاية الصحية و قدرته ايضا استيعاب مجموعة هائلة من المرضى عبر التراب الوطني.

ان المستشفى من المؤسسات العمومية ذات الطابع الاداري حسب ما ينص عليه القانون الخاص بتنظيم و سير المستشفيات ، بحيث عرفت المؤسسة العمومية تطورا ملحوظا و متماشيا و تطور العلوم الطبية، و كما تجدر الإشارة الى ان المستشفى باعتباره شيء مادي



## المقدمة

ليس بمقدوره ان يؤدي الهدف المنسوب اليه إلا من خلال الرأس المال البشري الذي تستعين به ادارة المستشفى للقيام بكل الوظائف و هو يعد الشرط المحوري لضمان التوازن في القطاع بحيث تتفق الدولة الجزائرية على غرارها من الدول الاخرى اموالا طائلة من اجل طاقم متخصص و ذات نوعية لا بأس بها ، و تبعا للدور الحساس الذي يلعبه الطبيب في المستشفى عرف القطاع مجموعة من الاضرابات شلته لمدة طويلة ، و من بين الطلبات هي التخفيف من اكتظاظ المستشفيات التي تؤدي الى ضغوطات للطاقم الطبي من بينها العمل لساعات طويلة و اضافية خاصة في المواقع الصحية الحرجة و العمل خلال ايام العطل والمناوبات الليلية التي تعزلهم عن وتيرة الحياة الاجتماعية ، بالإضافة الى الضغط الذي يولده اقارب المريض او مرافقوه الذين يكونون احيانا في غمرة من القلق الشديد و سعيهم للتعرف على طبيعة و حالة المرض و مدى خطورته كل هذا له انعكاسات على سلوك و اداء الاطباء مما يؤدي الى هروب بعض منهم من المستشفى العام و اتجاههم نحو القطاع الخاص ، فهم يواجهون مواقف و ظروف عديدة تجعلهم معرضين لحالات الاضطراب و القلق و الاحباط مما يؤثر سلبا على حالتهم الصحية و النفسية و بالتالي تؤثر على مردودية العمل في القطاع و نظرا الى الاهمية البالغة للمستشفى في المجتمع و المكانة التي يحتلها الاطباء في الوسط الاجتماعي لكونها تتعلق بأعلى ما يمتلكه الفرد و هي صحته و نظرا للدور الذي يحتله الاطباء في المؤسسة الاستشفائية ترى الباحثة انه من المهم دراسته و معرفة واقع ادارة الوقت للأطباء المتخصصين في المؤسسة الاستشفائية ، و لذا فلقد استهلته الباحثة دراستها بمقدمة ثم جزئنا البحث العلمي الى ثلاثة اجزاء المتمثل في الجانب المنهجي و الجانب النظري و الجانب الميداني .

ففي الجانب المنهجي عرضنا بناء موضوع البحث و المتمثل في اهمية و اهداف دراسة البحث و من ثم اشكالية و فرضيات و تحديد المفاهيم و المنهج و الادوات المستعملة في



## المقدمة

البحث ثم الاقتراب السوسولوجي للدراسة والدراسات السابقة و في الاخير صعوبات التي واجهتنا طيلة فترة البحث .

اما الجانب النظري فقمنا بتقسيمه الى ثلاثة فصول بحيث يتمحور الفصل الاول حول ادارة الوقت و انواعه و اهمية دراسته و المدارس النظرية التي تفسره و المشاكل المترتبة في حال ضياعه و الحلول الممكنة لتفادي ضياعه . اما الفصل الثاني فيدور حول ضغط العمل بحث تطرقنا الى عناصره و مراحلها ومصادره و النماذج المفسرة له و من ثم تطرقنا الى نتائج و اثار ضغوط العمل و الاستراتيجيات الملائمة للتعامل مع ضغوطات المتواجدة في مكان العمل .

اما الفصل الثالث فيتمحور حول المؤسسة الاستشفائية بحث تطرقنا الى خصائص ووظائفها و التنظيم الداخلي للمؤسسة الاستشفائية و عوامل تطويرها،و من ثم تطرقنا ايضا الى تطور الصحة و الطب في الجزائر مع اضافة لمحة تاريخية عن الطب في الجزائر من اجل فهم التغيرات الحالية و في الاخير تعرفنا ايضا على انواع المؤسسات الصحية في الجزائر .

اما الجانب الميداني للدراسة و الذي نعالج فيه واقع ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية فقد شمل الجزء الاول على تقديم ميدان الدراسة بتحديد مجالات الدراسة و العينة وكيفية استخراجها و خصائصها ، اما الجزء الثاني فحاولنا تحليل ادارة الوقت و علاقتها بالتنظيم للأطباء المتخصصين في المؤسسة الاستشفائية ، و حاولنا ايضا في الجزء الثالث تحليل ادارة الوقت و علاقتها بضغوطات العمل بالنسبة الاطباء المتخصصين في المؤسسة الاستشفائية ، اما الجزء الرابع فحاولنا كذلك تحليل تأثير وقت الفراغ على ادارة وقت العمل لدى الاطباء المتخصصين اما الجزء الخامس فحاولنا استخلاص مختلف النتائج المتحصلة عليها و في الاخير تأتي خاتمة البحث مع بعض التوصيات .



الإطار المنهجي للدراسة

# الفصل الأول

## الإطار المنهجي للدراسة

### تمهيد

- 1- أسباب اختيار الموضوع.
  - 2- أهمية الدراسة.
  - 3- أهداف الدراسة.
  - 4- الإشكالية .
  - 5- الفرضيات .
  - 6- تحديد المفاهيم.
  - 7- الدراسات السابقة.
  - 8- المنهج المستخدم و تقنيات البحث.
  - 9- الاقترايات النظرية .
  - 10- صعوبات البحث .
- خلاصة الفصل.

**تمهيد :**

يحتاج أي بحث أكاديمي في بدايته الى تخطيط مسبق ، و رسم الاهداف التي يسعى الى تحقيقها باعتبار ان البحث العلمي يمكّن الباحث من تحديد المسائل الاساسية في بحثه محددًا بذلك الاسئلة التي يود الاجابة عنها بإتباع طرق علمية و ادوات منهجية المناسبة .

و من هذا المنطلق يأتي هذا الفصل الاول الموسوم بموضوع الدراسة ، ليتناول إطار منهجيا لإشكالية البحث المتمثلة في موضوع واقع ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية العمومية باعتبار ان التصميم المنهجي للبحث العلمي في مختلف البحوث العلمية ، يتطلب بلورة المشكلة و صياغته دقيقة اذ ان التصميم يستدعي التطرق الى اسباب اختيار الموضوع ، ناهيك عن تحديد المفاهيم الاساسية للدراسة و المناهج و ادوات المستعملة في البحث و في نهاية الفصل نصل الى عرض و تحليل الدراسات السابقة و المقاربة النظرية المفسرة لإشكالية الدراسة .

**1. أسباب اختيار الموضوع :**

(أ) يعود السبب الرئيسي لاهتمامي بهذا الموضوع إلى الملاحظة المباشرة التي قمنا بها أثناء اصطحاب جدتي إلى المستشفى للعلاج لمدة 8 أشهر (ذهابا و إيابا) ، و هي مدة كافية لملاحظة نظام المستشفى و كيف يعمل الأطباء و ما هي مواقيت أعمالهم ...الخ ، و كان اختيارنا للميدان ( مستشفى الحراش ) لقربه من المكان الذي اسكن فيه .

(ب) أما السبب الثاني فهو يرجع إلى الرغبة في تقديم إضافة جديدة أو تصحيح نظرة في مواضيع بحثية سابقة بالتطرق إلى الموضوع المراد دراسته من زاوية مخالفة عن تلك التي تناولتها دراسات سابقة.

ت) أما السبب الثالث يعود إلى سلسلة الإضرابات المستمرة التي باشرها عمال قطاع الصحة من الأطباء و شبه طبيين أثارت اهتمامي أكثر إلى قطاع الصحة بنا انه قطاع حساس في المجتمع .

ث) اما السبب الأخير هو سوء و نوعية الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية خاصة فيما يتعلق باحترام وقت العمل .

## 2. أهمية الموضوع :

تكتسب الدراسة أهميتها من خلال النقاط التالية :

أ) تعتبر إدارة الوقت عنصرا أساسيا في جميع نشاطات المنظمة سواءا كانت اقتصادية أم سياسية أو خدماتي على المستوى التخطيطي أو المستوى الإداري أو المستوى التشغيلي ، ذلك من خلال معالجة سوء إدارة الوقت و توظيفه بطريقة تسمح بإعطائنا أحسن النتائج و خاصة في المستشفى أين يستقبل العديد من المرضى .

ب) كما تبرز أهمية الدراسة كونها يمكن أن تفتح الباب لمزيد من الدراسات و الأبحاث التي تتناول إدارة الوقت في المؤسسات الاستشفائية .

ت) إن المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية تمر بوضعية صعبة و هي ناتجة عن مشاكل في التنظيم و التسيير ، مما استدعى إصلاح هذا القطاع و الوقوف على أهم المعوقات التي تحول دون وصوله إلى الأهداف المرجوة ، و من بين المعوقات نجد منها سوء استغلال و تنظيم الوقت الرسمي المتاح .

### 3. أهداف الدراسة :

إن الهدف المرجو من هذه الدراسة و هو محاولة تشخيص واقع إدارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية ، و خاصة في ظل الإصلاحات التي يشهدها قطاع الصحة العمومية في الجزائر حاليا من خلال :

1. التعرف على كيفية إدارة الوقت لأطباء المتخصصين في إطار التنظيم السائد حاليا .

2. التعرف على كيفية إدارة الوقت للأطباء في ظل الضغوطات المهنية (كثرة عدد المرضى ) .

3. التعرف على تأثير وقت الفراغ او الوقت الحر على الوقت المهني (الرسمي).

4. الوقوف على اهم المشاكل التي تعترض المؤسسة الصحية من اجل تحسين نوعية الخدمات .

## 4. الإشكالية :

يعتبر الوقت من الموارد الثمينة و القيمة في أي مؤسسة كانت إنتاجية أو خدماتية و أي فرد، و هو احد الموارد التي تنفذ بسرعة و بشكل ثابت و دقيق ، و لا يمكن أن يعاد إنتاجها أو يعاد تغطيتها ، و يقاس الوقت بواسطة سلسلة من الوحدات المتكررة التي يمكن حسابها بدقة ، لذلك يحرص الفاعل في أي نسق كان على استخدامه بشكل فعال .

يعد مفهوم إدارة الوقت من المفاهيم الشاملة و المتكاملة التي تصلح لأي فاعل و في أي نسق و في أي عمل كان ، و أهم هدف يسعى إلى تحقيقه في إدارة الوقت هو أن يجد الفاعل لنفسه وقتا اكبر تحت تصرفه ، فهي لا تقدم حلولا للمشكلات الإدارية و لكنها توفر الوقت الخاص الذي يمكن للمدير إيجاد الحلول للمستقبل و يقيم مدى التطور و التقدم<sup>1</sup> .

ظهرت أهمية إدارة الوقت منذ بدايات القرن التاسع عشر، و بدأ التركيز حول موضوع إدارة الوقت بمفهومه الشامل و المتعارف عليه حاليا في أواخر الخمسينات و أوائل الستينات من القرن العشرين ، و قد كانت أول محاولة في ذلك للكاتب **جيمس ماكاي JAMES HACKEY** و ذلك عام 1958 و الذي تكلم من خلاله عن الوقت و كيفية إدارته و التعامل الايجابي معه داخل المنظمات ، و من ابرز ما جاء فيه العبارة المشهورة التي مازالت تردد إلى حد الآن التي خاطب فيها المدير قائلا : "إذا كنت تشعر بضيق في الوقت أثناء عملك فان مهارتك الإدارية تتجه نحو العدم"<sup>2</sup>، و في سنة 1966 اصدر بيتر دراكر **PETER DRUCKER** و الذي يعد بدوره من أهم رواد إدارة الوقت كتابه **المدير الفعال** الذي حاول من خلاله إعطاء تصور عن كيفية تفعيل دور المدير في إدارة وقته ووقت

<sup>1</sup> شوقي عبد الله : إدارة الوقت و مدارس الفكر الإداري، الطبعة الاولى، دار اسامة للنشر و التوزيع ، عمان ، الاردن ، 2006، ص38.

<sup>2</sup> يرقى حسين و جوال محمد السعيد : الابداع و التغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة ، مداخلة مقدمة الى الملتقى الدولي ، جامعة سعد دحلب ، البليدة ، الجزائر ، ايام 13/12 ماي 2010، ص 03.

العاملين معه ، و من أهم ما جاء فيه قوله : " أثناء تعاملي مع عدد كبير من الإداريين فإنني وجدت انه من النادر أن تجد مدير يتحكم في أكثر 25% من وقته " <sup>1</sup>.

يعتبر التنظيم الاستشفائي تنظيم رسمي يشبه الى حد كبير التنظيمات البيروقراطية الموجهة نحو تنفيذ المهام ، و يعتمد الى حد كبير على سياسات قواعد و لوائح رسمية و على خطوط رسمية للسلطة لضبط سلوكيات العاملين فيه و تنظيم علاقات العمل بينهم <sup>2</sup> و تطبيق الخطط و ذلك بحسن استخدام الوقت لتحقيق النتائج المنوطة به ، كما يحتوي تنظيم المستشفى على نوعين من السلطة ألا و هما السلطة الطبية و السلطة التسييرية او كما يعرفها بعض الباحثين بالسلطة المهنية ، كون الجامعة و المستشفى مؤسستين في مؤسسة واحدة ، يشير MINTZBZRG ان النموذج المستعمل اكثر لوصف السير الداخلي للمستشفى هو نموذج البيروقراطية المهنية الذي يكون فيه توزيع السلطة غير متساوي بين الفريق الطبي و الفريق الاداري بسبب اختلاف طبيعة نشاطهم فالأهمية الاجتماعية للنشاط الطبي تعطيه سلطة التأثير اكبر من الفريق الاداري ، إضافة إلى أن الأطباء هم المرخصون قانونا للممارسة الاعمال الطبية ولهم هيئة طبية تحكم نفسها بنفسها و لها تركيزها الاساسي على النواحي العلاجية ، و هي متواجدة في اغلبية المستشفيات العامة ، لها هيكلها الذاتي الذي يتزأسه المدير الطبيب و الذي قد تتيح لبعض التجاوزات كعدم احترام الوقت الرسمي للعمل مما يخلق نوع من اللاستقرار و اللاتوازن في النسق العام ، و التساؤل الرئيسي الذي نريد طرحه في هذه الدراسة : ما هو واقع ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية العمومية ؟

و من هنا فإنه من الممكن لنا ان نطرح التساؤلات الجزئية التالية :

<sup>1</sup> نفس المرجع السابق ، ص 04.

<sup>2</sup> فريد نصيرات : ادارة المنظمات الرعاية الصحية ، الطبعة الاولى ، منشورات عمادة البحث العلمي ، عمان ، الاردن ، 2003، ص155.

1. هل يؤثر تنظيم العمل المعمول به في المؤسسة الاستشفائية على ادارة الوقت لدى الاطباء المتخصصين ؟
2. هل يؤثر ضغط العمل على ادارة الوقت للأطباء المتخصصين ؟
3. هل يؤثر وقت الفراغ على ادارة وقت العمل لدى الاطباء المتخصصين ؟

**5.الفرضيات :**

تعبّر الفرضيات عن الهدف الاساسي و الدقيق للبحث ، فهي تعكس الارتباط الحقيقي و المنطقي بين تحديد المشكلة و الصياغة الامبريقية لها ، لان التفكير النظري و العمل الامبريقي في ديناميكية مستمرة تربطهما الفروض التي تعطيها مصداقيتها ، و تضمن لها التساند بين عناصرها .

**الفرضية الرئيسية :**

ان واقع ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية العامة هو نتاج مجموعة من المؤثرات الاجتماعية و التنظيمية .

**الفرضية الجزئية الاولى :**

يؤثر تنظيم العمل المعمول به في المؤسسة الاستشفائية سلبا على ادارة الوقت لدى الاطباء

**الفرضية الجزئية الثانية :**

يؤثر ضغط العمل سلبا على ادارة الوقت لدى الاطباء .

**الفرضية الجزئية الثالثة :**

يؤثر الوقت الفراغ سلبا على ادارة وقت العمل لدى الاطباء .

## 5. تحديد المفاهيم :

بموجب دراستنا الراهنة سننتظر إلى المفاهيم التالية :

## (أ) الوقت :

من الصعب وضع تعريف دقيق للوقت بحيث شغلت فكرة الوقت معظم العلماء و الفلاسفة الكبار منذ العصور القديمة ،فقبل الميلاد وصف أرسطو طاليس (384-322 قبل الميلاد ) الوقت بأنه "تعداد الحركة " ويقصد أن الوقت يقيس حركاتنا و حياتنا<sup>1</sup>.

- أما في العصور الحديثة اعتبره إسحاق نيوتن (1649-1727) على أن : " الوقت شيء مطلق يتدفق دائما بالتتابع و الاتساق نفسه و بصرف النظر عن أي عوامل<sup>2</sup> و يعني أن الوقت لا يتأثر بأية عوامل فهو مستمر للأمام و لا يعود إلى الخلف بصورة متتابعة.
- و يعرفه الخضيرى على أن الوقت هو عنصر نادر و ثمين غالي القيمة ، و رغم انه متوفر و متاح لكافة الناس إلا انه غير قابل للعودة و الاسترجاع فعندما يذهب هذا الوقت فإنه يمضي إلى غير رجعة<sup>3</sup>.
- و أشار ابن المنظور في لسان العرب أن الوقت<sup>4</sup> : هو مقدار من الزمن أكثر ما يستخدم في الماضي ، و الوقت المضروب للفعل و الموضع ، و التوقيت أن يجعل للشيء وقت يختص به و هو بيان المدة ، ووقت الشيء يوقته إذا من حدد و التوقيت هو تحديد الأوقات .

<sup>1</sup> محسن احمد الخضيرى :الإدارة التنافسية للوقت ، الطبعة الاولى ،ايتراك للنشر و التوزيع ، مصر ، 2000م ،ص19.

<sup>2</sup> نفس المرجع السابق ، ص 20.

<sup>3</sup> نفس المرجع السابق ،ص 25 .

<sup>4</sup>ابن المنظور:لسان العرب، الطبعة الاولى، دار صادر للنشر و التوزيع ، بيروت ، لبنان، 1953،ص 150.

- و من خلال التعاريف السابقة نقول أن الوقت هو عبارة عن سلسلة زمنية مطلقة و تتميز بالاتساق و التابع و لا تتأثر بأية عوامل فهي متاحة للجميع.

## (ب) إدارة الوقت :

تعددت تعاريف إدارة الوقت منها :

- حسب محمد الصيرفي : هو عملية تخطيط و تنظيم و رقابة الوقت بما يمكننا من اختيار شيء الصحيح المراد عمله و القيام بأعمال كثيرة و في وقت قصير<sup>1</sup>.
- و قد لخص دراكر تعريف إدارة الوقت بقوله : أن إدارة الوقت تعني إدارة الذات و أن المدير الفعال هو من يبدأ بالنظر إلى وقته قبل الشروع في مهماته و أعماله ، و أن الوقت يعد من أهم الموارد فإذا لم تتم إدارته فلن يتم إدارة أي شيء آخر<sup>2</sup>.
- تعرّف إدارة الوقت بأنها : العملية التي توزع الوقت بفعالية بين المهام المختلفة ، بهدف انجازها في الوقت الملائم و المحدد<sup>3</sup>.
- و يعرف سلامة إدارة الوقت على انه : " استثمار الوقت بشكل فعال لتحقيق الأهداف المحددة في الفترة الزمنية المعينة لذلك"<sup>4</sup>.
- و يعرف حنا إدارة الوقت على أنها: القدرة على اتخاذ القرار بشأن ما هو مهم في الحياة سواء كان ذلك في العمل أو المنزل أو في الحياة الخاصة أو حتى

<sup>1</sup> محمد الصيرفي : إدارة الوقت ، مؤسسة حورس الدولية ، الإسكندرية ، مصر ، 2007 ، ص 13.

<sup>2</sup> دياسر احمد فرح : إدارة الوقت و مواجهة ضغوط العمل ، الطبعة الاولى ، دار حامد للنشر و التوزيع ، عمان ، الاردن ، ص

<sup>3</sup> رعد حسن الصرن : وظائف الإدارة المكتبية و طبيعة عملها ، الطبعة الأولى ، دار علاء الدين للطباعة و النشر ، دمشق ، سوريا ، 2007 ، ص 13.

<sup>4</sup> سلامة و سهيل فهد : إدارة الوقت ، الطبعة الأولى ، المنظمة العربية للعلوم الإدارية ، عمان ، الاردن ، بدون سنة ، ص 30.

عند وضع الأولويات في بعض الأعمال بحيث يتاح الوقت الكافي لإتمام الأعمال التي يجب انجازها.<sup>1</sup>

- أما يحي حداد فيعرفها على أنها تنظيم وقت العمل الرسمي المقرر في المؤسسة بحيث يجب استغلال هذا الوقت في انجاز الأعمال على أكمل وجه.<sup>2</sup>

و من خلال التعاريف السابقة نقول أن إدارة الوقت هي استثمار الزمن الرسمي للعمل بشكل فعال بين المهام المختلفة من اجل تحقيق أفضل انجاز .

### ت)التنظيم :

- تشق لفظة تنظيم في اللغة العربية من الفعل نَظَمَ و يعني التأليف ، فيقال نَظَمَ اللؤلؤ أي جمع حياته في الخيط و يقال نظم الشعر اي رتب كلماته وفق نسق ، و منها الانتظام التي تعني الاتساق<sup>3</sup> .
- يعرف سيف التنظيم :عبارة تنسيق عقلائي لنشاط يقوم به عدد من الاشخاص لتحقيق اهداف مشتركة محددة و ذلك بواسطة نظام لتقسيم العمل و هيكله السلطة<sup>4</sup> .
- و يعرفه البعض بأنه توزيع الواجبات و التنسيق بين كافة العاملين بشكل يضمن تحقيق اقصى درجة ممكنة من الكفاية في تحقيق الاهداف<sup>5</sup> .

<sup>1</sup> حنا نصر الله : مبادئ ادارة الوقت ، الطبعة الثانية ، دار التقدم العلمي ، بيروت ، لبنان ، 2005 ، ص 84.

<sup>2</sup> يحي حداد: مؤسسات الاعمال و الاشكال القانونية ، دار زهران للنشر و التوزيع ، عمان ، الاردن ، 1996، ص 47.

<sup>3</sup> عامر الكبيسي : الفكر التنظيمي ، الطبعة الاولى ، دار الرضا للنشر ، دمشق ، سوريا ، 2004، ص ص 41-42.

1 سيف الاسلام شوية : المبادئ الاجتماعية و النفسية للعمل و نظريات التنظيم ، كلية الاداب و العلوم الانسانية و الاجتماعية ، منشورات جامعة باجي ، عنابة ، الجزائر ، 2007\_ 2008 ، ص 21.

<sup>5</sup> شعلان الشمري : مفاهيم في الادارة ، الطبعة الاولى ، دار الهدى للنشر و التوزيع ، الاردن ، 2012، ص 42.

- أما مدني عبد القادر يعرف التنظيم " هو تأسيس او بناء العلاقات بين افراد العمل ، و مواقع العمل و الافراد من خلال سلطة فعالة بهدف تحقيق الالتزام و الترابط و اداء العمل بطريقة جماعية و منظمة"<sup>1</sup>.

و من خلال التعاريف السابقة نقول ان التنظيم هو الشكل الذي يتخذه كل تجمع بشري تحت سلطة عليا من اجل الوصول الى هدف مشترك .

### ث) وقت الفراغ :

تعددت التعاريف و تنوعت لدى الباحثين و الدارسين كالتالي :

- يرى لوند ان وقت الفراغ او وقت الراحة هو الوقت الذي يقضيه الفرد دون اوقات العمل ذات الأجر<sup>2</sup>.

- أما ناش قدم أربعة مستويات مندرجة تتضمن معنى وقت الفراغ او الترفيه<sup>3</sup>:

- مستوى الاستخدام السلبي للترفيه مثل أنشطة المشاهدة .

- مستوى المشاركة الانفعالية .

- مستوى المشاركة النشيطة .

- مستوى المشاركة المبتكرة .

- يعرف اندرسون وقت الفراغ على انه الوقت الذي يقضيه الانسان في ممارسة نشاطات تكون خارج نطاق عمله الوظيفي الذي يعتمد عليه في معيشته ،

<sup>1</sup> مدني عبد القادر علاقي : الإدارة، دراسة وصفية تحليلية للوظائف و القرارات الإدارية، الطبعة الاولى ، دار التهامة للنشر ، جدة ، السعودية ، 1981، ص 711.

<sup>2</sup> ليلي عبد الجواد و علا مصطفى: تخصيص الوقت، المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية ، القاهرة ، مصر ، 1998، ص 18.

<sup>3</sup> نفس المرجع السابق : ص 19.

وممارسة هذه النشاطات تكون اختيارية و من محض ارادته الحرة و تكون منطبقة مع احواله المعاشية و الاجتماعية و مع اذواقه و قيمه و مواقفه و فئته العمرية و الطبقية<sup>1</sup>.

- أما إحسان يرى ان وقت الفراغ هو الوقت الحر المتيسر للفرد و الذي من خلاله يستطيع ممارسة أنشطة الفراغ التي يختارها و التي تتلاءم مع اذواقه و اتجاهاته و اوضاعه و اهدافه و مصالحه<sup>2</sup>.
- و منه نقول من خلال التعاريف السابقة أن وقت الفراغ هو الوقت الخارج عن الوقت العمل الرسمي بحيث يتسنى للفرد التفرغ للقيام بمختلف أنشطة الحياة اليومية .

### ج) المؤسسة الاستشفائية:

عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات – American Hospital Association – المستشفى كما يلي :

- المستشفى مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للتتويج وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى.
- أما منظمة الصحة العالمية WORLD HEALTH ORGANIZATION عرفته على أنها جزء متكامل من التنظيم الاجتماعي الصحي وظيفته هي توفير العناية الصحية الكاملة لجميع السكان الوقائية والعلاجية، وان خدمات العيادات الخارجية فيه تصل إلى كل

<sup>1</sup> ANDERSON ,N :Work and leisure , 1<sup>st</sup> edition , routledge and kekan paul , London , England ,1961,p23.

<sup>2</sup> احسان محمد الحسن :علم اجتماع الفراغ ، الطبعة الاولى ، دار وائل للنشر و التوزيع ، عمان ، الاردن ، 2005 ، ص63 .

عائلة في منطقة سكنها ، كما انه مركز لتدريب العاملين في حقل الصحة والقيام بالأبحاث الاجتماعية والحيوية<sup>1</sup> .

• أما الدكتور محمد أمين فيرى انه قبل إعطاء تعريف متكامل للمستشفى لابد من الإجابة عن السؤال التالي: ما هي المستشفى ومضمونها والأهداف التي تسعى إليها ؟  
ويجب على هذا السؤال كالتالي :المستشفى منظمة اجتماعية فنية معقدة (نظام رئيسي مركب) تحتوي على أسرة للتويم وتتألف من مجموعة من النشاطات الجزئية (المنظمة الجزئية) أهمها : نشاط التشخيص، نشاط العلاج ،نشاط التمريض ، نشاط الخدمات ،الطبية المساعدة ،نشاط الخدمات العامة ، نشاط خدمات شؤون المرضى ، نشاط الوحدات الإدارية ، نشاط الوحدات الاستشارية .

وهذه النشاطات يُؤثر بعضها على بعض ،ويتأثر بعضها ببعض ويعمل بعضها مع بعض لتحقيق أهداف الرعاية الصحية<sup>2</sup> .

توضح لنا هذه التعاريف أن المستشفى نسق اجتماعي عام معقد يتكون من انساق اجتماعية فرعية ،كل نسق يقوم بدور ،وهذه الأدوار متكاملة ومترابطة مع بعضها البعض أي تتأثر وتؤثر وهدفهم العام هو تحقيق أفضل رعاية صحية .

### ح) السلطة :

كغيره من المفاهيم في العلوم الاجتماعية من الصعب تحديد مفهوما للسلطة او حصره ذلك لاختلاف الباحثين و الدارسين في هذا المجال تحديد و توحيد وجهات النظر حول

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية ،سلسلة التقارير التقنية (395) ، 1980، ص. ص 6-7.

<sup>2</sup> - محمد أمين : المتطلبات الخدمية لرفع كفاءة الإنتاجية للمستشفيات في الأردن ،محلية الإداري ، العدد77 ، سلطنة عمان ،جوان 1999 ، ص45.

النظر حول مدلول مفهوم السلطة ، فيقول ابن خلدون " أن أصل السلطة كتعبير على مجموعة العلاقات التنظيمية التي تحكم افراد او مجتمع ما "<sup>1</sup>

• يشير ماكس فيبر الى ان السلطة هي : احتمال أن تستطيع جماعة معينة من الناس الاوامر المحددة التي تصدر عن مصدر معين "<sup>2</sup>.

• أما هيربرت سايمون فعرفها بقوله : أن السلطة هي قوة اتخاذ القرارات التي تحكم و تقود اعمال الاخرين <sup>3</sup>.

• يعرف عمار بوحوش السلطة على انها القدرة على اتخاذ القرارات الالزامية التي يطبقها الاخرون ، و إقناع الأفراد بالامتثال و التماشي مع السياسة المرسومة <sup>4</sup>.

• و يعرفها شستر برنارد بأنها : الصفة المميزة للامر في التنظيم الرسمي بحكم قبولها من عضو التنظيم لكي تحكم الاعمال التي يهيم بها .

و من خلال التعاريف المذكورة آنفا فإن السلطة تعني النفوذ الشرعي الذي يمنحه صاحبه اصدار الاوامر القانونية و العقلانية في التنظيم يشترط على الطرف الثاني الانصياع و التمثل لتلك الاوامر .

### خ) الضغط :

تناول العديد من الباحثين مفهوم الضغط فنرى ان:

• جرينبرج و بارون عرفا الضغط بصفة عامة على انه " نمط معقد من حالة عاطفية ووجدانية، وردود فعل فيسيولوجية لمجموعة من الضواغط الخارجية".

<sup>1</sup> حسن ملحم: التحليل الاجتماعي للسلطة، منشورات حلب ، المطبعة الجزائرية للمجلات و الجرائد الجزائرية ، الجزائر ، 1993، ص 216.

<sup>2</sup> عي غربي و آخرون : تنمية الموارد البشرية ، دار الهدى للطباعة و النشر ، عين مليلة ، الجزائر ، 2002 ، ص 190.

<sup>3</sup> زعد حسن الصرن : وظائف الادارة المكتبية و طبيعة عملها، الطبعة الاولى ، دار علاء الدين للطبع و النشر ، دمشق ، سوريا ، 2002 ، ص 57.

<sup>4</sup> عمار بوحوش : نظرية التنظيم ، الطبعة الاولى ، مكتبة الشعب ، الجزائر ، بدون سنة ، ص31.

- كذلك عرف عسكر الضغط بأنه " مجموعة من المتغيرات الجسمية و النفسية التي تحدث للفرد في ردود فعله اثناء مواجهته لمواقف المحيط التي تمثل تهديداته "
  - كما يرى سيزلاجي وولاس ان الضغط هو تجربة ذاتية تحدث اختلالا نفسيا او عضويا لدى الفرد و ينتج عن عوامل في البيئة الخارجية او المنظمة او الفرد نفسه<sup>1</sup>
- و من خلال التعاريف السابقة نقول ان الضغط عبارة حالة نفسية تحدث للفرد نتيجة لمجموعة من المتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية و السياسية... الخ بحيث تؤثر بطريقة سلبية على الفرد على شكل ردود افعال .

#### (د) ضغط العمل :

تناول العديد من الكتاب و الباحثين مفهوم ضغط العمل كالتالي :

- ينظر كلا من GRAY & STARK الى مصطلح ضغط العمل على انه " مجموعة من ردود الافراد التي يبديها الشخص نتيجة لمجموعة من المواقف التي تتعرض لها في البيئة المحيطة ، و تنتج ردود الافعال هذه عن مجموعة من المتغيرات النفسية و الفيزيولوجية على الفرد<sup>2</sup> .
- عرف KONO PASKE IVANCEVICH ضغط العمل بأنها "الفعل او الموقف الذي يكون فيه عدم الملائمة بين الفرد و مهنته او بيئته و بين

<sup>1</sup> سيزلاقي اندرو و ولاس مارك : السلوك التنظيمي و الاداء ، ترجمة ، معهد الادارة العامة ، الرياض ، السعودية ، 1991، ص 180.

<sup>2</sup> عبد الباقي صلاح : السلوك التنظيمي ، دار الجامعة الجديدة للنشر ، الاسكندرية ، مصر ، 2004، ص 330.

متطلباته مما يحدث تأثير داخلي بخلق حالة من عدم التوازن النفسي او الجسمي داخل الفرد<sup>1</sup>

- و كما يعرفها سيزلاقي بأنها تجربة ذاتية ت لحدث اختلالا نفسيا او عضويا لدى الفرد كالتوتر و العصبية او القلق الدائم او الاحباط اضافة الى اعراض تنظيمية منها ارتفاع معدل دوران العمل و تدني الجودة<sup>2</sup>.
  - - عرف كل من بيتر ونيومان: ضغط العمل بأنه حالة تظهر من خلال تفاعل الفرد مع وظيفته وتؤدي إلى إحداث تغييرات داخلية في الفرد تجعله ينحرف عن مسار عمله الطبيعي<sup>3</sup>.
  - عرف آلان رايدولف ضغط العمل أنه فهم الفرد بإدراك الظروف البيئية التي يتعرض لها على أنها تهديدات تواجهه تنشأ عنها مجموعة من ردود الأفعال السيكولوجية والفيزيولوجية<sup>4</sup>.
- و من خلال التعاريف السابقة نقول ان ضغط العمل هو عبارة عن حالات توتر نفسية تولد عند الفرد بسبب وظيفته و تتجم عنها اعراض صحية و تنظيمية (انتاجية في العمل) .

<sup>1</sup> IVANCEVICH & MATTESON : **Organisational behaviour and management** , 6<sup>th</sup> edition , little companies , North America , 2002, P 270.

<sup>2</sup> سيزلاقي اندرو و ولاس مارك : نفس المرجع ، ص 180.

<sup>3</sup> - محمد الصرفي: **السلوك الإداري " العلاقات الإنسانية "** الطبعة الاولى ،دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر ، 2007، ص308.

<sup>4</sup> - نفس المرجع السابق : ص 309.

## 7. الدراسات السابقة :

لقد اطلع الباحث على العديد من البحوث و الدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع ، و لكن وجد الباحث صعوبة في ايجاد دراسات متعلقة بإدارة الوقت في المستشفى لندرته خاصة الجزائرية منها ، و بالتالي حاول الباحث التركيز على اهم الدراسات التي تطرقت الى الوقت بصفة عامة و التي تهتم بالبحث و هي كالتالي :

## الدراسات الأجنبية :

- دراسة **EUGENE** الذي اجراها في الولايات المتحدة الامريكية عام 1999 تحت عنوان ادارة الوقت و انتاجية العمل في مجال الرعاية الصحية و توصل الى ان مدير احد المستشفيات كان يعقد مع فريق كبار العاملين معه اجتماعا يوميا لمدة ساعتين تحت شعار سياسة الباب المفتوح ، في حين كانت نتائج هذه الاجتماعات هي هدر الوقت و تبديده .
- دراسة قام بها **TAYLOR KEVIN** عام 2007 في الولايات المتحدة الامريكية ، تهدف الدراسة الى التعرف على كيفية قضاء مديري المكاتب لوقتهم و تخفيض ضغوط العمل عليهم و ذلك من خلال عينة في ثانوية لدى المديرين في نيفادا للكشف عن علاقة بين ادارة الوقت و ضغوط العمل باختلاف متغير الخبرة و السن بتعبئة الاستثمارات ، و بينت النتائج انه لا يوجد فروق باختلاف سنوات الخبرة ، و عدم وجود فروق في السن .

## الدراسات العربية :

- أجرى محمد شاكر عصفور دراسة بعنوان ادارة الوقت في الاجهزة الحكومية في السعودية و اوضح فيها الاعمال و الانشطة التي تشغل الموظف في الوقت المخصص للعمل ، و توصل الى ان نسبة المعاملات الرسمية هي 48.83%، و

نسبة الوقت الذي يصرف على نشاطات مساعدة و ذات صلة بأعمال الرسمية (الاجتماعات ، و الاتصالات الهاتفية ...الخ) هي % 25.15 ، و كذلك عدم للانتظام و الوصول المتأخر الى العمل و مغادرته قبل انتهاء الوقت المحدد للعمل.

• دراسة قام بها فريد منى عام 1980 اشار فيها الى ضعف ادارة الوقت و استخداماته خاصة في الدول العربية بصفة عامة حيث لا يعطون اهمية عالية للوقت عندما يدرسون اعمالهم ، كما أوضحت الدراسة أن النتائج كانت :

- العرب يواجهون ضغوطا على اوقتهم بسبب ضعف الادارة الفعالة للوقت .
- سوء استخدام التقنية او عدم توفرها خاصة في مجال المعلومات و الاتصالات ، و تختلف بعض قنوات الاتصال في منظماتهم .
- استخدام الأسلوب الشخصي المباشر في التعامل مع العاملين و العاملات و من جانب اخر ، فقد أرسلت الدراسة الأسباب التي أدت إلى انخفاض قيمة الوقت الى عدة عوامل منها ، عدم إدراك أهمية الوقت ، و سوء اسلوب و نمط الحياة الاجتماعية ، الوساطة ، البيروقراطية و المركزية الشديدة و العلاقات الشخصية و الامور العائلية بين العاملين انفسهم و بينهم و بين الزوار .

• أجرى محمد القرويتي دراسة ميدانية في السعودية تحت عنوان " إدارة الوقت " تهدف الدراسة الى معرفة مدى استغلال المدير للوقت في الاجهزة الحكومية بمدينة الرياض، و تؤكد الدراسة على اهمية الوقت كمورد نادر و ثمين و اعتباره عنصر اساسي من عناصر الانتاج ، و التعرف على مدى قدرة المدير على ادارة الوقت الرسمي للعمل ، و كيف يقضي الوقت الرسمي للعمل ، و تطرق الى نظرة المدير اتجاه الوقت و طرق تنظيمه و السيطرة عليه من خلال الوقوف على طبيعة المهام و الأنشطة التي يقوم بها أثناء ساعات الدوام الرسمي ، و بيان الفترة الزمنية التي

يقضيها في كل مهمة او نشاط ، توصل الى وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة معنوية بين الخصائص الوظيفية و قدرة المدير على ادارة الوقت .

### الدراسات المحلية :

- دراسة قام بها محمد شهرة اجراها تحت عنوان "الوقت و اداء الادارة الجزائرية عام 2008" رسالة ماجستير" و أوضح فيها أهم العوامل و الاسباب التي ساعدت على تفشي ظاهرة الاهدار الفادح لوقت العمل داخل الادارة المركزية الجزائرية إلا هي الجزائرية هي العوامل الاقتصادية و السياسية و الثقافية المتقلبة المرتبطة ببيئة العمل ، تسببت في التأدية الضعيفة للوظائف التي تتبني عليها العملية الادارية من التخطيط في العمل و الرقابة الادارية و التنسيق بين الوحدات المكونة لها و الاستغلال غير عقلاني للموارد البشرية و المادية المسخرة لها من قبل الدولة .
- دراسة سعد مخلوف تحت عنوان "الضغط النفسي و مدى تأثيره على سلوك الاطباء العاملين بالمراكز الصحية ، دراسة ميدانية من اجل نيل شهادة ماجستير بولاية مسيلة عام 2006 بحيث سعت هذه الدراسة الى التعرف على ابعاد ظاهرة ضغوط العمل لدى الاطباء العاملين بالمراكز الصحية و الخاصة بمدينة مسيلة و تحديد مصادرها و اسبابها و الاعراض النفسية و السلوكية و حتى منها العضوية المرتبطة ، و تم التوصل الى ان مصادر الضغوط تتمثل في صراع الدور ، و عدم توفر الامكانيات المساندة لتمكين الاطباء من اداء اعمالهم كما يروونه مناسباً .
- دراسة قامت بها كمنزة بوخديمي سنة 2002 و هي عبارة عن رسالة ماجستير تحت عنوان "اتجاهات الاطارات الجزائرية نحو تخفيض وقت العمل" حيث أجرت دراسة ميدانية في مجموعة من المؤسسة الاقتصادية بمدينتي الجزائر و البلدية و خلصت الباحثة ان اهمية الوقت تختلف من مجتمع الى اخر و في فترة زمنية الى اخرى حيث عرف ان اعطى للوقت كامل الاهمية عند الدول الغربية الصناعية و هذا منذ

الثورة الصناعية بينما لا تليه الدول المتخلفة الاهمية اللازمة ، و قد جاءت الاشكالية التي وضعتها الباحثة على شكل سؤال عام ارادت من خلاله معرفة طبيعة اتجاهات الاطارات الجزائرية اتجاه فكرة تخفيض وقت العمل ، و من هنا حاولت معرفة ايضا من ان كانت هناك فروق في هذه الاتجاهات تبعا للخصائص الفردية المتعلقة بالجنس ، المستوى التعليمي ، الاقدمية ، و كذا نوع الملكية للمؤسسات و قطاع نشاطاتها .

## 8. المنهج المتبع و التقنيات المستخدمة و تحديد عينة البحث :

## 1. المنهج المتبع :

المنهج هو الطريق الذي يسلكه الباحث للوصول الى حقائق علمية عن المشكلة المبحوثة<sup>1</sup>، فاستخدام المناهج و طرق البحث العلمية تختلف حسب طبيعة الموضوع محل الدراسة و كما يعرفه جمال زكي " بأنه الوسيلة التي يمكننا عن طريقها الوصول الى الحقيقة او مجموعة الحقائق من اي موقف من المواقف ، و محاولة اختبارها للتأكد من صلاحيتها من مواقف اخرى"<sup>2</sup>.

ومن أجل الحصول على المادة العلمية التي مكنتنا من وضع الفروض وتحديد أبعاد المشكلة التي نحن بصدد دراستها ، رأينا أن ننتهج المنهج الوصفي التحليلي والذي يعتبر من أكثر مناهج البحث الاجتماعي ملائمة للواقع الاجتماعي وخصائصه وهو الخطوة الأولى نحو تحقيق الفهم الصحيح لهذا الواقع.

يعتمد المنهج الوصفي على دراسة الواقع او الظاهرة كما توجد في الواقع و يهتم بوصفها وصفا دقيقا و يعبر عنها تعبيراً كيفياً او تعبيراً كمياً ، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة و يوضح خصائصها ، أما التعبير الكمي فيعطيها وصفا رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة او حجمها و درجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الاخرى<sup>3</sup>، و الغرض من استخدام هذا المنهج هو من اجل وصف واقع ادارة الوقت للأطباء المتخصصين في المؤسسة الاستشفائية العمومية ، وللوصول الى الهدف المرجو لابد من جمع المعطيات و تحليلها .

<sup>1</sup> بلقاسم سلاطينية و حسان الجيلالي : منهجية العلوم الاجتماعية ، الطبعة الاولى ، دار الهدى للطباعة و النشر ، بسكرة ، الجزائر ، 2004م ، ص 33.

<sup>2</sup> نفس المرجع السابق : ص 28.

<sup>3</sup> عمار بوحوش و محمد محمود ذبيبات : مناهج البحث العلمي و طرق اعداد البحوث ، الطبعة الرابعة ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 2007 ، ص 138.

## 2. التقنيات المستخدمة :

اعتمدنا في بحثنا على عدة تقنيات منها الاساسية و منها التدعيمية بحسب مقتضيات البحث و ظروف المبحوثين ( الأطباء ) منها :

- **الملاحظة** : هي وسيلة من وسائل البحث التي يلاحظ الباحث من خلالها بعض الظواهر المفترضة سلفا كالعلاقات الانسانية بين العمال و الادارة ، وقت العمل و الراحة ، و الهدف من الملاحظة البسيطة جمع و تصنيف و تحليل الحقائق و المعلومات التي يشتقها الباحث من الحقل الاجتماعي بعد فحصه و ملاحظته و تحليل جوانبه المختلفة<sup>1</sup>

استخدمنا الملاحظة كتقنية تدعيمية في الجولات الاستطلاعية الميدانية الا و هي المرحلة التمهيدية حيث كنا بصدد تحديد موضوع البحث ، و كان الهدف هو التعرف و اخذ فكرة عن ميدان البحث و طريقة سير العمل فيه ، و ملاحظة الظروف الفيزيكية والوسائل المتوفرة لدى الطبيب من اجل انجاز عمله و المعاملات الانسانية بين الاطباء فيما بينهم و بين الاطباء و معاملتهم للمرضى .

- **المقابلة** : عرفها كوبي و ماكوبي بأنها تفاعل لفظي يتم بين شخصين في موقف مواجهة حيث يحاول إحداهما، و هو القائم بالمقابلة ان يستثير بعض المعلومات او التعبيرات لدى المبحوث ، و التي تدور حول آرائه أو معتقداته<sup>2</sup>، و لقد اجريت المقابلة بناء على مواعيد مسبقة مع بعض اطارات المؤسسة الاستشفائية العمومية أين موقع ميدان الدراسة المتمثلة : مديرة الموارد البشرية ، المراقب العام ، المنسق ، رئيس مكتب التنظيم ، و كانت الاسئلة المطروحة بصفة عامة حول طريقة سير و تنظيم العمل و الوقت ، حيث تمكننا من جمع

<sup>1</sup> احسان محمد الحسن : الاسس العلمية لماهج البحث الاجتماعي، الطبعة الاولى ، دار الطليعة للطباعة و النشر، بيروت ، لبنان ، 2004م ، ص157.

<sup>2</sup> حسن عبد الباسط : اصول البحث الاجتماعي، الطبعة الخامسة ، دار غريب للطباعة و النشر، القاهرة ، مصر ، 1976م، ص 355.

اكبر قدر من المعلومات حول المستشفى بشكل خاص و حول طريقة تنظيم الوقت و العمل و الظروف بشكل عام .

- **الاستمارة :** هي مجموعة المؤشرات التي يمكن من خلالها اكتشاف ابعاد موضوع الدراسة عن طريق اجراء بحث ميداني على جماعة محددة من الناس، و هي وسيلة الاتصال الرئيسية بين الباحث و المبحوث ، و تحتوي على مجموعة من الاسئلة تخص القضايا التي نريد معلومات عنها من المبحوث<sup>1</sup>.

تعد الاستمارة التقنية الاساسية المعتمدة في هذا البحث و التي تتناسب و المنهج الكمي و المعالجة الاحصائية للمعطيات إلا ان اهم ما دفعنا الى اختيار هذه التقنية هو انه لم يكن باستطاعتنا اجراء مقابلات مع كل عنصر من عناصر العينة المختارة و البالغ عددهم 72 مبحوث ، و كان من الصعب توزيعها بحجة (التطبيب ) ، ولقد احتوت استمارة بحثنا على 23 سؤال مغلق و 14 سؤال مفتوح على مستوى جدول الترميز و تفرغ البيانات فقد ارتفع عدد الاسئلة من الى و هو العدد الاجمالي للأسئلة الواردة في الاستمارة ، و كان توزيع الاستمارات بالتنسيق مع الادارة ، إلا أننا سجلنا تأخيرا لاسترجاعها و هذا يدخل ضمن صعوبات البحث .

### العينة :

تعتبر مرحلة تحديد مجتمع البحث من اهم الخطوات المنهجية في البحوث الاجتماعية و هي تتطلب من الباحث دقة بالغة حيث يتوقف عليها اجراء البحث و تصميمه .

فعند دراسة اي موضوع ، فإن الباحث بحاجة الى جمع المعلومات اللازمة حول مشكلة البحث ، وقبل أن يبدأ الباحث بجمع المعلومات ، فإنه يقوم بتحديد مجتمع الدراسة حسب

<sup>1</sup> بلقاسم سلاطونية و حسان الجيلالي : نفس المرجع السابق ، ص282.

الشروط التالية و هي : الوقت و التكلفة و الجهد ، فالعينة هي المجموعة الجزئية التي يقوم الباحث بتطبيق دراسته عليها و هي تكون ممثلة لخصائص مجتمع الدراسة الكلي<sup>1</sup> .

ان اختيار نمط العينة و نوعها يتم وفق شروط منهجية تفرضها مشكلة البحث و فرضياتها ، نظرا لكون مجتمع بحثنا يتكون من 146 طبيب مختص من بينهم 3 بروفيسور ، و 32 أساتذة مساعدين ، و 111 طبيب مقيم موزعين في المصالح الثلاث ( مصلحة طب الاطفال ، مصلحة جراحة الأطفال، مصلحة أمراض النساء و التوليد ) .

نظرا لمواصفات مجتمع البحث توجب علينا اختيار عينة طبقية تناسبية عشوائية التي هي من أنسب العينات التي تلائم مجتمع البحث ، و تتلخص هذه الطريقة باختيار عينة عشوائية بسيطة من كل طبقة يكون حجم العينة يتناسب و حجم الطبقة المأخوذة و هذا يعني ان نتعامل مع كل طبقة و كأنها مجتمع قائم بذاته<sup>2</sup> .

و فيما يلي العلاقة التي يمكن اتباعها لتحديد العينة الطبقية :

$$\bullet \text{ حجم عينة الطبقة} = \frac{\text{حجم الطبقة} \times \text{حجم العينة للمجتمع}}{\text{حجم المجتمع}}$$

حجم المجتمع

<sup>1</sup> احسان محمد الحسن : نفس المرجع السابق ، ص 150

<sup>2</sup> عدنان حسين الجاوري ويعقوب عبد الله الحلو : الاسس المنهجية و الاستخدامات الاحصائية في بحوث العلوم التربوية و الانسانية ، الطبعة الاولى ، دار اثراء للنشر و التوزيع ، عمان ، الاردن ، 2009، ص 147.

## 9. المقاربة السوسولوجية :

تعد المقاربة السوسولوجية من أهم الخطوات المنهجية التي يعتمد عليها الباحث في علم الاجتماع ، كما يعتبر احدى الضروريات الهامة في الدراسات السوسولوجية لتفسير و تحليل الظاهرة المراد دراستها ،و تعتبر المقاربة السوسولوجية إطارا فكريا يفسر مجموعة من الفروض العلمية و يصنفها في نسق علمي مرتبط <sup>1</sup>.

لقد اختار الباحث الاتجاه البنائي الوظيفي كإطار نظري شامل الذي سيتم من خلاله تناول موضوع الدراسة و هذا بالنظر الى ان هذا الاتجاه يستجيب حقيقة لطبيعة هذه الدراسة و كذا الاهداف المرجوة بحيث تعتبر البنائية الوظيفية من النظريات السوسولوجية التي شغلت حيزا كبيرا في ادبيات علماء الاجتماع خاصة في بداية القرن العشرين ، و احتلت مكانة مرموقة بين نظرياته و ينظر اصحاب هذا الاتجاه و على رأسهم تالكوت بارسونز إلى المجتمع كنسق عام متكون من انساق فرعية مترابطة ترابط داخلي ينجز كل نسق فرعي بوظيفته من اجل تحقيق التوازن و الاستقرار العام ،اما الاطار النظري المرجعي الذي يحدد الطريق الذي يجب ان يسلكه الباحث للوصول الى الاهداف المرجوة من هذا الدراسة :

### (أ) النظرية العامة للنظم :

انطلقت نظرية النظم أو كما يسميها بعض الباحثين بنظرية النسق الاجتماعي على اعتبار المنظمة وحدة اجتماعية هادفة ، و قد عرّف النظام بأنه : " الكيان المنظم و المركب الذي يجمع و يربط بين الأشياء و الأجزاء التي تكون مجموعها تركيبا كليا موحدًا " <sup>2</sup>، و يعد ابرز روادها عالم الاجتماع الأمريكي تالكوت بارسونز الذي ساهم في تحول علم الاجتماع الأمريكي من النظرية النفسية الاجتماعية (السيكوسوسولوجية ) ذات الصبغة الذاتية إلى المنظور الشمولي المعادي للفردية و الذي سيطر على علم الاجتماع في فترة ما بعد الحرب

<sup>1</sup> جمال معتوق:منهجية العلوم الاجتماعية و البحث الاجتماعي، الطبعة الاولى، دار بن مرابط للنشر ،الجزائر ،2009،ص62.

<sup>2</sup> محمد حسن الشماع : نظرية المنظمة ، الطبعة الثانية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2000، ص 83.

العالمية ، فقد كان بارسونز أول عالم اجتماعي يطور نظرية متماسكة عن المجتمع باعتباره كلاً متماسكاً و ذلك بالنمط الإمبريقي السوسيوولوجي بالمقابل للنمط السائد و النمط النظري<sup>1</sup>

و انطلق بارسونز من تصور التنظيم بوصفه نسقا اجتماعيا مفتوح يتفاعل مع البيئة المحيطة به و ذلك ضمانا لاستمراره ، و يتألف من انساق في إطار النسق الأكبر ، ثم حل التنظيم بعد ذلك من وجهة نظر ثقافية نظامية ، مؤكدا التوجيهات القيمة السائدة في التنظيمات المختلفة ، و لقد أوضح بارسونز أن القيم السائدة في التنظيم هي التي تمنح أهداف هذا التنظيم طابعا شرعيا ، لأنها هي التي تؤكد إسهام النسق التنظيمي في تحقيق المتطلبات الوظيفية التي يسعى النسق الأكبر تحقيقها .

أوضح بارسونز أن التنظيمات تتميز بأنها وحدات اجتماعية لها أهداف محددة وواضحة نسبيا تسعى إلى تحقيقها ، و أن تحقيق هذه الأهداف يفرض وجود إجراءات تنظيمية تضمن تحقيق هذه الأهداف . و يذهب بارسونز إلى أن هناك أربعة متطلبات وظيفية أساسية يتعين على كل نسق مواجهتها إذ ما أراد البقاء : اثنان منهما ذو طابع آلي و هما<sup>2</sup>

الموائمة ADAPTATION و تحقيق الأهداف GOAL ATTAINMENT و يتعلقان أساسا بعلاقة النسق ببيئته ، أما المطلبان الآخران فهما الاندماج INTEGRATION و الكمون LATENCY و يعبران عن الظروف الداخلية للنسق و على التنظيم بوصفه نسقا اجتماعيا ان يواجه هذه المتطلبات ، و أن يضمن لها التحقيق إذا ما أراد تحقيق وظائفه .

فمطلب الموائمة في التنظيم تعبر عنه مشكلة تدبير كل الموارد البشرية و المادية الضرورية لتحقيق أهداف التنظيم ، و بتعبير بارسونز فإنه يشير إلى الأنماط المعيارية للمنظمة و ضمان الحصول على المهارات الضرورية و ما يتطلبه التنظيم من موارد .

أما مطلب التكامل فيشير إلى العلاقات بين الوحدات ، و خاصة تلك العلاقات التي تضمن تحقيق أعلى مستوى من التضامن و التماسك بين الأنساق الفرعية .

<sup>1</sup> علي حوات : مبادئ علم الاجتماع ، منشورات الجامعة المفتوحة ، ليبيا ، 1990، ص 180.

<sup>2</sup> السيد الحسني : النظرية الاجتماعية و دراسة التنظيم ، الطبعة الرابعة ، دار قطرين الفجاءة ، قطر ، 1986، ص. ص73-76.

أخيرا مطلب الكمون فيشير إلى مدى ملائمة الظروف السائدة في الأنساق الفرعية للظروف السائدة في النسق الأكبر ، و من الواضح أن مطلب الكمون يرتبط أساسا بمشكلة التكامل الرأسي ، و ذلك على عكس مطلب الكمون الذي يشير إلى التماسك بين الوحدات أو الأنساق الفرعية المتساوية .

و يشير مطلب الكمون أيضا إلى مطلبين وظيفيين توأمين الأول : مطلب تدعيم النمط و هو يتعلق بمدى الانسجام و التطابق بين الأدوار التي يؤديها الفرد في التنظيم و الأدوار التي يقوم بها في الجماعات الخارجة عن نطاق التنظيم كالأسرة مثلا ، و هذا بدوره يفرض ضرورة وجود ميكانيزمات تساعد على خلق انسجام نسبي بين التوقعات التنظيمية و التوقعات التي تحدث خارج نطاق التنظيم .

أما المطلب الثاني فهو احتواء التوترات للتنظيمية و استيعابها و يتحقق ذلك من خلال ضمان وجود دافعية كافية لدى الاطباء لكي يستطيعوا أداء مهامهم التنظيمية .

لذا انطلاقا من نظرية النظم فان الصفة الأساسية لأي منظمة قائمة ومستمرة في العمل هي تفاعلها مع البيئة المحيطة بها ، وبالتالي فان نتيجة هذا التفاعل هو ان تعطي للبيئة نتائجها وتأخذ منها ما يجعلها مستمرة في العطاء ، والمستشفى هي واحدة من بين هذه المنظمات المفتوحة أساسا على المجتمع بكل ما يحتوي من أفراد ومعدات وموارد مختلفة ، فهي تحصل على مداخلاتها من البيئة وتقدم مخرجاتها إليها ، ولتفسير نتائج عملياتها من خلال التغذية العكسية التي تسترجعها من البيئة باتجاه تكييف مسار عملها المستقبلي بما يتوافق مع تحقيق رسالتها و أهدافها التي حددت كأساس في وجودها .

و تعتبر المستشفى نظاما مركبا من مجموعة نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة ، كما تعد أيضا بمثابة نظام مفتوح لأنه يعمل على حل مشكلات تعترض صحة أفراد المجتمع الذين يتفاعلون معه و يتأثرون و يؤثرن فيه بحيث ان مدخلات النظام عبارة عن الاطباء و ممرضين و مهنين و جهاز اداري و تكنولوجيا و حتى التنظيم نفسه من رقابة و تخطيط و الاتصالات الافقية و العمودية ... الخ .

## ب) نظرية البيروقراطية :

ارتبطت النظرية البيروقراطية بعالم الاجتماع الالمانى "ماكس فيبر" الذي تشر نظريته عام 1921 ، و قد عرفت البيروقراطية التنظيم الذي يعتمد على تقسيم العمل و العمل المكتبي او هي مجموعة الاسس الادارية التي تعكس السياسة العامة للمؤسسة<sup>1</sup> ، و المتتبع للمعنى العلمي للبيروقراطية يلاحظ انه غير محدد تحديدا قاطعا ، بيد انه لا يمكن القول ان كثيرا من الكتاب و الدارسين قد قدموا مفاهيم من زوايا متعددة و يمكن التوضيح اهمه<sup>2</sup> :

- يقصد بالبيروقراطية النواحي القانونية لسلطة المنظمات الكبرى خاصة المستشفيات و التي يتم تأسيسها على الموضوعية و الرسمية و الرشد في بناء الانظمة الادارية .

- البيروقراطية هي سيطرة طبقة من الموظفين بالمنظمات الحكومية على مصالح الجماهير مما يؤدي الى الاستبداد في اتخاذ القرارات و تسيير الاعمال وفقا للأهواء و النزاعات الفردية لهؤلاء الموظفين .

و تشير البيروقراطية الى التنظيم الاستشفائي الذي يهدف الى تحقيق غاية لا شخصية فهي تستند الى اسلوب لتقسيم العمل و يتضمن التخصص بالنظر الى العديد من الوظائف واضحة التباين وفقا لبعض المحاكاة الفنية ، و هذا التقسيم يرتبط به تقسيم آخر للسلطة ينتظم بشكل تدريجي بحيث يتضمن عضوا مركزيا على قمته و مؤهلات فنية من جانب المشاركين فيه ، حيث يتحدد او يدرك دور كل مشارك على انه الوظيفة التي يتصرف من خلالها بالنظر الى السلطة المنسوبة لهذه الوظيفة و ليس الى تأثيره الشخصي (السلطة المعرفية) ، و يتضمن

<sup>1</sup> المهدي الطاهر غنية: ادارة الاعمال، الطبعة الاولى ، الدار الجامعية المفتوحة ، طرابلس ، ليبيا ، 2003 ، ص87.

<sup>2</sup> احمد غنيم : تعديل الاتجاهات الفكرية و الممارسات التطبيقية للمديرين من الاطار الرئاسي الجامد الى الاطار

القيادي الموجه ، المكتبة العصرية للنشر و التوزيع ، 2008 م ، مصر ، ص16.

ذلك تمييزا واضحا في عديد من الجوانب بين علاقات التفاعل و تصرفاته في وظيفته من ناحية و بين علاقاته و امكانياته الشخصية من ناحية اخرى<sup>1</sup> .

لقد اهتم ميشال كروزي عند دراسته لظاهرة البيروقراطية و علاقات السلطة بمفهوم السلطة الغير الرسمية خاصة على فئة عمال الصيانة الذين اصبح لديهم سلطة توازي سلطة الادارة ، و ذلك من خلال دراسته بوكالة المحاسبة بباريس و كذا دراسة ثلاث مصانع و من خلال هذه الدراسات توصلنا الى نموذج التحليل الاستراتيجي الذي يركز على ثلاثة مسلمات اساسية تتمثل في<sup>2</sup> :

- إن الأفراد لا يتقبلون ابدا ان يعاملوا كوسيلة تستغل لتحقيق اهداف المنظمة المسطرة من طرف المسؤولين ، إنما لكل فرد اهدافه و طموحاته الخاصة به التي يمكن ان تكون معارضة ام لأهداف المنظمة ، فهذه الأخيرة تسير على ضوء تعدد اهداف الافراد المكونين لها .
- الحرية النسبية للفاعل في اي نوع من التنظيمات ، بحيث إن الفاعلين يملكون مجالا من الحرية يمارسون فيه نوع من الاحتكار.
- استراتيجية الفاعل تتبثق دوما من العقلانية بشرط ان تكون هذه العقلانية محدودة .

بناء على ما سبق نقول ان المستشفى تنظيم بيروقراطي بحيث يرتكز على التدرج الهرمي للسلطة ووضوح القواعد و الإجراءات، فالإجراءات القانونية مقبولة من طرف اعضاء التنظيم خاصة الأطباء لغرض الحماية ، وحسب كروزي أن الفاعلين في التنظيم البيروقراطي خاصة المالكين للسلطة المعرفية (الاطباء ) لهم هامش من الحرية في التنظيم بحيث يحتكرون المعلومة و ينتج عن ذلك خلق

<sup>1</sup> علي ليلة: نظرية علم الاجتماع، الطبعة الاولى، المكتبة المصرية للنشر، القاهرة، مصر، 2000، م ، ص420.

<sup>2</sup> فاروق مداس: تنظيم و علاقات العمل بين الفئات السوسيو مهنية ، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع التنظيم ، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية ، جامعة الجزائر 2 ، الجزائر ، 2000\2001م ، ص20 .

وقت آخر للعمل خارج الوقت الرسمي مما يخلق لالتوازن و الضغط في النسق العام .

### 10. صعوبات البحث :

تركزت الصعوبات التي واجهتنا اثناء اعداد الدراسة فيما يلي :

- عدم تعاون بعض الاطباء مع الباحث فيما يخص المعلومات حول موضوع الدراسة لاعتقادهم الخاطيء ان تعبئة الاستمارات سيؤدي الى نشر معلومات سرية عنهم و ذلك بالرغم من تأكيدنا لهم ان المعطيات سرية و لن تستخدم إلا لأغراض علمية بحتة .
- عدم جدية بعض الاطباء في استرجاع الاستمارات و تضبيبها مما جعلنا نوزعها (الاستمارات ) ثلاث مرات على الكل ، مما أضع الكثير من الوقت في توزيعها و استرجاعها بحكم الانشغال التام بالمرضى .
- ندرة الدراسات السابقة حول ادارة الوقت عند الاطباء من الناحية الاجتماعية .

### خلاصة الفصل :

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل المحوري الوقوف على اهم المراحل التي تتطلبها اي دراسة علمية ابتداء من اسباب اختيار الموضوع ، أهمية الموضوع و اهداف الدراسة ، إشكالية و بعدها صياغة الفرضيات و صولا الى تحديد المفاهيم حتى تنتزع اي لبس او غموض من الممكن ان تخلق صعوبات في الفهم لدى القارئ ، كما قمنا بإدراج الدراسات السابقة و الاقترايات السوسيولوجية و التي تعد الاساس في عملية تفسير واقع ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية العمومية .

الأطار النظري للدراسة

# الفصل الثاني

## ادارة الوقت

### تمهيد

- 1- انواع الوقت .
- 2- خصائص الوقت.
- 3- اهمية الوقت.
- 1.3 اهمية الوقت في الاسلام.
- 2.3 اهمية الوقت في تحقيق اهداف المنظمة .
- 4- نظريات ادارة الوقت في المنظمات .
- 1.4 المدرسة الكلاسيكية .
- 2.4 نظرية العلاقات الانسانية.
- 3.4 النظرية الحديثة للمنظمة.
- 5- علاقة الوظائف الادارية في المنظمات بإدارة الوقت .
- 1.5 علاقة ادارة الوقت بالتخطيط .
- 2.5 علاقة ادارة الوقت بالتنظيم .
- 8- معالجة اسباب ضياع الوقت .
- خلاصة الفصل .

## تمهيد :

مع تطور حياة البشر و تزايد التوجهات المادية للبشر بدأ تزايد ادراكهم بأن الوقت يمر بسرعة كبيرة ، و قد حث ذلك بالجميع نحو البحث عن طرق فاعلة لإدارة الوقت من اجل استثماره بشكل فعال ، فإدارة الوقت هي كغيرها من الموارد فهي تحتاج الى تخطيط كرسوم مخطط لمؤسسة ما لمدى قصير او طويل ، و تحتاج الى تنظيم من حيث توزيع ساعات العمل ، و تحتاج الى رقابة من اجل الحفاظ على النظام العام... الخ .

و من خلال هذا الفصل سنتطرق الى انواع الوقت و اهم النظريات و علاقة ادارة الوقت بالوظائف الادارية الاخرى ، و التطور التاريخي لإدارة الوقت في الجزائر و اهم مسببات اضاءة الوقت و الاجراءات المعالجة لها .

## 1. انواع الوقت :

تختلف مفاهيم الوقت عن بعضها البعض اختلافا جوهريا تبعا لاختلاف الظواهر التي تشير اليها هذه المفاهيم ، فقد قسم العلماء الظواهر في الكون إلى عدة مستويات حسب درجة التعقيد كل ظاهرة تبدأ من : الظواهر المادية فالظواهر النباتية فالحيوانية فالإنسانية ثم المؤسسات الاقتصادية و الاجتماعية إلى ظواهر الميتافيزيقية ( ما وراء الطبيعة )<sup>1</sup> . لذلك فهناك عدة انواع للوقت وفقا للتصنيف السابق يمكن سردها على النحو التالي :

## 1.1 الوقت المادي الميكانيكي :

هو مقياس لحركة جسم مادي بالنسبة لجسم مادي اخر ، كالفتره التي تستغرق الارض في الدوران حول الشمس ، أو كالتالي يستغرقها القمر في الدوران حول الارض ،

1 كمال عبد الحميد الصوري: واقع ادارة الوقت لدى مديري مدارس التعليم الأساسي، رسالة لنيل شهادة الماجستير في اصول التربية ، جامعة الازهر ، غزة ، فلسطين ، 2008، ص16.

وحدات هذا الوقت متعددة : كالثانية ، و الدقيقة ، و الساعة ، و اليوم و الاسبوع ، و الشهر و السنة و العقد و القرن<sup>1</sup>. و من الحقائق الهامة عن الوقت المادي الميكانيكي أن مدته ثابتة ، فالיום يتكون من اربع و عشرين ساعة ، و الاسبوع من مائة و ثمان و ستين ساعة ، و هكذا ، و بالتالي يتساوى جميع الناس من ناحية المدة الزمنية للوقت المتوفر ليهم في اليوم ، او في الاسبوع ، او الشهر ، او السنة ، سواءً أكانوا من اغنياء القوم ام من فقرائهم ، او كانوا من كبار الموظفين ، ام من صغارهم<sup>2</sup>.

### 2.1 الوقت البيولوجي :

هو الوقت الذي يقيس الظواهر البيولوجية و نموها و نضجها ، و كمالها ، و وحدته هي الجسم نفسه ، فقد يكون العمر الزمني نفسه ، و لكنهما يكونان مختلفين من حيث العمر البيولوجي ، فيصل أحدهما إلى مرحلة بيولوجية أكثر تطورا من الاخر ، لان معدل نموه البيولوجي أسرع<sup>3</sup>.

### 3.1 الوقت النفسي :

هو شكل من أشكال الشعور الداخلي بقيمة الوقت ، و يعتمد بشكل كبير على طبيعة الحدث ، أو الظروف التي يكون فيها الفرد ، و كذلك حالته النفسية ، فإذا كانت الظروف سيئة او خطيرة ، و المرء في حالة نفسية سيئة فإن الزمن يمر ببطء شديد، و قد تبدو الدقائق في مثل هذا الظرف و كأنها ساعات ، و على عكس ذلك ، إذا كان المرء سعيدا و الحدث مفرحا فإن الوقت يمر بسرعة تجعل الساعة تبدو و كأنها دقيقة ،

1العديلي محمد :ادارة الوقت ، الطبعة الاولى ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، السعودية ، 1994، ص47.

2 محمد شاكر: ادارة الوقت في الاجهزة الحكومية، الطبعة الاولى ، معهد الادارة العامة، الرياض، السعودية ، 1982، ص117 .

3 محمد المدني:افكار رئيسية في ادارة الوقت، الطبعة الاولى ، الدار الجماهيرية للنشر، طرابلس ، ليبيا ، 1987، ص14.

و بالتالي فإن الوقت النفسي يقيس انسياب الزمن داخل المرء ، و يمثل مدى وعيه و اراك تغير الاشياء ، و هو مقياس ذاتي فردي غير موضعي .

#### 4.1 الوقت الميتافيزيقي :

و هو كل وقت الظواهر الميتافيزيقية ، أو عالم ما وراء الطبيعة ، الذي يشمل الغيبيات و السمرديات ، و الازليات ، و المطلقات الذي لا نعرف عنه شيئاً سوى ما هو مذكور في الكتب السماوية ، و هو يختلف عن المفاهيم العادية للوقت . قال تعالى :  
<< تَعْرُجُ الْمَلَكُوتُ وَالرُّوحُ إِلَيْهِ فِي يَوْمٍ كَانَ مِقْدَارُهُ خَمْسِينَ أَلْفَ سَنَةٍ >><sup>1</sup>

#### 5.1 الوقت الاقتصادي :

يرى الاقتصاديون أن الوقت أصبح الوسط الذي تزداد فيه الأنشطة الإنسانية و خاصة الأنشطة الاقتصادية بمعدل النمو الذي لا يمكن تخيله ، لذا أصبح الوقت رمزا لإنتاج الثروة الاقتصادية ، و مدخلا من مدخلات الإنتاج ، نظرا لان أي نشاط اقتصادي أصبح يقاس بعدد الساعات التي تستثمر لإنتاج سلعة معينة<sup>2</sup> .  
فمن المنظور الاقتصادي يمثل الوقت أحد الموارد الهامة و النادرة في العصر الحاضر التي يجب أن تستغل بشكل فعال لتحقيق الاهداف التي يسعى اليها أي مجتمع بشكل عام، و مجتمعات الدول النامية بشكل خاص ، فالمشكلة الرئيسية في تخصيص الوقت أو استخدامه ليست في الاختيار بين وقت العمل ، و وقت الفراغ أو وقت الحر ، و لكن تكمن المشكلة الاساسية في كيفية تخصيص أو توزيع الوقت بين كل الأنشطة المتاحة حتى يمكن الحصول على أقصى استفادة ممكنة<sup>3</sup> .

<sup>1</sup>القرآن الكريم .

<sup>2</sup> صالحة عبد الله : إدارة الموجه التربوي لوقته و مساعدة العاملين التربويين في إدارة أوقاتهم ، وزارة التربية و التعليم ، عمان ، الاردن ، 1992،ص5.

<sup>3</sup> كمال عبد الحميد ابراهيم الصوري:نفس المرجع السابق،ص18.

## 6.1 الوقت الاجتماعي :

الوقت الاجتماعي لا يمكن النظر إليه من خلال الدقائق و الساعات ، و انما من خلال معايير اجتماعية هي الاحداث و الخبرات التي تبقى عالقة في أذهان الناس ، و يشيرون إليها من حين لآخر ، و هي تختلف من مجتمع لآخر ، كمولد الرسول عليه أفضل الصلوات و أفضل السلام في المجتمعات المسلمة أو نشوب الحرب العالمية ، و هكذا تعد الاحداث الاجتماعية و السياسية مرجعا زمنيا يعود إليه الناس باستمرار عند إشارتهم للوقت ، و يمتاز المفهوم الاجتماعي للوقت بأنه ليس له ابعاد عالمية مطلقة ، فكل مجتمع ثقافته و احداثه الهامة التي تجعله لا ينساب بشكل منتظم موحد ، حيث تختلف سرعة التغير الاجتماعي من مجتمع لآخر ، علما بأنه لا يمكن تقسيم الزمن الاجتماعي إلى وحدات مطلقة كالساعة و اليوم ، فموسم الحصاد أو فترات الكساد الاقتصادي ليست لها تواريخ دقيقة تبدأ بها أو تنتهي بها ، كما أن مفهوم الوقت الاجتماعي نوعي و ليس مفهوما كمي ، إذ لا يمكن قياسه أو ادراك كميته دائما ، و يقسم عالم الاجتماع رودلف ريسنوهازي مفهوم الوقت الاجتماعي إلى خمسة أبعاد على النحو التالي :<sup>1</sup>

أ. التوقيت : أي الكيفية التي ترتب بها ضروب النشاط في علاقتها بعضها ببعض ، أو الكيفية التي يقيم المنظمون الاجتماعيون الذين يتعين عليهم أن يعملوا معا أو بتناوب الاتصال فيما بينهم ، و الكيفية التي تتوافق بها مختلف المنتابعات الزمنية مع بعضها البعض و التي ترصد نبض الحياة الاجتماعية .

<sup>1</sup> ريسنوهازي رودلف : مفهوم الزمان الاجتماعي ، ترجمة عثمان امين ، العدد الثاني ، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية ، الارين ، 1973 ، ص 8.

ب. ترتيب الوقت : أي الكيفية التي يوزع بها الأفراد و الجماعات أوجه نشاطهم و يرتبون أفعالهم في مجموعات ، و حين تواجههم مهمة أو مهام فورية يؤدونها بتقسيمها إلى مراحل متعاقبة ، ووجهة النظر هنا هي الأداء في أقصر وقت ممكن .

ت. التنبؤ : يعني القدرة على تخيل الاحداث في المستقبل ، و على أن نضع لأنفسنا أهدافا ابعدها و على أن نشكل نشاطا طبقا لأحداث مستقبلية ، مرغوب فيها ، و نحن هنا معنيون بالمستقبل المتوسط المدى أو طويل المدى .

ث. الزمن التاريخي : يعني رؤية مسار الحوادث البارزة في التاريخ الانساني ، هل يسير التاريخ في دوران من الارتفاع و الانحدار ؟ و هل هو ارتداد عن عصر ذهبي مفقود؟ أم هو على العكس تقدم ، أي أنه رغم الظروف و التقلبات يؤدي في النهاية إلى عالم أفضل ؟ .

ج. الوقت قيمة : أي كيفية تقدير الافراد للوقت المتاح لهم ، و استخدامهم اياه ، و الوقت يمكن تنظيمه و السيطرة عليه بدرجات مختلفة طبقا لما يعطي له قيمة ، و قيمة الوقت يعبر عنها ما يعطي الافضلية الاجتماعية في أوجه النشاط و أوقات الفراغ .

و يقسم وقت العمل بشكل عام إلى أربعة أقسام هي : <sup>1</sup>

### (1) الوقت الابداعي CREATIVE TIME :

يخصص هذا النوع من الوقت لعملية التفكير و التحليل و التخطيط المستقبلي ، علاوة على تنظيم العمل و تقويم مستوى الانجاز ، و يلاحظ أن كثيرا من النشاطات الادارية تمارس خلال هذا النوع من الوقت ، فهي بحاجة إلى تفكير علمي عميق و توجيه و تقويم ، كما تواجه في هذا النوع من الوقت المشكلات الادارية من كافة جوانبها بأسلوب علمي منطقي بهدف تقديم حلول منطقية و موضوعية تضمن فاعلية و نتائج القرارات التي تصدر

رعد حسن الصرن : فن و علم ادارة الوقت ، الطبعة الأولى ، سلسلة الرضا للمعلومات ، بيروت ، لبنان ، 2000 ، ص.ص 181-184 .

بشأنها . فحين يوجه التحديد و الابتكار و الابداع نحو توفير الوقت ، فإن هذه الامور لن تزدهر إلا بالرعاية الدقيقة ، و تضمن مثل هذه الرعاية وقتا للتفكير المبدع ، و تركيزا على الاهداف المتعلقة بالوقت ، و معرفة كيفية توليد الافكار ، و تقديم الاقتراحات من اجل خلق أفكار بسرعة أكبر .

## (2) الوقت التحضيري PREPARATORY TIME :

يمثل هذا النوع من الوقت الفترة الزمنية التحضيرية التي تسبق البدء بالعمل ، و قد يُستغرق هذا الوقت في جمع معلومات أو حقائق معينة أو تجهيز معدات أو قاعات أو آلات أو مستلزمات مكتبية مهمة قبل بدء بتنفيذ العمل ، و يفترض ان يعطي الاداري هذا النوع من النشاط ما يتطلبه من وقت ، نظرا للخسارة الاقتصادية التي قد ينجم عن عدم توافر المداخلات الاساسية للعمل .

## (3) الوقت الانتاجي PRODUCTIVE TIME :

يمثل هذا النوع من الوقت الفترة الزمنية التي تستغرق في و تنفيذ العمل الذي تم التخطيط له في الوقت الابداعي ، و التحضير في الوقت التحضيري ، و لزيادة فاعلية استغلال الوقت يجب على الاداري أن يوازن بين الوقت الذي يستغرق في الانتاج أو تنفيذ العمل ، و بين الوقت الذي يقضى في التحضير و الابداع .

و يقسم الوقت الانتاجي بشكل عام إلى قسمين رئيسيين هما :

أ. وقت الانتاج العادي ، او غير الطارئ ، او المبرمج .

ب. وقت الانتاج غير العادي ، أو الطارئ ، او غير المبرمج .

و مادامت المنظمة تسير ضمن خطة الانتاج العادي ، مع التحكم و الرقابة على الانتاج غير العادي ، فهي وضع جيد ، و قد يحدث أن يظهر انتاج غير عادي أو طارئ في المنظمة ، و يفترض أن يكون الانتاج في مثل هذه الحالة قليلا و محدود التأثير، و إلا فمعنى ذلك ضرورة حدوث تغيير جذري طارئ على

المستوى المنظمة لمواجهة الانتاج الطارئ .و لنجاح الاداري في ذلك يفترض أن يخصص جزءا قليلا من وقته المخصص للإنتاج العادي ، لمواجهة الانتاج غير العادي ، و بذلك يستطيع أن يتمتع بمرونة كافية تسمح له بانجاز الانتاج العادي.

#### (4) الوقت غير المباشر أو العام OVERHEAD TIME :

يخصص هذا الوقت عادة للقيام بأنشطة فرعية عامة ، لها تأثيرها الواضح على مستقبل المنظمة ، و على علاقتها بالغير كمسؤولية المنظمة الاجتماعية ، و ارتباط المسؤولين فيها بمؤسسات و جمعيات و هيئات كثيرة في المجتمع ، و حضور الاداري لندوات أو تلبية دعوات او افتتاح مؤسسات و منظمات معينة . إن هذه النشاطات المختلفة تحتاج إلى وقت كبير من قبل الاداري ، و لذلك عليه ان يحدد كم من الوقت يمكن أن يخصص لمثل هذه النشاطات ، أو يفوض شخصا معيناً للقيام بها بدلا منه ، مع الاخذ بعين الاعتبار التوازن بين النشاطات الداخلية و الخارجية في انجاز الاعمال الرسمية الموكلة له ، و ابقاء العلاقة و التعاون مع الاخرين في الخارج قائمة وثيقة .

#### 2. خصائص الوقت :

توصل الباحثون الى خصائص عدة للوقت من ابرزها<sup>1</sup> :

أ. لا شيء أطول من الوقت ، لأنه مقياس الخلود ، و قصير لأنه لا يكفي لتحقيق جميع ما يريده المرء ، إنه طويل على من ينتظر، و سريع لمن هو في سرور، و لا شيء أعظم منه لأنه يمتد بلا نهاية ، و لا اصغر منه لأنه قابل للقسمة من غير حدود ، و لا شيء يمكن عمله بدون الوقت الكثير يتجاهلونه ، و لكن الجميع يأسفون على ضياعه .

<sup>1</sup> سهيل عبدات : ادارة الوقت "عملية اتخاذ القرارات و الاتصال للقيادة الفعالة" ، علم الكتب الحديث للطباعة و النشر ، الاردن ، بدون سنة ، ص 13.

ب. الوقت لا يحترم أحدا فلا أحد يستطيع تغييره أو تحويله ، بغض النظر عما يريد تحقيقه ، و أنه يسير بنفس السرعة سواء كان زمن قسوة أو اكتئاب في حقيقة الامر في الشعور .

ت. سريع الانقضاء فهو يمر مر السحاب و يجري جريان الريح .

ث. أنه مورد نادر لا يمكن تجميعه ، و مضى منه لا يعود بشيء ، فهو أنفـس ما يملك الانسان ، و هذا ما عبر عنه الحسن البصري بقوله : " ما من يوم ينبثق فجره إلا و ينادي يا ابن آدم أن خلق جديد و على عملك شهيد فتزودوا بي فإني قضيت لا أعود إلى يوم القيامة . " فالوقت أغلى من الذهب و من كل جوهر نفيس ، فهو الوعاء لكل عمل و كل انتاج ، فهو رأس المال الحقيقي للإنسان فردا أو مجتمعا .

ج. يختلف الوقت عن الموارد الاخرى الرئيسية كالقوى العاملة و الاموال و الاجهزة لأنه :

- لا يمكن تخزينه .
- لا يمكن تحليله .
- لا يمكن إحلاله .
- يتخلل لكل جزء من أجزاء العملية الادارية .
- لا يمكن شراءه او بيعه أو تأخيره أو سرقة أ و استعارته أو تغييره او توفيره أو مضاعفته ، كل ما يستطيع الانسان بعد أن يقضيه سواء اختار ذلك أم لا وفق معدل ثابت مقداره ستون ثانية لكل دقيقة ، كما انه مورد محدد يملكه جميع الناس بالتساوي و لا يستطيع أحد زيادته فكل انسان يملك منه 24 ساعة في اليوم 168 ساعة في الاسبوع و 8766 ساعة في السنة .

### 3. أهمية الوقت :

لقد جاء الاهتمام بالوقت متأخرا نوعا ما من قبل الباحثين أي قبل عقدين من الزمن ، و لقد ازداد الاهتمام بالوقت في السنوات الاخيرة لإدراكهم لأهمية الوقت باعتباره مورد محدود و هام ، و يجب استثماره سواء على مستوى الفرد و المؤسسات ، حسب قول دراكر " الوقت هو اندر الموارد ، فإذا لم تتم ادارته لن يتم ادارة أي شيء آخر <sup>1</sup> ، فالشخص الذي يدير وقته بطريقة سهلة صحيحة سوف تجعله يشعر أنه في الطريق الصحيح و الاتجاه الصحيح ، فهي تجعله لا يعتمد على المماثلة و التسويف و اختلاق الاعذار لتأجيل الاعمال ، و تمكنه من العمل في تحقيق الاهداف في مدة زمنية محددة ، و الذكاء في هذه الحالة هو العمل بطريقة أفضل لا بمشقة أكبر و ذلك للتمييز بين الشغل و الانشغال أو بين الكفاءة و الفعالية .

يمكن تقوية الاحساس السليم بالوقت و استخداماته باستعراض أهمية الوقت وفقا لمساهماته في انجاز الاهداف المنشودة ، و المبدأ الذي يمكن الاسترشاد به كما يقول الخبراء هو :  
**أدر الوقت لكي تنجز ما تريد Manage time in ordre to achieve what you want it**  
 « want it »

وفقا لذلك تتجلى أهمية استخدام الوقت من خلال الطرق التالية: <sup>2</sup>

#### أ. طرق الاستخدام الرئيسية :

كل شخص أو منظمة يحتاج إلى وقت كاف لكي ينجز الامور الرئيسية و الاساسية اللازمة لحياتها و استمرارها ، و يختلف المؤسسات في تعريفها لمعنى الاستخدامات الرئيسية و الاساسية اللازمة لحياتها و استمرارها ، و تختلف المؤسسات في

<sup>1</sup> سهيل عبدات : نفس المرجع ، ص 11 .

<sup>2</sup> شوقي عبد الله : نفس المرجع ، ص ص 50- 52 .

تعريفها لمعنى الاستخدامات الرئيسية ، و على الرغم من ان العمل و المهنة يقعان في مقدمة قائمة الاستخدامات الرئيسية للوقت بالنسبة لمعظم المنظمات ألا انها تأخذ في عين الاعتبار أوقات للراحة و الفراغ كاستخدامين رئيسيين ، و يجب على كل مؤسسة أو منظمة ان تحافظ على الوقت الذي تقضيه في الانتاج و التسويق و التوزيع ، و التخطيط و التفكير و التنظيم و التنبؤ ، كما ان التفاعلات الاجتماعية و الارتباطات التي تتم مع المنظمات و المؤسسات الاخرى تمثل استخدامات رئيسية للوقت بالنسبة لمعظم المنظمات ، و بذلك يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار الوقت لمثل هذه الانشطة المختلفة ، لأنها لا يمكن أن تكون مستهلكة بشكل كبير للوقت ، كما أن استخدام وقت الفراغ يجب ان يعتبر متعة ضرورية بالنسبة للمنظمة ، لأنها تستطيع توفير من خلال هذا الاستخدام مزيدا من الطاقات و القدرات لالتزامات و تعهدات رئيسية أخرى .

#### ب. طرق الاستخدامات الثانوية :

تدور الاستخدامات الثانوية للوقت بالنسبة لمعظم الافراد حول أنشطة إلا عالة و منافع الحياة فمثلا : من الصعب استغلال الوقت الذي ينفق في الانتقال ، و في القيام بنشاط منتج و أنشطة أخرى كغسل و كي الملابس ... الخ و المهام الروتينية ، و من الممكن لهذه الاستخدامات أن تستهلك أوقات كثيرة إذا لم ترتب و تنظم بعناية ، كما أن الطعام يمكن أن يكون وقته رئيسيا أو ثانويا حسب توجه الشخص .

#### طرق الاستخدامات المنتجة للوقت :

تشمل هذه الطرق جميع الأوقات المحددة و المكرسة للقيام بالأعمال ، مع التركيز على كثير من الأمور التي يجب انجازها ، فالاستخدام المنتج للوقت يشير إلى استخدام الوقت التي تساهم فيه المنظمة بجهودها المباشرة لتحقيق الأهداف المهمة و ليس مجرد البقاء بصورة مشغولة ، و هذا الاختلاف يمكن ملاحظته بشكل

مباشر من خلال أوضاع و ظروف العمل ، فالكثير من الأمور التي تقوم بها المؤسسة تبقئها مشغولة ، و لكن دون تقديم انجاز حقيقي كقراءة البريد أو حضور المؤتمرات التي ليس لها علاقة بأهداف و غايات العمل ، و لهذا يجب أن يتم تجاوزها و الاستغناء عنها .

### ت. طرق برمجة الوقت :

يعتبر الوقت العنصر الأساسي في البرمجة التي تترجم الخطط و المشاريع و السياسات بواسطة برامج مرحلية منسقة زمنيا إلى أقسام متتالية ، قد تكون أسبوعية أو شهرية أو سنوية أو حتى أكثر من ذلك ، و تتم متابعة الخطط و البرامج استنادا إلى الوقت .

### ث. طرق خسارة الوقت :

تختلف خسارة الوقت عن الخسائر المادية من حيث كونها خسارة عامة و شاملة ، و لا يمكن تعويضها إلا على حساب خسارة زمنية أخرى ، بينما تكون الخسارة المادية خاصة بالبعض دون الكل ، فهذه الأخيرة أي الخسارة المادية لدى المؤسسة أو مؤسسات أخرى كارتفاع الأسعار أو انخفاضها في بيع السلع ، قد يصيب بعض البائعين فيستفيد منه المشترون ، و العكس صحيح ، كما ان الخسارة المادية يمكن إن تعوض في وقت لاحق ، بينما خسارة الوقت لا يمكن تعويضها فهي خسارة للأفراد و المنظمات كافة .

### 1.3 أهمية الوقت في الإسلام :

كما ارتبط مفهوم إدارة الوقت بالعمل الإداري فاعتنى الإسلام أيضا بصور عديدة حيث أن الله عز و جل بين أهميته في مواطن عديدة، فيقول المولى عز و جل: <<وهو الذي جعل الليل و النهار خلقة لمن أراد شكورا >> (62) سورة الفرقان<sup>1</sup>

<sup>1</sup> القرآن الكريم

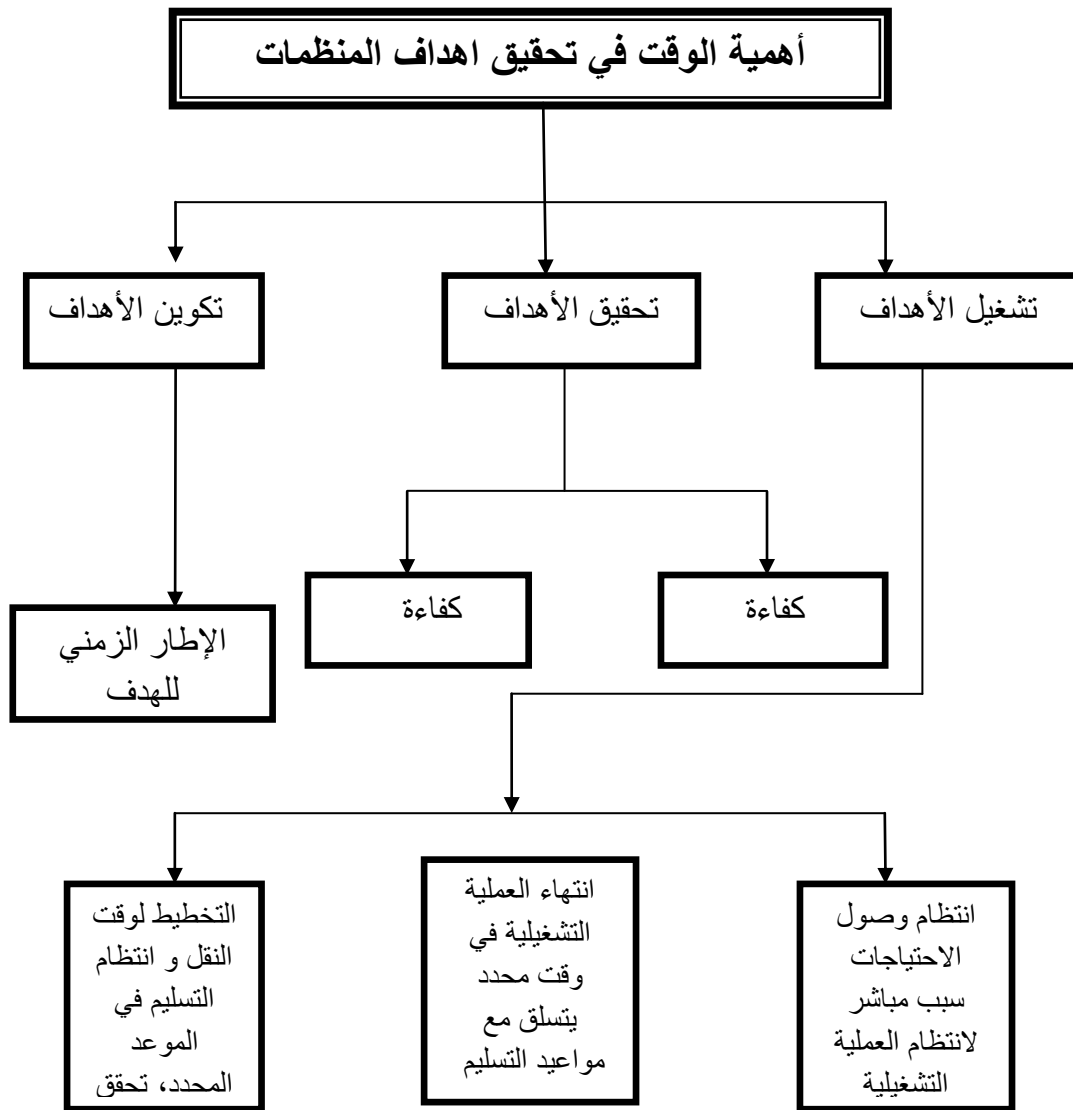
و يبين القرضاوي في كتابه<sup>1</sup> أن الله اقسام في مطالع سور عديدة من القرآن الكريم مثل : الليل ، و النهار ، و الفجر ، و الضحى ، و العصر ، أما في قوله تعالى: >> و الليل إذا يغشى و النهار إذا تجلى << ، >> و الضحى و الليل إذا سجد << ، >> و العصر (1) إن الإنسان لفي خسر (2) << ، و من المعروف لدى المفسرين أن الله عز و جل إذا اقسام بشيء من خلقه ، فذلك يلفت أنظارهم إليه ، و ينبههم إلى منفعة و أثاره .

و تأكد السنة النبوية ما جاء في القرآن من أن الوقت من نعم الله على عباده، و أنهم مأمورون بحفظه، و مسؤولون ، إذ يقول النبي صلى الله عليه وسلم: >لا تزول قدم عبد يوم القيامة حتى يسأل عن أربع خصال : عن عمره فيما أفناه ، و عن شبابه فيما أبلاه ، و عن ماله من أين اكتسبه و فيما أنفقه ، و عن علمه ماذا عمل فيه<sup>2</sup>. فالوقت يمر بسرعة محددة و ثابتة و يسير إلى الأمام بشكل متتابع... الخ ، فما مضى من الوقت هو نقص في عمر الإنسان ذاته و لا يمكن بأي طريقة تعويضه .

### 2.3 أهمية الوقت في تحقيق أهداف المنظمة :

<sup>1</sup> القرضاوي يوسف : الوقت في حياة المسلم، الطبعة الأولى مؤسسة الرسالة للنشر ، بيروت ، لبنان ، 1994، ص25.

<sup>2</sup> نفس المرجع السابق ، ص 29.



محمد الصيرفي :المرجع السابق ، ص 214.

الشكل رقم 01 : يوضح أهمية الوقت في تحقيق أهداف المنظمة .

4. نظريات الإدارة في إدارة الوقت :

ما من حركة يمكن ان تؤدي و يقوم بها العامل إلا كانت ضمن وقت محدد و مخصص للقيام بها ، فالإدارة هي أساسا حركة و زمن أو وقت و عمل ، و هي القيام بعمل ينفق

عليه وقت ، و انطلاقا من هذا المفهوم برزت أهمية الوقت بشكل واضح في أوائل القرن ، و اهتمت النظريات الإدارية بإدارة الوقت و على الشكل التالي<sup>1</sup> :

#### 1.4 المدرسة الكلاسيكية :<sup>2</sup>

إن دراسة الوقت بأسلوب علمي ، فقد تبلورت في عهد المدرسة الكلاسيكية **THE CLASSICAL SCHOOL** ، التي جاءت نتيجة للثورة الصناعية ، و التطور التكنولوجي التي أعقب الثورة الصناعية التي شهدتها الدول الصناعية -في نهاية القرن التاسع عشر- مما جعلهم يركزون على طرق دراسة الحركة و الزمن لتحليل العمق و لتحديد العمل و لتحديد أفضل طريقة لأداء العمل بهدف زيادة الإنتاجية بأقل كلفة و أقصر وقت ممكن ، فقد قام **فريدريك تايلور** الذي يُعتبر رائد حركة الإدارة العلمية بإجراء تجاربه التي ركز فيها على دراسة الحركة و الزمن ، عندما بدأ عمله لدى شركة بيت لحم لل فولاذ ، إذ لاحظ أن هناك ضياعا كبيرا في الإنتاج نتيجة لسوء استغلال الوقت ، و أن ما كان ينتج في يوم واحد يمكن أن ينتج ساعات أقل من خلال تطبيق المبادئ و القواعد العلمية التالية :

- أ. تطوير علم لكل عنصر من عناصر العمل ، ليحل محل الحدس و التخمين .
- ب. الاختبار العلمي للعاملين ، و تدريبهم و تطويرهم بدلا من ترك مسؤولية اختبار العمل للعامل نفسه .
- ت. التعاون بين الإدارة و العاملين لتنفيذ الأعمال ، وفقا للمبادئ العلمية التي تم تطويرها .

1 شوقي عبد الله : نفس المرجع السابق ، ص60.

2 ياسر أحمد فرح : إدارة الوقت و مواجهة ضغوط العمل ، الطبعة الاولى ، دار حامد للنشر و التوزيع ، عمان ، الاردن ، 2007، ص80.

ث. تقسيم العمل و المسؤولية بين الإدارة و العمال بنسب متساوية ، بحيث تتولى الإدارة مهمة التخطيط .

و كانت أولى تجارب تايلور التي يطبق مبادئ الادارة العلمية ، على 75 عاملا كانوا يرفعون المعادن على السيارات . و عندما اختبر الاسلوب العلمي على أحد العمال ، وزوده بالتعليمات اللازمة ، للقيام بالعمل و بالوقت اللازم للقيام بكل حركة ، تبين لتايلور أن العامل الواحد من الطراز الاول يجب أن يرفع بين 47 و 48 طنا يوميا من 12,5 ، و أن يتقاضى أجرا قدره 1,85 دولار ، بدلا من 1,15 دولار كان يتقاضاه في الماضي و بالتالي فقد زاد الناتج بوقت أقل ، و هكذا نلاحظ أن رواد المدرسة الكلاسيكية ركزوا على زيادة الانتاجية و تقليص الوقت اللازم لانجاز العمل ، و ذلك من خلال التركيز على دراسة الحركة و الزمن و الاختبار العلمي للعاملين ، و تدريبهم و تحفيزهم ماديا ، من أجل أن يؤدي كل عامل لأقصى انتاجية بوقت أقصر .

#### 2.4 نظرية العلاقات الانسانية ELTON MAYO : HUMAN RELATIONS THEORY<sup>1</sup>

اهتم إلتون مايو **ELTON MAYO** بنظرية العلاقات الانسانية التي ركزت على بناء المؤسسة من وجهة نظر الاجتماعية و الانسانية ، مثل علاقات الافراد مع بعضهم البعض ، و علاقاتهم مع رؤسائهم ، و مع غيرهم من داخل و خارج المنظمة . و في هذه النظرية تجلى الاهتمام بإدارة الوقت من خلال ضرورة إعطاء العامل فترة للعمل و فترة الراحة ، مما ينعكس على روحه المعنوية بشكل ايجابي ، و بالتالي على انتاجيته ، و اشعار العمال لمسؤوليتهم و بأهمية الدور الذي يؤديه في تحقيق أهداف المنظمة ، و تأكيد شعورهم بأن مصلحتهم مرتبطة بتحقيق أهداف المنظمة التي يعملون فيها ، و

<sup>1</sup> شوقي عبد الله : نفس المرجع السابق ، ص. 67-70 .

أنهم يمثلون الجزء الاساسي فيها ، يوفر ذلك كثيرا من الوقت الذي يمكن استغلاله في أنشطة منتجة أخرى .

تظهر اهمية الوقت في الجوانب الاجتماعية و الانسانية ، و قد قام مايو بإجراء مجموعة من التجارب و الدراسات في احدى الشركات دامت خمسة سنوات من عام 1927م حتى عام 1932م ، و توصل إلى أن الانتاجية تعتمد إلى حد بعيد على عمل العاملين كفريق متعاون بشكل طبيعي ، و يرتبط اندفاع الأفراد و تعاونهم بمدى الاهتمام بهم من قبل رؤسائهم و المشرفين عليهم ، و بعدم الاكراه و الاجبار في التعامل معهم او بمشاركتهم في صنع القرارات و التغييرات التي تؤثر عليهم .

ان اهمية و دور الوقت في نظرية العلاقات الانسانية تتجلى في النقاط التالية :

1. يؤدي الوقت الى تطوير طرق و اساليب العمل بهدف زيادة الانتاج ، وذلك من خلال التطورات التكنولوجية و التقنية التي تؤثر في العاملين و تساعدهم في سرعة العمل و الانجاز و زيادة الانتاج .
2. يؤدي الوقت الى اتساع المؤسسات و زيادة حجم المشروعات الكبيرة ، ويؤثر ذلك على قدرات و مهارات الاداريين و الافراد ، فالمدبر الذي يدير مؤسسة صغيرة سيجد صعوبة في ادارة مؤسسة كبيرة فيها الكثير من التدخلات و الامكانيات التقنية ، الامر الذي يؤدي الى الحد من قدرته و امكاناته و خبراته التي اكتسبها من قبل ، و لن يستطيع مواكبة التطورات الحاصلة إلا بإجراء التدريب و التأهيل لإدارة المؤسسة الكبيرة ، و هذا بالطبع يحتاج الى الكثير من الوقت لبلوغ ذلك .
3. يؤثر الوقت على الاعمال العاملين ، و الملاحظ ان العامل عندما يبدأ عمله في المؤسسة فإنه يكون في مرحلة نشاط و حيوية و قوة جسمانية قادرة على العمل ، ثم يسعى بعد مرور مدة من الزمن الى جماعة يركز عليها في أعماله ، و يتأثر ببيئته تدريجيا عبر الزمن ، و يتسع خياله و تزداد مداركه ، و يتكيف بصورة

أكبر مع المواقف ، و كلما تقدم الزمن ازدادت مداركه و تركيزه و تصوره لأفاق المستقبل ، و بالتالي يكون قادرا على العطاء و رفع مستوى الأداء .

4. هناك العديد من الأمور التي تؤثر على النمو الزمني للعامل ، و تحد من إمكانياته و نضجه ، و من ذلك نظام الحوافز ، و نظام الرقابة و الإشراف ، و الهيكل التنظيمي المغلق و غير ذلك ، و هذه الأمور تحد من نشاط العامل و تفقده الشعور بالمسؤولية اتجاه المنظمة .

### 3.4 النظرية الحديثة للمنظمة MODERN THEORY OF ORGANIZATION

جاءت النظرية الحديثة بعد نظريتي الإدارة العلمية و العلاقات الإنسانية ، فقد استفادت من أخطاء التجارب السابقة ، فحاول روادها الاستفادة من الأفكار التي سبقتهم و من أهم هذه النظريات : <sup>1</sup>

#### 1.3.3 نظرية اتخاذ القرارات : DECISION MAKING THEORY

من أشهر رواد هذه النظرية هيربرت سايمون HERBERT SIMO ، فقد استفادت هذه النظرية من النظريات التي سبقتها و أضافت إليها و طورت مفاهيمها ، و احتلت فيها إدارة الوقت مكانا بارزا ، و استعانته بالوقت في حل المشكلات الأساسية للتخطيط و الإنتاج ، حيث اعتمدت على الأحداث الماضية و صنفتها بما يتلاءم مع اتخاذ القرارات ، و هذه الأحداث الماضية ربما تكون مكررة أو مفاجئة أو متقلبة أو غير

1 رعد حسن الصرن : فن و علم ادارة الوقت ، الجزء الاول ، الطبعة الاولى ، سلسلة الرضا للمعلومات ، لبنان ، 2000 ، ص ص 46-47 .

المستقرة ، و بالتالي فالقرار يتأثر في مثل تلك الأحداث الماضية ، وبذلك يمكن القول ان الوقت يؤثر على نوعية القرار المتخذ وزمن حدوثه ايضا .

#### 2.3.4 النظرية الرياضية :

اعتمدت هذه النظرية على الرياضيات في حل مشكلاتها و إدارة وقتها ، حيث افترضت أن المنظمة كائن حي يولد ثم يموت ، و في كل المراحل الزمنية هناك مرحلة هي مرحلة الإنتاج الأقصى ، و كان من أهم النتائج التي توصلت إليها هذه النظرية اعتبار المنظمة نظاما يقوم على التفاعل مع البيئة و المنافسين و الدولة و المنظمات الأخرى و الزبائن و غير ذلك ، و بذلك فقد اهتمت هذه النظرية بالوقت ، و ظهرت أهميته في الطريقة العلمية و حساب التفاضل و نظرية الاحتمالات و نظرية المباريات و طريقة مونت كارلو و غير ذلك ، و بالتالي فإن كل مرحلة من هذه المراحل تشكل فترة زمنية تمر بها المنظمة خلال مراحل تطورها .

إن علم الإدارة لا يزال يتسع و ينمو حتى الوقت الحاضر ، و قد تحررت الإدارة من الصفة الضيقة التي كانت سائدة في الماضي إلى الصفة الواسعة ، و من الناحية الداخلية في كل أنحاء العالم ، و اتخذت صفة العولمة و التدويل ، و لاشك أن هذا التطور سوف يليه مراحل تطور أخرى أيضا .

#### 5. علاقة الوظائف الإدارية في المنظمات بإدارة الوقت :

تشمل الإدارة على عدد من الوظائف الإدارية التي تمارسها، و تشكل الوظائف الإدارية أجزاء العملية الإدارية و هناك علاقات بين إدارة الوقت و هذه الوظائف الإدارية و هي كالتالي:

## 1.5 العلاقة بين إدارة الوقت و التخطيط: <sup>1</sup>

يعرف التخطيط هو تلك العملية التي يمكن للإداريين بواسطتها أن يضعوا الأهداف و يقدروا المستقبل و يطوروا اتجاهات العمل لتحقيق هذه الأهداف. و بذلك فإن التخطيط يتضمن فعلا تحديد الأهداف المناسبة و اختيار الوقت الملائم لتنفيذها، و على هذا فإن الوقت يرافق التخطيط في جميع عملياته، و يربط بين الأجزاء الرئيسية للعملية الإدارية كذلك العمليات الإنتاجية و الإدارية المتعددة المتدفقة. كما يحدد لكل مرحلة من المراحل من مراحل التنظيم و التوجيه و الرقابة زمنا لبدائها و نهايتها حيث يجب على العاملين في المنظمات أن ينجزوا أعمالهم ضمن المدة الزمنية المحددة.

من هذا المنطلق نلاحظ أن إعداد خطة يتطلب مراعاة التسلسل و التتابع الزمني بمراحلها، و ضرورة توزيع و تقسيم الأوقات إلى أقسام تتناسب مع المراحل المحددة، بحيث يكون مجموع هذه الأوقات المقسمة مساويا للوقت الكلي المخصص.

و يجب اختيار الوقت المناسب لكل مرحلة ، و على المخطط ان يدرك أهمية الهدف ضمن الوقت المخصص له ، و بذلك تتحدد نقطة البداية في تطبيق إدارة الوقت بشكل فعال ، من خلال وضع خطة متكاملة و منسجمة و ذات أهداف محددة بشكل يتمكن الإداري من خلالها ان يحدد الاتجاه و الطريق الذي يسير فيه ، و يدرك الهدف الذي يسعى لتحقيقه في المدى القصير و الطويل .

إن عملية التخطيط تتعلق بالمستقبل ، لذلك يجب إعطاء أهمية كافية لتنظيم و رسم المستقبل و التنبؤ به من خلال التخطيط المنظم و اختيار الوقت المناسب من بين الأوقات المستقبلية القادمة .

## 2.5 إدارة الوقت و التنظيم : <sup>1</sup>

<sup>1</sup> شوقي عبد الله : مرجع سابق ، ص ص 81-83 .

يعرف التنظيم على أنه تلك العملية التي يتم فيها ترتيب الأفراد و المواد المادية في مجموعات هيكلية لتنفيذ الخطط و تحقيق أهداف المنظمة.

و يشمل التنظيم عددا من المبادئ منها :

- تصميم الهيكل التنظيمي.
- تحديد السلطات و صلاحيات المؤسسات .
- التنسيق.
- تحديد معدلات الأداء الوظيفي.
- تنظيم تدفق العمليات الإنتاجية.
- رعاية مصالح العمال و الإدارة.
- تحديد المؤهلات العلمية المطلوبة.
- إصدار و نشر الكتيبات التنظيمية.

فالتنظيم يشكل حلقة وصل بين وظيفة التخطيط و وظيفة التنفيذ لذلك فإن أي خلل في أي وظيفة التنظيم سينتج عنه إهدار الوقت ، و تأخير في التنفيذ ، و هذا سيؤثر سلبا على أداء المنظمة . أما التنظيم الجيد فإنه يخفض الوقت المطلوب للإنتاج و يوفر الكثير من الوقت الذي يستغل في مجالات أخرى و بالتالي فإنه يحسن من أداء المنظمة.

**فإن إدارة الوقت ترتبط بالتنظيم في عدة نواحي منها :**

- (1) تحديث مهام و اختصاصات العاملين.
- (2) تقسيم العمل بينهم بشكل موضوعي و عادل .
- (3) تحديث و تبسيط طرق و إجراءات العمل المتبعة من خلال :
  - استبعاد ما هو غير ضروري.

- إعداد الدراسات التنظيمية اللازمة.
- توافر البيئة التنظيمية المادية الاجتماعية للعمل .

### 3.5 إدارة الوقت و التوجيه : <sup>1</sup>

تتطوي وظيفة التوجيه على جميع الأنشطة التي صممت لتشجيع المرؤوسين على العمل بكفاءة و فعالية في المدى القصير و الطويل الأجل ، لذلك تعتبر وظيفة مركبة .

و يعتبر التوجيه من الوظائف الإدارية الأساسية للمدير و الصعبة و ذلك لان المدير يتعامل مع قوى مركبة لا يعرف عنها سوى القليل ، و قد لا يمكنه السيطرة و الرقابة على الكثير منها.

و تظهر أهمية الوقت في التوجيه باعتبار أن الموجه يجب ان يكون على دراية بتوقيت التوجيه و بنفسية العاملين و بظروف المنظمة ، و إلا لكان التوجيه في غير محله و خارجا عن الوقت المحدد ، و إن إطالة زمن التوجيهات تجعل العاملين في ملل و سأم ، فلا تتحقق الفائدة المرجوة .

يتمثل دور الوقت في التوجيه بالنسبة للمستويات الإدارية الدنيا في النقاط التالية:<sup>2</sup>

- لكي يتم انجاز الأعمال ضمن الوقت المخطط لها يتطلب من الإداريين المباشرين في المستويات الدنيا الاحتكاك المباشر مع مرؤوسيههم ، و مع المنفذين ، وإذا ما تقاعس الرؤساء في التوجيه فذلك يؤثر على وقت الانجاز حيث يتأخر انجاز العمل عند مواعده المحدد .

<sup>1</sup> السيد عليوه : إدارة الوقت و الأزمات و الإدارة بالأزمات ، الطبعة الأولى ، دار أمين للطبع و النشر ، مصر ، 2003 ، ص 19.

<sup>2</sup> شوقي عبد الله : نفس المرجع ، ص 76 .

- يتطلب الوقت في المستويات الادارية العليا أن توصل التعليمات و الاوامر الى المستويات الادارية الدنيا في الوقت المطلوب ، كما أن على المستويات الادارية الدنيا عرض مشكلاتها أو الصعوبات التي تتعرض اليها أثناء العمل من دون تعظيم لها لكي لا يهدر الوقت و تفقد المعلومات اهميتها و قيمتها .
- يتطلب الوقت من جميع المستويات الادارية العمل المشترك من اجل إزالة الحواجز النفسية بين المنفذين و قياداتهم ، لان هذه الحواجز تقلل من طاقة العامل ، و بالتالي تقلل من كمية الانتاج ، فكلما انخفضت كمية الانتاج تطلب ذلك وقتاً أطول ، أي ان الوقت يتناسب عكسياً مع نمو الانتاج.
- إن مراعاة الوقت يعني مراعاة الحالات الادارية و الانتاجية و الاجتماعية و النفسية ، و أن أي خطأ او انحراف لمضمون التوجيهات سيؤدي الى التنفيذ الخاطئ للتعليمات المقدمة من طرف الادارة أو الى اعادة التوجيه ، و بالتالي الى ارباك الانتاج و الادارة معا .

#### 4.5 ادارة الوقت و الرقابة : <sup>1</sup>

الرقابة هي العملية التي يتم بموجبها ترتيب النشاطات التنظيمية ، بحيث تطابق الاداء الفعلي مع الاهداف و المعايير المتوقعة ، و يقول مور ان فكرة الرقابة من خلال رسم الجداول و و اعداد الخطط اساسية للإدارة السليمة ، و لكي تتأكد من تحقيق الهدف كما خطط له سلفاً ، فإذا لوحظت الخطة لم تسر بالشكل الذي يحقق الهدف ، تسمح بإجراء تعديلات على الخطة و الجدول الزمني و الاداء لتتلاءم مع الهدف ومع الظروف .

و للمحافظة على ادارة الوقت خلال عملية الرقابة نتبع الخطوات التالية :

<sup>1</sup> سهيل عبيدات : نفس المرجع ، ص.ص-46-47.

- نتبع طرق رقابية تتلاءم مع الظروف المحيطة بالعمل و مع أوضاع المنظمة ، مع مراعاة الربط و التنسيق بين الاطراف المعنية .
- يوسع اتباع طرق الرقابة الناجحة الداخلية منها و الخارجية في استخدام التقارير و الرسوم و المخططات البيانية ، و قد يتطلب ذلك الكثير من الوقت لذلك يجب اتباع نظم معلومات رقابية ناجحة من اجل تحقيق الوقت اللازم للقيام بذلك .
- ان استخدام معايير نمطية قياسية يمكن بواسطتها تسجيل خطوات العمل و ما وصلت اليه المنظمة في زمن محدد ، يساعد على معرفة اعمال المنظمة في اي وقت اي قياس مدى التقدم الذي احرزته و مقدار العمل المنجز في الوقت المراد به ممارسة الرقابة .
- التنبؤ الرقابي الذي يمثل اهم جزء في عملية الرقابة و الذي يتم فيه الكشف عن الاخطاء و الانحرافات و اعلام الجهات المسؤولة في الوقت المناسب ، و يحقق ذلك نتيجة ايجابية و به تكون الرقابة فعالة .

### 5.5 ادارة الوقت و اتخاذ القرارات<sup>1</sup>:

عملية اتخاذ القرارات تعرف على انها العملية التي بواسطتها يستطيع المدير ان يحدد المشاكل التنظيمية و يحاول ان يحلها ، فهي تحتاج الى فترة زمنية معينة كي يتم تحقيقها ، و بدون شك فإن اختلاف نوعية المشكلات و الظروف التي تواجه الادارة ، فضلا عن اختلاف طبيعة القرارات في المستويات الادارية ، له تأثير على الوقت المحدد لاتخاذ القرار، و كذلك تختلف القرارات المتخذة باختلاف النمط القيادي المتبع في المنظمات ، و من الامور المهمة التي تؤثر على وقت اتخاذ القرار:

<sup>1</sup> رعد حسن الصرن : مرجع سابق ، ص.ص 70-74.

- ضعف شخصية المدير .
- عدم تفهمه للمهمة التي يقوم بها .
- عدم الاحاطة التامة بكل ابعاد المهمة .
- عدم توافر المعلومات الكافية و البيانات اللازمة .
- عدم توافر المواد و العناصر اللازمة .
- عدم توافر الاموال اللازمة .
- عدم رغبة الادارة العليا باتخاذ القرار .
- عدم ملائمة الظروف المحيطة باتخاذ القرار .

تتغلغل عملية اتخاذ القرارات في جميع الوظائف الإدارية ، و يتوقف نجاح المنظمات الى حد كبير على مدى سلامة و صواب القرارات التي يتم اتخاذها ، و تتطوي عملية اتخاذ القرارات على ما يلي :

- الاختيار : تعد عملية الاختيار بمثابة تحكيم يستند إلى تحليل لمزايا و عيوب كل قرار ، و ذلك على أساس معيارا و مجموعة من المعايير ، و كذلك ما يستعمل لفظ تحكيم بدلا من الاختيار لأن العملية هي عبارة عن حكم حول معايير بديلة في ظل قيود محددة و دالة هدف معلومة ، و هذا يعني أن القرارات التي تتخذ بصورة متكررة أو غير متكررة ما هي إلا تحكيم ما بين بديلين على الأقل<sup>1</sup> .

- توفر البدائل: هي تلك التصرفات أو الحلول التي تساعد على الإقلال من الفرق بين ما يحدث فعلا و ما يجب أن يكون، و يعد البديل الوسيلة

<sup>1</sup> رحيم حسين : أساسيات نظرية القرار و الرياضيات المالية ، الطبعة الأولى ، منشورات مكتبة اقرأ ، الجزائر ، 2011 ،

الموجودة أمام الإدارة لحل مشكلة القائمة أو لتحقيق الأهداف الموضوعة مسبقاً.<sup>1</sup>

- الأهداف و الغايات و دوافع السلوك : أن الأساس في عملية اتخاذ القرارات هي قدرتها على تحقيق الأهداف الإدارية و التوجيهات التي يتبناها التنظيم ، كما أن الأهداف هي المعايير الأساسية للعمل و هي تمثل الالتزام نحو الفعل و التي تسعى إلى تحقيق رسالة المنظمة إذ لا يمكن قياس نجاح عملية اتخاذ القرارات بدون الأهداف و التي تعتبر المعايير الحقيقية للقياس.<sup>2</sup>

- الوقت المناسب لاتخاذ القرار هي أهم عنصر بحيث أن السرعة في اتخاذ القرار قد توفر العديد من المشاكل في أسفل الهرم الإداري مثلا شكاوي...الخ و الذي يعتمد على خصائص و سمات القائد الذي يتحكم بالأمور العمل بطريقة ذكية و في الوقت المناسب .

- مناخ و بيئة المنظمة : هي مجموعة العوامل الطبيعية و الاجتماعية (الثقافية ، و السياسية ، و الاقتصادية ) المحددة لقرارات الأفراد و سلوكهم التنظيمي ، و هذه البيئة تمثل كافة الظروف الداخلية و الخارجية التي تؤثر على سير عمل المنظمة و تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في صناعة القرار فيها<sup>3</sup> .

- توفر الموارد البشرية و المادية للمنظمة .

<sup>1</sup> علي خلف حجاجحة : اتخاذ القرارات الإدارية ، الطبعة الأولى ، دار قنديل للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن ، 2010 ، ص 78 .

<sup>2</sup> خليل محمد العزاوي : إدارة اتخاذ القرار الإداري، دار كنوز المعرفة للنشر و التوزيع ، عمان ، الاردن ، 2006، ص 38 .

<sup>3</sup> علي خلف حجاجحة : نفس المرجع ، ص 78 .

6. التطور التاريخي لوقت العمل في الجزائر<sup>1</sup> :

عرف تنظيم ساعات العمل و تحديد مدة العمل القانونية تغييرات عديدة في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا ، حيث صدرت جملة من الأوامر و القوانين و المراسيم التي حددت مدة العمل و تطرقت لعدة نقاط متعلقة بوقت العمل ، و هناك من جاءت بإضافات جديدة ، و هناك من أكدت على مواصلة العمل ببعض الأحكام الصادرة سابقا .

شهدت سنوات الأولى من الاستقلال فراغا قانونيا و تنظيميا في مختلف المجالات بما فيها تنظيم علاقات العمل ، و تقاديا لتعطيل و تجميد الحياة الاقتصادية و الاجتماعية ، و في انتظار وضع القوانين و التنظيمات الوطنية بادرت الدولة في الأشهر الأولى من الاستقلال إلى إصدار القانون المتمثل باستمرارية العمل بنفس القوانين التي كانت موجودة في عهد الاستعمار إلا ما تعارض منها مع السيادة الوطنية و هو القانون رقم 62-157 المؤرخ في ديسمبر سنة 1962 ، و بالتالي تم مواصلة العمل بالقوانين الفرنسية لتنظيم ساعات العمل . و كانت مسألة تحديد المدة الزمنية للعمل أولى اهتمامات التي شغلت المشرع الجزائري ، حيث كان أول نص وطني خاص بتنظيم العمل يتعلق بالتحديد هذه المدة ، فبعد صمت قانوني دام عدة سنوات صدر الأمر رقم 75-30 المؤرخ في 29 افريل 1975 الذي يتضمن تحديد المدة القانونية للعمل الأسبوعي .

حددت هذه المدة 44 ساعة في الأسبوع و ذلك في المصالح العمومية للدولة و الجماعات المحلية و المؤسسات و الهيئات العمومية و المؤسسات الاشتراكية ذات الطابع الاقتصادي و الاجتماعي أو الثقافي و الشركات التعاونية و كذلك في المؤسسات الخاصة ، و بالتالي حدد هذا الأمر مدة العمل القانونية في القطاع العمومي و القطاع الخاص علما أن هذه المدة

<sup>1</sup> شهرة محمد: الوقت و اداء الادارة الجزائرية ، رسالة من اجل نيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع ، كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية ، جامعة الجزائر 2 ، الجزائر ، 2008، ص 90 .

الأسبوعية توزع بين أيام العمل ضمن حد أقصى قدره 10 سا في اليوم ، و تلاه بعد ذلك الأمر رقم 75-31 المؤرخ في 29 افريل سنة 1975 المتعلق بالشروط العامة لعلاقات العمل في القطاع الخاص في فصل خاص بمدة العمل في القطاع غير الفلاحي ، إلا أن مدة العمل الأسبوعي توزع إلزاميا في كل وحدة غير فلاحيه وفق إحدى الطرق التالية :

- 8 ساعات في اليوم خلال 5 أيام عمل و 4 ساعات بالنسبة لليوم السادس من العمل .
- 9 ساعات في اليوم خلال 4 أيام عمل و 8 ساعات بالنسبة لليوم الخامس من العمل .
- 7 ساعات و 20 دقيقة في اليوم خلال 6 أيام عمل .
- توزع غير متساوي بين أيام العمل مع حد أقصى قدره 10 ساعات في اليوم ، و مدى فترة العمل اليومي لا يمكن ان تتجاوز في أي حال من الأحوال 12 ساعة .

أما في القطاع الفلاحي فحددت مدة العمل ب 2400 ساعة موزعة على 300 يوم عمل في السنة ، و في سنة 1981 صدر قانوني جديد رقم 81-03 المؤرخ في 21 فيفري سنة 1981 يحدد المدة القانونية للعمل سواء ساعات العمل اليومية أو الأسبوعية ، و أكد على مدة العمل الأسبوعية السابقة و هي 44 ساعة في الفصل الثاني من نص القانون ، غير أنه باستثناء يمكن مخالفة أحكام تلك المادة 04 فيمكن تخفيض مدة العمل بالنسبة للعمال المكلفين بأشغال شديدة الإرهاق البدني أو الذهني أو العصبي أو أشغال مضرّة بالصحة و قليلة النظافة أو تتطلب ضغوطات خاصة .

لقد وضع هذا القانون اقتراحات لعدة طرق لتحديد مدة العمل اليومية و الأسبوعية :

- 9 ساعات في اليوم خلال 4 أيام عمل و 8 ساعات بالنسبة لليوم الخامس.

- 8 ساعات في اليوم خلال 5 أيام و 4 ساعات بالنسبة لليوم السادس من العمل.

- توزيع غير متساوي لأيام العمل مع حد أقصى قدره 10 ساعات في اليوم .

و يمكن تطبيق المدة الأسبوعية الموزعة حسب الطرق المقترحة أعلاه إما بنظام الدوام المستمر أو بنظام الدوام المتقطع و يقوم ممثلو العمال بالمشاركة في اختيار الطريقة الملائمة للمؤسسة على حسب طبيعة العمل .

وبعد التحولات العديدة التي عرفتها الجزائر سواء في الميدان الاقتصادي أو الاجتماعي او السياسي جاء دستور جديد يعبر عن هذه التحولات و كان من الطبيعي ان ينتج عنه ظهور قوانين جديدة تنظم الدولة . فصدر القانون رقم 90-11 المؤرخ في 21 أبريل سنة 1990 المتعلق بعلاقات العمل لينظم العلاقات الفردية و الجماعية بين العمال الاجراء و اصحاب العمل ، و قد تطرق هذا القانون لمدة العمل في الفصل الثالث و لم يأتي بالشيء الجديد حيث لم تتغير مدة العمل عن ما كان عليه سابقا و بقيت 44 ساعة اسبوعيا في ظروف عمل عادية موزعة على 5 ايام عمل .

ثم صدر دستور جديد و نتج عنه قوانين اخرى من بينها رقم 07-03 المؤرخ في 11 جانفي سنة 1997 الذي يحدد المدة القانونية للعمل و التي تطبق على الهيئات المستخدمة المسيرة بأحكام القانون رقم 90-11 المتعلق بعلاقات العمل ، و هو أول نص قانوني صدر لتخفيض وقت العمل ، فأصبحت مدة العمل القانونية الاسبوعية 40 ساعة في ظروف عمل عادية ، و توزع على 5 أيام عمل على الاقل ، و منه تمثل تخفيض مدة العمل في 4 ساعات اسبوعيا. و تطبيقا لأحكام هذا الامر صدر المرسوم التنفيذي رقم 97-59 المؤرخ في 9 مارس 1997 فحدد تنظيم المدة القانونية الاسبوعية للعمل و توزيعها في قطاع

المؤسسات و الادارات العمومية ، و بناءا عليه تؤدي ساعات العمل خلال الاسبوع حسب نظام الدوام المستمر و توزع على 5 ايام عمل في ظروف العمل العادية .

و يحدد تنظيم ساعات العمل من يوم السبت الى يوم الاربعاء مدرجا كالتالي :

- صباحا : من الثامنة(08)الى منتصف النهار (12سا).
- مساء : من الواحدة زوالا (13سا) الى الرابعة و النصف (16سا و النصف ) ، تخصص ساعة واحدة للاستراحة بين منتصف النهار و الواحدة زوالا منها نصف ساعة تحسب كوقت عمل ، و بالتالي تصبح المدة الاسبوعية 40 سا .

و بهذا يمكن القول أن الجزائر شهدت هي الاخرى تطور في وقت العمل ، ولهذا الغرض مسابرة التحولات السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري بعد الاستقلال و مسابرة كذلك ما حدث عند الدول المتقدمة أو التي تشترك معها في عدة خصوصيات ، غير ان ساعات العمل الاسبوعية في الجزائر حسب المرسوم المذكور لا تزال مرتفعة مقارنة مع فرنسا مثلا التي تقدر عندها ساعات العمل الاسبوعية ب 35 ساعة ، و هناك مطالب عمالية من خلال النقابات تنادي بتخفيضها الى مستوى 32 ساعة فقط .

## 7 . مضيعات الوقت و عوامل المسببة في ضياعها:

إن مفهوم مضيعات الوقت مفهوم ديناميكي يتغير بتغير الظروف و الأزمات و الأماكن و الأشخاص فما هو مضيعة للوقت بالنسبة إليك يمكن أن يكون عكسها بالنسبة للآخرين و هو نشاط يأخذ وقتا غير ضروري أو يستخدم وقتا بطريقة غير ملائمة ، او انه نشاط لا

يعطي عائداً يتناسب و الوقت المبذول من اجله ، و من خلال النظرة الشاملة لمضيعات الوقت تقضي الالتفات إلى ما يلي :<sup>1</sup>

- يعتبر أي نشاط مضيعاً للوقت إذا ما أُعتبرَ و أُدرِك.
- كل مُضيع للوقت هو توظيف غير ملائم للوقت.

أوضح بيتر دراكر عوامل إضاعة الوقت على النحو التالي:<sup>2</sup>

1. سوء الإدارة و عدم كفاية التنظيم : الإدارة السيئة تؤدي إلى ضياع وقت العديد من العاملين و خاصة وقت المدير و من مظاهرها تكرار حدوث الأزمات سنة بعد أخرى.
2. تضخم عدد العاملين : تؤدي زيادة عدد العاملين عن الحد المناسب إلى ضياع الوقت لان الناس يحبون أن يجتمعوا بعضهم مع بعض و يتبادلوا الزيارات و الأحاديث ، بحيث يشير دراكر إن الوقت الذي يقضيه المدير في حل مشكلات العلاقات الإنسانية و النزاعات بين العاملين بنسبة 10% من وقته ، فالعدد الفائض للعمال و الزائد عن الحاجة يؤدي إلى إعاقة الآخرين عن أداء أعمالهم و إضاعة أوقاتهم ، و ذلك نتيجة زيادة فرص الاحتكاك و التفاعل الاجتماعي معهم .
3. زيادة عدد الاجتماعات عن الحد المعقول: إن الاجتماعات مكلفة من حيث الوقت و الجهد و المال، و بالتالي على المدير أن يحرص على التقليل عدد الاجتماعات إلى حد الأدنى ، كما عليه اشتراك الأشخاص المعنيين فقط فضلا ان عليه أن يتعلم فن إدارة الاجتماعات .

<sup>1</sup> حنا نصر الله: مبادئ إدارة الوقت، الطبعة الثانية، دار التقدم العلمي، عمان، الأردن، 2005، ص 109.

<sup>2</sup> نفس المرجع السابق ، ص. ص 110-112 .

4. عدم كفاية المعلومات و أنظمة الاتصال : تشكل المعلومات حجر زاوية في عمل المدير ، و بالتالي فقد يضيع وقت كبير نتيجة لتأخر وصول المعلومات أو نتيجة لوصول معلومات غير دقيقة .
  5. الزيارات المفاجئة والتردد في اتخاذ القرارات و الخوف من ارتكاب الأخطاء ، و التفويض غير الصحيح ، و سوء ترتيب الأولويات أثناء العمل ، و المجاملات و التفاعل الاجتماعي داخل المنظمة .
  6. المكالمات الهاتفية الزائدة عن الحد .
  7. البدء في تنفيذ أية مهمة قبل التفكير فيها و التخطيط لها ، و الانتقال إلى مهمة جديدة قبل انجاز المهمة السابقة ، و الاهتمام بالمسائل الروتينية القليلة .
- أما ماكينزي فقد وضح علاقة العمليات الإدارية بضياع الوقت على النحو التالي :

أ. التخطيط :

- عدم وجود أهداف أو أولويات أو خطط يومية .
- اختلال الأولويات .
- إتباع فلسفة إطفاء الحريق أو الإدارة بالأزمات.
- عدم وجود مواعيد محددة لإنهاء المهام .
- القيام بأعمال كثيرة في نفس الوقت .

ب. التنظيم :

- الفوضى و انعدام الانضباط الذاتي .
- كثرة الأعمال الورقية.
- القيام بالعمل أكثر من مرة.
- وجود أكثر من رئيس واحد للعامل.
- عدم وضوح المسؤوليات و السلطات.

ت. التوجيه :

- النزعة التسلطية لدى المدير ، و الرغبة في انجاز العمل بصورة منفردة.
- اهتمام المدير بالتفاصيل الصغيرة و الروتينية .
- التفويض الغير الفعال.
- ضعف روح الفريق بين الموظفين ، و ضعف دافعيتهم للعمل.
- الافتقار إلى التنسيق.

ث. الرقابة :

- كثرة الزوار أو المكالمات الهاتفية .
- النقص في المعلومات .
- التسلط و الرقابة المفرطة .
- عدم القدرة على معالجة الأداء الضعيف .
- عدم القدرة على القول لا .

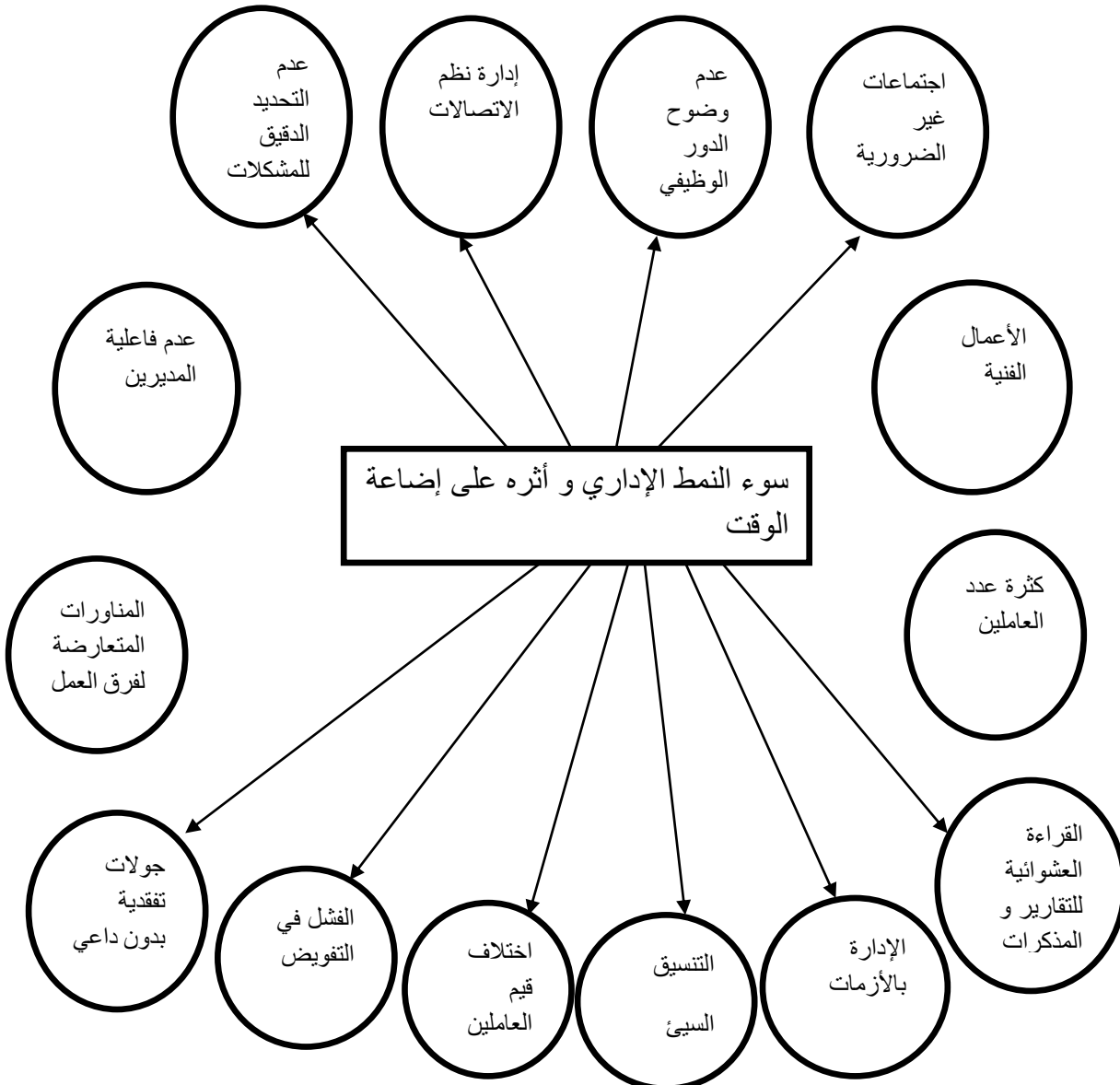
ج. الاتصال :

- عدم وضوح نظام الاتصالات .
- سوء الفهم ، و الافتقار إلى الإصغاء الجيد .
- كثرة الاجتماعات و اللجان .

ح. اتخاذ القرارات :

- اتخاذ قرارات متسرة .
- التردد في اتخاذ القرار .
- التسويف و التأجيل و المماطلة في اتخاذ القرارات .
- الحرص الزائد على جمع كل المعلومات عند اتخاذ القرارات .
- إتباع أسلوب اتخاذ القرارات من خلال اللجان .

سوء النمط الاداري و اثره على اضاعه الوقت :



المصدر: محمد الصيرفي: إدارة الوقت، الطبعة الأولى، مؤسسه حورس الدولية ، الإسكندرية مصر، 2007، ص 198.

الشكل رقم 02: يوضح سوء النمط الاداري و اثره على اضاعه الوقت .

8. معالجة اسباب ضياع الوقت :

1 هناك مجموعة من الوسائل اتي يمكن من خلالها تحقيق ادارة فعالة للوقت منها :

<sup>1</sup> WILLBERT E MOOR time and society , 1<sup>ST</sup> edition , wely published , New yourk, United state of America , 1963, p 11 .

- تنمية مهارات الاداريين و الارتقاء بمهارات الاتصال .
- تبسيط الانظمة و الاجراءات .
- التحديد الواضح للمهام و السلطات و المسؤوليات .
- وضع نظام دقيق للحوافز و بالتالي يحقق الموائمة بين حاجات و اهداف العاملين و اهداف المنظمة .
- مراعاة الجدولة الزمنية الدقيقة للحفاظ و برامج التعيين .
- العمل على القضاء على بعض العادات الاجتماعية المتصلة بالزيارات المكتبية و استخدام الهاتف (خارج اطار العمل).
- وضع نظام رقابي فعال يربط عمليات تنفيذ المهام بمواقيت زمنية واضحة .

### خلاصة الفصل :

وفي ضوء ما تقدم ومن أجل الوصول إلى إدارة رشيدة للوقت يجب أولاً تحديد أهم المعوقات التي تحول دون التحكم الأمثل في عنصر الوقت وبعد التشخيص الدقيق لأهم المشاكل(التنظيم ، التخطيط ، الرقابة ، الاشراف ...الخ)، يتم اتباع طرق توجيهية من اجل استخدام الامثل للوقت .

وعليه نقول أن إدارة الوقت عملية إدارية متكاملة الجوانب و الأبعاد ولا يجب إغفال جانب منها أو الاهتمام بجانب منها أكثر على حساب الجوانب الأخرى.

# الفصل الثالث

## ضغط العمل

تمهيد.

1- عناصر ضغوط العمل.

2- مراحل ضغوط العمل .

3- مصادر ضغوط العمل.

1.3 مصادر ترجع الى التنظيم.

2.3 مصادر ترجع الى البيئة.

3.3 مصادر ترجع الى عوامل شخصية.

4- النماذج المفسرة لضغوط العمل .

1.4 نموذج بلاي .

2.4 نموذج ميشيغن .

3.4 نموذج كرايتز و كينيكي .

4.4 نموذج جيسون و زملائه .

5.4 نموذج بريف و زملائه .

6.4 نموذج لطفي راشد محمد ..

5- 7.4 نموذج لبيير و نيومان .

6- 8.4 نموذج هب "النسق النظري".

7- نتائج و اثار ضغوط العمل.

8- استراتيجيات التعامل مع ضغوطات على مستوى التنظيم.

خلاصة الفصل

**تمهيد :**

يتعرض الأفراد في المنظمات إلى العديد من الضغوط ، ازدادت في الآونة الأخيرة و تنوعت مصادرها و حظيت باهتمام الكثير من قبل الباحثين لما لها من خطورة و تأثير على الكثير من جوانب الحياة للفرد و المجتمع ، و هذه الضغوط جعلت الفرد يعيش في حالة قلق و توتر و انفعال مما أثر على مهامه و واجباته الوظيفية كما يسبب الضغط بصرف تكاليف باهظة من جراء العلاج الأمراض و المشكلات التي تنجم عنها او تترافق معها ، وتؤثر على علاقته مع الآخرين ، و سيتم التطرق في هذا الفصل لموضوع ضغط العمل و توضيح العناصر التي يتكون منه ، و مراحل ضغوط العمل و مصادره و اهم النماذج و السبل السيطرة عليه في المنظمة .

**1. عناصر ضغوط العمل<sup>1</sup> :**

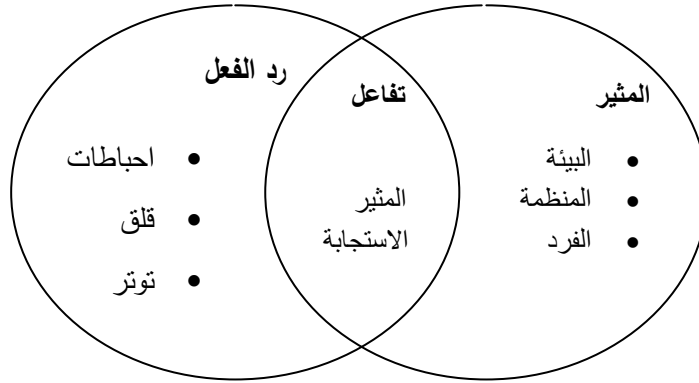
نتيجة لضغوط العمل الذي يواجهها الفرد في عمله التي تتفاوت من فرد لآخر فبعضها يكون شديد أو متوسط أو خفيف ، و قد تكون دائمة أو مؤقتة و كل فرد يستجيب لهذه الضغوط حسب شخصيته و قدراته في الاستجابة و التكيف و مي تحمله ، و قد بين والاس و سيزلاجي أن الضغوط تجارب داخلية تخلق و تولد عدم توازن نفسي أو فيزيولوجي للفرد و هي تكون نتيجة العوامل في البيئة الخارجية (المنظمة أو الشخص) .

تتكون ضغوط العمل من ثلاثة عناصر رئيسية هي : **عنصر المثير ، عنصر الاستجابة ، و عنصر التفاعل .**

**أ. عنصر المثير :** تمثل المثيرات الأولية الناتجة عن مشاعر الضغوط ، و يكون مصادرها البيئية أو المنظمة أو الفرد .

<sup>1</sup> معن محمود عياصرة و مروان محمد بني احمد : إدارة الصراع و الأزمات و ضغوط العمل، الطبعة الأولى، دار حامد للنشر و التوزيع ، عمان ، الاردن ، 2008 ، ص 112 .

- ب. **عنصر الاستجابة** : و تتمثل في ردود الفعل الفيزيولوجية و النفسية و السلوكية التي يبديها الفرد مثل القلق و التوتر و الإحباط .
- ت. **عناصر التفاعل** : وهو التفاعل بين العوامل المثيرة و العوامل المستجيبة .



شكل رقم 03: عناصر ضغوط العمل

عبد الباقي : السلوك الفعال في المنظمات ، دار الجامعة، الإسكندرية ، مصر، 2001 ، ص 265 .

## 2. مراحل ضغوط العمل :

هناك ثلاث مراحل يمر بها الفرد خلال تعرضه للضغط و هذه المراحل كالتالي :<sup>1</sup>

- أ. مرحلة الانذار : في هذه المرحلة يواجه الفرد ضغط بفعل مثير خارجي ، و ينشط نظام الضغط الداخلي ، ويتم استشارة وسائل الدفاع لدى الفرد مثل زيادة ضربات القلب ، و ارتفاع معدل التنفس ، ارتفاع ضغط الدم... الخ .
- ب. مرحلة المقاومة : بعد الصدمة الأولى ينتقل الفرد إلى مرحلة المقاومة ، و فيها يحاول الجسم إصلاح أي ضرر أو أذى نتج من الصدمة الأولى و يشعر الفرد في هذه المرحلة بالتعب و القلق و التوتر ، و يحاول مقاومة مسببات الضغط فإذا استطاع النجاح و التغلب على المشكلة فإن أعراض الضغط تزول .

1 عيسى إبراهيم المعشر : اثر ضغوط العمل على أداء العاملين ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص إدارة أعمال ، كلية العلوم الإدارية و المالية ، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا ، 2009 ، ص 17 .

ت. مرحلة الإنهاك : و تظهر هذه المرحلة إذا لم يستطع الفرد التغلب على مسببات الضغط و استمر يعاني منها فترة طويلة ، فإن طاقة الجسم على التكيف تصبح منهكة و مجهدة ، و تضعف وسائل الدفاع و المقاومة و يتعرض الفرد لأمراض الضغط و ارتفاع ضغط العمل و القرحة و الأزمات القلبية ، و تعتبر هذه المرحلة حادة و خطيرة ، و تشكل تهديدا لكل من الفرد و المنظمة فعقل و جسم الإنسان له حدود للتحمل و المقاومة ، و كلما زاد تكرر الإنذارات و المقاومة أصبح الفرد أكثر إرهاقا في عمله و حياته ، و ازدادت قابليته لأمراض نفسية و هذا يعيق العمل و أهداف المنظمة .



شكل رقم 04 : مراحل ضغط العمل (بتصرف )

### 3. مصادر ضغوط العمل :

تنشأ ضغوط العمل من مسببات كثيرة موجودة في العمل أو بيئته ، وهي استجابات لا يستطيع جميع الأفراد التوافق معها حيث يختلف الأفراد في درجة توافقهم و حسب طبيعة شخصياتهم ، و بشكل عام يمكن تقسيم مصادر الضغوط في العمل إلى ثلاث أقسام : مجموعة العوامل المتعلقة بالبيئة ، و مجموعة العوامل المتعلقة بحياة الفرد الشخصية ، مجموعة العوامل المتعلقة بالتنظيم أو العمل .

#### 1.3. مصادر الضغوط التي ترجع إلى التنظيم :

إن بعض الوظائف بطبيعتها تتضمن ضغوطا عالية كمهن الأطباء ، و كبار المديرين و رجال الإطفاء ، لان مثل هذه الوظائف تحتاج إلى اتخاذ قرارات خطيرة ، أو تركيز مستمر أو العمل في بيئة غير آمنة ، فهذه الوظائف تحتاج إلى القيام بواجبات غير نمطية و تحتاج إلى معاناة فكرية و تفاعل مستمر مع الأشخاص ، و جهد لإرضاء رغبات هؤلاء<sup>1</sup> .

### 1.1.3 صراع الدور **ROLE CONFLICT**

و يحدث الصراع عندما يتعرض الفرد في العمل لمجموعة متعارضة من توقعات الدور بين متطلبات عمله مع مجموعة توقعات أخرى من المسؤولين حول نفس العمل أو الدور ، و قد يكون الصراع بين متطلبات دور الفرد في العمل و بين متطلباته خارج العمل مثل واجباته الأسرية<sup>2</sup>

يظهر صراع الدور في العمل حينما يقوم الفرد بأداء مهام كثيرة تتطلب سرعة كبيرة لانجازها ، و يشعر الفرد عند أدائه لهذه المهام بعدم رغبته في أدائها ، و يعتبرها جزءا من مهام وظيفته ، بالإضافة إلى أن هذه المهام تكون متشعبة و متداخلة مع مهام أو ادوار أخرى يؤديها الفرد . وأمثلة ذلك تداخل عمل الفرد مع واجباته العائلية أو عدم اهتماماته الشخصية في هذه الواقعة عليه ، كذلك يظهر صراع الدور حينما يكون الفرد واقعا تحت أكثر من قيادة ، و يتلقى أوامر من أكثر من رئيس يطلبون من القيام بوظائف متناقضة<sup>3</sup> ، كما وضح سالم في مؤلفه التوتر التنظيمي ، ان هناك علاقة وثيقة بين صراع الدور و توتير الفرد في المنظمة ، فينشأ أيضا صراع الدور عندما يواجه الفرد العديد من طلبات

1 - فهم رشدي: ضغوط العمل و استراتيجيات التعامل معها ، المجلة الاقتصادية الالكترونية ، العدد 5616، الرياض ، المملكة

العربية السعودية، 2009، ص 25.

2 - نفس المرجع ، ص 26.

3- عبد الباقي : مرجع سابق ، ص 333 .

العمل المتناقضة أو عندما يعمل أشياء لا يرغبها أصلاً و لا يعتقد أنها جزء من عمله<sup>1</sup>، وهناك عدة صور من صراع الدور في المنظمات تتكون من عدة العناصر التالية:<sup>2</sup>

- تعارض أولويات مطالب العمل .
- تعارض حاجات الفرد مع متطلبات المنظمة .
- تعارض مطالب الزملاء مع تعليمات المنظمة .
- تعارض قيم الفرد مع قيم المنظمة التي يعمل بها .

### 2.1.3 غموض الدور:

يعتبر غموض الدور من مصادر ضغوط العمل الرئيسية في المنظمات ، و يحدث عندما لا يعرف الفرد بوضوح ما الذي يتوقعه الغير منه أو قد يعرف ما هو متوقع منه ، و لكن لا يفهم بوضوح كيف يحقق المطلوب منه ، حيث أن مطالب العمل التي يجب أن يؤديها غير واضحة لديه ، و افتقاره الى المعلومات التي من شأنها أن تبين له ، كالمعلومات التي تبين حدود سلطاته و مسؤولياته في العمل و الإجراءات و السياسات الخاصة بالمنظمة ، مما يؤدي إلى ارتبائه في أداء العمل المنوط به ، و إحساسه بالضغوط النفسية و عدم الرضا في العمل و محاولة تركه<sup>3</sup>.

و أظهرت الدراسات السابقة أن الأفراد لا يستجيبون بنفس الطريقة في مواجهة غموض الدور ، فالبعض لديه قدرة عالية على تحمل وأقل تأثراً لضغوط العمل في حين أن البعض الآخر ليس لديه القدرة على تحمل هذا

<sup>1</sup> - السالم مؤيد : التوتر التنظيمي " مفاهيمه و اسبابه و استراتيجيات ادارته ، مجلة الادارة العامة ، السعودية ، 1990، ص 85.

<sup>2</sup> - هيجان عبد الرحمان : ضغوط العمل مصادرها و نتائجها و كيفية ادارتها ، معهد الادارة العامة ، الرياض ، السعودية ، 1998، ص 188.

<sup>3</sup> - عسكر سمير : نفس المرجع ، ص 56-57 .

الغموض و بالتالي يتأثر كثيرا مما يؤدي إلى ضغوط العمل ، و قد يتدهور رضاه عن العمل و زعزعة ثقته بنفسه و بالآخرين .

### 4.1.3 زيادة أعباء الدور (نوعيا) <sup>1</sup>:

هناك علاقة بين الأعباء التي يتضمنها الدور و شعور الفرد بالضغوط و عبء العمل و هو كمية و نوعية العمل اللتان تتطلبان من الفرد انجازهما في وقت محدد ، و قد يتخذ عبء العمل شكلين أساسيين هما : إما زيادة عبء الدور أو انخفاضه ، و تعني زيادة عبء الدور القيام بمهام لا يستطيع إنجازها في الوقت المحدد ، أو أن هذه المهام تتطلب مهارات عالية لا يمتلكها الفرد . و قد أثبتت بعض الدراسات أن الموظف الذي يتحمل زيادة كبيرة في عبء الدور يعاني من مستوى عال من الضغوط مما يترتب عليه زيادة في ضربات القلب و أيضا في ضغط الدم.

و عموما فقد تبين أن زيادة أعباء العمل قد تؤدي إلى تدني رضا العاملين عن العمل ، و إذا كانت الزيادة في أعباء العمل تمثل مصدرا للضغط فإن انخفاضها تمثل مشكلة لكثير من الأفراد خاصة عندما يصبح ظاهرة مستمرة ، و يرجع ذلك إلى أن العمل لا يمثل تحديا لقدراتهم و يدفع إلى الملل .

و تعتبر ظروف العمل المادية من أعباء الدور الوظيفي التي تعد من مصادر ضغوط العمل، حيث تشير درجة تقبل الفرد لبيئة العمل و بالتالي على رضاه عن العمل ، حيث تشير الدراسات إلى أن درجة جودة أو سوء ظروف العمل المادية تؤثر على قوة الجذب التي تربط الفرد بعمله ، حيث ينبغي أن تكون هذه العوامل مواتية وملائمة لتساعد العامل على سرعة الإنتاج و تحسينه و تقليل التعب و الملل و الإرهاق و تخفيض احتمالات تعرضه لإصابات العمل مثل : درجة الحرارة ، و

<sup>1</sup> - جهاد بن محمد الرشيد : إدارة الوقت و علاقتها بضغط العمل ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الادارية، اكااديمية نايف العربية للعلوم الامنية ، السعودية ، 2003 ، ص.ص 49-51 .

الإضاءة و مصادر الضوضاء ، و الكثافة الإنتاجية و الكثافة الاجتماعية ، و مطالب العلاقات مع الأفراد و الجماعات في المنظمة الواحدة .

### 5.1.3 زيادة أعباء الدور (كميا):<sup>1</sup>

تؤثر عدد ساعات العمل التي يقضيها الفرد في عمله على إنتاجيته ، رضاه عن عمله ، لذلك تعتبر ساعات العمل مصدرا من مصادر ضغوط العمل ، حيث أن عدم التنظيم الجيد لساعات العمل يؤدي إلى إصابة الفرد بالإجهاد و التوتر ، إضافة إلى أن زيادة ساعات العمل اليومية غالبا ما تؤدي إلى إرهاق العامل و اعتلال صحته ، و يضيف البعض أنه الاستنزاف التدريجي لصحة الفرد ، و ترتبط زيادة ساعات العمل بزيادة معدلات الحوادث و الأخطاء إضافة إلى ارتفاع معدلات الغياب أو التأخر عن العمل كرد فعل لتلك الزيادة ، كما تؤدي أيضا في كثير من الأحيان إلى أضرار اجتماعية كعلاقة الفرد بأسرته ، كما تؤدي بالفرد إلى نقل بعض أعباء العمل إلى المنزل لاستكمالها و بالتالي تؤثر على برامج الأسرة مما يؤدي إلى ضغط على الأسرة و الفرد أيضا .

### 6.1.3 التطور الوظيفي<sup>2</sup> :

يمثل التطور الوظيفي مصدرا أساسيا لضغوط العمل ذلك لما يحمله من غموض و عدم التأكد ، و تهديد للمصالح المكتسبة للعاملين ، و تقسيم للتنظيمات غير الرسمية ، و تقادم للمعارف و المهارات ، فيتكون عدم الأمان الوظيفي للعامل عندما يشعر بأنه مهدد بالفصل أو الاستغناء عنه . كما أن الأزمة الاقتصادية و قلة مناصب العمل تزيد من هذا الشعور على العمال و أيضا ارتفاع نسبة

<sup>1</sup> السالم : نفس المرجع ، ص ص 79-96 .

<sup>2</sup> عبد القادر سعيد بنات : ضغوط العمل و اثرها على اداء الموظفين ، مذكرة من اجل نيل شهادة الماجستير ، قسم ادارة الاعمال ، كلية التجارة ، غزة ، فلسطين ، 2009 ، ص 89 .

البطالة. لذا فيمكن القول بأن عمله يَدُرُّ عليه ربحاً ثابتاً غير متذبذب و ليس متأثراً بأحوال أو ظروف معينة .

وبناء على ما سبق يمكن القول أن عدم الأمان الوظيفي هو أحد مصادر الضغوط في العمل، و ما يتطلب من المنظمات توفير الأمان للعامل لكي يقوم بدوره بحيوية و نشاط و عدم تعرضه لضغوط عدم الأمان الوظيفي.

### 6.1.3 المسؤولية اتجاه الآخرين<sup>1</sup>:

لما تكون المنظمة في حقيقتها عبارة عن نظام اجتماعي تكنولوجي بالغ التعقيد ، و تقوم على أساس التفاعل بين الأفراد بعضهم البعض ، و تفاعلهم داخل الجماعات سواء الرسمية أو غير الرسمية ، فمن المتوقع أن ينشأ عن هذا التفاعل العديد من مسببات الضغط في العمل نذكر منها :

- وجود شخصيات عدائية و مشاغبة في العمل .
  - ضعف القيادة و عدم قدرتها على الدفاع عن مصالح الأفراد و الجماعة، أو تسلط القيادة عليه ( نمط قيادي غير مهتم بالأفراد ) .
  - التباين في المراكز داخل الجماعة .
  - تفكك الجماعة .
  - الفتور في المساندة الاجتماعية .
  - تفشي الصراعات داخل الجماعات ، و بين بعضها البعض .
  - ضغوط الجماعة ، و تباين معاييرها مع القيم يتمسك بها الأفراد .
- **7.1.3 تقسيم أوقات العمل**<sup>2</sup> :

<sup>1</sup> عيساوي : علم النفس الفسيولوجي ، الطبعة الاولى ، دار النهضة العربية للنشر و الطبع ، بيروت ، لبنان ، بدون سنة ، ص 137.

<sup>2</sup> قراري حنان: الضغط المهني وعلاقته بدافعية الانجاز لدى أطباء الصحة العمومية ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس ، تخصص علم النفس الاجتماعي ، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، قسم العلوم الاجتماعية ، جامعة محمد الخيضر ، بسكرة ، الجزائر ، 2014، ص 51.

- يقصد بها تنظيم ساعات العمل بحيث يمكن تشغيل فرق مختلفة من العمال لفترات عمل خلال أوقات مختلفة على مدى 24/24 ساعة ، و يلعب هذا الأخير دورا مهما في ظهور مستوى مرتفع من الضغط و خاصة من خلال العمل بالدوريات و العمل الليلي ، و هذا ما يحدث لدى الأطباء عند وجود مناوبة طبية ، حيث يصعب و خصوصا على المرأة المتزوجة في أن واحد تنظيم حياتها العائلية بناء على تغيرات اوقات العمل .

### 2.3 مصادر ترجع الى البيئة :

إن العوامل البيئية لها أثر في المستوى التوتر الذي يصيب العاملين داخل المنظمة و منها :

❖ عدم استقرار الحالة الاقتصادية : أي ان تذبذب يمكن حدوثه في الجانب الاقتصادي ( الكساد ، أو ارتفاع معدلات التضخم ) في دولة ما سينعكس سلبا على السكان من ناحية الأسعار و غلاء المواد التنموية أو على مدى توافر السلع الاستهلاكية ، و عليه فإنه سيؤثر على مستوى دخل الأفراد العاملين و يشعروهم بالقلق و التوتر<sup>1</sup>.

❖ التطور و التقدم التكنولوجي و تسارعه:

إن الحاسب الآلي و التقنيات الحديثة التي أدخلت على العمل أدت إلى شعور الفرد بالتهديد و الضغوط الكثيرة إذا لم يتقن استخدامها<sup>2</sup>.

❖ التغيرات الاجتماعية :

<sup>1</sup> اللوزي موسى : التطوير التنظيمي "اساسيات و مفاهيم حديثة" ، الطبعة 2 ، دار وائل للنشر ، عمان ، الاردن ، 2003 ، ص 113 .

<sup>2</sup> عيسى ابراهيم المعشر: نفس المرجع ، ص 18 .

برزت في المجتمعات الجديدة و القديمة ظواهر جديدة مع القيم و العادات المتعارف عليها مما ينتج مشكلات في المجتمع مثل : انتشار حالة الإدمان ، تعدد الزوجات ، تعقد الأمراض ...الخ ، مما يؤدي إلى شعور الفرد بالضغط<sup>1</sup>.

### 3.3 مصادر الضغوط ترجع إلى عوامل شخصية :

هناك عوامل أخرى تسبب في الضغوط فيكون مصدرها الفرد نفسه، فيمكن أن نقسم مصادر الشخصية لضغوط العمل إلى قسمين:<sup>2</sup>

- أ. ضغوط تنشأ من عوامل و ظروف تتعلق بحياة الفرد الخاصة ، و هذه الأخيرة تعد من (العوامل الخارجية ) مثل الأحداث الشخصية التي يتعرض لها الفرد و المشكلات العائلية و الأزمات المالية مما يولد لديه حالات من التوتر و الانفعال النفسي تكون مصدر لإحساسه في الضغط في بيئة العمل.
- ب. ضغوط تنشأ من داخل الفرد (العوامل الداخلية) ، و تتحدد تبعاً لشخصية الفرد و طريقة تفكيره مثل : الإفراط في الطموحات و السعي وراء تحقيق هدف صعب المنال أو التفكير التشاؤمي بتوقع نتائج دائماً سلبية ، و على أثرها ينتاب الفرد الشعور بالحزن و الكآبة .

### 4 - النماذج المفسرة لضغوط العمل :

تعددت النظريات و النماذج المفسرة لضغوط العمل ، و ذلك راجع لتعقيد ظاهرة الضغوط من جهة ، و كذا تعدد التخصصات المتتوالفة لهذا الموضوع ، و لقد كانت أول محاولة عملية جادة لتفسير ضغوط العمل هي التي قام بها العالم هانز سيلبي HANS SELYE ، و لقد شجعت دراساته العديد من الكتاب و المهتمين بالضغوط ، و خاصة ضغوط العمل و

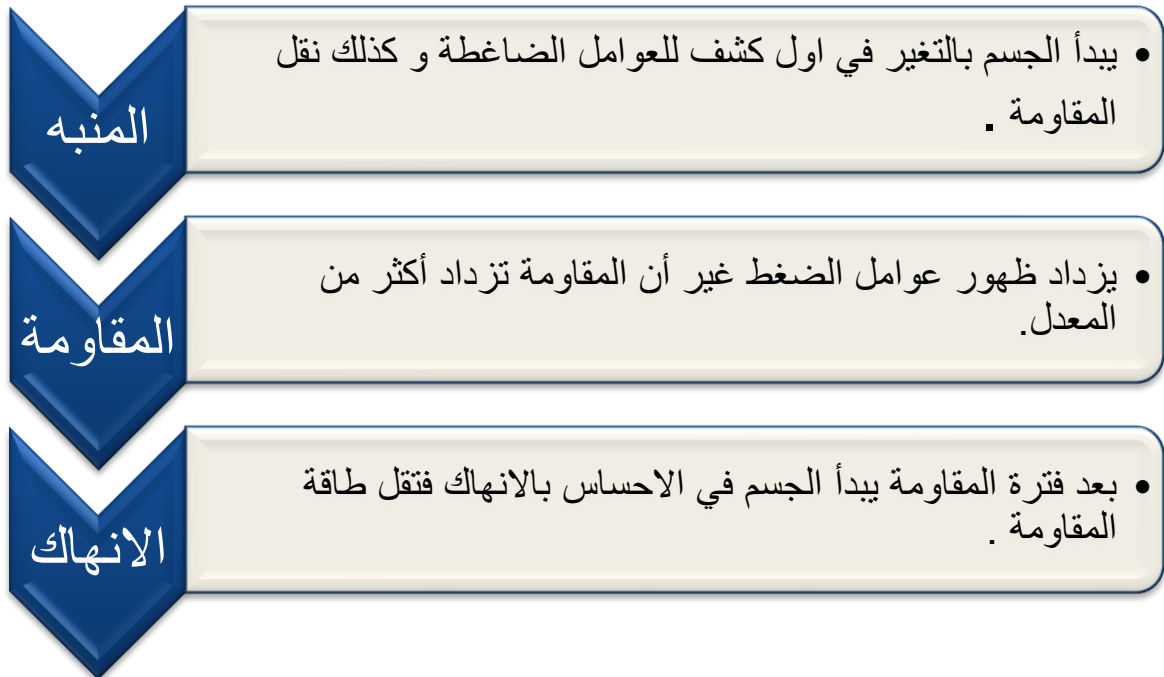
<sup>1</sup> نفس المرجع السابق ، ص 19 .

<sup>2</sup> ماهر أحمد : السلوك التنظيمي ، الطبعة الاولى ،الدار الجامعية للنشر ، الاسكندرية ، مصر ، 2003 ، ص 387 .

لا يزال هذا الموضوع محط اهتمام الباحثين من مختلف المجالات و التخصصات النفسية و الاجتماعية و التنظيمية و الإدارية و غيرها ، الأمر الذي أدى إلى ظهور العديد من النماذج ، و فيما يلي سنستعرض أهم هذه النماذج :

#### 1.4 نموذج سيلاي SELEYE :

يوضح هانز سيلاي في نمودجه هذا ردود أفعال الجسم البدنية و النفسية ، حيث اقترح أن استجابة الفرد للضغوط تمر بثلاث مراحل :



الشكل رقم 05 : نموذج سيلاي SELEYE (بتصرف)

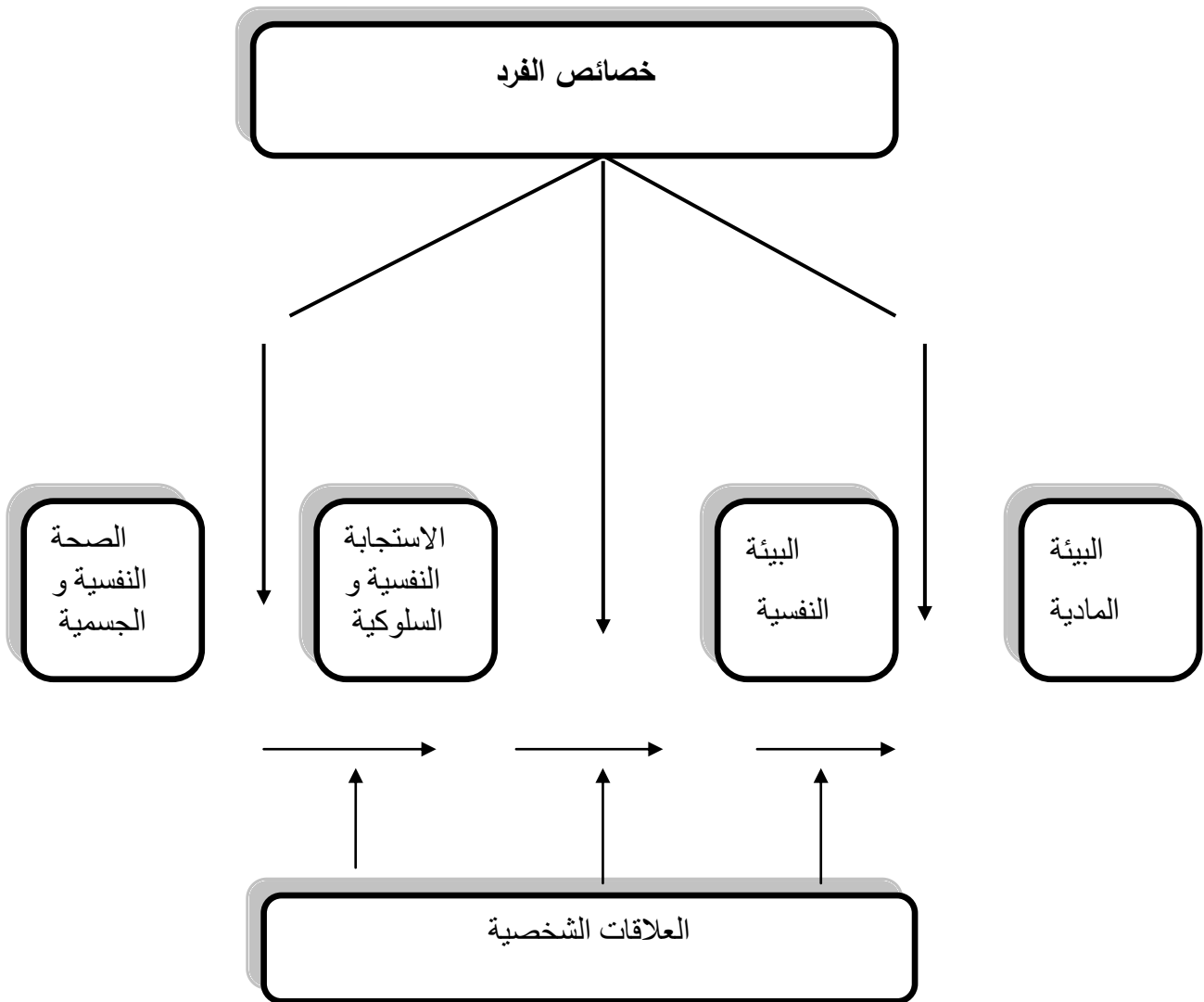
و من بين الانتقادات التي وجهت إلى نظرية هانز سيلاي ، تتمثل في إهماله للعوامل النفسية في الاستجابة للضغط إذ يمثل الضغط عنده بمثابة استجابة لتنبهات فيزيولوجية و نشاط هرموني .

2.4 نموذج ميتشيغن : ( توافق الفرد مع بيئته )<sup>1</sup>

اقترح كل من فرانش و روجرز و كوب **FRENCH AND ROGERGS AND COBB** هذا النموذج عام 1974 على اثر الدراسات الذي أعدها معهد البحث الاجتماعي بجامعة ميتشيغن ، و يشير هذا النموذج إلى وجود نوعين منعدم الموائمة بين الفرد و البيئة ، قد يكون لهما تأثير سلبي على صحة الفرد و الرضا الوظيفي للعاملين و هما :

1. عدم تطابق حاجات الفرد و توقعاته مع مكافآت المنظمة أو الوظيفة التي يشغلها.
  2. عدم تطابق قدرات الفرد و مهاراته مع متطلبات الوظيفة أو العمل، و يترتب على ذلك حدوث ضغوطا لدى الفرد في العمل.
- و يشير النموذج إلى أن الموائمة بين الفرد و البيئة لا تكون مطلقة في جميع الحالات ، و إنما مرحلة مرتبطة بتوفر شروط محددة يتعلق بعضها بطبيعة الأعمال التي يمارسها الفرد، و الكيفية التي بها انجاز تلك الأعمال و الوقت المخصص لانجازها ، و بعضها مرتبطة بالفرد ذاته من حيث خصائصه الشخصية أو الصحية و عليه فإن بؤرة هذا النموذج هي العلاقة بين إدراك الفرد لإحدى المهام و إدراكه لقدراته على إكمال هذه المهمة و لما لديه من حوافز لإكمالها و الافتراض في هذا النموذج هو ان الضغط لا بد أن يزداد عند اتساع الفجوة بين الفرد و البيئة .

1 سعد الدوسري : ضغوط العمل و علاقتها بالولاء التنظيمي في الأجهزة الأمنية، رسالة نيل شهادة الماجستير في العلوم الإدارية ، جامعة نايف ، الرياض ، السعودية ، 2005، ص 41 .



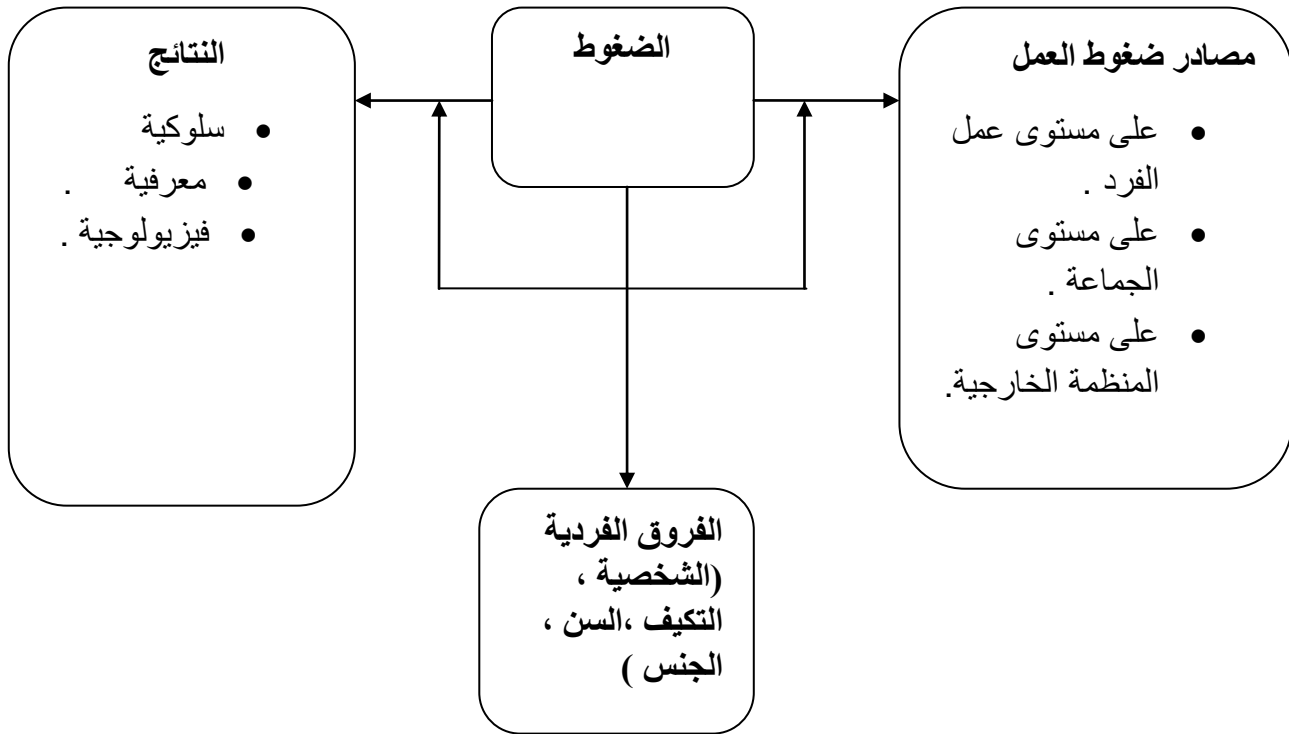
شكل رقم 06 : تأثير البيئة على الفرد

المصدر : سعد الدوسري : مرجع سابق ، ص 43.

### 3.4 نموذج كرايتر و كينيكي KINICKI & KREITNER :

اعتمدا كلا من كرايتر و كينيكي في تطوير نموذجهما على النموذج الذي طوره إبانوفيتش/ مانوسيموا ( 1979 ) ، و يوضح هذا النموذج مسببات الضغوط التنظيمية (عمل الفرد و الجماعة و المنظمة ) ، و المسببات الخارجية ( الأوضاع الاقتصادية و الاسرية ، و نوعية

الحياة و غيرها )، و هناك الفروق الفردية التي تؤثر على ادراك الفرد لمصادر الضغوط ، و بالتالي على مستوى الضغوط و نتائجها ، كما يوضح النموذج التالي:



الشكل رقم 07 : يوضح مسببات الضغوط (بتصرف)

#### 4.4 نموذج جيبسون و زملائه GIBSON AND HIS COLLOEGES:

طور جيبسون و زملائه في عام 1982م نموذجا يوضح الضغوط و أثارها و قد تم

تقسيم مصادر الضغوط إلى أربع مجموعات هي :

- 1) عوامل الضغوط البيئية المادية .
- 2) عوامل الضغوط الفردية .
- 3) عوامل الضغوط الجماعية.
- 4) عوامل الضغوط التنظيمية.

و يوضح الشكل التالي الإطار العام لهذا النموذج :



شكل رقم 08 : يوضح نموذج جيبسون و زملائه .

المصدر: حسين حريم: السلوك التنظيمي "سلوك الأفراد و الجماعات في منظمات الأعمال"، دار الحامد لنشر و

التوزيع ، عمان، الأردن، 2004، ص286.

#### 4-5 نموذج بريف و زملاءه BREIF AND HIS COLLEAGE

قام بريف و زملائه بإعداد نموذج لتحديد و تفسير العوامل المسببة للضغوط المهنية

في عام 1984م وفقا لهذا النموذج فقد تم تقسيم العوامل المسببة للضغوط المهنية في

مجموعتين رئيسيين هما :

أ. مجموعة الخصائص و المراحل التنظيمية: و تشمل على ثلاث مجموعات

فرعية هي :

(5) السياسات التنظيمية.

(6) الهيكل التنظيمي.

(7) المراحل التنظيمية.

و يندرج تحت كل مجموعة فرعية عدد من مسببات ضغوط العمل .

ب. مجموعة متطلبات الوظيفة و خصائص المهام : و تشمل على خمس

مجموعات فرعية :

(8) تجهيزات بيئة العمل المادية .

(9) السلامة و الصحة المهنية .

(10) علاقات العمل الشخصية .

(11) متطلبات الوظيفة .

(12) متطلبات الدور .

و يندرج تحت كل مجموعة من المجموعات الفرعية عدد من مسببات ضغوط

العمل الخاصة بتلك المجموعة كما هو موضح في الشكل التالي :

أولاً : الخصائص و المراحل التنظيمية :السياسات التنظيمية :

- تقييم أداء غير عادل أو غير متساوي .
- مرتبات أو اجور غير مناسبة .
- نظم و سياسات غامضة او غير موضوعية .
- وريديات عمل غير منتظمة .
- تكرار و تبديل السياسات .

الهيكل التنظيمي :

- مركزية القرارات و ضعف المشاركة في صنعها .
- ضعف فرص الترقى و التقدم الوظيفي .
- حجم عمل اكبر من اللازم .
- اساليب تنظيم معقدة و غير مرنة .
- تخصيص و تقسيم عمل بشكل مبالغ فيه .
- عدم وضوح الاختصاصات .
- تمييع المسؤولية و عدم تعديلها .

المرحلة التنظيمية :

- نظم اتصال ضعيفة و غير فعالة .
- نظم تغذية استرجاعية ضعيفة أو غير ملائمة .
- تعارض الأهداف المحددة و غموضها .
- تفويض غير مناسب للسلطات .
- عدم فعالية أو ملائمة نظم التدريب .

**ثانيا : متطلبات و خصائص الدور :**

تجهيزات بيئة العمل المادية :

- افتقار مكان العمل للخصوصية .
- الضوضاء .
- شدة الحرارة أو البرودة ..
- عدم مناسبة مساحة مكان العمل .

السلامة و الصحة المهنية :

- عدم توافر الاحتياجات أو معدات السلامة المهنية .
- عدم نقاء الجو و تلوثه .
- التعرض لمواد ضارة أو اشاعات .
- عدم توافر وسائل العلاج أو الاسعاف .

علاقات العمل الشخصية :

- علاقات غير سوية بالرؤساء أو المشرفين .
- ضعف أو انعدام التقدير للجهد المبذول .
- ضعف أو انعدام الثقة من الرؤساء .
- شدة المنافسة و التواء اساليبيها .
- عدم اتباع المرؤوسين للتعليمات .
- تعارض في العلاقات داخل جماعة العمل .
- تعارض في العلاقات بين جماعات العمل و غيرها .

متطلبات الوظيفة :

- تكرار العمل اكثر من مرة .
- ضغوط الوقت و ضرورة الانتهاء في تاريخ محدد .

- ضعف القدرات المطلوبة للاداء .
- المسؤولية عن ارواح أو أموال الاخرين .
- العجز في اعداد الافراد اللازمين لأداء العمل .
- الزيادة في اعداد الافراد اللازمين لأداء العمل .

#### خصائص الدور:

- تعارض المهام .
- عدم وضوح المهام .
- زيادة المهام الموكلة عن المعدل المقبول .
- نقص المهام الموكلة عن المعدل المقبول .
- تعارض المهام مع المعتقدات أو القيم الشخصية .
- اضافة مهام جديدة عشوائيا .

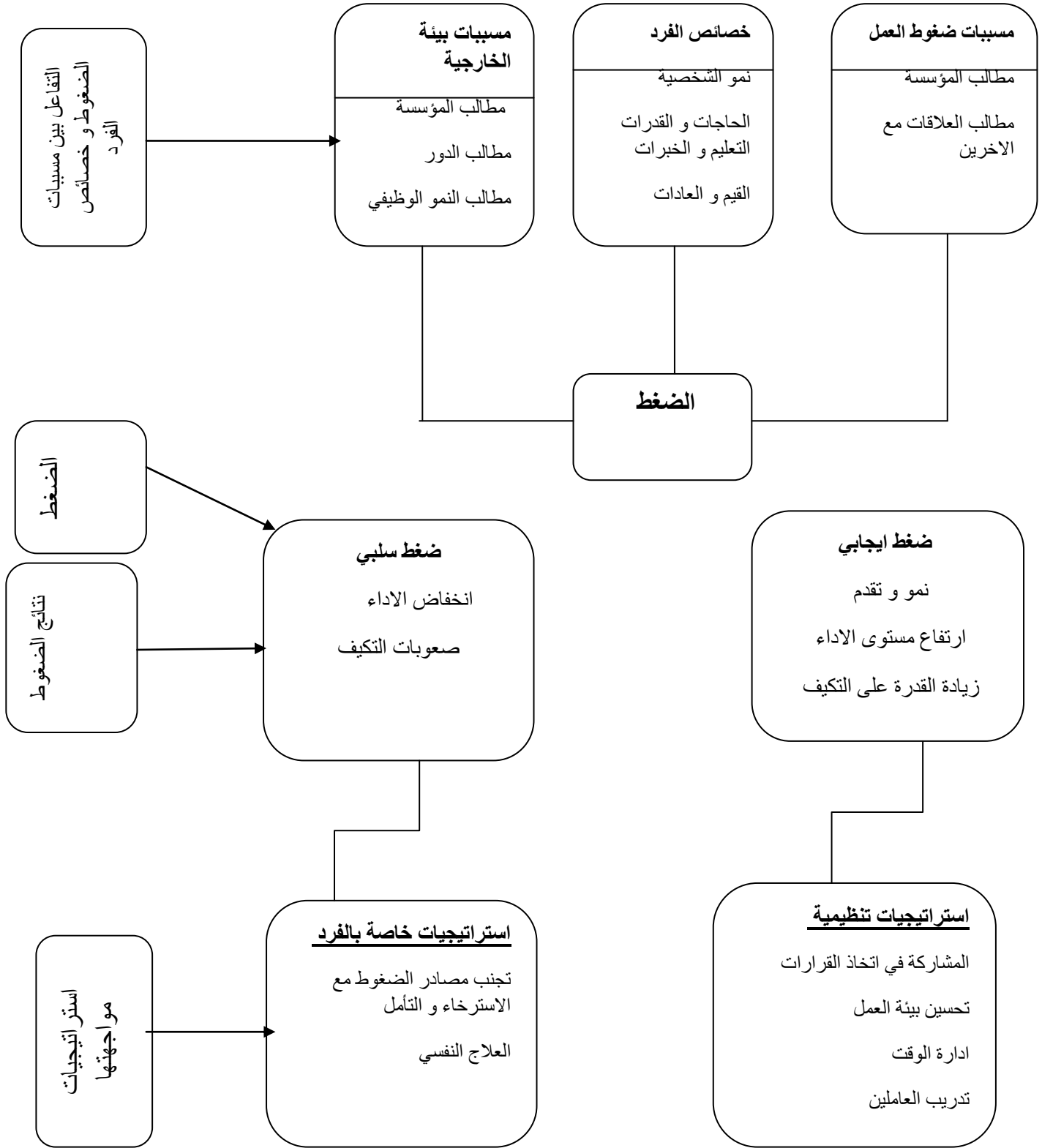
الشكل رقم 9 : نموذج بريف و زملائه .

المصدر : سعد الدوسري : مرجع سابق ، ص.ص 49-50.

#### 6.4 نموذج لطفي راشد محمد 1992:1

قام لطفي راشد محمد إعداد هذا النموذج بناء على دراسة له كانت بعنوان "تحو اطار شامل لتفسير ضغوط العمل و كيفية مواجهتها" و قد تلخصت مشكلتها في تفسير اسباب ضغوط العمل و تحديد اثارها على كل من الافراد و المنظمات و المجتمع و اقتراح اساليب لمقاومتها و قد هدفت هذه الدراسة الى تقديم نموذج يوضح الابعاد المختلفة لهذه الظاهرة .

<sup>1</sup> عمر مصطفى النعاس : الضغوط المهنية و علاقتها بالصحة النفسية، الطبعة الاولى ، منشورات جامعة 7 اكتوبر ، ليبيا ، 2008، ص 60.

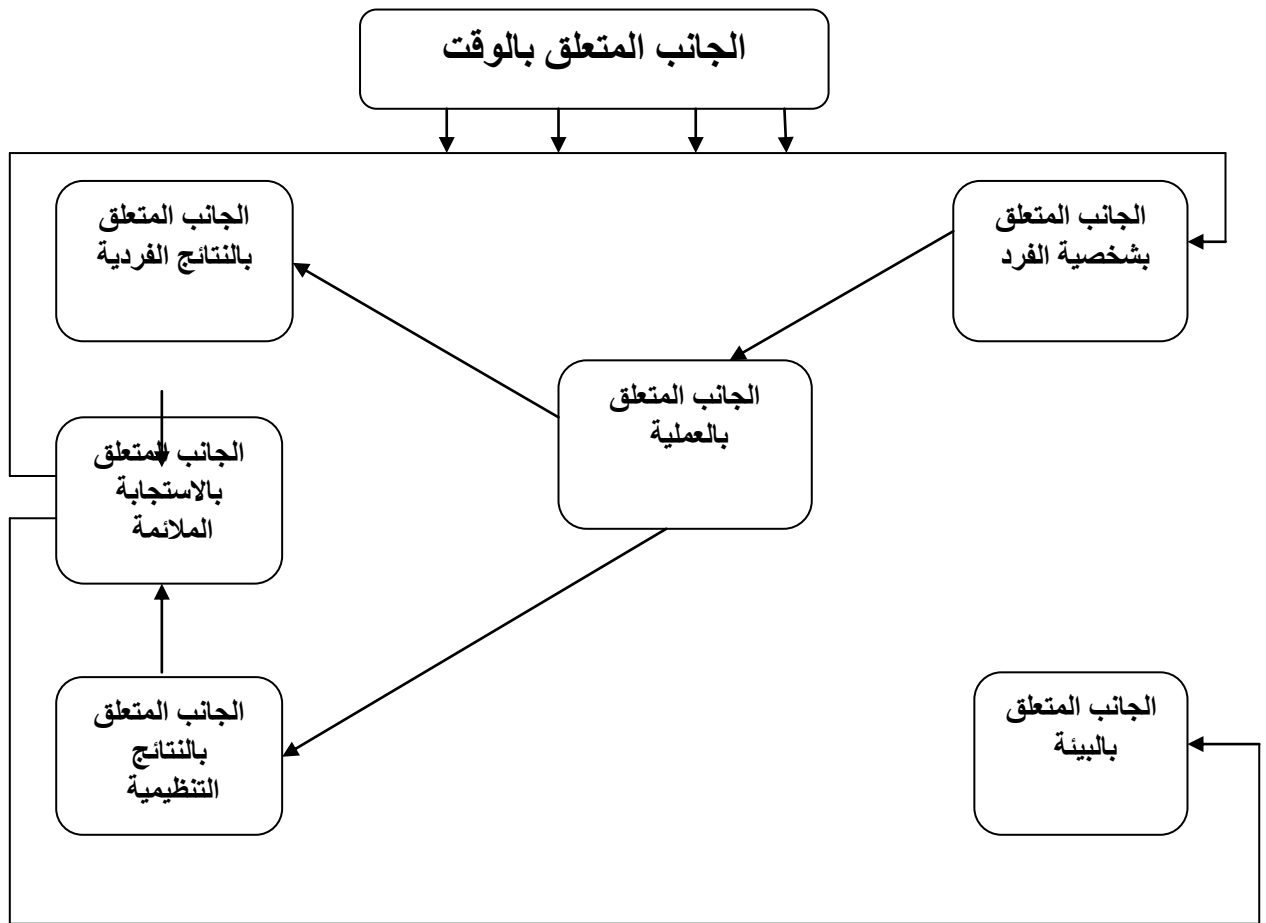


شكل رقم 10 : يوضح نموذج لطفي راشد محمد

المصدر: عمر مصطفى النعاس : نفس المرجع السابق ، ص 62.

7.4 نموذج ضغوط العمل لبيير و نيومان **PIERRE & NEWMAN** :

يفترض هذا النموذج أن الضغوط التي يتعرض لها الفرد في بيئة العمل ، إنما تأتي من مصدرين رئيسيين هما الفرد و المنظمة ، حيث أن التفاعل في زمن محدد قد يؤدي إلى الضغوط التي تترك أثارها على الفرد و المنظمة ، مما قد يدفع كلاهما إلى الاستجابة الملائمة لهذه الضغوط .



الشكل رقم 11 : ضغوط العمل لبيير و نيومان

المصدر : عاشور خديجة : ضغوط العمل-النظريات و النماذج-، العدد السادس والعشرون، مجلة العلوم الانسانية ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة ، الجزائر، جوان 2012، ص203.

#### 8.4 النسق النظري<sup>1</sup>:

تحدث "هب" عن ضغوطات العمل وأكد في نظريته أن العمل ذو المتطلبات القليلة يؤدي إلى الملل، حيث أن الزيادة في المتطلبات تعتبر نوعاً من الحوافز والمنشطات ولكن هذه المتطلبات لو زادت على قدرة الفرد على الاستجابة لها والتوافق معها، فإنها تؤدي على مستوى عالٍ من القلق وبالتالي تقل قدرة الفرد على التركيز وتقل قدرته على الأداء بوجه عام، وقد تؤدي الزيادة المستمرة في المتطلبات الزائدة عن قدرات الفرد إلى التعب وفقدان الرغبة في الأداء، وبالتالي تؤدي إلى الإنهاك النفسي وما يتبعه من أعراض كالانطواء والإثارة لأتفه الأسباب وعدم القدرة على الإنتاج.

هذه النظرية ركزت على العمل بصفة خاصة على أنه هو السبب للضغط لكن هناك في مكان العمل مسببات أخرى للضغط كالعلاقة الصراعية مع أصحاب العمل، وأساليب الإشراف وأسلوب الإدارة والعلاقات الشخصية.

#### 5. نتائج و آثار ضغوط العمل :

إن العديد من المنظمات إن لم نقل جميعها تنظر إلى ضغوط العمل عادة لها آثار سلبية، و يجب مكافئتها إلا إن لها آثار ايجابية إذا استطاعت المنظمة تداركها فستحقق النجاح.

#### 1.5 الآثار الايجابية<sup>2</sup>:

- تحفز الفرد على العمل .
- تجعل الفرد يفكر باستمرار في العمل .
- ينظر الفرد إلى عمله بتميز .
- التركيز على نتائج العمل .

<sup>1</sup> - فاروق السيد عثمان: القلق وإدارة الضغط، الطبعة الاولى، دار الفكر العربي، مصر، 2001، ص 104 .

<sup>2</sup> قوراري حنان : مرجع سابق ، ص 57.

- النظر إلى المستقبل بتفاؤل .
- يزود الفرد بالحيوية و النشاط .

### 2.5 الآثار السلبية<sup>1</sup> :

- زيادة التكاليف المالية ( تكلفة التأخر عن العمل ، الغياب ، التوقف عن العمل ، تشغيل عمال اضافيين ، عطل الآلات و إصلاحها ... )
- تدني مستوى الإنتاج و انخفاض جودته .
- صعوبة التركيز على العمل و الوقوع في حوادث صناعية .
- عدم الرضا الوظيفي .
- ارتفاع معدل الشكاوي .
- عدم الدقة في اتخاذ القرار .
- سوء العلاقة بين الأفراد .
- التسرب الوظيفي .
- سوء الاتصال بسبب غموض الدور و تشويه المعلومات .
- الشعور بالفشل .
- إهدار طاقات الأفراد العاملين .
- ترك مركز العمل .
- رفض الفرد القيام ببعض المهام .
- ارتفاع معدل الدوران في العمل .

### 6. استراتيجيات التعامل مع الضغوط على مستوى التنظيم :

<sup>1</sup> ليلة سايب : الولاء التنظيمي و علاقته بالضغط المهني ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل و التنظيم ، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية ، جامعة الجزائر2، 2010، ص67.

اهتم العديد من الباحثين بمعالجة اسباب الضغوط أو التخفيف من حدتها لما لها من آثار التي تلحق بالفرد و وبالمنظمة و هي تمس كل القطاعات و كل الفئات السوسيو مهنية ، و من بين الحلول لمواجهتها داخل التنظيم ما يلي :

(1) تحليل الوظائف : تهدف هذه العملية الى معرفة درجة الضغوط في الاعمال المختلفة ، و بالتالي اسنادها للأفراد المناسبين ، و يتطلب الامر الاخذ بعين الاعتبار شخصية الفرد التي تشير الى مزيج من السمات النفسية التي نستخدمها لوصف الفرد و عادة ما يمتلك الفر درجات متفاوتة من السمات المختلفة مثل : الذكاء ، الثقة بالنفس ... الخ من السمات التي تميز الفرد عن الاخرين .<sup>1</sup>

(2) اعادة تصميم الوظائف : يعتبر اعادة تصميم الوظائف بمثابة اسلوب متطور لتحليل هيكل الوظائف بهدف زيادة دافعية الفرد من خلال تعديل ابعاد الوظيفة لتحقيق التناسب بين حاجات و دوافع الفرد و هيكله الوظيفية ، و ينبغي ان تصمم الوظائف بصورة تساعد على كشف عناصر مثل العبء الوظيفي بشقيه الزائد و المنخفض ، و غموض الدور ... الخ و تعطي نظرية هيرزبيرغ ذات العاملين إطار لجهود إعادة تصميم الوظائف الرامية إلى زيادة الشعور بالرضا و الأداء بالنسبة للعامل حيث يركز مدخل هيرزبيرغ للإثراء الوظيفي على عنصرين ألا و هما العوامل الوقائية و العوامل الدافعية ، و يمكن إثراء الوظائف من خلال إدخال التعديلات الآتية و التي تتضمن عوامل الدافعية في نظرية هيرزبيرغ .

(1) المسؤولية : توسيع مسؤولية العامل .

(2) اتخاذ القرارات: و ذلك بتوسيع سلطة العامل و حرية التصرف في العمل و التقليل من الإشراف المباشر عليه أي الاستقلالية في أداء المهمة.

<sup>1</sup> علي عسكر : ضغوطات الحياة ، الطبعة الاولى ، دار الكتاب الحديث ، الكويت ، 2003 ، ص 124 .

- (3) التغذية الرجعية: تزويد العامل بالمعلومات المرتدة المباشرة بتوفير بيانات عن الأداء و ترك العامل نفسه في بعض الحالات مهمة جمع و حفظ تلك البيانات أي المعلومات المرتدة حول أداء المهمة.
- (4) المساءلة و المحاسبة : مكافئة العامل كالإطراء و التقدير على أساس ما تم انجازه من أهداف .
- (5) النمو و التطور الذاتي : تشجيع العامل على اقتراح تحسينات في النظام الحالي إلى جانب ذلك حفظ للتطور و التقدم الوظيفي المحتمل من وظيفته الحالية .
- (6) الانجاز : من خلال توسيع في المسؤولية و الاستقلالية و المساءلة ، ينشأ شعور بالانجاز أو الإحساس بعمل شيء ذي قيمة لدى العامل .
- أما فيما يخص بالأدوار لا بد من توضيحها من اجل التخلص من التعارض و القضاء على الصراعات و إيجاد انسجام بين الأدوار التي يقوم بها العاملون في المنظمة بوضع أهداف محددة للمهام التي يقومون بها .
- (7) تعليم و تدريب العاملين في المستويات الادارية العليا على مواجهة الضغوط ، و التفكير بأسلوب موضوعي يعتمد على استخدام المنهجية العلمية بعيدا عن الحدس و التخمين في حل المشاكل المتعلقة بالعمل .
- (8) استخدام وحدة استشارية في التنظيم تكون على مستوى عال من التخصص و ذلك من خلال الاعتماد على خبراء لدراسة الضغط و اسبابه عند الافراد داخل المنظمة.
- (9) قيام الادارة العليا بالعمل على تنمية مستوى الثقة بين الافراد انفسهم و بين الافراد و المنظمة و تنمية المهارات الاتصالية و تطوير وسائلها .

(10) تكثيف البرامج التدريبية المناسبة .

### خلاصة الفصل :

من خلال ما تطرقنا اليه في الفصل نقول ضغوطات العمل من الموضوعات الحديثة في علم الادارة بسبب ما يترتب عنها على كل من الفرد والمنظمة على حد سواء، حيث أن الإلمام بهذا الموضوع من قبل الفرد و الادارة هو البحث عن استراتيجيات والأساليب المعالجة لهذه الضغوطات التي تؤدي إلى رسم معالم التفوق والتميز لهذه المنظمات .

# الفصل الرابع

## المؤسسة الاستشفائية

تمهيد

1- المستشفى "الخصائص و الوظائف

1.1 وظائف المستشفى

2.1 خصائص المستشفى

2- تصنيف المستشفى

3- التنظيم الداخلي للمستشفى

4- عوامل تطوير المستشفيات

5- تطور الطب و الصحة في الجزائر

1.5 لمحة تاريخية عن الطب في الجزائر

1.1.5 مرحلة ما قبل الاستعمار الفرنسي

2.1.5 النظام الصحي اثناء الاحتلال الفرنسي

3.1.5 النظام الصحي للجزائر بعد الاستقلال

6- اشكال و انواع المؤسسات الصحية في الجزائر

خلاصة الفصل

### تمهيد:

تعتبر المؤسسة الاستشفائية من المنشآت الهامة في المجتمع الحديث ، حيث أنها تتولى تقديم الخدمات العلاجية و الوقائية والتعليمية و التدريبية و البحثية ، زيادة على ذلك استمرارية أنشطتها على مدار 24/24 ، و هي تسهم بذلك في رفع المستوى الصحي للبلاد ، و من ثم توفير الظروف المناسبة لتحقيق الأهداف الإنتاجية و الاقتصادية بمستوى كفاءة مرتفعة ، كما أن المستشفى المكان المفضل لدى المريض لتلقي العلاج ، و مكان المفضل لعمل الطبيب و باقي القوى العاملة الاستشفائية ، كما أنها الواجهة الحضارية التي تبرز تقدم البلد الصحي و العلمي و الاجتماعي .

اتخذت المستشفيات بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة و أطلق عليها مسميات متنوعة عبر العصور المختلفة و قد كانت البداية في الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد حيث اتخذت المستشفيات شكل معابد خصصت لرعاية المرضى و للعبادة في وقت واحد ، و كان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء ، كما تشير الوثائق المصرية إلى وجود ما يطلق عليه " معابد الشفاء " في مصر سنة 600 قبل الميلاد ، و قد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان و علاجها اسم السيكيستا أي معابد الشفاء<sup>1</sup> .

و في مطلع الديانة المسيحية بنيت بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى و المسنين و المحتاجين ، وقد كانت الدوافع الرئيسية لبناء هذه البيوت دوافع دينية إنسانية تتلخص فيما يلي<sup>2</sup>:

1. علاج المرضى و تقديم الخدمات لهم بعض النظر عن مقدرتهم على الدفع .

<sup>1</sup> مخيمر عبد العزيز و الطعمنة محمد : الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية للتوزيع ، القاهرة ، مصر ، 2008 ، ص 03 .

<sup>2</sup> نفس المرجع السابق ، ص 04 .

2. الاهتمام بالنواحي النفسية للمرضى و ليس فقط تقديم العلاج لهم .
3. اعتبار هذه البيوت أماكن لإيواء المرضى و المسنين و المحتاجين و تقديم الخدمات لهم .

و قد أطلق العرب على المستشفيات لفظ " البيمارستانات " أي دور المرضى، و البيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين "بیمار" بمعنى مريض او عليل و "ستان" بمعنى دار ، و قد خطأ العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب و الصيدلية ووضعوا مجموعة من القواعد التي تلتقي مع النظم المعلوم بها في العصر الحديث ، و يأتي من بين هذه القواعد او النظم :

- (1) عدم السماح للمرضى أو المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين .
- (2) اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى .
- (3) وجود مستشفى متنقل و إرساله إلى المناطق النائية بصفة دورية .
- (4) إنشاء المستشفيات العامة و المتخصصة .
- (5) الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى .
- (6) التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى .
- (7) إجازة مزاوله مهنة الطب و الصيدلة بواسطة الامتحان .

و في العصر الحديث يشير هيفاء بنت فؤاد مختار<sup>1</sup> أن المستشفيات الحديثة هي من أهم المنظمات الإنتاجية في مجال الخدمات ، فهي التي تهيب و تعد أفراد المجتمع صحيا ليكونوا قادرين على العمل و الإنتاج في كافة قطاعات النشاط بالمجتمع سواء كان النشاط اقتصاديا أو اجتماعيا في مجال التنمية البشرية و على ذلك فإنها إذا لم تؤد دورها في خدمة أفراد

<sup>1</sup> مرجع سبق ذكره، ص15.

المجتمع شمولية في كافة مجالات العلاج و إذا لم تكن متاحة جغرافيا و في متناول المواطنين، فان ذلك يؤدي إلى وجود مردودات سلبية على الأداء الإنتاجي لقطاعات المجتمع ، و على ذلك تحرص المستشفيات على الأخذ بالأساليب الحديثة ، إلى جانب الأخذ بكل أسباب التطور الفكري الطبي و العلاجي و التقني الذي يدعم أداء المستشفيات لوظائفها بكفاءة و فعالية أكثر ، و من بين تلك الأساليب التي ذاع انتشارها و تطبيقها في كافة أنواع المنظمات الخدمائية أو السلعية خاصة أو عامة هادفة أو غير هادفة للربح ، و هو أسلوب إدارة الشاملة ، و لا شك أن هذا الأسلوب قد طبق بشكل كبير في مجال المستشفيات ، و في هذا الفصل سنتطرق إلى المستشفى

### 1. المستشفى (الخصائص والوظائف )

المستشفى نظام اجتماعي انساني معقد ، إذ ان مادته الخام هو الانسان و انتاجه انساني و عمله ينفذ بشكل رئيسي بواسطة الانسان و هدفه انساني ، اي هو في خدمة مباشرة للناس و الافراد .

#### 1.1 الوظائف<sup>1</sup>:

انطلاقا من تعريف منظمة الصحة العالمية للمستشفى الذي يقول بأنه جزء من تنظيم اجتماعي وطبي يمكننا إيجاز الوظائف التالية :

#### 1.1.1 الرعاية الصحية والطبية:

يقصد بالرعاية الطبية أنها تلك الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات العملية (المخبرية) العادية المتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية : و مما لا شك فيه إن

<sup>1</sup> - عبد العزيز جميل مخيمير :الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات ،معهد الإدارة العامة ،السعودية ،1999 ،ص706.

الرعاية الطبية تمثل الوظيفة التي تحضي بالاهتمام الأكبر في جميع المستشفيات الخاصة منها والحكومية على حد سواء .

أما الرعاية الصحية الأولية تمثل المدخل الرئيسي لإعادة توجيه النظام الصحي في المجتمع بحيث يوفر الصحة للجميع ويشجع مشاركة الأفراد والمجتمع والأنشطة الصحية على أساس من الفهم الواضح لأهم المشكلات الصحية التي يعانيها المجتمع.

### 2.1.1 التعليم والتدريب:

يفرض التطور المطرد في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطوير مهارات وخبرات كافة العاملين والمتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية والصحية من خلال التعليم والتدريب المستمر ، وتمثل المستشفيات على وجه الخصوص المستشفيات التعليمية والجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات ، مراكز تدريب عملية للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين والأخصائيين ، كما أنها تمثل مراكز متميزة لتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة ، وطرق علاجها والعقاقير المناسبة لها كما أنها تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى .

### 3.1.1 البحوث الطبية والاجتماعية:

تهتم المستشفيات بشكل أو بآخر من خلال ما تحتويه من معامل (مختبرات ) وأجهزة وتجهيزات وسجلات طبية وحالات مرضية متنوعة وكوادر بشرية متخصصة مهنية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث و الدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص والعلاج والتطوير الذاتي لخدمات المستشفى ومهارات الأفراد و أساليب العمل ، فمن خلال نظم المعلومات الطبية وتنوع حالات المرضى وطرق العلاج يمكن القيام بالبحوث و الدراسات المتعلقة بأساليب التشخيص وتحديد معدلات حدوث وانتشار الأمراض المختلفة

وتقييم فعالية الأدوية المختلفة في علاجها أو تحديد العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأمراض المختلفة .

#### 4.1.1 توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية اللازمة للنهوض بصحة المجتمع<sup>1</sup>:

تساعد المستشفيات على تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، وذلك عن طريق العيادات الأولية الخارجية **out patient Primary cliniques** حيث يتم في هذه العيادات توفير العناية الشاملة والمستمرة للمريض و تنسيق أمور رعايته مع العيادات التخصصية التي تقدم رعاية طبية على مستوى أعلى، كذلك هناك اتجاه آخر حديث يهدف إلى تعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية في المستشفيات و ذلك من خلال إعادة النظر في الإجراءات الطبية المتخذة من قبل كافة الأطباء . و في عام 1978 و خلال اجتماع ألما أتا **ALMA ATA** اتفق ممثلو 166 دولة عضو في منظمة الصحة العالمية على أن يكون ألما أتا التاريخي الذي نص على الرعاية الصحية الأولية هي وسيلة تحقيق هذا الهدف محددًا الأسس و السبل و الاستراتيجيات الرسمية إلى تحقيق ذلك<sup>2</sup> ، و هكذا أصبحت المستشفيات تساهم في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية و اعتبارها المدخل الأساسي لإعادة توجيه النظام الصحي في المجتمع من خلال توفير الصحة للجميع و تشجيع أفراد المجتمع على تفهم المشاكل الصحية التي يعاني منها المجتمع سعياً وراء التخلص منها .

وهذا الاتجاه يركز على ضرورة أن تشمل هذه الإجراءات عند معالجة أي حالة مرضية

على العناصر الأساسية التالية :

<sup>1</sup> - سليم بطرس جلدة: إدارة المستشفيات والمراكز الصحية ، الطبعة الأولى ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، 2007 ، ص 34-35.

<sup>2</sup> زيد حمزة : الطب و الصحة في نصف قرن ، بحوث و أوراق المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات تحت شعار " تمويل الخدمات الصحية و الطبية " ، القاهرة ، مصر ، نوفمبر 2007 ، ص 03 .

✓ عنصر الوقاية : والذي يشمل على:

\* تقديم الإرشادات الوقائية لتجنب المضاعفات المقبلة.

\* إجراءات التطعيم والتحصين .

\* إجراءات الفحوصات المخبرية اللازمة بشكل دوري بالإضافة إلى الفحص الطبي العام بشكل منتظم.

✓ عنصر شمولية الرعاية : وهو يتعلق بالبحث عن العوامل المرضية الثانوية مثل

التعرف على مدى وجود عوامل اجتماعية أو بيئية مرتبطة بهذا المرض.

✓ عنصر التنسيق: وهو يختص بعمليات إحالة المريض إلى أخصائيين

ذوي العلاقة.

✓ عنصر الاستمرارية : وهو يشتمل على متابعة حالة المريض الصحية على

نحو مستمر .

## 2.1 الخصائص المميزة للمستشفى<sup>1</sup>:

للمستشفى طبيعة وخصائص مميزة عن سائر المنظمات الأخرى ،ويمكن تلخيص هذه الخصائص فيما يلي :

- المستشفى نظام مفتوح يحتوي على أنظمة جزئية كثيرة تتفاعل مع بعضها البعض .
- يعتبر المستشفى تنظيماً معقداً حيث يشمل عدد كبير من الأفراد علاوة على التخصص الدقيق في أقسامه المختلفة، وأساليب التكنولوجيا المستخدمة في الوقاية والعلاج.

<sup>1</sup> - سنوسي علي :تقسيم مستوى الفعالية التنظيمية في المستشفيات الجزائرية ،مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا ،العدد السابع ،جامعة مسيلة ،الجزائر ،ص293.

- المستشفى نظام إنساني من الدرجة الأولى لأنها تعمل من أجل الإنسان المريض والمستفيد من خدماتها.
- المستشفى نظام متعدد الأهداف.
- المستشفى نظام تزوج فيه خطوط السلطة.

## 2. تصنيف المستشفيات:

يمكن تصنيف المستشفيات وفق العديد من الأسس و هي :<sup>1</sup>

أ. نمط الملكية و الإشراف : وهي نوعين المستشفيات الحكومية و المستشفيات الخاصة ، فالمستشفيات الحكومية تملكها هيئات رسمية تقوم على رعاية شؤونها و مصالحها ، و يفترض أنها تقدم خدمات صحية لمختلف المواطنين مقابل رسوم رمزية ، أما المستشفيات الخاصة فهي تعود إلى أطباء يعملون لحسابهم الخاص أو بعض المؤسسات الخيرية .

ب. الربحية : بالرغم من أن الهدف العام من إنشاء المستشفيات هو تقديم الخدمات و التمريضية و الطبية إلى المواطنين إلى أن هناك أهداف أخرى قد تكون أساسية من وراء تأسيس المستشفيات و من بين هذه الأهداف هي سعي المستشفى لتحقيق الأرباح و في هذا السياق نميز بين ثلاثة أنواع من المستشفيات لا تهدف إلى الربح وهي المستشفيات الحكومية التي لا تقوم الدولة بتأسيسها بهدف تقديم الخدمات الطبية للمواطنين دون مقابل أو مقابل رسوم رمزية و النوع الثاني هي المستشفيات الخيرية التي تدار من قبل إحدى الجهات الخيرية و يكون الهدف من إنشاء هذه المستشفيات عادة خيري من دون أن

1 سليم بطرس ، مرجع سابق ، ص. 35 - 41.

يكون لهم أي غرض مادي أو تفكير في الربح و الفائدة من وراء عملهم ، أما النوع الثالث فهي المستشفيات تهدف للربح تعود ملكيتها عادة للأفراد .

ت. نوع الخدمة : يمكن تقسيمها على هذا الأساس إلى مستشفيات عامة و هي تحتوي على جميع الأقسام السريرية أي انه يعالج فيها جميع أنواع الأمراض عدا الأمراض التي قد يحدث فيها عدوى التي يجب أن يخصص لها مستشفيات خاصة بها ، و مستشفيات خاصة تعالج في أقسامها أمراضا معينة .

ث. الحجم : و يمكن تقسيمها (المستشفيات) حسب المجتمعات السكنية التي تحدها إلى صغيرة و متوسطة و كبيرة ، هذه الأخيرة التي تتواجد عادة في المدن الكبيرة و تخدم تجمعات سكانية كبيرة .

### 3. التنظيم الداخلي للمستشفى :

التنظيم كما عرفه Boward هو مجموعة من النشاطات أو القوى الشخصية المنسقة بوعي<sup>1</sup> ، فالمستشفى مثلها كمثل أي مؤسسة لها إدارة عليا متمثلة في مجلس إدارة مكونة من : مدير مستشفى ، رئيس الجهاز الطبي ومساعديه ، ممثل لوزارة الصحة ، وفي بعض الدول يشترك في المجلس ممثلي العمال كما هو الحال في الجزائر ، فعند الحديث عن تنظيمها الداخلي لابد ان نعرف بأن المستشفى أو المستشفى الاستشفائية تقوم أصلا على وجود أنشطة رئيسية وأنشطة أخرى تدعمها على أساس أن كل نشاط له دوره المطلوب في الخدمة الطبية التي تؤديها المستشفى.

فقد اعتمد بعض الباحثين في دراستهم للتنظيم الداخلي للمستشفى على سلاسل القيمة ل Poter المستعملة في المجال الصناعي من قبل ، والتي قسمت المؤسسة إلى الأنشطة التي

<sup>1</sup> - ناصر دادي عدون : اقتصاد المؤسسة ، الطبعة الثانية ، دار المحمدية العامة للطباعة ، الجزائر ، بدون سنة ، ص209.

لها علاقة مباشرة بإنتاج وبيع المنتج ونقله إلى الزبون بما فيها خدمات ما بعد البيع ،وعن الأنشطة الداعمة أو المساندة للأنشطة الرئيسية التي بدونها لا تستطيع الأنشطة الرئيسية القيام بمهامها كما ينبغي.<sup>1</sup>

وفي نفس السياق صنف Hoisdon و Tonneau الوحدات الداخلية للمستشفى ضمن خمسة نستطيع ضمها في مجموعتين للأنشطة :

(1) المجموعة الأولى: وتتمثل في الأقسام المرتبطة بمسار رعاية المريض والتي تضم:

أ. المصالح الإكلينيكية : (service cliniques) أو كما يسميها البعض بوحدات العلاج أو أقسام التنويم ،وهي تمثل المكان الذي يقوم الطبيب فيه بالفحوصات للمريض ،والممرض برعايته ،والأعوان بتغذيته وإبوائه ، وتتطلب هذه الوحدات قسطا هاما من الموارد المادية (الأسرة والأدوية) والبشرية (أطباء ،شبه طبيين ،مساعدين ،وعمال النظافة ...الخ).

ب. مصالح التشخيص والفحص : (services de consultation) في هذه الأقسام يتم فحص المريض واتخاذ القرار حول إخضاعه للعلاج في المستشفى أم لا.

ت. الجناح التقني : (le plateau technique) الذي يتكون من القسم الجراحي ،قسم الأشعة الطبية ،وكذا قسم مختبر التحاليل ،إن لهذا الجناح من الأهمية ما يجعله يتطلب أجهزة ذات مستوى عال من التكنولوجيا والكفاءات الطبية المتخصصة من أطباء وجراحين وممرضين وتقني التخدير وشبه طبيين متخصصين.

<sup>1</sup> - بحداثة نجاة :تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية ،مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية تخصص بحوث العمليات وتسيير المؤسسات ،جامعة أبو بكر بلقايد ،تلمسان ،الجزائر ،2012/2011 ،ص50.

(2) المجموعة الثانية: أقسام المساعد والدعم (les secteurs d'appoint et de support) ، إذ تتكفل هذه الأقسام بالمريض منذ لحظة دخوله والتعامل معه وإسكانه في القسم المخصص لعلاجها والعمل على توفير الراحة له وإطعامه والمحافظة على نظافة المكان وصيانة الأجهزة والمستلزمات الطبية ،وكذا تقديم الطعام له ولمرافقيه في المستشفى وهنا يتعلق الأمر بالأقسام الفندقية أو كما تدعى في مؤلفات أخرى الأقسام اللوجستية ،والتي تقوم على أساس سير أنشطة التغذية ،التعقيم ،التنظيم ،الغسيل ،نقل المرضى ،التخزين ،وتوزيع المنتجات الطبية (أدوية ،استهلاكية ...الخ).  
وتعتمد على الأقسام الإدارية أيضا حيث تجمع بين الإدارة العامة والمصالح الاقتصادية والمالية ومصلحة إدارة الموارد البشرية وكذا قسم الإعلام الآلي، من مهامه ضمان التوازن المالي بين النفقات والإيرادات،إدارة السجلات الطبية للمرضى ،فترة مصاريف العلاج للمرضى.

#### 4. عوامل تطوير المستشفيات :

من العوامل التي أدت إلى تطوير المستشفيات منذ العهود القديمة ، و حتى عصرنا الحاضر و ما وصلت عليها الآن ما يلي :<sup>1</sup>

#### 1.4 الحروب و الكوارث الطبيعية :

للحروب و الكوارث الطبيعية اثر كبير في تطوير المستشفيات و خاصة منذ الحرب العالمية الثانية حيث برزت مستشفيات الطوارئ إلى حيز الوجود و ذلك للحالة الفورية إليها ، كما برزت أيضا خلال فترات الكوارث العامة كالفيضانات و الزلازل الأرضية و مستشفيات في المناطق المتضررة ، و استحدثت أقسام علاجية جراحية متطورة تقوم بمهمة الإنقاذ ثم استقرت هناك حتى تؤدي واجباتها على أفضل صورة و بصورة عامة .

<sup>1</sup> رعد سطفیان و آخريين : إدارة المستشفيات ، دار التقني للطباعة و النشر ، بغداد ، العراق ، 1998، ص 80 .

## 2.4 الأديان :

عملت الأديان على اختلافها المسيحية و الإسلامية و البوذية ما في وسعها لتطوير الخدمات العامة و العناية بالمرضى في المستشفيات و ذلك لكونها تنظر إليهم بمنظار الرحمة و الشفقة الإنسانية ، و قد ساهمت الجهات الدينية مساهمة فعالة في خدمات المرضى و المحتاجين أو تطوير تلك الخدمات كما أنها أعطت الدعم المادي و المعنوي للمستشفيات لأنها كانت تعتبر أماكن خيرية ، و ملاجئ للعجزة و المقعدين و مضاف للمارة و المسافرين ، و نحن نرى في وقتنا الحاضر ازدياد عدد المتطوعين للعمل في المستشفيات و غيرها من المنظمات و الجمعيات الخيرية في العالم ، و ذلك كنتيجة لازدياد وعيهم و إدراكهم و لتغير نظرة المجتمع لتصبح نظرة إنسانية .

## 3.4 الأدوية و العقاقير :

إن تطور الطب و تطور المستشفيات يسيران جنباً إلى جنب في تركيبها العام ، و يتغيران في أن واحد ، و عندما نقول الطب فإنه يشمل الأدوية و العقاقير و كل ما يتعلق بمفرداتها ، حيث يوجد هناك الكثير من الاكتشافات في عالم الأدوية و العقاقير التي أدت إلى تغيير نوعية العلاج و بالتالي إلى تطوير المستشفيات ، ومن الأمثلة على ذلك المضادات الحيوية .

## 4.4 نسبة الأمراض و حجم المصابين :

إن اختلاف المصابين بأمراض معينة من بلد إلى آخر سيؤدي إلى تغيير في هيكلية و نوعية المستشفيات و إلى تطوير الأساليب فيها ، و من الأمثلة على ذلك : عدم وجود أو قلة مستشفيات السل و الأمراض السارية الأخرى في دول متطورة نتيجة لتقدم الإجراءات الوقائية و استئصال تلك الأمراض منها ، و لكن في نفس الوقت فقد ازدادت لدى الدول نسبة أمراض أخرى مثل السرطان و أمراض القلب و الأمراض

العقلية ، كما ازدادت حالات الطوارئ و العنف و غيرها ، مما أدى بالتالي إلى استحداث عدد كبير من مستشفيات السرطان و أمراض القلب و الأمراض العقلية و مستشفيات الطوارئ للحاجة إليها ، و من ثم العمل المستمر في تطويرها .

#### 5.4 التشخيص :

لقد طرأ تغيير كبير في عملية تشخيص الأمراض كالسل و السرطان و خاصة عملية التشخيص المبكر لتلك الأمراض قبل استفحالها ، فأثر ذلك على تغيير نوعية المستشفيات و سير الأعمال الإدارية و العلاجية فيها ، و اليوم فإن التقدم و النجاح في عالم الجراحة يعتمد على التشخيص المبكر للأمراض ، و كل ذلك أدى لطبيعة الحال إلى تطوير المستشفيات .

#### 6.4 المختبرات :

لقد تقدمت و تطورت طرق و أساليب لفحوص المختبرية المتنوعة مع أجهزتها اللازمة إلى حد كبير مما أدى بالنتيجة إلى تقليص مدة تشخيص الكثير من الأمراض و بالتالي إلى تقليص مدة البقاء في المستشفى مضافا إليها تحسين نوعية خدمات المستشفيات و في مختلف أقسامها و فروعها .

#### 7.4 العلوم الطبية<sup>1</sup>:

لقد أدى تطور و تقدم العلوم الطبية إلى تطوير و تحسين نوعية الخدمات العلاجية و الوقائية في المستشفيات و المنظمات الصحية الأخرى إلى درجة كبيرة . إذ باكتشاف الآلات و الأجهزة و الوسائل التقنية و العملية في كل مجال بات بإمكان المريض إجراء الفحوصات الطبية السريرية و المختبرية و الشعاعية المطلوبة بوقت قصير و قد أدى ذلك إلى سرعة تحسين صحته و إلى تقليص مدة المبيت في

<sup>1</sup> سليم بطرس : نفس المرجع السابق ، ص 44 .

المستشفى ، كما أصبح بإمكان كل مريض بعد ذلك مراجعة العيادات الطبية المركزية و العيادات الشعبية و العيادات الخارجية للمستشفيات و عيادات التأمين الصحي و العيادات الخاصة للأمراض المذكورة و للحصول على الإرشادات الصحية ، كما تطورت و تحسنت إلى درجة كبيرة العناية البيئية للمريض التي يحتاج إليها .

### 8.4 المجتمع :<sup>1</sup>

لقد برز دور المجتمع و تأثيره على تطوير المستشفيات منذ مطلع القرن العشرين ، و قد وعت الجماهير و أدركت حاجاتها و ذلك بسبب التقدم الحضاري و تعميم الثقافة في معظم أنحاء العالم ، و قد أخذت تطالب أيضا بأفضل الخدمات الطبية و من نوعيات ممتازة ، كالخدمات المريحة و الخاصة و التي تشعر بالاستقلالية و تضاهي الخدمة البيئية و العائلية، و من ناحية أخرى نجد أن الوعي و الشعور الإنساني المتناهي لدى الأفراد و الجمعيات و المنظمات الاجتماعية بدفعهم و بحثهم على التطوع و العمل في المستشفيات من دون مقابل ، بل إلى الهبة و التبرع بأموالهم بسخاء أيضا .

و هذه الأمور قد أدت إلى تزايد عدد المستشفيات يوما بعد يوم ، و إلى تطوير خدماتها و لاسيما و أن الأفراد و العاملين في المستشفيات هم من أفراد المجتمع و يرتبطون به بشكل كبير و يهتمهم ما يهمهم .

### 9.4 الاختصاصات المهنية :

ليس هناك من ينكر دور المهنيين و الاختصاصيين الواضح في تطوير المستشفيات في جميع أقسامها و شعبها ، و إلى تطوير إدارتها و أقسامها الطبية و العلمية ، فضلا عن التطوير و نوعية الخدمة ، و كذلك فإن لدى منظمة الصحة العالمية خبراء

<sup>1</sup> نفس المرجع السابق ، ص 45 .

و اختصاصيون في مختلف الشؤون الصحية ، و هي مستعدة لتقديم العون المادي و المعنوي بخبرائها و مختصيها الى أي دولة تطلب منها ذلك ، و ذلك كجزء من واجباتها في خدمة الشعوب .

## 5. تطور الطب والصحة في الجزائر:

### 5. 1 لمحة تاريخية عن الصحة والطب في الجزائر :

لفهم النظام الصحي في الجزائر يجب علينا الرجوع الى الوراثة و معرفة السيرورة التاريخية التي مرّ بها و التي ترجع الى ما قبل العهد الاستعماري .

#### 1.1.5 مرحلة ما قبل الاستعمار الفرنسي:

لم تترك الحضارة الرومانية منطقة تُشعب أطماعها و تُروّي ظمأها من العالم إلا واستعمرتها ، وباعتبار أن الجزائر كانت منذ أزل محل طمع العديد منهم ، فقد استولت عليها وجعلتها من أتباعها ، فدخلت الإمبراطورية الرومانية الجزائر وتركت أثرها والتي بلغت 19 مستعمرة أو مدنية رومانية ، منها 13 في الجانب و 3 في داخل البلاد<sup>1</sup> ، ومن المعروف بأن كل حرب وفيها دمار ، كل استعمار وفيه هيمنة وسيطرة وظلم ، وباعتبار الجزائر مستعمرة رومانية في ذلك الوقت ، فقد عانت من الجوع والعطش والفقر والمرض لأن كل حرب وفيها ضحايا ، وما تخلفه الحرب من دمار يتسبب في انتشار الأمراض .

كما لوحظ في هذه الفترة تناقص عدد سكان المدن كثيرا حيث تناقص سكان مدينة الجزائر إلى خمسين ألف نسمة بعض أن قضى عليهم الوباء عام 1787 بحوالي 16821 نسمة من أهلها ، ووباء سنة 1817 الذي ظهر على اثر قدوم سفينة عثمانية حاملة للحجاج من الإسكندرية ودام ثلاث سنوات وعمر جميع أنحاء البلاد ، أما في مدينة الجزائر فقد هلك ما

<sup>1</sup> - سعاد شايب : الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة وظروف العمل ، دراسة ميدانية للأطباء في مستشفى باشا الجامعي بالجزائر العاصمة ، 2007/2006 ، ص 63.

يناهز 13830 شخصا في الفترة المحصورة من 21 جوان إلى 6 سبتمبر 1818 م ،وهي الفترة التي بلغ المرض أشده ،وحتى سكان المناطق الجبلية لم تسلم من هذه الأوبئة مثل منطقة جرجرة<sup>1</sup>.

اهتم الحكام بصحتهم كثيرا وصحة حاشيتهم مع أنهم لم يؤسسوا جامعات متخصصة في الطب لكنهم انتدبوا أطباء أوروبيين مسيحيين من الأسرى من أجل العلاج والرعاية الصحية ،حيث رُوي أنه كان لبابا علي طبيب جراح قد وقع أسيرا ،كما كان للباشا حسين طبيب انجليزي يدعى بودوين (Baudouine) ،كما قام صالح باي بشراء طبيب ايطالي يدعى باسكال قاميزو ،وكذلك الباي حسين بوكمية بأي قسنطة كان له طبيب هولندي يدعى سانسون، ويظهر أنه بينما كان الباشاوات والبايات يجلبون الأطباء لأنفسهم ،يؤمنون بقيمة الطب الأوروبي ،بحيث لا يهتمون بصحة السكان عموما تاركين العامة للطب التقليدي (التداوي بالأعشاب والنباتات).<sup>2</sup>

فمن ناحية النظام الصحي فقد كان في الجزائر عدة ملاجئ ومصحات من بينها ملجأ في ناحية باب عزون خاصة بالأمراض العقلية ،وملجأ آخر يأوي بعض العجزة من الأتراك والجيش الانكشاري ،كما كانت هناك مستشفيات خصصت للأسرى المسحيين ،حيث تم إنشاء أول مستشفى عام 1551 من طرف الراهب سيبيستيان (Sébastien) ومستشفى آخر عام 1575 ،و كانت هذه المستشفيات تسير من طرف المنظمات الدينية المسيحية.

ما يمكن ملاحظته هو أن الصيدليات شبه منعدمة ما عدا صيدلية واحدة كانت بمدينة الجزائر<sup>3</sup> ،كانت قرب قصر الداوي ويشرف عليها "باش جراح" الذي كان صيدلي وجراح في نفس الوقت ،ولكن ما يميز هذه الصيدلية هي أنها تحتوي على بعض الكؤوس و القناني

<sup>1</sup>- ناصر الدين سعيدوني ، مرجع سابق ،ص55.

<sup>2</sup>- نور الدين حاروش ،إدارة المستشفيات العمومية ،الطبعة الأولى ،دار الكرامة للكتاب ،الجزائر ،2006 ،ص95.

<sup>3</sup>- ناصر الدين سعيدون ، مرجع سابق ،ص54.

المحتوية على العقاقير والتوابل ،وبعض الدكاكين المتخصصة لبيع الأعشاب و النباتات الطبية كالحلبة والقرنفل.<sup>1</sup>

إذا ما يمكننا استنتاجه من خلال ما ذكرناه هو أن النظام الصحي في الجزائر قبل الاستعمار الفرنسي كان متباينا ،من جهة نلاحظ أن الملوك اتخذوا لأنفسهم أطباء أوروبيين من الأسرى المسيحيين ،أما عامة الشعب فكانوا يتداون بالأعشاب ومنهم من كان يتخذ من السحر والشعوذة وسيلة للعلاج.

### 2.1.5 النظام الصحي أثناء الاحتلال الفرنسي :<sup>2</sup>

صاحب الاحتلال الفرنسي للجزائر ظهور مؤسسات صحية تخدم المصالح الاستعمارية، وهذه الفترة تم تقسيمها إلى ثلاث مراحل :

#### ▪ المرحلة الأولى:(1830 – 1850):

عرف قطاع الصحة باعتباره عنصرا مهما في تحقيق الهيمنة عدة إجراءات وأشكال تتماشى مع التطور العام للاحتلال والأهداف التي يصبوا إلى تحقيقها ،فالاحتلال الفرنسي لم يهتم بتطوير النظم الصحية التي كانت موجودة قبل غزوه للجزائر ،وإنما كان هدفه الأساسي العمل على بسط قوته وهيمنته على كامل التراب الوطني ،وبهدف جذب وكسب تأييد السكان وبالتالي تسهيل الهيمنة والاستيطان ،فقد تم تقديم العلاج لهم عن طريق الممرضين والمسعفين ،ولكن بصفة عامة فان الأهالي المدنيين لم يقبلوا تلقي العلاج والإسعاف من المدنيين الذين يُعتبرون من أعدائهم.

ثم في عام 1832 تم إقامة مستشفى في كل من : الجزائر ،وهران ،عناينة (بونة سابقا) ،وفي عام 1834 تم بناء مستشفى في بجاية وآخر في الدويرة ،ومستغانم عام 1935 ،وفي عام

<sup>1</sup>- نور الدين حاروش ، مرجع سابق ،ص97.

<sup>2</sup>- مرجع سابق ، ص.ص 111- 112.

1837 في قالمة ،وفي البليدة عام 1839 ،وفي عام 1843 سجلت قائمة المصحات المتنقلة والمستشفيات المفتوحة للمدنيين وكذا العسكريين (مدينة بوغار ،تنس ،ثنية الحد) ،وفي عام 1845 كانت الجزائر برمتها تعد 38 مستشفى.

يقول بوزين (Bousin) أحد الأطباء الفرنسيين أن الطب عمل تحضيري وتمديني من جهة ،ومن جهة أخرى يشكل مؤسسة سياسية بإمكانها المساهمة في توزيع النفوذ ،وتأثيرها السلمي على قبائل المناطق الجبلية من خلال استقطاب العرب إلينا.

لقد لعب قطاع الصحة في المرحلة الأولى من مراحل الاحتلال دور المساندة والدعم لتثبيت قدم المحتلين في الجزائر وخدمة الجيش الفرنسي الاستعماري ،حيث نجد مثلا أنه سنة 1835 بلغ عدد الأطباء 80 طبيبا معظمهم يقطن بمراكز إقامة المستوطنين الفرنسيين والأوروبيين وذلك لخدمتهم والحفاظ على صحتهم.

#### ■ المرحلة الثانية: (1850 - 1945) :

اهتمت الإدارة الفرنسية في هذه المرحلة بتطوير النظام الصحي المدني وذلك باتخاذ عدة إجراءات كانت أهمها :

- تشجيع الأطباء الغربيين على الهجرة إلى الجزائر والعمل في العيادات الطبية.
- إنشاء دوائر طبية.
- إنشاء مستشفيات مدنية مفتوحة خاصة للأوروبيين.
- تدعيم وجعل المستشفيات الموجودة خاصة للأوروبيين.
- إنشاء هيئات علمية ومؤسسات طبية جديدة.
- إنشاء مؤسسات وهيئات مساندة ،ويتعلق الأمر هنا بإنشاء كلية الطب بجامعة الجزائر ومعهد باستور ،والمخزن العام للمصالح المدنية للصحة.

وكانت المؤسسة الصحية مؤسسة من أربع أشكال للتنظيم<sup>1</sup> :

- 1) تنظيم صحي عسكري كوسيلة منطقية وضرورية للمستوطنين.
  - 2) تنظيم صحي متشابه لذلك الموجود بالمتربول ،تم عن طريقه ولأول مرة إدخال ما يعرف بالطب الليبرالي.
  - 3) تنظيم قائم على المساعدة الطبية المجانية ،موجه للسكان الأصليين المحرومين وبالطبع للعمال في قطاع الفلاحة الذين يمثلون قوة العمل في المزارع الاستعمارية.
  - 4) شكل من الطب التقليدي المحصور بالأرياف والجبال ،ولكنه كان مهددا باستمرار من قبل الأشكال الثلاثة الأولى للتنظيمات الصحية.
- ومنه نقول أن تطور النظام الصحي في الجزائر في هذه المرحلة كانت سياسة استعمارية من أجل توطيد علاقتها مع سكان الأهالي من أجل القضاء على الثورات الشعبية التي كانت قائمة آنذاك.

#### ■ المرحلة الثالثة: (1945 – 1962) :

ما يميز هذه المرحلة أن الاحتلال الفرنسي أدخل التحسينات على النظام الصحي القائم ،فكانت الإصلاحات لصالح أفراد الجيش الاستعماري والمستوطنين الأوروبيين وكذا الخدم من الجزائر. كما ساعد التطورات السياسية (ظهور الحركات الوطنية ،جمعية العلماء المسلمين ...) بالمطالبة بحقوق الشعب الجزائري بما كانت تناديه من عدالة ومساواة في الحقوق مع المستوطنين ،فكان النظام الصحي في هذه المرحلة يمر بفترتين :

<sup>1</sup> - كريمة بوعزيز :إختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام والقطاع الخاص ،رسالة لنيل شهادة ماجستير ،معهد علم الاجتماع ،تخصص ديموغرافيا ،جامعة الجزائر 2 ،2002 ،ص28.

1) الفترة الأولى (1954 - 1956) : وتميزت بالعشوائية وعدم التنظيم ،حيث كان النظام الصحي قائماً على العلاج الأول أو الإسعافات الأولية وكان في مجمله غير مؤطر وغير مجهز بما فيه الكفاية.

2) الفترة الثانية (1956 - 1962) : حيث تميز بانعقاد مؤتمر الصومال في 20 أوت 1956م الذي نظم الثورة ،بما في ذلك تنظيم قطاع الصحة ومنحه طابع المؤسسة ،حيث تم تنظيمه وتقسيمه إلى خمسة مستويات :القسم ،القطاع ،الناحية ،المنطقة والولاية ،حيث يعتبر القطاع أساس هذا التنظيم في حين أن الناحية تضمن التنسيق بين القطاعات.

تمثلت المؤسسات الصحية غالباً من البنايات على شكل كوخ أو بيوت من الطين ومخابئ مهياً على شكل مستشفى ،كما كانت التجهيزات والوسائل المستعملة بسيطة جداً تأتي أغلبيتها من المؤسسات الصحية الاستعمارية بواسطة أطباء وممرضين جزائريين يعملون بالمستشفيات الأوروبية ،ولكنهم ينتمون الى جبهة التحرير الوطني ويعملون لصالح المؤسسة الاستعمارية.

ومنه نقول أن الإصلاحات التي قام بها المستعمر كانت لصالح المستوطنين ،أما الشعب الجزائري فلم يستفد منه إلا القليل مما كان موالى للإدارة الفرنسية ،ومن جانب آخر ظهور نظام صحي أنساني واثوري في أهدافه تابع لجبهة التحرير الوطني والذي كان موجه لأفراد الجيش الوطني ولتقديم العلاج للسكان.

### 3.1.5 النظام الصحي للجزائر بعد الاستقلال :

عانت الجزائر بعد الاستقلال من قلة ونقص في كل الجوانب السياسية والاجتماعية والاقتصادية والصحية الثقافية... الخ ،والإطارات التي تم تكوينها في مرحلة الاستعمار ليست كافية ،لذلك كان عليها استيراد يد عاملة أجنبية خاصة منها المعلمين والأطباء ،كما وجه

النظام خلال هذه الفترة للمهام العلاجية ،لهذا تم وضع مخطط لتكوين عمال الصحة وبناء مراكز العلاجات الأولية ،ووضع شبكة توزيع الأدوية وأيضا مخطط مهم للوقاية<sup>1</sup> بحيث كانت المؤشرات الخاصة بالصحة العمومية كآآي<sup>2</sup> :

- نسبة وفيات الأطفال 180%.

- أمل الحياة 50 سنة

- عدد الأطباء 2,1 إلى 6,1 لكل 10.000 ساكن.

- أطباء الأسنان من 1 إلى 2 لكل 100.00 ساكن.

- الصيدالة 3 لكل 100.000 ساكن.

لقد سجل في الفترة ما بين 1974 - 1989 ثلاث قرارات على مستوى نظام الصحة :

✓ تأسيس الطب المجاني كما جاء ذكره في هياكل الصحة العمومية بداية من شهر

جانفي من سنة 1974 مما يسمح بتعميم استفادة المواطنين من الخدمات الصحية.

✓ إصلاح المنظومة التربوية وبالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم

و التكوين مما يسمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية.

✓ تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي ،لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل

وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي<sup>3</sup>.

إن المشاكل التي عرقلت المنظومة الصحية في الجزائر كانت كبيرة ،حيث أن الإستراتيجية

الصحية المتمركزة حول المستشفى والخدمات العلاجية أدت إلى تهميش الرعاية الأولية

والوقاية ،كذلك الاكتظاظ والازدحام داخل المستشفيات بالقطاع العمومي ،كما أن نقص وندرة

<sup>1</sup> AOUTI ET GUIDOUM :L'organisation de la distribution des soins son insertion dans le développement socio-économique du pays , séminaire sur le développement de santé, ministère de la santé,

Alger, Algeria , 7/8 Avril 1983 , p111.

<sup>2</sup> - براحو فافة سهيلة :إصلاح المنظومة الصحية واقع وآفاق ، العدد 06،مجلة الدراسات الإستراتيجية ، الجزائر،ص113.  
<sup>3</sup> وزارة الصحة والسكن ،مدونة المراسيم التنفيذية المتضمنة تنظيم وتسيير القطاعات الصحية ،المؤسسات الصحية الاستشفائية المتخصصة والمراكز الاستشفائية الجامعية ،2004. ص 3.

الأدوية من أهم المشاكل وتدني الأجور وعمال القطاع ككل ،هذا كله أدى إلى تدهور الأوضاع على مستوى النظام الصحي وهذا ما أدى إلى هجرة الأدمغة خاصة الأطباء منهم سواء إلى الخارج أو إلى القطاع الخاص ،حيث أن هذا الأخير استفاد من القرارات المتخذة سنة 1976 التي تركت المجال مفتوحا لممارسة الطب الحر والاختيار بين الوقت الكامل ونظام نصف الوقت ،والاختيار بين القطاع العام والخاص<sup>1</sup>.

أما مرحلة التسعينات<sup>2</sup> فقد كانت بداية لمرحلة جديدة وهي مرحلة الإصلاح الصحي في إطار الإصلاح السياسي والاقتصادي والاجتماعي ،فعرف القطاع ولادة مشروع الإصلاح للنظام الصحي والضمان الاجتماعي من الديناميكية التي أخلطت اليوم أفاق البلاد ،فقد قامت الجزائر بجهود كبيرة فيما يخص التكفل بصحة السكان وخاصة منذ تطبيق الطب المجاني الذي حطم الحواجز المالية لكل المواطنين للحصول على العلاج ،بحيث شهدت الجزائر ارتفاع في المواليد بنسب جد جيدة وانخفاض نسبة الوفيات حتى أصبحت تعاني من نمو ديمغرافي ،لتصل نسبة النمو في العشرية الخامسة للاستقلال وبالضبط سنة 2004 إلى حوالي 32364.000 فرد ،وفي سنة 2005 إلى 32.906.000 فرد ،أما النسبة الإجمالية للمواليد فقد بلغت سنة 2004 إلى 20,67% ،و 21,36% في سنة 2005 ، ونسبة الوفيات الإجمالية فقد بلغت 4,36% في سنة 2004 و 4,47% في سنة 2005 وهذا بالنسبة لنمو السكان.

أما المرحلة المحصورة ما بين 1989 إلى 1999م :عرفت الجزائر في هذه الفترة أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة وغير مسبوقه ،والاستقرار في

1. <sup>1</sup>LAMRI : le système de santé algérien ( Organisation Fonctionnement et Tendances ) , Mémoire de magistaire , institut des sciences économique , Université d'Alger, Algerie , 1986 ,p182 .

<sup>2</sup> Ministère de la santé , Rapport général sur l'organisation de système de santé, Ministre de santé et de la population , , institut national de la santé publique élément de réflexion,1992 . p5 .

كل المجالات مما نتج عنها تخريب مجمل الهياكل والبنى التحتية التربوية والصناعية والهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة<sup>1</sup>، كما عرفت هذه المرحلة عملية إصلاح القطاع الصحي تماشياً مع الإصلاح السياسي والاقتصادي والاجتماعي، فعرف القطاع ولادة مشروع الإصلاح للنظام الصحي والضمان الاجتماعي من خلال المراسيم التي قد تمت في الفترة ما بين 1993 إلى 1996 م، نذكر منها المرسوم التنفيذي رقم 05/93 المؤرخ في 1993/01/02 والمتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية، والمرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/02/90 المتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدواء، والمرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1994/03/30 المتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري، والمرسوم التنفيذي رقم 293/94 المؤرخ في 1994/09/25 المتعلق بإنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات، والمرسوم التنفيذي رقم 108/95 المؤرخ في 1995/04/09 المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم، والمرسوم التنفيذي رقم 68/96 المؤرخ في 1996/01/27 المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة والسكان، والمرسوم التنفيذي رقم 355/96 المؤرخ في 1996/10/19 المتعلق بإنشاء شبكة مخابر للتجارب والتحليلات القيمة، والمرسوم التنفيذي رقم 227/98 المؤرخ في 1998/07/13 المتعلق بالنفقات لتجهيزات الدولة ومن بينها التجهيزات الصحية والعمليات المركزية.

اعتبرت مرحلة 1999 إلى يومنا هذا مرحلة تجديد الثقة واسترجاع الأمن والاستقرار بعد العشرية السوداء التي أدت إلى إحباط المؤسسات ومنعها من التقدم خاصة المؤسسة الصحية، التي كانت تعاني من نقص الأدوية وانتشار الأمراض (التيفويد، الإسهال، الحمى، التسمم الغذائي...) وحسب الديوان الوطني للإحصاء كانت الإحصائيات لسنة 1999:

<sup>1</sup> -Organisation Mondiale de la santé ,Bureau Régional pour l'Afrique Algérie plan travail 2004/2005 ,novembre 2003 ,p1.

- مرض التيفويد سجل 2427 حالة.
  - مرض الاسهال 2892 حالة.
  - الحمى سجلت 2434 حالة.
  - التسمم الغذائي سجل 1095 حالة منها حالة وفاة واحدة.
- ولتحسين جودة الخدمات الصحية المتقدمة للمواطن عملت الحكومة على تطبيق سياسة جديدة في مجال توزيع الأدوية وتقديم الدعم للأدوية الضرورية الخاصة بالأمراض المزمنة والخطرة، كما عملت على تخفيض الضغط على المراكز الاستشفائية الجامعية وفتح أقطاب طبية جديدة، بحيث بلغت الهياكل الصحية العمومية سنة 2007 حسب إحصائيات فيفري 2008 :
- المستشفيات العمومية 240 بعدد 35157 سرير.
  - المستشفيات الخاصة بالأمومة 511 عيادة.
- أما الهياكل الصحية الجوارية :
- العيادات المتعددة الخدمات 1477 عيادة.
  - المراكز الصحية 338 مركز.
  - قاعات العلاج 5117 قاعة و 324 قاعة غير مشغولة.
  - المستشفيات الجامعية (EHU) 1 بعدد 740 سرير.
  - المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) 13 بعدد 12697.
  - المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) 54 بعدد 9785 سرير.
  - الوكالات الصيدلانية 1019 وكالة<sup>1</sup>.
- أما الهياكل الصحية للقطاع الخاص<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> - République Algérienne Démocratique et Populaire ,Ministre de la population et de la réforme hospitalière ,statistique sanitaire année 2007 ,Alger ,2008 ,p35.

- العيادة الطبية المتخصصة 5206 عيادة.
- العيادة الطبية العامة 6179 عيادة.
- عيادة طب الأسنان 4381 عيادة.
- الصيدليات 6689 صيدلية.
- العيادات الطبية الجراحية 164 عيادة.
- عيادة تشخيص الأمراض 13 عيادة.

ومنه نقول أن المنظومة الصحية في الجزائر عرفت عدة تطورات وتحولات سواء تعلق الأمر بالهيكل والمؤسسات الصحية وطريقة تسييرها وتنظيمها أو ما يتعلق بالظروف المحيطة بهذه الهيكل سواء ظروف سياسية، اجتماعية، واقتصادية، رغم ذلك حاولت الحكومة الجزائرية بعد الاستقلال إعادة توزيع الهياكل الصحية ومستخدمي قطاع الصحة من ممرضين وأطباء عبر كامل التراب الوطني، لكي يتيح لكل أفراد المجتمع الحق في العلاج.

## 6. أشكال وأنواع المؤسسات الصحية في الجزائر :

يمكن تقييم المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر إلى ثلاثة أنواع وهي :

### 1.6 المراكز الاستشفائية الجامعية :

أول نص قانوني للمستشفى الجامعي صدر سنة 1976 ويذكر في مادته الأولى : "ينشأ على مستوى المدن الكبرى، التي بها معاهد للعلوم الطبية مؤسسات تسمى مراكز إستشفائية جامعية " ،وفي 11 فيفري 1986 وبموجب مرسوم رقم 25/86<sup>2</sup> تم إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية ،وكذلك حسب المرسوم التنفيذي رقم 97/467 المحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها:

<sup>1</sup> - Idir ,p36.

<sup>2</sup>-وزارة الصحة والسكن،مدونة المراسيم التنفيذية المتضمنة تنظيم وتسيير القطاعات الصحية،المؤسسات الصحية الاستشفائية المتخصصة والمراكز الاستشفائية الجامعية،1997. ص 23.

- يتم إنشاؤها باقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي ووفقا لشروط محددة.
  - تكلف بمهام التشخيص والكشف والعلاج والوقاية والتكوين والبحث العلمي ،فهو يجمع ما بين ميدان الصحة والبحث العلمي.
  - يديره مجلس الإدارة ويسيره مدير عام ومزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي إضافة إلى لجنة استشارية.
  - تتواجد هذه المراكز في الشمال وخاصة في المدن الكبرى.
- 1) المراكز الاستشفائية المتخصصة :**

حدد المرسوم التنفيذي رقم 97/465 المؤرخ في 1997/12/02 قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وتسييرها ،والتي تنشأ باقتراح من وزير الصحة بعد استشارة الوالي ،الذي توضع تحت وصايته وتتكون من هيكل واحد أو عدة هياكل متخصصة للتكفل بمرض معين كأمراض النساء والتوليد والأمراض العقلية ،مهامها :

- التشخيص ،الوقاية ،العلاج ،إعادة التكييف والاستشفاء.
  - تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية للصحة.
  - المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.
- **إدارتها :** يدير المؤسسات مجلس الإدارة ويسيرها مدير ،كما أنها مزودة بمجلس طبي استشاري ،وهي متواجدة بالمدن الشمالية وخاصة المدن الكبرى.

### 3.6 القطاع الصحي :

إن إنشاء القطاعات الصحية جاء بصدور المرسوم رقم 81/242 المؤرخ في 1981/09/05 والمتضمن إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها ،المعدل والمتمم لمقتضى الأمر 79/76 المؤرخ في 1976/10/23 المتضمن قانون الصحة العمومية.

يمكن تعريف القطاع الصحي كالتالي: القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية ويوضع تحت تصرف الوالي<sup>1</sup>.

#### 4.6 ترتيب القطاعات الصحية:

ترتب القطاعات الصحية إلى ثلاث أصناف على أساس معايير يحددها التنظيم المعمول به إلى:

✓ قطاع صحي صنف " أ " .

✓ قطاع صحي صنف " ب " .

✓ قطاع صحي صنف " ج " .

حدد المرسوم التنفيذي رقم 97/466 المؤرخ في 1997/12/02 قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها ،تنشأ وتحل القطاعات الصحية باقتراح من وزير الصحة بعد استشارة الوالي ،يتكون من مجموع هياكل صحية عمومية خاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء مهامه تتمثل في :

- الوقاية، التشخيص، العلاج والاستشفاء.

- تنظيم وتوزيع الإسعافات.

- السهر على تطبيق وتنفيذ البرامج الوطنية.

- المساهمة في ترقية المحيط (الوقاية و النظافة من الآفات الاجتماعية).

عموما هذه هي الأشكال الثلاثة التي تمثل المؤسسة الصحية العمومية بالجزائر تدخل ضمن المؤسسات ذات الطابع الريحي في القطاع العام ، تسير وفق نفس القواعد القانونية التنظيمية ليبقى الاختلاف في الحجم والمهام.

<sup>1</sup>- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،المرسوم التنفيذي رقم 97/466 المؤرخ في 1997/12/02 المتضمن قواعد انشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها ، العدد81 ، الجريدة الرسمية ،الصادرة في 1997/12/10 ،ص21.

### خلاصة الفصل :

و منه نقول ان المستشفى هي منظمة كغيرها من المنظمات التجارية أو الصناعية ، و كل مافي الامر انها منظمة خدمية تتخصص في تقديم خدمات التشخيص و العلاج و ليس في تقديم منتج ، و من ثم فإن ادارة المستشفى سواءا كانت عامة او خاضة لا تختلف في الانشطة و المهام او الوظائف الادارية عن غيرها من المنظمات ، و يقتضي الامر فقط اسقاط هذه الانشطة او المهام لتلائم مع طبيعة أعمال المستشفى .

الجانب الميداني للدراسة

# الفصل الخامس

## ميدان الدراسة

تمهيد.

اولا : تقديم ميدان الدراسة

1. تحديد مجالات الدراسة.

1.1 المجال المكاني.

2.1 المجال الزمني.

3.1 المجال البشري.

2. العينة و كيفية استخراجها.

3. خصائص العينة.

خلاصة

ثانيا: تحليل الفرضية الاولى.

1. تحليل الجداول الخاصة بالفرضية الاولى.

2. استنتاج خاص بالفرضية الاولى .

ثالثا : تحليل الفرضية الثانية

1. تحليل الجداول الخاصة بالفرضية الثانية

2. استنتاج خاص بالفرضية الثانية.

رابعا : تحليل الفرضية الثالثة.

1. تحليل الجداول الخاصة بالفرضية الثالثة.

2. استنتاج خاص بالفرضية الثالثة.

الاستنتاج العام.

## أولا : تقديم ميدان الدراسة

## تمهيد :

ان الدراسة الميدانية هي احدى الطرق الرئيسية التي يجب ان نتوقف عندها للكشف عن سيرورة و مصداقية كل ما اشارت اليه الدراسة النظرية ، كما ان اي محاولة لتقديم عمل بحثي ملم بكل حيثيات موضوع الدراسة متوقف اساسا على وضع اطار منهجي يكون متسما بالموضوعية و المنطق في الطرح و التسلسل التدريجي المتناسق .

بناء على ما سبق تمت تغطية هذا الجانب وفق ما تقتضيه الدراسة الموضوعية من خلال معرفة واقع ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية العمومية ، وذلك بتحليل الظاهرة موضوع الدراسة الى تحديد مجالات الدراسة ، العينة التي نستقي منها المعلومات البيانية و كيفية استخراجها ، و تحليل خصائص العينة بهدف البلوغ الى الحقائق العلمية الصحيحة حول المشكلة موضوع الدراسة .

## 1. تحديد مجالات الدراسة :

## 1.1 المجال المكاني للدراسة :

تقع المؤسسة العمومية الاستشفائية حسن بادي بالحراش في وسط الشرقي لولاية الجزائر ، يحدها من الشمال البحر الابيض المتوسط و من الغرب المؤسسة العمومية الاستشفائية بالقبة ، و من الشرق يحدها المؤسستان العموميتان الاستشفائيتان "الروبية و عين طاية" و من الجنوب المؤسسة العمومية للصحة الجوارية "براقي" .

يعود تاريخ إنشائها الى ما قبل الاستقلال تحت تسميات مختلفة و باختصاصات مختلفة الى اخر تسمية و هي { المؤسسة العمومية الاستشفائية حسن بالحراش } وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ 19ماي 2007 ، بطاقة استيعاب 165 سرير .

و هي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي و توضع تحت وصية الوالي ، مهامها تتمثل في التكفل بصفة متكاملة بالمتطلبات الصحية للسكان :

- ضمان العلاج الاستشفائي .
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة .
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي المصالح الصحية و تجديد معارفهم .
- كما تستخدم المؤسسة كميدان للتكوين الطبي و الشبه الطبي و التكوين في التسيير الاستشفائي على اساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين .

يغطي نشاط المؤسسة العمومية الاستشفائية حسن بادي حاجات السكان حوالي 300 الف نسمة ببلدية الحراش و البلديات المجاورة لها { واد السمار ، المحمدية ، الكاليتوس } ، و كما تضم المؤسسة العمومية الاستشفائية حسن بادي الحراش 865 موظفا يزاولون مهامهم لدى مختلف المديريات و المصالح كالأتي :

### 1.1.1 المصالح الاستشفائية :

ان المصالح الاستشفائية المتوفرة على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية حسن بادي الحراش هي :

- ✓ مصلحة طب الأطفال .
- ✓ مصلحة جراحة الأطفال .
- ✓ مصلحة طب النساء و التوليد .

### 2.1.1 الوحدات :

هذا الجدول يلخص الوحدات المتوفرة على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية .

العدد	الوحدات
10	قاعات العمليات
01	نقطة حقن الدم
01	مصلحة الأشعة
02	المخبر
02	الصيدلة
01	طب العمل
01	مصلحة الأوبئة و الطب الوقائي

### 3.1.1 توزيع الاسرة على المصالح :

حسب الجدول التالي :

توزيع الأسرة		المصالح الاستشفائية
عدد الأسرة المنظم	عدد الأسرة التقني	
35	32	طب الأطفال
50	43	جراحة الأطفال
105	90	امراض النساء و التوليد
190	165	المجموع

### 4.1.1 الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية حسن بادي الحراش :

❖ المدير :

يعين مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة ، و تنهى مهامه حسب الاشكال نفسها . كما أنه هو الأمر بالصرف في المؤسسة و هو المسؤول عن حسن سير المؤسسة ، و يوجد أربعة مدراء فرعيين يساعدون المدير في التسيير و هم :

- المدير الفرعي للموارد البشرية .
- المدير الفرعي للمالية و الوسائل .
- المدير الفرعي للمصالح الصحية .

- المدير الفرعي لصيانة الأجهزة الطبية و الاجهزة المرافقة ، بحيث أن هذه المديرية غير موجودة على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية حسن بادي الحراش .

#### ❖ مجلس الإدارة :

يسير المؤسسة العمومية الاستشفائية حسن بادي الحراش مجلس الادارة و يديرها مدير و تزود بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي .

- ممثل عن الوالي رئيسا .
- ممثل عن إدارة المالية .
- ممثل عن التأمينات الاقتصادية .
- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي .
- ممثل عن المستخدمين الطبيين و ممثل عن المستخدمين الشبه طبيين .
- ممثل عن جمعيات مرفقي الصحة .
- ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة .
- رئيس المجلس الطبي .

من مهامه نجد :

- مخطط تنمية المؤسسة على المدى القصير و المتوسط .
- مشروع ميزانية المؤسسة .
- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة ، مشاريع الاستثمار .

#### ❖ المجلس الطبي : يتكون المجلس الطبي من :

- مسؤولوا المصالح الطبية .

-الصيدلي المسؤول عن الصيدلية .

-جراح اسنان .

-شبه طبي ينتخبه نظرائه من اعلى رتبة في سلك شبه الطبيين .

- ينتخب المجلس الطبي من بين اعضاءه رئيسا و نائب رئيس لمدة ثلاث سنوات

قابلة للتجديد ، و يجتمع المجلس الطبي بناء على استدعاء من رئيسه في دورة

عادية مرة واحدة كل شهرين ، و يمكنه الاجتماع في دورة غير عادية بطلب إما من رئيسه

و إما من أغلبية أعضائه و إما من مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية ، و يحرر في كل

اجتماع محضر يقي في سجل خاص .

-يعتبر المجلس الطبي هيئة استشارية و يكلف بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة

و إبداء رأيه الطبي و التقني فيها و اقتراح كل التدابير التي من شأنها تحسين و

تنظيم المؤسسة و سيرها و لاسيما فيما يلي :

- التنظيم و العلاقات الوظيفية بين المسائل الطبية .
- مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية و بناء المصالح الطبية و اعادة تهيئتها .
- برامج الصحة و السكان .
- برامج التظاهرات العلمية و التقنية .
- إنشاء هياكل طبية أو إلغائه .

❖ المديريات الفرعية على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية حسن بادي

الحراش :

المديرية الفرعية للموارد البشرية : على رأسها مدير فرعي ، تحتوي على مكتبين :

-مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات .

- مكتب التكوين .

المديرية الفرعية للمالية و الوسائل : على رأسها مدير فرعي ، تحتوي على ثلاث مكاتب:

- مكتب الميزانية و المحاسبة .

- مكتب الصفقات العمومية .

-مكتب الوسائل المالية و الهياكل ( غير متوفر على مستوى المؤسسة ) .

المديرية الفرعية للمصالح الصحية : على رأسها مدير فرعي ، تحتوي على ثلاث مكاتب:

- مكتب القبول .

-مكتب التعاقد و حساب التكاليف .

-مكتب تنظيم و متابعة النشاطات الصحية و تقييمها .

المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة : على رأسها مدير فرعي

، تحتوي على مكتبين :

- مكتب صيانة التجهيزات الطبية

-مكتب صيانة التجهيزات المرافقة .

و بالنسبة لهذه المديرية الفرعية غير مجسدة على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية

حسن بادي الحراش .

## 2.1 المجال الزمني للدراسة :

ان البحث الاجتماعي يتطلب القيام بدراسة ميدانية للتعرف عن قرب على الظواهر المدروسة قصد تحليلها و تفسيرها من خلال توظيف المعلومات النظرية في الجانب الميداني .

من هذا المنطلق حاولنا من خلال دراستنا الراهنة التي تناولت ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية العمومية معرفة كيف يدير الاطباء وقتهم في المستشفى العمومي ، و قد استغرق اعداد الاستمارة و ضبطها و تطبيقها في الميدان 5 اشهر ، و تم قضاءنا في المؤسسة الاستشفائية في الفترة الممتدة من 5 ماي 2014 الى غاية 30 سبتمبر 2015 و هي مقسمة الى 3 فترات زمنية ، بحيث خصصت الفترة الاولى الممتدة من 5 ماي الى غاية 14 جوان 2015 من اجل اتصال و اجراء مقابلة مع مديرة الموارد البشرية بهدف اعطاءنا الموافقة و شرح موضوع الدراسة و اهدافها و سبب اختيار المؤسسة لانجاز الجانب الميداني ، و قد ابدت اهتماما بالموضوع و وافقت على الموضوع وقامت بإعطائي كل المعلومات اللازمة فيما يتعلق بالمستشفى ، كما صرحت لي باستكشاف المستشفى .

اما الفترة ما بين 21 جوان 2014 الى غاية 5 مارس 2015 فقد خصصت من اجل استكشاف المستشفى و فهم التنظيم لكل من المصالح الثلاث : مصلحة طب الاطفال ، مصلحة جراحة الاطفال ، مصلحة امراض النساء و التوليد .

اما الفترة ما بين 7 مارس 2015 حتى 30 سبتمبر 2015 فكانت من اجل اعداد الاستمارة وضبطها و توزيعها و استرجاعها بحيث تطلب منا الكثير من الوقت من اجل توزيعها و استرجاعها .

### 3.1 المجال البشري :

و يشمل مجتمع البحث ، او جمهور البحث الذي شملتهم الدراسة ، و يتوزع المجال البشري في المصالح الثلاث فيما يلي :

يقدر عدد الاجمالي للأطباء المتواجدين الى غاية تاريخ 2014/12/31 ب 146 طبيب موزعين بين بروفيسور، استاذ مساعد، طبيب مقيم كالأتي :

#### الجدول رقم 1 يبين توزيع الطاقم الطبي حسب كل مصلحة :

المصلحة الطاقم الطبي	طب الاطفال	جراحة الاطفال	طب النساء و التوليد	المجموع
بروفيسور	1	1	1	3
استاذ مساعد	18	2	12	32
طبيب مقيم	36	24	51	111
المجموع	55	27	64	146

المصدر : تم اعداد الجدول حسب احصائيات مصلحة ادارة الموارد البشرية .

#### 2 . العينة و كيفية استخراجها :

تعد العينة من الوسائل الاساسية في الدراسات الميدانية ، حيث تهدف الى التحقق من الفرضية ميدانيا و نظرا لطبيعة موضوع الدراسة "واقع ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية العمومية " فقد تم تحديد حجم العينة 72 مبحوث من اصل 146 مبحوث اي بنسبة 35%، حيث اعتمدنا على العينة العشوائية التناسبية الطبقة باعتبارها انسب العينات مع طبيعة بحثنا (التوزيع المتناسب ) ، وقمنا بتقسيم مجتمع البحث الى 3 طبقات تكون كل طبقة تكون ممثلة لعنصر من عناصر الطاقم الطبي (بروفيسور ، استاذ مساعد ، طبيب مقيم ) و يكون عمليا كالتالي :

$$\checkmark \text{ بروفيسور : } \frac{35 \times 3}{72} \sim 1.46 \sim 1$$

$$\checkmark \text{ استاذ مساعد : } \frac{32 \times 35}{72} \sim 15.55 \sim 16$$

$$\checkmark \text{ طبيب مقيم : } \frac{111 \times 35}{72} \sim 54.7 \sim 55$$

### 3. الاساليب الاحصائية :

هي عبارة عن عمليات التحليل المرتبطة بالتوزيعات الاحصائية التكرارية و للنسب المئوية التي اعتمدها الباحث في الدراسة الراهنة ، و قد استخدمنا اسلوب التحليل الكمي بعد تجميع البيانات و تصنيفها ، حتى تصبح اجراءات البحث سهلة من حيث التحليل و التفسير .

في دراستنا اعتمدنا على :

- ✓ الجداول البسيطة و المزدوجة و المركبة .
- ✓ تفريغ بيانات الاستمارة يدويا من اجل الدقة و تفادي الاخطاء و ذلك برسم عمودين (افقي و عمودي) بحيث يمثل العمودي ارقام الاسئلة اما العمود الافقي يمثل عدد الاستمارات .
- ✓ قاعدة **STURGIS** من اجل ايجاد تحديد الفئات .
- ✓ المتوسط الحسابي .

### 4 . خصائص العينة :

ان تحليل خصائص مجتمع البحث يساعد على الكشف عن واقع ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية حيث حددناها في السن ، الجنس ، الحالة العائلية ، و الاقدمية ، بعد عن مكان العمل ، اللغة المستعملة في التمريض .

الجدول 2 : توزيع المبحوثين حسب فئة السن :

الفئة	التكرار	النسبة المئوية
30-24	47	65.28%
37-31	22	30.55%
44-38	02	2.78%
51-45	00	00%
58-52	00	00%
65-59	00	00%
72-66	1	1.39%
المجموع	72	100%

طبقنا قاعدة STURGIS =  $\text{LOG}(N) \cdot 3,322 + 1$

$\text{Log}(72) = 1,857$  و منه نقوم بالتعويض كالتالي :

$$1,857 \times 3,322 + 1 = 7,16$$

$$\frac{43}{7.16} = \frac{24-67}{7.16} \quad \text{حساب طول الفئة = المدى المطلق و منه نعوض : 24-67} \\ \text{عدد الفئات}$$

و منه طول الفئة هو 06

$$\bar{X} = \frac{\sum (X_i \cdot n_i)}{N} \quad \text{حساب المتوسط الحسابي :}$$

و منه نقوم بالتعويض كالتالي :  $1269 + 748 + 82 + 00 + 00 + 69 = 30 \cdot 11 = 30$

72

من خلال بيانات الجدول رقم 2 يوضح توزيع المبحوثين حسب فئات السن بحيث ان 65.28% من مجموع افراد العينة التي تتراوح اعمارهم 30-24 سنة تمثل اعلى نسبة و

هو ما يوافق متوسط عمر المبحوثين الذي يساوي مثلما هو مشار اليه اعلاه 30 سنة أما ادنى نسبة هي 00% و هي تمثل الفئات العمرية من 45 سنة حتى 65 سنة .

يعود سبب ارتفاع فئة الاطباء الشباب التي لا تقل اعمارهم عن 30 سنة راجع الى انهم في مرحلة التربص بحيث ان نظام المستشفى يفرض عليهم العمل و الدراسة في المستشفى (الاطباء المقيمون) ، و يلعب السن دورا كبيرا في فعاليته و قدرته الانتاجية ، و يعبر عن الديناميكية و النشاط في ميدان العمل ، اما ندرة وجود الاطباء ما بين 45 الى 65 راجع الى تخلي الاطباء المتخصصين عن القطاع العام الذي يعتبر بمثابة العمود الفقري للنظام الوطني للصحة و التوجه سواء نحو الخارج او نحو القطاع الخاص حيث توفر لهم كل الامتيازات الخاصة المادية منها ، و هذا يؤثر سلبا على مساهمة الهياكل الصحية العمومية سواء في تقديم العلاج و نوعية الخدمات الصحية ، او أنشطة التكوين و البحث العلمي<sup>1</sup>

<sup>1</sup> نور الدين حاروش : مرجع سابق ، ص177.

الجدول رقم 3 توزيع متغير الجنس حسب الطاقم الطبي :

الطاقم الطبي	الجنس	ذكر	انثى	المجموع
بروفسور		1	00	1
		100%	00%	100%
استاذ مساعد		5	11	16
		31.25%	68.75%	100%
طبيب مقيم		10	45	55
		18.18%	81.81%	100%
المجموع		16	56	72
		22.22%	77.78%	100%

من خلال الشواهد المبينة في الجدول رقم 3 الذي يوضح الطاقم الطبي حسب متغير الجنس بحيث ان اعلى نسبة هي 77.78% و التي تمثل فئة الاناث و تدعمها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 81.81% و في المقابل فان اعلى نسبة الذكور تمثل 22.22% و تؤكدها فئة بروفسور بنسبة 100%.

يرجع ارتفاع نسبة طبيبات اكثر من الاطباء الى طبيعة العمل في المستشفى و ارتفاع اقبال الاناث الى دراسة هذا الحقل الذي يضمن لها وظيفة نبيلة و ثابتة و مقدرة اجتماعيا ، في المقابل انخفاض نسبة الاطباء الذكور الذي يعود الى عدد سنوات الدراسة في حقل الطبي 7 سنوات الذي اصبحت عائق امام الذكور لالتحاق بالسلك الطبي خاصة اذا كان مسؤولا على عائلة او اراد تكوين عائلة فهو مجبر على العمل في اقرب وقت .

## الجدول 4 : توزيع المبحوثين حسب الحالة العائلية :

النسبة المئوية	التكرار	الحالة العائلية
51,39%	37	أعزب
48,61%	35	متزوج
00%	00	مطلق
00%	00	ارمل
100%	72	المجموع

يوضح الجدول رقم 03 توزيع المبحوثين حسب متغير الحالة العائلية بحيث ان اعلى نسبة هي 51.39% و التي تمثل فئة المبحوثين العزاب ، اما ادنى نسبة 00 % و التي تمثل فئة الارامل و المطلقين .

يعود ارتفاع نسبة العزوبة الى طبيعة العمل بحيث ان مهنة الطب ودراسته تأخذ جميع اهتماماتهم بحيث من المعلوم ان مدة دراسة الطب تكون 7 سنوات حيث يتم التخرج على اساس طبيب عام يعني يتم الحصول على شهادة الدكتوراه في الطب العام و طوال 7 سنوات يستفيد الطالب من منحة بسيطة و لن يستطيع العمل في ان واحد بسبب البرنامج المكثف ، بعدها اي بعد دراسة الطب العام لكل طالب الحرية اما مزاوله العمل كطبيب عام في عيادته الخاصة او حكومية و له الحق ايضا اكمال دراسته و اختيار التخصص ليصبح

طبيب مختص في جانب معين يختاره على اساس رغبته و عدد المقاعد و ذلك بعد اجتياز امتحان اختيار التخصص و العمل في نفس الوقت في المستشفى العام كطبيب مقيم .

اما انعدام نسبة الارامل و المطلقين فتدل على الاستقرار العائلي و قدرتهم الموافقة بين العمل و العائلة و ذلك سيؤثر ايجابيا على نفسية الطبيب و بالتالي ادائه في المستشفى .

الجدول 5 يوضح المسافة التي تبعد عن مكان العمل حسب الطاقم الطبي :

المسافة / الطاقم الطبي	بعيد عن مكان العمل	قريب من مكان العمل	المجموع
بروفسور	1 100%	00 00%	1 100%
أستاذ مساعد	8 50%	8 50%	16 100%
طبيب مقيم	33 60%	22 40%	55 100%
المجموع	42 58,33%	30 41,67%	72 100%

يوضح الجدول رقم 5 المسافة التي تبعد عن مكان العمل حسب الطاقم الطبي التي حددت ب 2 كم بحيث نلاحظ ان اعلى نسبة 58.33% تعود الى المبحوثين الذين مسكنهم بعيد عن مكان العمل و تؤكدها فئة بروفسور بنسبة 100% ، أما ادنى نسبة هي 41.67% و تمثل المبحوثين الذين يقطنون قريبا من مكان العمل و تدعمها فئة استاذ مساعد بنسبة 50% .

من خلال استقراء النسب اعلاه و من الملاحظة الميدانية نستنتج ان اغلبية الاطباء يقطنون بعيدا عن العمل حوالى 2 كلم و ذلك سيؤثر سلبا على التزامهم بوقت العمل خاصة في الفترة الصباحية بسبب الموقع الجغرافي للمستشفى (بلفور) بحيث يكثر الازدحام و بالتالي يزيد الضغط لدى الاطباء لالتحاق بمنصب العمل اين ينتظرهم المرضى من اجل البحث عن العلاج .

## الجدول رقم 6 : توزيع المبحوثين حسب الاقدمية

السنوات	التكرار	النسبة المئوية
3 – 1	35	48,61%
7 – 4	18	25%
11 – 8	10	13,89%
15 – 12	3	4,17%
19 – 16	00	00%
23 – 20	01	1,39%
عدم الاجابات	5	6,94%
المجموع	72	100%

يوضح الجدول رقم 6 توزيع المبحوثين حسب الاقدمية بحيث ان نسبة 48.61% اعلى نسبة و التي تمثل الفئة ما بين 1 سنة الى 3 سنوات اما ادنى نسبة هي 00% التي تمثل فئة 19-16 سنة .

من خلال استقراء النسب اعلاه نلاحظ ان اغلبية المبحوثين حديثي العمل في المستشفى و هذا يعادل تقريبا عدد سنوات الدراسة (التخصص) من 3 الى 5 سنوات ، وحسب رأي بعض الاطباء انهم يفضلون فتح عيادات خاصة بلا من استمرار العمل في المستشفى و ذلك بسبب توافد عدد كبير من المرضى من كل الجهات و ليس فقط من الجهة الشرقية بحيث ان مستشفى حسن بادي المتواجد في الحراش هو المستشفى الجامعي الوحيد في شرق العاصمة ، هذا ما يولد ضغط لدى الاطباء ناهيك عن ظروف و وسائل العمل .

الجدول رقم 7 يبين اللغة المستعملة في التمريض لدى الطاقم الطبي :

اللغة / الفئات	العربية	الفرنسية	معا	المجموع
بروفسور	00 00%	00 00%	1 100%	1 100%
أستاذ مساعد	8 %50	1 6.25%	7 43.75%	16 100%
طبيب مقيم	15 27.27%	5 9.09%	35 63.64%	55 100%
المجموع	23 31.94%	6 8.33%	43 59.72%	72 100%

تشير ارقام الجدول توزيع الطاقم الطبي حسب اللغة بحيث نلاحظ ان الاطباء يستعملون العربية و الفرنسية معا عند علاجهم للمرضى بنسبة 59.72% ، اما ادنى نسبة هي 8.33% تمثل الاطباء الذين يستخدمون اللغة الفرنسية فقط مع المرضى .

من خلال القراءة الاحصائية للجدول نقول ان استعمال الاطباء للغة العربية و الفرنسية معا مع المرضى يساعد في عملية التحاور معهم من اجل تشخيص المرض بحيث وضوح اللغة من اهم وسائل الاتصال الفعالة التي تساعد على ربح الوقت ، وضمان وصول الرسالة المراد ارسالها من اجل ضمان نتائج فعالة .

تعد اللغة العربية اللغة الرسمية الأولى للبلاد حيث الجميع يفهمها الامي و المتعلم و هي تعتبر اداة للتواصل بين افراد المجتمع خاصة المرضى اين يشكون معاناتهم حول المرض ، الامر المتناقض هو ان الاطباء يدرسون باللغة الفرنسية طوال فترة دراستهم التي اصبحت جزءا في حياتهم خاصة عندما يتعاملون مع المرضى فليس الكل يفهمها خاصة فيما يتعلق بأسماء بعض الامراض و بعض المصطلحات الطبية التي يفهمها اهل الاختصاص و هنا

يأتي التحدي فليس جميع اطباء يستطيعون التواصل باللغة العربية و في بعض الاحيان يتواصلون باللغة الامازيغية اكثر منها من اللغة العربية و بالتالي يكون هناك بعض التحديات في لغة التواصل مع المرضى و بالتالي استغراق وقت اطول مع مريض واحد وهذا ما يسبب اسرافا للوقت .

## الخلاصة :

ان عرض الخطوات المنهجية السابقة كتقنية ضرورية يعد مسألة مهمة و تتطلب مجموعة من المعطيات الميدانية اللازمة لتحقيق اهداف الدراسة و عليه تم الاعتماد على هذه المعطيات ابتداء بتوضيح ميدان الدراسة التي اجريت بها الدراسة مع تحديد مجالات الدراسة (الزمنية و المكانية و البشرية ) بعدها تطرقنا الى العينة و كيف استخرجت و في الاخير قمنا بتحليل البيانات العامة التي تطرقنا الى خصائص العينة فتبين ان معظم نساء و ينتمون الى فئة الشباب و بالتالي هم في اوج عطائهم و بإمكانهم مباشرة العمل في المستشفى و تحمل ظروفه ، و لا ننسى ان اغلبهم عزاب و هذا يعني ليس لديهم اعباء عائلية (مسؤولية الاسرة) .

اما فيما يخص الاقدمية فأغلبهم تتراوح خبرتهم في العمل بين 1 الى 3 سنة اي سنوات الدراسة (اطباء مقيمين) بحيث انهم مجبرين على العمل في المستشفى طوال فترة التريص ، و بعد نهاية التريص كل واحد الى فتح عيادة خاصة للابتعاد عن ضغط المستشفى .

و عن اللغة المستعملة في التمريض هي اللغة العربية و الفرنسية و تدل على سهولة الاتصال مع المرضى و لا ننسى ان اغلبية الاطباء يقطنون بعيدين عن العمل و قد حدد البعد عن مكان العمل ب 2 كلم و هذا يؤثر سلبا على ادارة وقت العمل و على نفسية الاطباء و على ادائهم .

ثانيا : تحليل الفرضية الجزئية الاولى :

1. تحليل الجداول الخاصة بالفرضية الجزئية الاولى :

الجدول رقم 08 يوضح وقت بداية العمل في فترة الصباح للطاقم الطبي

المجموع	التاسعة	الثامنة والنصف	الثامنة	وقت العمل صباحا الطاقم الطبي
1	00	00	01	بروفسور
100%	00%	00%	100%	
16	2	9	5	استاذ مساعد
100%	12.5%	56.25%	31.25%	
55	1	28	26	طبيب مقيم
100%	1.82%	50.91%	47.27%	
72	3	37	32	المجموع
100%	4.17%	51.39%	44.44%	

من خلال البيانات الاحصائية في الجدول رقم 08 الذي يوضح وقت بداية العمل في الفترة الصباحية للطاقم الطبي بحيث نلاحظ ان اغلبية الاطباء يباشرون على الساعة الثامنة و النصف بنسبة 51.39% وتدعمها فئة استاذ مساعد بنسبة 56.25% اما ادنى نسبة هي 4.17% و تمثل نسبة الاطباء الذين يباشرون العمل على الساعة التاسعة و تدعمها فئة الاساتذة المساعدين بنسبة 12.5% .

من خلال القراءة الاحصائية للجدول نستنتج ان الساعة الثامنة و النصف هي وقت بداية اغلبية الاطباء العمل كل صباح و هذا يعتبر الوقت الغير الرسمي المتداول و المعمول به في المستشفى بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-59 المؤرخ في 9 مارس 1997 الذي

ينظم المدة القانونية الاسبوعية للعمل<sup>1</sup> ابتداء من الساعة الثامنة ، وتعتبر الساعة الثامنة و النصف تأخيرا حسب القانون العمل المذكور سابقا ، و من خلال الملاحظة المباشرة للميدان لاحظنا ان رؤساء المصالح (طب الأطفال، طب جراحة الاطفال ، طب امراض النساء و التوليد ) يباشرون العمل على الساعة الثامنة بالضبط و منهم من يأتي ابكر من ذلك على عكس الفئات الاخرى (اساتذة مساعدين ، و الاطباء المقيمين ) الذين يباشرون العمل احيانا على الساعة التاسعة في حين يعتبر رئيس المصلحة التاسعة و النصف تأخيرا ويتخذ بذلك الاجراءات الادارية اللازمة .

و يعود عدم احترام وقت العمل الى اتكاء بعض الاطباء على الاطباء المناوبين اللتي تنتهي مناوبتهم على الساعة التاسعة صباحا و بذلك يضمنون وجود اطباء يخلفونهم في حال تأخرهم و كأن هناك عقد ضمني بين الاطباء فيما بينهم من اجل تفادي اي مسائلة ادارية ، بحيث اصبحت تعد من تقاليد المستشفى يخلقون توقيت عمل اخر خارج الاطار الرسمي للعمل و هذا لامتلاكهم السلطة المعرفية التي من خلالها يمتلكون هامش من الحرية في التنظيم كما اشار اليها ميشال كروزي انطلقا من دراسته حول اوضاع العمل في وكالة المحاسبة و احتكار الصناعي في فرنسا بحيث اشار الى استراتيجية الفاعلين في التنظيم و ان لهم نوع من استقلالية ترجع الى احتكارهم للمعلومة و بذلك يجعل الفاعل سلوكه غير متوقع .

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، المرسوم التنفيذي رقم 97-59 المؤرخ في 9 مارس 1997 المتضمن تنظيم المدة القانونية الاسبوعية للعمل، العدد 13 ، الجريدة الرسمية ، الصادرة في 12 مارس 1997، ص 24 .

الجدول رقم 09 يبين وقت انتهاء العمل في الفترة المسائية للطاقم الطبي حسب كل مصلحة :

المجموع	السادسة	الخامسة	الرابعة	الثالثة زوالا	الثانية زوالا	الواحدة زوالا	الثانية عشر زوالا	وقت الخروج	الطاقم الطبي المصلحة
00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	بروفسور	طب الأطفال
9 100%	00 00%	00 00%	00 00%	6 66.67%	2 22.22%	1 11.11%	00 00%	أستاذ مساعد	
20 100%	00 00%	00 00%	3 15%	10 50%	2 10%	5 25%	00 00%	طبيب مقيم	
29 100%	00 00%	00 00%	3 10.35%	16 55.17%	4 13.79%	6 20.69%	00 00%	المجموع	
00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	بروفسور	جراحة الأطفال
1 100%	00 00%	00 00%	00 00%	1 100%	00 00%	00 00%	00 00%	أستاذ مساعد	
9 100%	1 11.11%	1 11.11%	6 66.67%	00 00%	1 100%	00 00%	00 00%	طبيب مقيم	
10 100%	1 10%	1 10%	6 60%	1 10%	1 10%	00 00%	00 00%	المجموع	
1 100%	00 00%	00 00%	1 100%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	بروفسور	طب النساء والتوليد
6 100%	00 00%	00 00%	00 00%	4 66.66%	1 16.67%	1 16.67%	00 00%	أستاذ مساعد	
26 100%	00 00%	00 00%	00 00%	6 23.08	6 23.08	8 30.77	6 23.08	طبيب مقيم	
33 100%	00 00%	00 00%	1 3.04%	10 30.30%	7 21.21%	9 27.27%	6 18.18	المجموع	
72 100%	1 1.39%	1 1.39%	10 13.89%	27 37.5%	12 16.67%	15 20.83%	6 8.33%	المجموع الكلي	

يبين الجدول رقم 09 وقت انتهاء العمل في الفترة المسائية للطواقم الطبي حسب كل مصلحة بحيث يمثل الاتجاه العام بنسبة 37.5% من المبحوثين يهون اعمالهم على الساعة الثالثة زوالا خاصة مصلحة طب الاطفال بنسبة 55.17% و تدعمها فئة استاذ المساعد بنسبة 66.67% ، اما ادنى نسبة هي 1.39% التي تمثل الاطباء الذين يغادرون مكان عملهم من الساعة الخامسة حتى السادسة مساء خاصة في مصلحة جراحة الاطفال بنسبة 10% و تؤكدها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 11.11%.

يخضع الاطباء الى قانون الوظيف العمومي كأبي موظف لدى القطاع العام بحيث له نفس الحقوق وعليه نفس الواجبات خاصة فيما يتعلق بالوقت العمل الرسمي و بموجب المرسوم التنفيذي رقم 59-97 المؤرخ في 9 مارس 1997<sup>1</sup> الذي ينظم المدة القانونية الاسبوعية للعمل، تشير الى ان الوقت انتهاء العمل تكون على الساعة 30:16 و بناء على القيم الاحصائية في الجدول نلاحظ ان اغلبية الاطباء و خاصة في مصلحة طب الاطفال يغادرون عملهم على الساعة الثالثة مساء مقارنة بمصلحة طب جراحة الاطفال اغليبتهم يغادرون في الوقت المحدد اي على الساعة 00:16 و من خلال الملاحظة الميدانية نلاحظ ان رئيس المصلحة في مصلحة جراحة الاطفال يمارس رقابة على الاطباء بطريقة غير مباشرة بحيث يقوم بتكليف الاطباء خاصة الاطباء المقيمين بتفقد المرضى المقيمين و اعطائه تقرير حول صحته طوال اليوم ، و العكس فيما يتعلق بقسم طب الاطفال بحيث لاحظنا ان الاطباء يباشرون بمغادرة المستشفى ابتداءً من الساعة 14 و هذا راجع الى ضعف الرقابة في المصلحة بحيث ان رئيس المصلحة مشغول بالبحوث العلمية اكثر من قيامه بدورات تفقدية للأطباء وأيضا اتكال بعض الاطباء على المناوبين و هذا راجع الى غياب المسؤولية و الضمير المهني .

<sup>1</sup> مرجع سبق ذكره، ص24.

الجدول رقم 10 يوضح ملائمة الطاقم الطبي للنظام المعمول به في العمل:

المجموع الكلي	لا	المجموع	نعم			ملائمة النظام الطاقم الطبي
			حتمية القطاع	حتمية العائلية	خيار شخصي	
1 100%	00 00%	1 100%	00 00%	00 00%	1 100%	بروفسور
16 100%	3 18.75%	13 81.25%	8 16%	1 2%	4 8%	أستاذ مساعد
55 100%	19 34.55%	36 65.45%	20 40%	4 11.11%	12 24%	طبيب مقيم
72 100%	22 30.55%	50 69.45%	28 56%	5 10%	17 34%	المجموع

يبين الجدول رقم 10 ملائمة الطاقم الطبي للنظام المعمول به في العمل حيث بيّنت ان اعلى نسبة هي 69.45% و التي تمثل الاطباء الذين يلائمهم النظام المعمول به في المستشفى و هذا راجع الى حتمية القطاع بنسبة 56% و تدعمها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 40%، و في المقابل ادنى نسبة هي 30.55% فهي تمثل فئة الاطباء الذين لا تلائمهم النظام او طريقة العمل المعمول به في المستشفى و تؤكدها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 34.55%، و تدل القيم الاحصائية على ان الاطباء تبنوا النظام العام للعمل و حسب رأي بعض الاطباء انه اصبح تقليدا من تقاليد المستشفى و لا يمكننا العمل غيره لأنها مرتبطة بحياة المريض.

النظام العام للمستشفى هو نظام مفروض من قبل السلطات الصحية في الجزائر بحيث هي التي تضع تخطيط صحي ينظم التوزيع العادل للموارد في الاطار الجهوي، و ضمن خارطة صحية تجسد التقسيم الى جهات صحية تتكفل بوضوح برامج صحية خاصة بكل جهة، و تستجيب للخصوصيات الصحية لتلك الجهة، فالخارطة الصحية الحالية و المعمول بها تعتبر من تركات الاستعمار الذي قام على تركيز المؤسسات الاستشفائية في المدن الكبرى

اين كان يتواجد المعمرون بشكل كثيف و حتى النظام الداخلي لم يستثنى من ذلك ، و لهذا حاولت الدولة بإعادة هيكلة المنظومة الصحية على مستوى التراب الوطني بحيث تم اعتماد تنظيم صحي جديد في شهر ماي 2007 بموجب المرسوم التنفيذي 07-140 يقوم على فصل الاستشفاء عن العلاج و الفحص و هي نوع من اللامركزية كان الهدف منها هو تسهيل الوصول الى العلاج و تقريب المستشفى او المؤسسة الصحية من المواطن و تخفيف الضغط على المستشفيات<sup>1</sup>... الخ ، و تم تطبيق النظام الصحي الجديد و القوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية في جانفي 2008 و هو نظام يسعى الى ترقية العلاج القاعدي النوعي بتمييزها عن الهياكل الاستشفائية الاخرى ، و بهذا تم استبدال القطاعات الصحية بمؤسستين هما : المؤسسة العمومية الاستشفائية و المؤسسة العمومية للصحة الجوارية و التي تشمل العيادات المتعددة الخدمات و قاعات العلاج<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> R.A.D.P Décret n°76\_140 du mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissement publics de santé proximité , **journal officiel** , n°33, du 20 mai 2007 ,p9.

<sup>2</sup> حسيني محمد العيد: السياسة العامة للصحة في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم السياسية ، كلية الحقوق و العلوم السياسية ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، الجزائر ، 2013 ، ص 125.

الجدول رقم 11 يوضح المسؤول عن تنظيم العمل للطاقم الطبي :

المجموع	وزارة الصحة	الإدارة	رئيس المصلحة	انا	تنظيم العمل الفئات
1 100%	1 100%	00 00%	00 00%	00 00%	بروفسور
16 100%	00 00%	2 12.50%	11 65.75%	3 18.75%	استاذ مساعد
55 100%	00 00%	1 1.81%	47 85.45%	7 12.72%	طبيب مقيم
72 100%	1 1.39%	3 4.17%	58 80.55%	10 13.89%	المجموع

يقدم لنا الجدول رقم 11 المسؤول عن تنظيم العمل للطاقم الطبي حيث سجلنا اعلى نسبة 80.55% لرئيس المصلحة الذي هو بروفسور والتي تدعمها فئة طبيب مقيم بنسبة 85.45% اما ادنى نسبة ب 1.39% و التي تشير الى ان وزارة الصحة هي التي تنظم العمل و تؤكدها فئة بروفسور بنسبة 100% .

من خلال القيم الاحصائية نقول ان رئيس المصلحة هو المسؤول عن تنظيم العمل في المصلحة بحيث يعمل كقائد للطاقم الطبي و يمثلها امام مجلس ادارة المستشفى و يتحمل المسؤولية النهائية في تعليم افراد الطاقم الطبي و ربطهم بالتنظيم الكلي للمستشفى ووضع سياسات و الاجراءات الخاصة بالممارسات الطبية في المستشفى و سلوكيات افراد الطاقم الطبي و تنسيق الجهود و النشاطات المختلفة لعمليات تقديم خدمات الرعاية الطبية<sup>1</sup> ، كما يقوم رئيس المصلحة بتحديد المهام و الاختصاصات و تقسيم العمل بينهم بحيث يقوم كل فرد من افراد الطاقم الطبي بواجباته و مسؤولياته في الوقت الموزع له ، كما يقوم بتبسيط

<sup>1</sup> فريدات نصيرات : نفس المرجع ، ص87.

طرق و اجراءات العمل المتبعة من خلال استبعاد ما هو ضروري ، و اعداد الدراسات التنظيمية اللازمة .

الجدول رقم 12 يوضح المسؤول عن المراقبة حسب الطاقم الطبي :

المراقب	الإدارة	رئيس المصلحة	عدم الإجابة	المجموع
الطاقم الطبي بروفسور	00 00%	00 00%	1 100%	00 00%
استاذ مساعد	00 00%	16 100%	00 00%	16 100%
طبيب مقيم	00 00%	55 100%	00 00%	55 100%
المجموع	00 00%	71 98.61%	1 1.38%	72 100%

يقدم لنا الجدول الاحصائي رقم 12 المسؤول عن مراقبة العمل حسب الطاقم الطبي بحيث ان اعلى نسبة 98.61% تمثل رئيس المصلحة هو المسؤول عن الرقابة في مكان العمل و تدعمها كل من فئتين الأساتذة المساعدين و الاطباء المقيمين بنسبة 100% لكليهما اما في المقابل فادنى نسبة هي 00% التي تمثل ان الادارة لا تمارس اي نوع من الرقابة عليهم و تؤكد على ذلك كل افراد الطاقم الطبي .

من خلال معطيات الجدول تبين لنا بروفسور او رئيس المصلحة هو المكلف بالرقابة داخل السلك الطبي بحيث تخوله المعرفة المهنية بمراقبة سير عمل الاطباء في معالجتهم لمرضاهم بحيث تعمل الرقابة كجهاز للتنبيه و الاشارة للأخطاء او خلل في التشغيل بحيث يتمكن

رئيس المصلحة بالتدخل و توجيه سير العمل و التحكم بها خاصة فيما يتعلق بحياة المرضى و يعمل المراقب على التأكد من ان الانشطة و الانساق في التنظيم يسير وفق ما هو مخطط لها باتجاه تحقيق الاهداف المسطرة مسبقا و كشف عن اخطاء من اجل اتخاذ الاجراءات التصحيحية في الوقت المناسب .

يختلف التقسيم الاداري للمؤسسة الاستشفائية عن المؤسسات الاخرى بحيث انه هناك نوعين من الادارة ألا و هي الادارة الادارية هي التي تتولى اعمال ادارية باهتمام بالعاملين في المستشفى و مختلف شؤونهم و الحسابات و الصيانة و حفظ المباني و رقابتهم من حيث التغيب و التأخر اما مراقبة سير عملهم فهي وظيفة الادارة الطبية و التي يترأسها رئيس المصلحة و هي مسؤولة عن العلاج و تقديم الرعاية الصحية و هي مسؤولة عن تعيين الاطباء و الجراحين لأنها ادرى بمحتويات المهنة ، و هذا هو الاساس و لكن في ميداننا لاحظنا ان الادارة الادارية تحاول مراقبة الاطباء لضمان حضورهم الى مكان العمل و لكن الادارة الطبية تتدخل لان لديها السلطة المعرفية التي تعطيها هامش من الحرية في طريقة العمل من دون تدخل الادارة الادارية خاصة اثناء المناوبات الليلية اين يتناقص عدد الاطباء و هذا ما يخلق وضعية صراع داخلي بين الادارتين .

## جدول رقم 13 يوضح منهجية العمل حسب الطاقم الطبي :

الطاقم الطبي	منهجية العمل	متواجدة في اللوائح	في غير متواجدة في اللوائح	احتميات القطاع	المجموع
بروفسور	1	100%	00	00%	1
استاذ مساعد	12	75%	3	6.25%	16
طبيب مقيم	45	81.81%	8	3.64%	55
المجموع	58	80.55%	11	4.17%	72

يوضح الجدول رقم 13 منهجية العمل حسب الطاقم الطبي بحيث يمثل الاتجاه العام نسبة 80.55% طريقة العمل متواجدة في اللوائح الرسمية و تؤكدها فئة 81.81%، و في المقابل ادنى نسبة 4.17% تمثل احتميات القطاع و تدعمها فئة استاذ مساعد بنسبة 6.25%.

من خلال القراءة الاحصائية للجدول نستنتج ان منهجية و طريقة سير العمل في المؤسسة الاستشفائية تكون موجودة في اللوائح و المراسيم و هذا ما يشيد به التنظيم البيروقراطي بحيث ان الاعمال الادارية و القرارات تصاغ كلها كتابيا و كأنها عقد بين المرسل و المتلقي بحيث تتسم بالوضوح و تقلل الشائعات لكنها تكون بطيئة في العادة و احيانا لا تصل في الوقت المناسب ، و يستند وسائل الاتصال الرسمي الى قواعد تضبطه و معايير تحكمه بناء على ما تنص عليه المراسيم و اللوائح الرسمية و التي لا يمكن للأطباء تجاوزها نظرا لقواعد الجزاء و العقاب المرفقة ، و يكون الاتصال واعيا و مدروسا وفق عقلانية معينة من اجل توجيه عناصر النسق لتحقيق اهداف المستشفى .

الجدول رقم 14 يوضح المهام الروتينية المضيعة للوقت بالنسبة للطاقم الطبي حسب المصلحة :

المجموع	لا	نعم	المهام الزائدة المضيعة للوقت	
			المصلحة	الطاقم الطبي
00 00%	00 00%	00 00%	طب الاطفال	بروفسور
00 00%	00 00%	00 00%	طب جراحة الاطفال	
1 100%	1 100%	00 00%	طب امراض النساء و التوليد	
1 100%	1 100%	00 00%	المجموع	
9 100%	9 100%	00 00%	طب الاطفال	استاذ مساعد
1 100%	1 100%	00 00%	طب جراحة الاطفال	
6 100%	3 50%	3 50%	طب امراض النساء و التوليد	
16 100%	13 81.25%	3 18.75%	المجموع	
20 100%	17 85%	3 15%	طب الاطفال	طبيب مقيم
9 100%	7 77.78%	2 22.22%	طب جراحة الاطفال	
26 100%	14 53.85%	12 46.15%	طب امراض النساء و التوليد	
55 100%	38 69.09%	17 30.91%	المجموع	
72 100%	52 72.22%	20 27.78%	المجموع الكلي	

يوضح الجدول رقم 14 المهام الروتينية المضيعة للوقت بالنسبة للطاقم الطبي حسب المصلحة بحيث ان اعلى نسبة هي 72.22% و التي تمثل افراد العينة الذين يرون انه لا

يوجد اعمال روتينية مضيعة للوقت و يدعمها بروفيسور اي رئيس المصلحة طب النساء و التوليد 100% اما في المقابل فأدنى نسبة هي % 27.78 و التي تمثل افراد العينة الذين يرون انه يوجد مهام مضيعة للوقت و تؤكدها فئة طبيب مقيم بنسبة %30.91 في مصلحة طب النساء و التوليد بنسبة % 46.15.

من خلال القراءة الاحصائية للجدول و الملاحظة الميدانية نقول ان اغلبية الاطباء يرون ان كل المهام المعطاة لهم هي غير مضيعة للوقت لأنها ضرورية من اجل انقاذ حياة المرضى خاصة بروفيسور الذي يقوم بمهام تقنية و ادارية في نفس الوقت من اجل ضمان الاستقرار في المستشفى بحيث لا توجد مهام روتينية فكل مريض و حالته الخاصة و خاصة ان البروفيسور يتولى الجراحات المعقدة فقط ،اما في فيما يتعلق بالأطباء المقيمين في مصلحة طب النساء و التوليد يرون ان هناك اعمال روتينية مضيعة للوقت ألا و هي المهام الاضافية المتعلقة بمهام الممرضات كنقل الدم نقل المريض من مصلحة الى اخرى ، استقبال المرضى ...الخ بسبب ضعف الرقابة و اللامبالاة ، فلاحظنا ان هناك نوع من صراع داخلي بين الاطباء المقيمين و الممرضات في مصلحة طب النساء و التوليد خاصة و ان الاطباء المقيمين هم دائما في احتكاك معهم فيما يتعلق بالمعرفة التقنية كتوليد النساء و على حسب قول بعض الاطباء ان توافد عدد كبير من النساء الحوامل زائدا غياب بعض الممرضات يحتم علينا القيام بمهام مع تكرارها تكون روتينية و مضيعة للوقت و هذا ليس في صالح المرضى .

جدول رقم 15 يوضح فترات امكانية انقطاع وسائل عمل الاطباء في المصالح :

المجموع	لا	نعم	امكانية تواجد وسائل العمل فترات انقطاعها
28 100%	00 00%	28 100%	ايام الصيف
08 100%	02 25%	6 75%	نفاذ المخزن
16 100%	00 00%	16 100%	ايام المناوبة
20 100%	00 00%	20 100%	طوال العام
72 100%	02 2.78%	70 97.22%	المجموع

يوضح الجدول رقم 15 فترات امكانية انقطاع وسائل عمل الاطباء بحيث يمثل الاتجاه العام بنسبة % 97,22 انقطاع الوسائل المتعلقة بالعمل للأطباء المخصصين في جميع المصالح و التي تدعمه فترة طوال العام اما ادنى نسبة تقدر ب% 2.78 و التي تمثل الاطباء الذين اشاروا الى ان ليس هناك انقطاع في وسائل العمل و تدعمها نفاذ المخزن نسبة % 25 بحيث يؤكدون ان كمية الادوية و غيرها من الوسائل المتعلقة بالعمل تنقطع عند نفاذ المخزن فقط .

من خلال القراءة الاحصائية للجدول و الملاحظة الميدانية نقول ان عدم توفر وسائل العمل المتمثلة في الادوية و الحقن و التجهيزات الضرورية للكشف عن حالات المرضى يعود الى اتباع الدولة الجزائرية مجانية العلاج هذا ما يجعل هناك طلب كبير على الخدمات الصحية بحيث تغلب الكم على النوع و محاولتها لاحتواء اكبر عدد ممكن من مطالبها بحيث دائما

يكون نقص في المعدات الطبية و الاجهزة الكاشفة مما يسهل للاطباء التماس الاعذار فيما يتعلق بإدارة الوقت بحيث يبرر جملة من الغيابات و التأخرات مما يخفف بعض الضغط الذي يمارسه المرضى في المستشفيات و حسبما لاحظنا و بعض الاشادات من بعض الطاقم التمريضي ان التجهيزات الطبية لا تكون دائما معطلة بحيث تسمح بإمكانية ما اشار اليه كروزي بحيث ان تكون لهم هامش من الحرية بحيث يمتلكون السلطة العلمية التي تخولهم بالقيام بذلك بحيث يلجأون الى استراتيجيات مختلفة دفاعا عن اهدافهم و مكاسبهم و يلجأون ايضا الى استراتيجيات هجومية من اجل ضغط اعضاء التنظيم لإرضاء متطلباتهم الخاصة و هذا ما نجده في مستشفياتنا في وقتنا الحالي بحيث نفاذ وسائل العمل بسبب الكم الهائل من المرضى تارة و استراتيجيات الاطباء من اجل مواجهة الضغوطات تارة اخرى.

الجدول رقم 16 يوضح متى تعقد الاجتماعات للأطباء و مدة استغراقها حسب كل مصلحة :

المجموع	عدم الاجابة	سنوية	شهرية	اسبوعية	برنامج الاجتماعات	
					مدة الاجتماعات	المصلحة
29	8	10	2	9	طب الاطفال	1 - 2 سا
100%	27.59%	34.48%	6.90%	31.03%	جراحة الاطفال	
1	00	00	00	1	امراض النساء و التوليد	
24	00	00	00	24	امراض النساء و التوليد	المجموع
100%	00%	00%	00%	100%		
54	8	10	2	34		المجموع
100%	14.81%	18.52%	3.71%	62.96%		
00	00	00	00	00	طب الاطفال	2 - 3 سا
00%	00%	00%	00%	00%	جراحة الاطفال	
00	00	00	00	00	امراض النساء و التوليد	
1	00	00	1	00	امراض النساء و التوليد	المجموع
100%	00%	00%	100%	00%		
1	00	00	00	00		المجموع
100%	00%	00%	00%	00%		
00	00	00	00	00	طب الاطفال	3 - 4 سا
00%	00%	00%	00%	00%	جراحة الاطفال	
00	00	00	00	00	امراض النساء و التوليد	
6	00	00	00	6	امراض النساء و التوليد	المجموع
100%	00%	00%	00%	100%		
6	00	00	00	6		المجموع
100%	00%	00%	00%	100%		
00	00	00	00	00	طب الاطفال	4 - 5 سا
00%	00%	00%	00%	00%	جراحة الاطفال	
9	00	00	00	9	امراض النساء و التوليد	
100%	00%	00%	00%	100%		
2	00	00	00	2	امراض النساء و التوليد	المجموع
100%	00%	00%	00%	100%		
1	00	00	00	11		المجموع
100%	00%	00%	00%	100%		
72	8	10	3	51		المجموع الكلي
100%	11.11%	13.89%	4.17%	70.83%		

من خلال البيانات الاحصائية في الجدول يوضح متى تعقد الاجتماعات و كم تدوم حسب كل مصلحة ، بحيث ان اعلى نسبة هي 70.83% التي تمثل ان الاجتماعات تعقد اسبوعيا و تدوم لمدة 3 الى 5 ساعات بنسبة 100% و تؤكدها كل من مصلحة طب النساء و التوليد و مصلحة جراحة الاطفال ، اما ادنى نسبة 4.17% و التي تمثل الاجتماعات التي تعقد شهريا و تدوم لمدة 2 سا الى 3 سا و تؤكدها مصلحة طب النساء و التوليد بنسبة 100%.

من خلال القراءة الاحصائية للجدول نستنتج ان كلا المصلحتين طب جراحة الاطفال و طب امراض النساء و التوليد يعقدان اجتماعات اسبوعية و هذا ما لاحظناه اثناء قيامنا بالجولة الميدانية بحيث يتم برمجة اجتماعات في مصلحة جراحة الاطفال كل مساء يوم اثنين على الساعة الواحدة و تدوم من 3 الى 5 ساعات و احيانا اطول من ذلك اما مصلحة طب النساء و التوليد فيتم برمجة الاجتماعات مرتين في يوم الخميس ، صباحا يتم فيه اعداد تقرير حول المناوبة الليلية في اليوم الذي سبق و مساء خميس على الساعة الواحدة مساء من اجل مناقشة الامور المتعلقة بالمرضى .. الخ و هذا دليل على وجود قناة للاتصال بين رؤساء المصالح و الاطباء بحيث تعد الاجتماعات من ابرز وسائل او قنوات الاتصال الشفهي والتي يتم ادارتها من قبل قيادات التنظيم بحيث يتم من خلالها نقل القرارات و التعليمات الجديدة حول نظام المستشفى و ايضا نقل المعلومات الطبية بصورة مباشرة الى الاطباء في الوقت المناسب وهذا ما يخفف نوعا ما الضغط لدى الاطباء فيما يتعلق بانشغالهم حول بعض حالات المرضى المستعصية و التي تتطلب مشورة رئيس المصلحة و الذي هو البروفسور الذي يشرف على تكوينهم ايضا .

## الجدول رقم 17 يوضح مواضيع الاجتماعات حسب المصلحة :

المجموع	بدون اجابة	اتخاذ القرارات المتعلقة بصحة المرضى	مشاكل طرح العمل	دراسة حالات المرضى	مواضيع الاجتماعات المصلحة
29 100%	11 37.93%	00 00%	9 31.03%	9 31.03%	طب الاطفال
10 100%	00 00%	2 20%	3 30%	5 50%	جراحة الاطفال
33 100%	2 6.06%	00 00%	2 6.06%	29 67.44%	امراض النساء و التوليد
72 100%	13 18.05%	2 2.78%	11 19.44%	43 59.72%	المجموع

من خلال البيانات الاحصائية في الجدول الذي يوضح مواضيع الاجتماعات حسب كل مصلحة حيث ان الاتجاه العام يمثل ان مواضيع الاجتماعات هي عبارة عن دراسة حالات المرضى بنسبة 59.72% و تدعمها مصلحة امراض النساء و التوليد بنسبة 67.44% ، اما ادنى نسبة ب 2.78% التي تمثل اتخاذ القرارات المتعلقة بصحة المريض هي احد موضوعات الاجتماع و تؤكدها مصلحة جراحة الاطفال بنسبة 20% .

من خلال القراءة الاحصائية لمعطيات الجدول و الملاحظة الميدانية بحيث ان دراسات حالات المرضى هي من المواضيع الهامة و الضرورية للمستشفى بحيث يقوم رئيس المصلحة من جانب ببرمجة الاجتماع و برمجة مواضيعها من اجل الخروج بنتيجة مهمة و بدون مضيعة للوقت فتحديد الموضوعات امر هام لتوجيه مناقشات و حوار الاطباء المجتمعين اتجاه تفاصيل واقعية و العملية لخبرات الاطباء الاخرين و عندما لا توجد دوافع خارجية لتوجيه الحوار اثناء الاجتماع فإنه يسهل على الاطباء ان ينساقوا الى العموميات ، و من جانب اخر يحضر الاطباء حالات المرضى الذين يعالجونهم طوال فترة اقامتهم في

المستشفى ومناقشة حلول معالجتهم لهم مع بقية الاطباء ، اما مصلحة طب الاطفال فأغلبيتهم لم يجيبوا و هذا دليل على ان مواضيع المبرمجة اثناء الاجتماعات غير مهمة لدى الاطباء في تلك المصلحة و هي مضيعة للوقت و لا و هذا يعود الى رئيس المصلحة الذي يجب عليه تنظيم مواضيع هامة تهتم المصلحة من حل مشاكل المتعلقة بالمصلحة... الخ بحيث ان الاجتماعات هي قناة من قنوات الاتصال بين المسؤول و الاطباء من اجل الاستماع الى وجهات النظر الفنية و العملية من اجل التطوير و التحسين المستمر للمستشفى .

## استنتاج الفرضية الجزئية الاولى:

سنحاول فيما يلي تلخيص نتائج الفرضية الاولى و التي تتعلق علاقة تنظيم العمل المعمول به في المؤسسة الاستشفائية بإدارتهم للوقت العمل بحيث ان للتنظيم منطوق داخلي يحكم سائر العمليات التنظيمية اي انه بنية اجتماعية تتحكم في شبكة العلاقات الاجتماعية الناتجة عن علاقات العمل فمؤشرات تنظيم العمل احترام وقت العمل الرسمي قيادة فعالة للتنظيم ، رقابة و تنسيق بين الاطباء ، توفير وسائل العمل الضرورية ..الخ و من خلال تحليل بيانات الجداول من 8 الى 17 فيتضح ان تنظيم وقت العمل هو من اختصاص الدولة الجزائرية بحيث ان الاطباء تابعون للتوظيف العمومي و حسب الجدول 8 اغلبية الاطباء بنسبة 51.39% لا يباشرون على الساعة 8:30 و اشاروا اليه و كأنه الوقت الرسمي الفعلي للعمل و يشير الجدول رقم 9 ان 37.5% من الاطباء ينهون العمل على الساعة الثالثة و هذا راجع الى الاستقلالية المهنية للاطباء بشقيه احدهما فردي و الثاني جماعي، على المستوى الفردي تعني الاستقلالية المهنية قدرة الطبيب على التحكم في حيثيات قرارات الرعاية الطبية و الخدمات التي يقدمها بما يراه في صالح المريض و على المستوى الجماعي تعني الاستقلالية المهنية احقية المجموعة التي تمارس المهنة في السيطرة على حيثيات ممارستها خلال تحديد معايير الممارسة و متطلباتها و الضوابط و الاخلاقيات التي تحكم و هذا ما يوضحه الجدول رقم 11 والجدول رقم 12 ان رئيس المصلحة هو المسؤول عن القرارات المتعلقة بتنظيم و مراقبة امور المصلحة بنسبة 98% بحيث الاطباء لا يبادرون بتغيير النظام المعلوم به و يؤكدون على انه لا خيار لهم الا و اتباعه بنسبة 69.45% هذا مايؤدي بهم الى اعادة انتاج الموروث الاداري المتعامل به ابان الاستعمار من دون اي تحديثات تمس المصلحة في حين ان العالم في تغير مستمر ، و نضيف ايضا ان التنظيم البيروقراطي المعمول به في المؤسسة الاستشفائية هو تنظيم موروث من جيل الى جيل قائم على مركزية اتخاذ القرارات و على الاتصال المكتوب بنسبة 81.81% بحيث من عيوبها

انها تأخذ وقتا طويلا من اجل اتخاذ القرارات المتعلقة بالمصلحة خاصة عندما يكون هناك انقطاع في وسائل العمل مثلا التجهيزات الطبية و الادوية من اجل علاج المرضى فهي تكون بصفة دائمة بنسبة 97.22% وأيضا تعتبر الاجتماعات و خاصة اذا كانت دورية وسيلة ايضا من وسائل الاتصال المباشر بحيث تسمح للأفراد العاملين في المنظمة من مناقشة الامور المتعلقة بظروف العمل و فرصة ايضا من اجل اعطاء اراء العاملين في المنظمة من اجل تحسينها و لكن في هذه المؤسسة الاستشفائية تكون الاجتماعات اسبوعيا و تدوم من 3 الى 5سا في اليوم بنسبة 70.83% و يكون محور النقاش حول حالات المرضى بنسبة 59.72% و ليس حول انشغالاتهم حول ما يدور في المصلحة و هذا يدل على عدم الانتماءهم الى المؤسسة الاستشفائية و هذه من عيوب التنظيم البيروقراطي بحيث عدم اهتمام الجميع بتحسين تنظيم العمل المعمول به في المصلحة يؤدي الى اضاءة الكثير من الوقت و بالتالي نقول ان الفرضية الاولى تحققت .

ثالثا : تحليل الفرضية الجزئية الثانية :

1. تحليل الجداول الخاصة الفرضية الجزئية الثانية

الجدول رقم 18 يبين استثمار الطاقم الطبي لوقته بالطريقة التي يريدونها :

المجموع	عدم الإجابة	نادرا	أحيانا	دائما	استثمار وقت العمل بالطريقة التي اريدها	الطاقم الطبي
1 100%	1 100%	00 00%	00 00%	00 00%		بروفسور
16 100%	1 6.25%	6 37.5%	8 50%	1 6.25%		أستاذ مساعد
55 100%	3 5.45%	23 41.82%	28 50.91%	1 1.82%		طبيب مقيم
72 100%	5 6.94%	29 40.28%	36 50%	2 2.78%		المجموع

تبين البيانات الاحصائية للجدول رقم 18 استثمار الاطباء لوقت عملهم بالطريقة التي يرونها مناسبة بحيث يمثل الاتجاه العام بنسبة 50% احيانا ما يديرون اوقاتهم بما تناسبهم و تدعمها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 50.91% ، اما نسبة 2.78% فتمثل ادنى نسبة و التي تدل على ان الاطباء يستثمرون اوقاتهم كما يشاءون ، و تدعمها نسبة 6.25% و التي تمثل فئة الاساتذة المساعدين .

من خلال نتائج الجدول نلاحظ ان الاطباء خاصة الاساتذة المساعدين و الاطباء المقيمين احيانا ما يستثمرون اوقات عملهم بالطريقة التي يرونها مناسبة خاصة و انهم ما يزالون في مرحلة التكوين بحيث يقومون بالعمل في المستشفى كموظفين بما نص عليه قانون الوظيفة

العمومي و يتابعون تكوينهم في نفس الوقت و برنامجهم يكون منظم من طرف المسؤول المباشر و هذا ما يصعب عليهم استثماره كما يريدون ، و لا يتعلق الامر فقط ببرنامج عملهم فقط بل يتوقف ايضا على عدد المرضى الذين يتوافدون يوميا الى المستشفى بحيث هنا لديهم الحرية في استثمار وقتهم من خلال مدة تشخيصهم وتفحصهم لمرضاهم فكل مريض و حالته و ان كل مريض له الحق في اخذ وقت كافي لطرح مشكلته الصحية على المريض مما يمنح للطبيب الحرية في التصرف في وقته لأنه لا يوجد قانون يحدد للطبيب مدة التشخيص لكل مريض ، اما البروفسور فعدم اجابته دليل على امكانية استثمار وقت عمله بالطريقة التي يريدونها و خاصة و انه يملك عيادة خاصة لمعالجة المرضى بحيث يقوم بعمله بالمستشفى صباحا و يذهب الى عيادته مساء بحيث يسمح له القانون رقم<sup>1</sup> 85 - 05 المتعلق بحماية الصحة و ترقيةها بذلك ، ويهدف هذا القانون بالسماح للممارسين الاستشفائيين الجامعيين في الصحة العمومية بالممارسة بصفة خواص خارج اوقات عملهم في المؤسسات الخاصة (مسائين في الاسبوع ) و هذا لتحسين اجور هؤلاء دون تحمل ميزانية الدولة عبء اضافيا و تحقيق تحفيز اكبر للمستفيدين .

<sup>1</sup> سيد احمد حاج عيسى: اثر تدريب افراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية ، رسالة لنيل شهادة الماجستير ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر 3 ، الجزائر ، 2012 ، ص175.

الجدول رقم 19 يوضح المهام الأخرى الخارجة عن المهام الرسمية بالنسبة للطواقم الطبي حسب المصلحة

المجموع	لا	نعم	المهام خارج عن المهام الرسمية المصلحة الطبي الطاقم	
			طب الاطفال	طب جراحة الاطفال
00 00%	00 00%	00 00%	طب الاطفال	بروفسور
00 00%	00 00%	00 00%	طب جراحة الاطفال	
1 100%	1 100%	00 00%	طب النساء و التوليد	
1 100%	1 100%	00 00%	المجموع	
9 56.25%	4 44.44%	5 55.56%	طب الاطفال	استاذ مساعد
1 6.25%	00 00%	1 100%	جراحة الاطفال	
6 37.50%	1 16.67%	5 83.33%	امراض النساء و التوليد	
16 100%	5 31.25%	11 68.75%	المجموع	
20 100%	14 70%	6 30%	طب الاطفال	طبيب مقيم
9 100%	4 44.44%	5 55.56%	جراحة الاطفال	
26 100%	10 38.46%	16 61.54%	امراض النساء و التوليد	
55 100%	28 50.91%	27 49.09%	المجموع	
72 100%	34 47.22%	38 52.78%	المجموع الكلي	

يوضح الجدول رقم 19 المهام الخارجة عن المهام الرسمية بالنسبة للطاقم الطبي حسب كل مصلحة بحيث ان اعلى نسبة هي %52.78 و التي تمثل افراد العينة الذين رأو انهم يقومون بمهام خارجة عن المهام الرسمية و التي تؤكدها فئة الاساتذة المساعدين نسبة %68.75 خاصة في مصلحة طب النساء و التوليد بنسبة %83.33 ، اما ادنى نسبة هي للأطباء الذين لا يقومون بالمهام الاضافية الخارجة عن مهامهم الرسمية ب%47.22 و يؤكدها البروفسور بنسبة %100 في مصلحة طب النساء و التوليد بنسبة %100.

من خلال القراءة الاحصائية للجدول نقول ان اغلبية الاطباء يقومون بمهام خارج عن مهامهم الرسمية بحيث ان زيادة كمية العمل تعد احد المؤثرات الضغوط الوظيفية و بالتالي تؤثر على مردوديته و ادائه بحيث لاحظنا ان الاساتذة المساعدين يرون ان المهام الرسمية هي نفسها تؤدي الى ضغوط فكيف نقول عن المهام الزائدة عنها ، بحيث يقوم الاستاذ المساعد بتكوين الطلبة (الاطباء المقيمين) اضافة الى فحوصات خارجية للمرضى زائدا متابعتهم (التشخيص + مداومة + المتابعة ) اضافة الى تكوين متواصل و المداومة لمدة 24 سا/24سا اما المهام الزائدة و التي تعد مضيعة للوقت حسب رأي بعضهم انها تكمن في القيام بأعمال الشبه الطبيين كاستلام التحاليل الطبية ، تغيير حفاضات الرضع ، استقبال المرضى .. الخ و على حد قول بعض الاطباء انهم لا يستطيعون شكاوهم الى مسؤولهم المباشر لأنها تدافع عن طاقمها التمريضي بإعطاء حجج انها قامت بمنحهم مهام اخرى و منه نقول ان لهذا السبب يقوم الطبيب بإنجاز مهام اخرى احيانا هروبا من نشوب صراعات مع طاقم التمريض و ايضا نقص عدد الاطباء في المصلحة لأنهم يفضلون فتح عيادات خاصة هروبا من ضغط عبئ الدور الذي يؤثر بطريقة سلبية على صحتهم و على ادائهم ، اما فيما يخص البروفسور فهو لا يقوم بأعمال خارج عن النطاق الرسمي لأنه رئيس المصلحة و هو الأمر و الناهي في مصلحته و يستطيع ايضا تفويض بعض من اعماله الى طاقمه خاصة اذا كانت بعض الحالات المرضية لا تستدعي حضوره .

الجدول رقم 20 يوضح كفاية الوقت الرسمي للقيام بالمهام المكلفة من طرف الطاقم الطبي :

المجموع	عدم الإجابات	لا	نعم	يكفي الوقت الطاقم الطبي الرسمي بالقيام بالمهام المكلفة
1 100%	1 100%	00 00%	00 00%	بروفسور
16 100%	00 00%	11 68.75%	5 31.25%	أستاذ مساعد
55 100%	00 00%	29 52.73%	26 47.27%	طبيب مقيم
72 100%	1 1.39%	40 55.56%	31 43.05%	المجموع

يبين الجدول اعلاه كفاية الوقت الرسمي للعمل للقيام بالمهام المكلفة للطاقم الطبي بحيث ان نسبة 55.56% هي اعلى نسبة و التي تمثل عدم كفاية الوقت الرسمي للقيام بالأعمال الموكلة لهم و تؤكدها فئة الاساتذة المساعدون بنسبة 68.75% و في المقابل تمثل 43.05% الاطباء الذين يرون ان الوقت الرسمي يسمح لهم بالقيام بالأعمال المكلفة لهم و تدعمها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 47.27%.

من خلال القراءة الاحصائية لمعطيات الجدول نقول ان الوقت الرسمي لا يكفي بالقيام بكل الاعمال المكلفة خاصة الاساتذة المساعدون لكثافة برنامج عملهم من تكوين و تدريس الاطباء و متابعة المرضى و هذا يؤدي الى ضغط نفسي و بالتالي يؤثر سلبا على عطائهم في التنظيم و هذا يدل على ضعف ادارة النشاطات و البرامج التي تؤدي في الوقت المحدد بحيث ان الادارة الطبية و يترأسها رئيس المصلحة الطبيب هو المسؤول على اعداد برامج تكوينية و وظيفية تتوافق و الوقت الرسمي للعمل مع اعداد عدد كافي من الاطباء من اجل نقص حدة الضغط في المصلحة بحيث ان ادارة الوقت الفعالة تشتمل على مراحل ضرورية

تستهدف تحديد الاحتياجات و المتطلبات الوظيفية حسب اهميتها و مطابقتها مع الوقت و مع المصادر المتاحة ، اما الاطباء المقيمين فوقتهم الرسمي يكفي للقيام بالأعمال المطلوبة منهم لان دورهم يقتصر فقط على التكوين المتواصل و معالجة المرضى حسب قائمة المواعيد بحيث يبرمجون عدد المرضى في اليوم حسب برنامجهم التكويني و بالتالي يقل حدة الضغط عليهم .

**الجدول رقم 21 يوضح نوع العلاقة بين افراد الطاقم الطبي :**

المجموع	علاقة تسلطية	علاقة صراعية	علاقة اللاشخصية	علاقة صداقة	نوع العلاقة الطاقم الطبي
1 100%	00 00%	00 00%	1 100%	00 00%	بروفسور
16 100%	2 12.5%	00 00%	12 75%	2 12.5%	أستاذ مساعد
55 100%	4 7.24%	2 3.64%	42 76.36%	7 12.73%	طبيب مقيم
72 100%	6 8.33%	2 2.78%	55 76.39%	9 12.5%	المجموع

من خلال استقراء الجدول اعلاه تبين لنا ان معظم افراد العينة تربط بينهم علاقات اللاشخصية بنسبة 76.39% و تؤكدها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 76.36% و في المقابل العلاقات الصراعية بين افراد الطاقم الطبي تمثل اذن نسبة و هي 2,78% و تدعمها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 3.64%.

من خلال القراءة الاحصائية للبيانات المعطاة في الجدول اعلاه نقول ان العلاقات اللاشخصية او المهنية هي السائدة بين افراد الطاقم الطبي مع رؤسائهم في المستشفى و هي مرسومة و محددة سلفا ، يمكن ان تكون مؤقتة او دائمة حسب ما يتطلبه النشاط ، اما

القرارات المتخذة من طرف المسؤول تكون عادة بعيدة عن الاجواء و الاعتبارات الشخصية و عن الذاتية و هذا ما يساعد على خفض حدة الصراعات التي يمكن تصيب افراد الطاقم الطبي و بالتالي تعم الفوضى و اللاستقرار في المستشفى و الضحية هو المريض ، و هذا ما اكد عليه ماكس فيبر في نمودجه البيروقراطي بحيث اشار الى اهمية العلاقات الرسمية في مكان العمل بحيث كل موظف في التنظيم يجب ان يسير عمله و ينجزه بطريقة غير شخصية بحيث تحدد البيروقراطية قواعد العمل بين الرئيس و العاملين تحت اشرافه و هذه القواعد تحمي الافراد في التنظيم ضد القرارات التعسفية و الضغوطات المفروضة عليهم.

الجدول رقم 22 يبين قيام افراد الطاقم الطبي لمسؤوليات ادارية و تقنية في نفس الوقت:

المجموع	لا	نعم	القيام بمسؤوليات تقنية و ادارية
1 100%	00 00%	1 100%	الطاقم الطبي بروفسور
16 100%	14 87.5%	2 12.5%	أستاذ مساعد
55 100%	43 87.18%	12 21.82%	طبيب مقيم
72 100%	57 79.17%	15 20.83%	المجموع

يشير الجدول اعلاه الى قيام افراد الطاقم الطبي لمسؤوليات ادارية و تقنية في نفس الوقت بحيث ان اغلبية المبحوثين لا يقومون بالأعمال التقنية و الادارية في نفس الوقت بنسبة 79.17% التي تؤكد انها فئة الاساتذة المساعدين بنسبة 87.5% و في المقابل تمثل 20.83% نسبة الاطباء الذين يقومون بالأعمال الادارية و التقنية معا و يدعمها البروفسور بنسبة 100% .

من خلال القراءة الاحصائية للجدول و الملاحظة الميدانية نقول ان البروفسور ايضا رئيس من واجباته القيام بالأمور التقنية لأنه الاستاذ و الطبيب بحيث يقوم بإجراء العمليات الجراحية ايضا و الامور الادارية لأنه هو رئيس القسم لان طبيعة النشاط تحتم عليه تقلد المنصبين لأنه المالك للسلطة العلمية و ايضا لأنه ادرى بكل ما يتعلق باحتياجات الاطباء في المصلحة :يكلف رئيس القسم بتنظيم سير البنية التي يعد مسؤولا عليها في إطار احترام المسؤولية الطبية لكل ممارس، و يكلف على الخصوص بما يلي : تخطيط و تدبير موارد القسم أو المصلحة و تنسيق الأنشطة المهنية للأطباء في قسمه ،تنسيق الإعداد المتعدد

التخصصات لبرمجة الأنشطة، التأكد من وجود الموارد الطبية بالقسم ، و إعداد لوائح الموظفين المكلفين بالحراسة أو الخدمة الإلزامية ،السهر على احترام قواعد أخلاقيات و أدبيات المهنة و تطبيق القواعد المهنية ،و كذلك القيام بتأطير الطلبة و متدربي كليات الطب و الصيدلة.

ويكلف رئيس القسم أيضا بالمشاركة مع الممرض الرئيس بالقسم و الأطباء و الممرضين أو الممرضات رؤساء وحدات العلاجات و الخدمات بما يلي : التقييم الدوري لجودة العلاجات والخدمات ، تقييم احتياجات التكوين المستمر للموظفين الطبيين و الممرضين ، التأكد من ضمان احترام قواعد النظافة بالمستشفى و خلو المصالح من الجراثيم ، إعداد البروتوكولات السريرية العامة التي يجب إتباعها داخل القسم و الطرق العلاجية، عندما يتعلق الأمر بقسم أو بمصلحة سريرية.

هذا ما يولد نوع من الضغط عليه خاصة اذا تزامن تواجد مرضى في حالة حرجة مع المشاكل المتعلقة بالمصلحة و يولد ايضا ظاهرة تأجيل الاعمال في وقت لاحق وهذا لا يتوافق مع طبيعة النشاط الذي هو دقيق و مؤقت ، اما فيما يتعلق بالأطباء المقيمين و الاساتذة المساعدين فهم يقومون بالأعمال التقنية فقط اما المهام الادارية فهي من اختصاص الادارة الطبية .

الجدول رقم 23 يبين تأهيل افراد الطاقم الطبي للقيام بالمهام المخولة لهم :

المجموع	لا	نعم	التكوين يؤهلك بالقيام المهام المخولة الطبي التيك
1 100%	00 00%	1 100%	بروفسور
16 100%	3 18.75%	13 81.25%	أستاذ مساعد
55 100%	22 40%	33 60%	طبيب مقيم
72 100%	25 34.72%	47 65.28%	المجموع

من خلال المعطيات البيانية في الجدول رقم 23 يبين تأهيل افراد الطاقم الطبي للقيام بالمهام المخولة لهم حيث ان اغلبية افراد العينة و التي تقدر نسبتهم ب 65.28% مؤهلون للقيام بالمهام المعطاة لهم و يؤكدها فئة بروفسور ب 100%، اما في المقابل تمثل ادنى نسبة ب34.72% فئة العينة الغير المؤهلون للمهام المخولة لهم و تدعمها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 40% .

تشير المعطيات الاحصائية اعلاه ان اغلبية الاطباء يرون انهم مؤهلون للقيام بالأعمال المعطاة لهم خاصة بروفسور و الاساتذة المساعدين لأنهم في مرحلة متقدمة من التكوين و الخبرة الميدانية في المستشفى على عكس الاطباء المقيمين يرون ان المهام المعطاة لهم خارج تكوينهم و هذا ما لاحظناه في الميدان ان كثير من الاطباء المقيمين يقومون بالتشاور بينهم حول علة مريض ما و على حد قول احد الاطباء المقيمين ان التكوين في المستشفى غير كافي و ينقصنا الخبرة الميدانية ، لأنهم يتعلمون فقط الجوانب النظرية للحالات دون التطرق الى الميداني في سنوات تكوينهم و هذا ما يجعلهم يصدمون عندما تطبق عليهم

سياسة الامر الواقع و هذا ما يولد نوعا من الضغط و بالتالي هناك احتمال كبير لحدوث اخطاء طبية كارثية .

الجدول رقم 24 يبين عدد المرضى في اليوم لأفراد الطاقم الطبي حسب كل مصلحة :

المجموع	عدم الاجابة	-170 220	110- 160	100-60	50-0	عدد المرضى في الطاقم الطبي المصلحة	
00	00	00	00	00	00	بروفسور	طب الاطفال
00%	00%	00%	00%	00%	00%	استاذ مساعد	
9	1	6	00	00	2	طبيب مقيم	
100%	11.11%	66.67%	00%	00%	22.22%		
20	3	7	00	2	8		
100%	15%	35%	00%	10%	40%		
29	4	13	00	2	10	المجموع	
100%	13.79%	44.83%	00%	6.90%	34.48%		
00	00	00	00	00	00	بروفسور	جراحة الاطفال
00%	00%	00%	00%	00%	00%	استاذ مساعد	
1	00	00	00	00	1	طبيب مقيم	
100%	00%	00%	00%	00%	100%		
9	00	8	00	00	1		
100%	00%	88.89%	00%	00%	11.11%		
10	00	8	00	00	2	المجموع	
100%	00%	80%	00%	00%	20%		
1	00	00	00	00	1	بروفسور	امراض النساء و التوليد
100%	00%	00%	00%	00%	100%	استاذ مساعد	
6	00	1	00	5	00	طبيب مقيم	
100%	00%	16.67%	00%	83.33%	00%		
26	00	1	00	21	4		
100%	00%	3.85%	00%	80.78%	15.38%		
33	00	2	00	26	5	المجموع	
100%	00%	6.06%	00%	78.79%	15.15%		
72	4	23	00	28	17	المجموع الكلي	
100%	5.56%	31.94%	00%	38.89%	23.61%		

تشير الارقام في الجدول اعلاه الى عدد المرضى في اليوم لكل من افراد الطاقم الطبي حسب كل مصلحة بحيث ان اعلى نسبة هي %38.89 التي تمثل من 60 الى 100 مريض في اليوم خاصة في مصلحة طب النساء و التوليد بنسبة %78.79 و التي تدعمها فئة الاساتذة لمساعدين بنسبة %83.78 اما مصلحة جراحة الاطفال فعدد المرضى التي تستقبلهم في اليوم

هو ما بين 170 الى 220 مريض بنسبة 80% و التي تؤكدها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 88.89% اما مصلحة طب الاطفال فعدد المرضى في اليوم ما بين 170 الى 220 مريض بنسبة 44.83% و التي تدعمها فئة الاساتذة المساعدين بنسبة 66.67%.

من خلال القراءة الاحصائية للجدول اعلاه نقول ان مستشفى حسن بادي المتواجد في مدينة الحراش بشرق العاصمة يستقبل عدد كبير من المرضى يوميا و بالتالي يؤدي الضغط الكبير للأطباء و هذا راجع الى موقع المستشفى الذي يستقطب كل المرضى في الجانب الشرقي للعاصمة وهذا راجع ايضا الى سياسة الطب المجاني بموجب الامر 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية<sup>1</sup> بحيث يجذب كل شرائح المجتمع ومن بين الحلول من اجل تخفيف من حدة ضغط على المستشفيات هي بإنشاء مؤسسات للصحة الجوارية بعد صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 و تم تطبيقه ابتداءا من 1 جانفي 2008 و مع هذا مازال توافد كبير على المستشفى خاصة مصلحة طب النساء و التوليد و طب الاطفال و طب جراحة الاطفال بسبب توفر شروط النظافة مقارنة بالمستشفيات الاخرى و ايضا السمعة الجيدة لأطباء مستشفى حسن بادي المعروف بيلفور و حسب رأي احد المرضى انهم اطباء كفاء و هم معتادون على المداواة في هذا المستشفى و النتائج دائما مرضية .

<sup>1</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية الامر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية، العدد 01، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974، ص2.

الجدول رقم 25 يوضح عدد الحالات الاستعجالية في اليوم للطاقم الطبي حسب كل مصلحة :

المجموع	عدم الاجابة	55-45	44-34	33-22	21-11	10-0	عدد الحالات الاستعجالية في اليوم	
							الطاقم الطبي	المصلحة
00	00%	00%	00%	00%	00%	00%	بروفسور	طب الأطفال
9	00%	22.22%	00%	00%	22.22%	55.55%	أستاذ مساعد	
20	10%	45%	00%	5%	35%	5%	طبيب مقيم	
29	6.90%	37.93%	00%	3.45%	31.03%	20.69%	المجموع	
00	00%	00%	00%	00%	00%	00%	بروفسور	رعاية الأطفال
1	00%	00%	00%	00%	100%	00%	استاذ مساعد	
9	00%	00%	00%	11.11%	66.67%	22.22%	طبيب مقيم	
10	00%	00%	00%	100%	70%	20%	المجموع	
1	00%	00%	00%	00%	100%	00%	بروفسور	المرضى التنويم والتوليد النساء
6	00%	00%	16.67%	00%	33.33%	50%	استاذ مساعد	
26	00%	11.53%	3.85%	00%	30.77%	53.85%	طبيب مقيم	
33	00%	9.09%	6.06%	00%	33.33%	51.52%	المجموع	
72	2.78%	19.44%	2.78%	2.78%	37.5%	34.72%	المجموع الكلي	

نلاحظ من خلال نتائج المسجلة في الجدول اعلاه و التي تبين عدد الحالات الاستعجالية في اليوم حسب المصلحة بحيث ان اعلى نسبة هي 37.5% تمثل عدد الحالات

الاستعجالية ما بين 11 الى 21 حالة في اليوم خاصة مصلحة جراحة الاطفال بنسبة 70% و التي تدعمها فئة الاساتذة المساعدين بنسبة 100% ، اما ادنى نسبة هي 2.78% والتي مثل عدد الحالات الاستعجالية ما بين 22 الى 33 حالة في اليوم خاصة مصلحة امراض النساء و التوليد بنسبة 6.06% و ايضا من 34-44 حالة في اليوم خاصة في مصلحة جراحة الاطفال بنسبة 10%.

من خلال القراءة الاحصائية للجدول اعلاه نلاحظ ان مستشفى المعروف ببلفور يستقبل في اليوم عدد كبير من المرضى ذات الحالات الإستعجالية خاصة في قسم جراحة الاطفال لكونه المختص بعلاج الاطفال في المنطقة الشرقية للعاصمة حيث يتوافد الكثيرون ليه لهذا السبب خاصة في فترات المناسبات الوطنية او الدينية حينما يقل عدد الاطباء المناوبين مما يتولد بعض الضغوطات للأطباء ، و تشير العديد من الدراسات الى تعرض الاطباء في مصلحة الاستعجالات لضغوطات نفسية عالية و هذا راجع الى دور الطبيب المسؤول على انقاذ حياة المريض و تتطلب العمل لساعات طويلة و اضافية خاصة في المواقف الصحية الحرجة و في دراسة قام بها عازم سهيلة<sup>1</sup> حول مصادر الضغط المهني لدى عمال مصلحة الاستعجالات لستة مستشفيات بالجزائر العاصمة من بينهم مستشفى حسن بادي المعروف "ببلفور" حيث توصلت من خلالها ان الاطباء في مصلحة الاستعجالات يعانون من ضغوطات مهنية مرتفعة كما ان هذه الفئة تعاني من مصادر اخرى لضغوط العمل حيث ان ظروف العمل في مصلحة الاستعجالات ما تزيد طينة بلة و هذا ما تؤكدته دراسة لعجالية<sup>2</sup> يوسف ان ظروف العمل تتسبب في معاناة اطباء الاستعجالات من الضغط النفسي و هذا ما يؤدي بهم الهروب من القطاع .

<sup>1</sup> عازم سهيلة: مصادر الضغط المهني لدى ممرضات مصلحة الاستعجالات، رسالة من اجل نيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس ، جامعة الجزائر 2، 2009م، ص120.

<sup>2</sup> لعجالية يوسف: مصادر ضغوط العمل لدى عمال الصحة و سبل مواجهتها في المصالح الاستعجالية ، رسالة من اجل نيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس، جامعة بسكرة، الجزائر، 2015م، ص150.

الجدول رقم 26 يبين عدد العمليات الجراحية في اليوم للطاقم الطبي حسب كل مصلحة :

المجموع	15-11	10-6	5-1	لا يوجد	عدد الجراحات في اليوم	
					المصلحة	الطاقم الطبي
00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	طب الاطفال	بروفسور
00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	جراحة الاطفال	
1 100%	00 00%	00 00%	1 100%	00 00%	امراض النساء و التوليد	
1 100%	00 00%	00 00%	1 100%	00 00%	المجموع	
6 100%	00 00%	00 00%	00 00%	6 100%	طب الاطفال	استاذ مساعد
9 100%	00 00%	5 55.56%	2 22.22%	2 22.22%	جراحة الاطفال	
16 100%	00 00%	5 31.25%	3 18.75%	8 50%	امراض النساء و التوليد	
15 100%	00 00%	00 00%	00 00%	15 100%	المجموع	
9 100%	1 11.11%	3 33.33%	5 55.56%	00 00%	طب الاطفال	طبيب مقدم
31 100%	1 3.22%	3 33.33%	5 55.56%	00 00%	جراحة الاطفال	
31 100%	1 3.22%	15 48.39%	8 25.81%	7 22.58%	امراض النساء و التوليد	
55 100%	2 3.63%	18 32.73%	13 23.64%	22 40%	المجموع	
72 100%	2 2.78%	23 31.94%	17 23.61%	30 41.67%	المجموع الكلي	

من خلال نتائج الجدول رقم 26 الذي يبين عدد العمليات الجراحية الذي يقوم بها الطاقم الطبي في اليوم بحيث ان اعلى نسبة تمثل %67, 41 و التي تشير انه لا يوجد عمليات جراحية خاصة لدى الاطباء المقيمين في مصلحة امراض النساء و التوليد بنسبة %50 اما نسبة %94, 31 فهي تمثل عدد الجراحات من 6-10 حالات في اليوم و التي تؤكدتها

فئة استاذ مساعد في قسم جراحة الاطفال بنسبة %56, 55، اما ادنى نسبة فهي %78, 2 و التي تمثل 11-15 عملية جراحية في اليوم و التي تؤكدها فئة طبيب مقيم في قسم طب الاطفال بنسبة %11, 11.

تعتبر الجراحة من اعقد و اصعب العمليات التي يقوم بها الطبيب المختص فهي تشترط ان يكون الطبيب على دراية شاملة بحالة المريض بعد اجراء العديد من الفحوصات و تستلزم ايضا الدقة و الخفة و الوقت اللازم لتنفيذها ، و من خلال نتائج الجدول نقول ان العمليات الجراحية يقوم بها الاساتذة المساعدون بمساعدة الاطباء المقيمين و معدلها 6 الى 10 حالات في اليوم كبير و هذا ما يسبب ضغط لدى الاطباء خاصة الاطباء المقيمون فهم يشكون من قلة التكوين المتحصل عليه ميدانيا و عندما يُدفعون امام عدد لا بأس به الحالات التي تستوجب عمليات جراحية فيجد الطبيب المقيم نفسه امام حالات يجب فيها الاتمام بسرعة من اجل الالتحاق بالعملية الجراحية المولوية و هذا ما يفقد الطبيب الجراح تركيزه اثناء قيامه بالعملية الجراحية ، و عند وجود حالات خطيرة و معقدة يقوم بها رئيس المصلحة "البروفيسور" زيادة عن المهام الاخرى الموكلة اليه كمهمة التدريس اعداد مشاريع المصلحة و السهر على تنفيذها و تسيير و ضمن الانضباط العام للمصلحة، مما ينجم عن ضغوطات نفسية كبيرة تؤثر على احترامه للوقت في المصلحة لان العمليات الجراحية تأخذ حيزا كبيرا من الوقت المهني و الخاص في بعض الاحيان ، و ما لاحظناه في مصلحة جراحة الاطفال ان رئيس المصلحة لا يغادر المصلحة حتى يكمل ما عليه من واجبات و عادة يكمل متأخرا على عكس مصلحة امراض النساء و التوليد فرئيس المصلحة هناك يبرمج العمليات الجراحية في الفترة الصباحية فقط ، الا اذا كانت هناك حالات استعجالية في المساء فيقومون بإعلامه عبر الهاتف ، و منه فنقول ان الطبيب الجراح له ضغوطات بسبب عدد العمليات و بالتالي كل مسؤول يفرض ثقافة معينة لإدارة الوقت و للتصدي لضغوطات العمل في المصلحة من خلال تفويض العمليات للاطباء المقيمين و المساعدین

في المصلحة و هذا ما يوفره التنظيم البيروقراطي الذي يؤكد على التسلسل الرئاسي و التنسيق بين مختلف النشاطات .

## استنتاج الفرضية الجزئية الثانية :

بعد عرض نتائج الفرضية الثانية المتمثلة في تأثير السلبي لضغط العمل على ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية العمومية تم التوصل الى ان الاطباء في المصالح الثلاثة يُمارس عليهم ضغط بحيث يبين الجدول رقم 24 و المتمثل في عدد المرضى المقبلين على المستشفى يوميا من 60 الى 100 مريض بنسبة 38.89 % و هذا راجع الى السياسة المنتهجة من طرف الدولة الجزائرية التي توفر مجانية العلاج و هذا ما يؤكد الجدول رقم 25 الذي يوضح عدد الحالات الاستعجالية في اليوم من 11 الى 21 حالة بنسبة 37.5% بحيث يتوافد الكثيرون من اجل تلقي العلاج اللازم خاصة الجهة الشرقية من الجزائر العاصمة حيث يتمركز فيه المستشفى و الاختصاصات المطلوبة من طرف افراد المجتمع و هي طب الاطفال و طب النساء التي تتخصص فيه المؤسسة الاستشفائية المراد بالبحث مما يزيد من ضغط الاطباء و عدم قدرتهم على تحمل الضغط مما دفع لبعضهم من الهروب و انشاء عيادات خاصة اين يستطيع ادارة الوقت و ضغوطاتها.

كما يبين الجدول رقم 21 نوع العلاقة القائمة بين افراد لطاقم الطبي فهي مبنية على علاقات لاشخصية بنسبة 76.39% هذه من عيوب النظام البيروقراطي الذي لا يسمح بوجود علاقات صداقة بين افراد التنظيم مما لا يسمح اظهار روح التعاون الذي يساعد المؤسسة بالاستمرارية و الاستقرار داخل الجماعة ، كما يشير نتائج الجدول رقم 23 ان اغلبية الاطباء مؤهلون من اجل القيام بالمهام المكلفة بنسبة 65.23% و هذا ما يجعلهم قادرين على تحمل الضغوطات الموجودة في المستشفى لانهم تم تدريبهم على مواجهة الضغوطات في اي وقت كان و ان رئيس المصلحة هو الذي يقوم بالمهام الادارية و التقنية معا و هذا بموجب مرسوم تنفيذي رقم 129\_08 المؤرخ في 27 ربيع الثاني عام 1429 هـ الموافق ل 3 مايو سنة 2008 و يتضمن القانون الاساسي الخاص بالأستاذ الباحث الاستشفائي الجامعي " البروفسور " بحيث يكلف رئيس المصلحة الاستشفائية زيادة على المهام التدريس

و الصحة ، السهر على حسن سير المصلحة الموضوعة تحت اشرافه و الانضباط العام فيها كما يوضح الجدول رقم 20 الوقت الرسمي للعمل كافي للقيام بالمهام المخولة لهم بنسبة 55.56% هذا دليل على حسن ادارتهم للوقت ، فالإدارة الفعالة للوقت تكسب للمؤسسة الاستشفائية سمعة طيبة في المجتمع و تساعد ايضا على انقاذ حياة الكثيرين.

و من خلال نتائج الجدول رقم 18 و الذي يوضح ان الاطباء يستثمرون اوقاتهم كما يريدون بنسبة 50% هذا ما يدل على ان رغم الضغوطات الموجودة في المصالح فهذا لا يؤثر على ادارتهم للوقت و من هنا نقول ان ضغط العمل لا يؤثر في ادارتهم للوقت و بالتالي الفرضية الثانية غير محققة .

رابعاً : تحليل الفرضية الجزئية الثالثة

1 . تحليل الجداول الخاصة بالفرضية الجزئية الثالثة :

الجدول رقم 27 يبين كيف يريد الطاقم الطبي قضاء وقته الحر:

المجموع	عدم الإجابة	لا يوجد وقت	النوم و الراحة	الأصدقاء	وسائل الإعلام و الاتصال	المطالعة و الدراسة	المسؤولية العائلية	قضاء الوقت الحر الطاقم الطبي
1	1	00	00	00	00	00	00	بروفسور
100%	100%	00%	00%	00%	00%	00%	00%	
16	00	00	3	00	3	00	10	أستاذ مساعد
100%	00%	00%	18.75%	00%	18.75%	00%	62.5%	
55	3	1	9	7	5	14	16	طبيب مقيم
100%	5.45%	1.82%	16.37%	12.73%	9.09%	25.45%	29.09%	
72	4	1	12	7	8	14	26	المجموع
100%	5.56%	1.39%	16.67%	9.72%	11.11%	19.44%	36.11%	

يبين الجدول رقم 27 يريد قضاء الطاقم الطبي لوقتهم الحر بحيث تمثل الاتجاه العام بنسبة 36.11% المسؤولية العائلية عند الاطباء و التي تدعمها فئة الاطباء المساعدين بنسبة 62.5% ، اما ادنى نسبة 1.39% تمثل لا يوجد وقت لقضاء الوقت الحر تدعمها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 1.82%.

من خلال القراءة الاحصائية للجدول و الملاحظة في الميدان نقول ان قضاء وقت خارج اوقات العمل اي الوقت الحر هو اعادة انتاج الطاقة اللازمة من اجل الاستفادة من تلك الطاقة في العمل و كيفية قضائها تعود على الاطباء على حدى فالأغلبية تريد قضاء وقتها في المسؤوليات العائلية خاصة فئة الاساتذة المساعدين فأغلبيتهم كونوا عائلاتهم و بذلك

الاولوية تكون للمسؤوليات العائلية بالتأكيد بحيث لا تسمح لهم الفرصة بإعادة الانتاج لطاقتهم لما تحمله من اعمال منزلية و تربية الابناء...الخ و هذا احد العوامل تأخرهم عن العمل و عن ردة فعلهم عندما يصلون حيث هناك اعداد معتبرة للمرضى تنتظرهم و هذا يسبب لهم نوع من الضغط لأنهم لا يديرون اوقاتهم بالشكل المطلوب ، اما فئة الاطباء المقيمين فأغلبيتهم يقومون بالمطالعة و الدراسة لأنهم في طور التكوين حيث يدرسون و يعملون و يقومون بورديات ليلية كأى طبيب موظف رسميا في نفس الوقت ، و هذا ما يسبب نوعا من تذبذب في ادارتهم للوقتهم الحر لان الجامعات الجزائرية خاصة المتخصصة في الطب لا تخصص برنامج للتدريس يلائم و عملهم فإما يعملون او يدرسون او يضيعون ادهم لان البرنامج الساعي من 8سا الى 4 سا في كل الادارات و بالتالي عدم القدرة على مواكبة الاثنتين ، اما فئة البروفسور فقرر عدم الاجابة لانه لم يرد تحديد ما يفعله بعد انتهاء اعماله فهو يعمل في القطاع الخاص أيضا اين يقضى وقت فراغه من العمل الرسمي في المستشفى و هذا بعد زيارتنا له في عيادته الخاصة في المساء و عادة ينهي في ساعة متأخرة حسب قول بعض المرضى المداومين له.

الجدول رقم 28 يوضح فترات قضاء الطاقم الطبي لوقته الحر :

المجموع	عدم الإجابات	لا يوجد وقت	نهاية الأسبوع	بعد الانتهاء من العمل	الزوال حتى نهاية اليوم	وقت قضاء وقت الحر	الطاقم الطبي
1 100%	1 100%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	بروفسور
16 100%	6 37.5%	1 6.25%	6 37.5%	4 25%	00 00%	00 00%	أستاذ مساعد
55 100%	5 9.09%	4 7.27%	23 41.82%	16 29.09%	7 12.73%	7 12.73%	طبيب مقيم
72 100%	20 27.78%	5 6.94%	29 40.28%	20 27.78%	7 9.72%	7 9.72%	المجموع

يبين الجدول رقم 28 فترات قضاء الطاقم الطبي لوقته الحر بحيث يمثل الاتجاه العام نسبة 40.28% يقضونها في نهاية الاسبوع و تدعمها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 41.82% ، اما ادنى نسبة فتمثل لا يوجد وقت بالنسبة لأفراد العينة و تدعمها فئة الاطباء المقيمين .

من خلال القراءة الاحصائية للجدول نقول ان الطاقم الطبي في المؤسسة الاستشفائية العمومية خاضع لقوانين الوظيف العمومي بحيث له الحق بأوقات راحة كأي عامل في القطاع و لكن يتميزون ببعض الخصوصية لأنها تمس صحة المرضى بحيث يلزم على كل طبيب بالقيام بالمناوبات الليلية خاصة في نهاية الاسبوع او في المناسبات و الاعياد و حسب الملاحظة الميدانية التي اجريناها في احد الليالي و كانت ليلة يوم الجمعة بحيث سمحت لنا الفرصة بالملاحظة كأخت للمريض في مصلحة طب الاطفال اين توافد عدد هائل من الاطفال ذات الحالات الاستعجالية فكان هناك نقص في عدد الاطباء المناوبين و قمنا بسؤالهم عن سبب ذلك كأخت لمرض وكان الرد ان هناك صراع الدور بحيث تتعارض

توقعات الفرد مع مجموعة ما من التوقعات الاخرى حول العمل و ينتج عن ذلك صراع داخلي بين افراد الطاقم الطبي .

الجدول رقم 29 يوضح تمضية الوقت الحر مع العائلة بالنسبة للطاقم الطبي :

المجموع	نادرا	أحيانا	دائما	قضاء الوقت الحر مع العائلة الطاقم الطبي
1 100%	00 00%	00 00%	1 100%	بروفسور
16 100%	6 37.5%	9 56.25%	1 6.25%	أستاذ مساعد
55 100%	24 43.63%	25 45.45%	6 10.90%	طبيب مقيم
72 100%	30 41.67%	34 47.22%	8 11.11%	المجموع

يوضح الجدول اعلاه تمضية الطاقم الوقت الحر مع العائلة بحيث ان اعلى نسبة هي 47.22% التي تمثل احيانا ما يقضون اوقاتهم مع العائلة و تؤكدها فئة استاذ مساعد بنسبة 56.25% اما ادنى نسبة هي 11.11% تمثل افراد العينة الذين يقضون دائما اوقاتهم الحرة مع العائلة التي يدعمها البروفسور بنسبة 100% .

من خلال القراءة الاحصائية للجدول بين لنا ان الطاقم الطبي لا يمضي دائما وقت الحر مع عائلتهم و ذلك بسبب الابعاء التي يتضمنها الدور و شعور الفرد بالضغط ، و عبء العمل هو كمية و نوعية العمل اللتان يُطلب من الفرد انجازهما في وقت محدد ، او ان هذه المهام تتطلب مهارات عالية لا يمتلكها الفرد خاصة في مجال العلوم الطبية فيقوم الاطباء دائما بتحديث معلوماتهم حول بعض الامراض لان العلم في تطور مدهل خاصة و الامكانيات الغير المتاحة في مستشفياتنا العمومية اين يقوم الاطباء بالمطالعة و تكوين انفسهم بنفسهم و هذا ما يجعلهم يغيبون في التجمعات العائلية خاصة السعيدة منها والتي تساعد الطبيب على اعادة انتاج طاقته و بالتالي تواجهه في العمل بكله .

الجدول رقم 30 يوضح امكانية تضحية الطاقم الطبي لوقتهم الحر من اجل اتمام العمل المطلوب :

المجموع	ابدا	نادرا	أحيانا	دائما	تضحية وقت الحر الطاقم الطبي
1 100%	00 00%	00 00%	00 00%	1 100%	بروفسور
16 100%	00 00%	1 6.25%	13 81.25%	2 12.5%	أستاذ مساعد
55 100%	12 21.82%	11 20%	18 32.73%	14 25.45%	طبيب مقيم
72 100%	12 16.67%	12 16.67%	31 43.05%	17 23.61%	المجموع

من خلال نتائج الجدول رقم 30 يبين امكانية تضحية الطاقم الطبي لوقتهم الحر من اجل اتمام العمل المطلوب بحيث يمثل الاتجاه العام نسبة 43.05% يضحون احيانا من وقتهم الخاص اي وقت خارج اوقات العمل الرسمية و تدعمها فئة استاذ مساعد و ذلك بسبب عدد من المسؤوليات المتقاة على كاهل الاساتذة المساعدين من تحضير دروس للطلبة و الحرس على تكوينهم بالإضافة الى معالجة المرضى... الخ اما فئة بروفسور يضحى دائما بوقته الخاص من اجل اتمام المهام المتعلقة بالمصلحة بنسبة 100% ، و ذلك لأنه يعد رئيس المصلحة و المكلف بكل شؤون المصلحة من تسيير و ادارة و معالجة الامراض المستعصية التي لا يستطيع تفويضها لأنه صاحب اكثر الخبرة اضافة الى قيامه بمحاضرات بالنسبة للطلبة كل هذه المهام لا يستطيع احد القيام بها فقط ضمن الوقت المحدد رسميا لذا يقوم بإضافة ساعات اضافية خارج الوقت الرسمي ، اما ادنى نسبة فهي 16.67% و التي تمثل فئة الاطباء الذين لا يضحون من وقتهم الخاص و تدعمها فئة طبيب مقيم بنسبة 21.82% بحيث ان المهام الموكلة لديهم تكفيهم من اجل تنفيذها ضمن الوقت المحدد لهم رسميا خاصة و ان هذه الفئة هي الواجهة الاولى للمرضى بحيث الوقت المحدد رسميا معلوم بين

المرضى الا اذا كانوا في ورديات ليلية اين يعملون 24سا\24سا مرة كل اسبوع بحيث يكون الوقت الرسمي مفتوح و ليس كل الايام العادية اي 8سا يوميا و يعود العامل الثاني لعدم تضحياتهم من وقتهم الخاص الى عدم الانتماء لهذة المؤسسة الاستشفائية بحيث يكتفي فقط بأوقات العمل المطلوبة منه و فقط و كانه آلة يعمل ما يطلب منه بدون اضافة شئ من عنده و هذا راجع الى سياسة التحفيز المادية حسب قول احد الاطباء لعدم حاجتهم اليها اكثر من التحفيزات المعنوية التي ترفع من معنوياتهم و تقديرا لذواتهم .

الجدول رقم 31 يوضح تأجيل الأعمال الصعبة حسب الطاقم الطبي :

المجموع	أبدا	أحيانا	دائما	تأجيل الأعمال الصعبة الطاقم الطبي
1 100%	1 100%	00 00%	00 00%	بروفسور
16 100%	2 13.75%	10 62.5%	4 25%	أستاذ مساعد
55 100%	8 14.55%	40 70.73%	7 12.72%	طبيب مقيم
72 100%	11 15.28%	50 69.44%	11 15.28%	المجموع

من خلال نتائج الجدول رقم 31 يوضح تأجيل الاعمال الصعبة للطاقم الطبي بحيث تمثل الاتجاه العام نسبة 67.44% احيانا ما يؤجل افراد الطاقم الطبي لبعض المهام الصعبة بالنسبة لهم و التي تدعمها فئة الاطباء المقيمين بنسبة 70.73% و التي تشير الى غموض الدور الذي يعني عدم معرفتهم بالمهام و الاعمال التي يجب عليهم القيام بها و هناك احتمال اخر انهم لا يستطيعون قول لا عند توكيلهم الاعمال غير القادرين على تنفيذها لأنهم ما يزالون في طور التكوين و ذلك يؤثر على مشوارهم المهني و بالتالي تفادي الصراع داخل الطاقم الطبي أما ادنى نسبة 15.28% تمثل كلا الحالتين بالتساوي بحيث تمثل الاولى الاطباء اللذين يقومون بتأجيل المهام الصعبة و التي تدعمها فئة استاذ مساعد بنسبة 25% اما الحالة الاخرى فهي تمثل الاطباء الذين لا يؤجلون الاعمال الصعبة ابدا و التي تدعمها فئة بروفسور بنسبة 100% و هذا يدل على الادارة الجيدة للذات بحيث يكون العمل من ضمن الاولويات الاولى بحيث ان بروفسور "رئيس المصلحة" هو المشرف العام للطاقم الطبي و يقوم ايضا بفحص المرضى ذات الحالات الخطيرة و بالتالي يكونون الاولوية

الاولى لأنه يؤثر على حياة و يمثل ايضا السلطة العليا للطاقم الطبي اذا تم تأجيل الاعمال فسوف يكون ميوعة و تسبب في الادارة الطبية .

**الجدول رقم 32 : يوضح اقتراحات الطاقم الطبي لإدارة أحسن للوقت :**

المجموع	عدم الاجابات	تعاون و اتصال الفريق الطبي	تكوين الأطباء و العمال	زيادة عدد الاطباء	نقص ساعات العمل (المنوابة)	ظروف ووسائل العمل	تنظيم و توزيع المهام	اقتراحات لتحسين الوقت	الطاقم الطبي
1 100%	1 100%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	00 00%	بروفسور
16 100%	1 6.25%	1 6.25%	1 6.25%	5 31.25%	2 12.5%	00 00%	6 37.5%	6 37.5%	أستاذ مساعد
55 100%	9 16.36%	7 12.73%	3 5.45%	12 21.82%	6 10.90%	5 6.94%	13 23.64%	13 23.64%	طبيب مقيم
72 100%	11 15.28%	8 11.11%	4 5.56%	17 23.61%	8 11.11%	5 6.94%	19 26.39%	19 26.39%	المجموع

من خلال نتائج الجدول اعلاه يوضح اقتراحات الاطباء لإدارة جيدة لوقت العمل بحيث يمثل الاتجاه العام نسبة 26.39% تنظيم و توزيع المهام في المصلحة و تدعمها فئة استاذ مساعد بنسبة 37.5% و التي تدل على عدم وجود تنظيم له نجاعة في المؤسسة و المهام غير موزعة بإنصاف على افراد الطاقم الطبي و بالتالي ضياع الوقت و المسؤول الاول على تنظيم و تحديد المهام هو البروفسور "رأس المصلحة" و الذي لم يرد الاجابة عن هذا السؤال و هذا دليل على انه يعلم بنقائص الموجودة في التنظيم و لا ربما مشاكل عميقة لا يستطيع رئيس المصلحة وحده اصلاحها و هذا ما يعكس ما نراه في مستشفياتنا من سوء تنظيم اما ادنى نسبة هي 5.56%

فتمثل الاطباء الذي يقترحون تكوين الاطباء و العمال من اجل ادارة جيدة للوقت و التي تدعمها فئة استاذ مساعد بنسبة 6.25% و هذا يشير الى ان اقلية الاطباء من يرون ان هناك ضياع الوقت في مكان العمل و هذا دليل على عدم حرصهم على ادارة الوقت بقدر ما يهمهم ظروف العمل بنسبة % 6.94، نقص ساعات العمل "المنوابة" بنسبة % 11.11 كلها امور تتعلق بالعمل و الحرص على العمل برفاهية اقل ضغوطات و دليل على ذلك عدم اجابة بعض الاطباء على هذا السؤال بنسبة % 15.28 ليس لعدم فهمهم السؤال لانه تم شرحه من قبل الباحثة و لكن لا يهمهم ادارة الوقت كمفهوم لأنهم لا يزالون في المراحل الاولى لسلم الحاجات و هي الحاجة الى الامن المأخوذة من نظرية ماسلو للحاجات بحيث الحاجات الاولى لم تلبى فلا يستطيع الاطباء التفكير في ادارة الوقت العمل في حين غياب ظروف العمل ملائمة، و تكوينهم باستمرار و تقسيم مهامهم من اجل الاحساس بالأمن و الاستقرار .

## استنتاج نتائج الفرضية الفرعية الثالثة :

تبين النتائج المتوصل اليها من خلال عرض و تحليل الفرضية المتعلقة بتأثير وقت الفراغ سلبا على ادارة وقت العمل للأطباء المتخصصين حيث ان وقت الفراغ هو الوقت المستغرق خارج اوقات العمل و يسميه البعض بالترويح او اعادة الانتاج و هو مزولة أي نشاط في وقت الفراغ بهدف إدخال السرور على النفس دون انتظار أي مكافأة سواء كان نشاطا فردياً أو جماعياً، و يتضح ذلك جليا في الجدول رقم 27 حيث ان المسؤولية العائلية هي الاولوية الاولى للطاقم الطبي عندما يريد قضاء وقته الحر او وقت الفراغ بنسبة 36.11% بحيث تدعمها فئة الاساتذة المساعدين بنسبة 62.5% خاصة و ان نسبة الاطباء المتزوجين 48.61% ذات مسؤوليات عائلية من تربية الابناء ، اعمال منزلية ، زيارات عائلية ...الخ كلها واجبات اجتماعية مرتبطة بثقافتنا و قيمنا و اعرافنا .

اما فترات قضاء وقت الفراغ بالنسبة للأطباء فهو في نهاية الاسبوع بنسبة 40.28% لما له من وقت اطول و عادة ما يكون هادئا من اجل الترويح و اعادة انتاج الطاقة من جديد و لكن في بعض الاحيان يكون متعبا اذا قضاه الاطباء مع العائلة و ذلك موضح في الجدول رقم 29 بحيث يقضون احيانا مع العائلة بنسبة 47.22% و هذا ما يعكس سلبا على ادارة وقت العمل لان الاولوية الاولى للعائلة مقارنة مع وقت العمل لان احيانا لا يضحون الاطباء من وقتهم الحر من اجل اتمام العمل المطلوب بهم بنسبة 43.05% خاصة و ان عملهم حساس و تتعلق بحياة انسان و بالتالي عدم قدرتهم على الفصل بين الحياة المهنية و الحياة الشخصية و بعض الاحيان ما يقومون بتأجيل الاعمال الصعبة بنسبة 67.44% هذا ما يبينه الجدول رقم 31 بحيث التأجيل هو تأخير تنفيذ المهام المطلوبة الى موعد اخر او ربما نسيانها فأغلبية الاطباء يتجنبون تنفيذ المهام الصعبة بسبب عدم معرفتهم كيفية تنفيذها ، و من خلال النتائج المذكورة اعلاه نستنتج ان ادارة الاطباء لوقت فراغهم لا تسمح لهم بإعادة انتاج الطاقة اللازمة من جديد بحيث انهم لا يمارسون نشاطات ثقافية او رياضية خارج اوقات العمل بل يقضونها في المسؤوليات العائلية التي ادت بهم الى تأجيل بعض الاعمال المتعلقة بالعمل و من هذا المنطلق نقول ان الفرضية الجزئية الثالثة تحققت .

## الاستنتاج العام :

من خلال عرض ومناقشة و تحليل نتائج الدراسة المتمثلة في واقع ادارة الوقت في المؤسسة الاستشفائية العمومية تستنتج الباحثة ان المؤثرات التنظيمية و الاجتماعية لها اثر على واقع ادارة الوقت في مستشفياتنا ، بحيث تتمثل المؤثرات التنظيمية في تنظيم و ادارة الوقت الفعالة و هذا ما رأيناه في نتائج الفرضية الجزئية الاولى بحيث ان المؤسسات الصحية الجزائرية تتبع التنظيم البيروقراطي في تنظيم العمل و هو نظام موروث من جيل الى جيل بحيث يشجع مركزية اتخاذ القرارات بحيث يكون رئيس المصلحة هو المسؤول عن رقابة الاطباء بحيث تركيز في تطبيق مبدأ الرقابة و الاشراف يؤدي إلى زيادة الاحتمال محاولة الانحراف على القواعد و التعليمات الأمر الذي يؤدي إلى مزيد من الرقابة و الاشراف و بالتالي المزيد من النتائج الغير متوقعة و في النهاية يصل التنظيم إلى موقف غريب يتميز بانخفاض الكفاءة و تخصيص جانب كبير من الموارد و القيام بأعمال رقابية و ترك الأهداف أو الأعمال السياسية للتنظيم دون التنفيذ الحقيقي يتناسب مع تكلفة العمل الرقابي، و ايضا عدم شعور العاملين الانتماء إلى التنظيم موحد و عدم إدراكهم لأهداف التنظيم العامة و ذلك لعدم الاستفادة من الاجتماعات التي تقام اسبوعيا من اجل طرح المشاكل التنظيمية المتعلقة بالعمل فهي تطرح حالات المرضى فهذا دليل على عدم اكثرانهم بما يحصل في التنظيم فهم معتادون عليها و يسعون على اعادة انتاج نفس التنظيم لأجيال اخرى خاصة فيما يتعلق بالوقت الرسمي للعمل بسبب الاستقلالية و السلطة المهنية التي يمارسها الاطباء في التنظيم ، سواء في الطب العام أو الأخصائيين، هذه السلطة تمنحها لهم الخبرة والمهارة التي تحصلوا عليها خلال فترة تكوينهم وتعليمهم الطويلة نسبيا، فإملاكهم للمهارات والمعارف التقنية في مجال إختصاصاتهم، يسمح لهم بإتخاذ القرارات الخاصة بالرعاية والمتابعة الطبية ومختلف متطلباتها ومستلزماتها. كل هذا أعطى للطبيب الحق في ممارسة سلطته المهنية على مرضاه، بالإضافة إلى السلطة على المصالح التقنية للمستشفى. فطبيعة التكوين وطبيعة الوظيفة التي يشغلونها بفضل التأهيل وكذا الخبرة والكفاءة المعترف لهم بها، تجعلهم يتمتعون بالسلطة المهنية داخل المؤسسة و يؤثرون بها على القرارات التي تصدرها الهيئة الإدارية ، و

هذا ما يمنحهم هامش من الحرية التي سمحت لهم بإنشاء ثقافة مؤسسية متعلقة بوقت غير رسمي و هو معترف به من قبل الادارة الطبية بحيث يباشرون على الساعة التي يريدونها من دون ارسال لهم انذارات حيث يكون رئيس المصلحة هو الاب و الحامي لهم في حال حدوث أي شئ فلهم استراتيجيات من اجل الدفاع عن مصالحهم ، و كل هذا بسبب التنظيم الغير المتجدد تزامنا مع التطورات التكنولوجية الحديثة و ظهور نظريات تنظيمية ذات نجاعة اما المؤثرات الاجتماعية فهي تتمثل ضغوط العمل بحيث الفرضية الجزئية الثانية توضح ان للأطباء ضغوطات بسبب الاكتظاظ و تزايد عدد المرضى المتوجهين لهم و هذا لا يؤثر سلبا على ادارتهم للوقت لان لديهم استراتيجيات من اجل تكيف مع ضغوطات المتواجدة في المصلحة و ذلك لمعرفة بمدى اهمية و فعالية هذه الاساليب في واجهة الضغوط التي يواجهونها او الحد منها و التكيف معها خاصة ان الطبيب يذهب لمزاولة عمله و هو مدرك تماما انه يواجهه العديد من المواقف الضاغطة و الحرجة خاصة تلك المتعلقة بسلامة الافراد و انقاذ حياتهم و من بين الاستراتيجيات استثمار وقتهم كما يريدون ايضا البحث عن الدعم العاطفي او الاجتماعي من العائلة و الاقارب ، النوم ايضا يعتبر من انجع الاستراتيجيات .

تشير الفرضية الجزئية الثالثة لدور السلبى لوقت الفراغ في ادارة وقت العمل بحيث ان الادارة الفعالة للوقت هي ادارة الذات كما عرفها داکر بحيث ان الحياة الاجتماعية للأطباء لها اولوية على العمل لهذا يريدون تمضية وقت اطول مع العائلة خاصة و ان معظمهم متزوجون و لهم التزامات عائلية تمنعهم من الترويح عن النفس بحيث ان الترويح عن النفس خارج اوقات العمل امر محمود و يُشجع عليه في حين نرى ان الحياة الاجتماعية تغطي على الحياة المهنية و هذا دليل على عدم القدرة على ادارة الذات و هذا ما يفسر التأخرات و عادة الغيابات المتكررة في المصلحة ، خاصة في غياب المبادرة و روح الابتكار الذي افرزه التنظيم البيروقراطي و الذي جعل من الانسان كآلة و جعله يعيش في روتين يسمح له بإيجاد استراتيجيات النفوذ و السيطرة داخل التنظيمات .

## الخاتمة :

ان مسألة ادارة الوقت في الفكر الاداري المعاصر تحتل مكانة مهمة في سير جمل من العمليات التنظيمية التي تمس مختلف الانشطة و المهام ، فالوقت مورد نادر ترتبط به اهداف و سياسات و برامج عمل ، أي يتعلق بثقافة المؤسسة و رسالتها فأبي غموض فيها قد ينعكس على العملية التنظيمية ، فإن نتائج هذا الغموض هو سوء استخدام الوقت ، و هذه ظاهرة منبثقة من التراث القيمي للمجتمع الجزائري الذي يخترق و يتموضع داخل نسق العلاقات الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية ، اذ توجد سلوكيات سلبية يحملها بعض الاطباء الى هذه المؤسسة كعدم تقدير لقيمة الوقت .

تعتبر المؤسسة الاستشفائية تنظيما اجتماعيا يتأثر و يؤثر حسب نظرية النظم التي تركز على فكرة المدخلات و المخرجات ، فمدخلات المؤسسة تتمثل خاصة في الموارد البشرية هذه الموارد تحمل قيما و اتجاهات و عارف و سلوكيات مستمدة من المجتمع ، فالطبيب كمورد يتمثل قيما تتحكم فيه البيئة الثقافية السائدة و تحديدا الولاء للجماعة أي للطايم الطبي فالقرارات التنظيمية للطايم تأخذ من طرف رئيس المصلحة و هو "بروفسور" بحيث لا يقوم بإصدار مذكرات للطباء المتأخرين او الاطباء الغائبين او المتأخرين و يحل محل الاب و بالتالي يكرس مفهوم السلطة الابوية داخل المؤسسة الاستشفائية المستمدة من الخلفية الثقافية المتوارثة عبر اجيال في المؤسسة الاستشفائية .

تعتبر مهنة الطب من المهن الشاقة نظرا لما يواجهه من ضغوطات خاصة اذا ما تعلق الامر بإنقاذ الروح البشرية ، فنجد مضطرا لبذل كل ما في وسعه لمساعدة المريض و انقاذ حياته و اذا تحدثنا عن الاطباء في مستشفى "حسن بادي" فإننا نزيد من تعقيد مهنة الطبيب نظرا لما تحمله هذه المصلحة من اعداد هائلة يتوافدون اليها و هذا راجع الى سياسة المنتهجة من طرف الدولة الجزائرية المتمثلة في مجانية العلاج و من اجل هذا اصبح بعض الاطباء متكيفون مع الضغوطات و غادر البعض الى القطاع الخاص اين يستطيع تنظيم وقته بالطريقة التي يريد مع اقل ضغوطات .

و من خلال النتائج المتوصل اليه نقترح بعض التوصيات :

- ✓ تعد البيروقراطية من أبرز المشكلات التي تعاني منها الإدارة الطبية لإعاقتها عن القيام بمهامها وواجباتها في تنفيذ وتحقيق أهدافها و لهذا يجب ايجاد نظام حديث خاص بالادارة في المؤسسة الصحية .
- ✓ تكوين الاطباء المقيمين حسب الوقت المسموح لهم فمثلا دروس ليلية عوض في الفترة الصباحية من اجل الالتحاق بالاثنين .
- ✓ تشجيع الترقية و دوران المناصب من اجل القضاء الروتين .
- ✓ انشاء لجنة موضوعية غير تابعة للهيئة الطبية من اجل مراقبة و تنظيم المصلحة.
- ✓ القيام بنشاطات ثقافية و رياضيو من اجل الترويح عن النفس و من اجل مواجهة الضغوطات .
- ✓ زيادة عدد الاطباء في المصلحة لتفادي الضغط في المستشفيات .
- ✓ التكوين المستمر للأطباء .
- ✓ تقليص ساعات المناوبة و ذلك بتكوين 4 فرق عوض 3 فرق او في بعض الاحيان فرقتين .
- ✓ تحسين ظروف العمل و تجهيز المستشفى بأحدث التجهيزات الطبية .



فَلَمَّا تَرَ الْفِتْنَةَ الْمُرَاجِمِ

## قائمة المراجع :

### الكتب باللغة العربية :

1. القرآن الكريم .
2. الحديث الشريف .
3. السالم مؤيد: التوتر التنظيمي مفاهيمه اسبابه استراتيجيات ادارته، مجلة الادارة العامة، السعودية، 1990م.
4. اللوزي موسى: التطوير التنظيمي " اساسيات مفاهيم حديثة"، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر، عمان، الاردن، 2003م.
5. السيد عليوه: ادارة الوقت و الادارة بالازمات ، الطبعة الاولى، منشورات مكتبة اقرأ، عمان، الاردن، 2010م.
6. العديلي محمد: ادارة الوقت، الطبعة الاولى ، مكتبة الملك فهد الوطنية، السعودية، 1994م.
7. القرضاوي يوسف: الوقت في حياة المسلم، الطبعة الاولى ، مؤسسة الرسالة للنشر، بيروت، لبنان، 1994م.
8. السيد الحسني: النظرية الاجتماعية دراسة التنظيم، الطبعة الرابعة، دار قطرین الفجاءة، قطر، 1986م.
9. المهدي الطاهر غنية: ادارة الاعمال، الطبعة الاولى، دار الجامعية المفتوحة، طرابلس، ليبيا، 2003م.
10. احسان محمد الحسن : الاسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، الطبعة الاولى ، دار الطليعة للطباعة النشر ، بيروت ، لبنان ، 2004م.
11. احسان محمد الحسن: علم الاجتماع الفراغ، الطبعة الاولى، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان ، الاردن، 2005م.

12. بلقاسم سلاطينية و حسان الجيلالي: منهجية العلوم الاجتماعية، الطبعة الاولى، دار الهدى للطباعة و النشر، بسكرة، الجزائر، 2004م.
13. حسن ملحم: التحليل الاجتماعي للسلطة، الطبعة الاولى، المطبعة الجزائرية للمجلات الجرائد الجزائرية، الجزائر، 1993م.
14. حسن عبد الباسط: اصول البحث الاجتماعي، الطبعة الخامسة، دار غريب للطباعة و النشر، القاهرة، مصر، 1976م.
15. حسين حريم: السلوك التنظيمي "سلوك الافراد الجماعات في منظمات الاعمال"، دار الحامد لنشر التوزيع، عمان، الاردن، 2004م.
16. حنا نصر الله: مبادئ ادارة الوقت، الطبعة الثانية، دار التقدم العلمي، بيروت، لبنان، 2005م.
17. خليل محمد العزاوي: ادارة اتخاذ القرار الاداري، الطبعة الاولى، دار كنوز المعرفة للنشر و التوزيع، عمان، الاردن، 2010م.
18. دياسر احمد فرح: ادارة الوقت و مواجهة ضغوط العمل، الطبعة الأولى دار حامد للنشر و التوزيع، عمان، الاردن، بدون سنة.
19. رعد حسن الصرن: وظائف الادارة المكتبية و طبيعة عملها، الطبعة الأولى، دار علاء الدين للطباعة النشر، دمشق، سوريا، 2007م.
20. رعد حسن الصرن: فن و علم ادارة الوقت، الطبعة الأولى، سلسلة الرضا للمعلومات، بيروت، لبنان، 2000م.
21. رحيم حسين: اساسيات نظرية القرار الرياضيات المالية، الطبعة الاولى، منشورات مكتبة اقرأ، الجزائر، 2011م.
22. رعد سفيان اخرين: ادارة المستشفيات، الطبعة الاولى، دارالتقني للطباعة النشر، بغداد، العراق، 1998م.

23. سلامة سهيل فهد: ادارة الوقت، الطبعة الثانية، دار التقدم العلمي، بيروت، لبنان، 2005م.
24. سيزلاقي اندرو ولاس مارك: السلوك التنظيمي و الاداء، ترجمة معهد الادارة العامة ، الرياض ، السعودية ، 1991م.
25. شوقي عبد الله: ادارة الوقت مدارس الفكر الاداري، الطبعة الاولى، دار اسامة للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2006م.
26. شعلان الشمري: مفاهيم الادارة، الطبعة الاولى، دار الهدى للنشر و التوزيع، الاردن، 2012.
27. صالحة عبد الله : ادارة الموجه التربوي لوقته و مساعدة العاملين التربويين في ادارة وقتهم، الطبعة الاولى، وزارة التربية و التعليم، عمان، الاردن، 1992م.
28. عامر الكبيسي: الفكر التنظيمي، الطبعة الاولى، المنظمة العربية للعلوم الادارية، عمان، الاردن، بدون سنة.
29. عي غربي و اخرون: تنمية الموارد البشرية، الطبعة الاولى، دار الهدى للطباعة و النشر، عين مليلة، الجزائر، 2002م.
30. عبد الباقي صلاح: السلوك التنظيمي، الطبعة الاولى، دار الجامعة الجديدة للنشر، الاسكندرية، مصر، 2004م .
31. عمار بوحوش و محمد محمود ذنبيات: مناهج البحث العلمي و طرق اعداد البحوث، الطبعة الرابعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2007م .
32. عدنان حسين الجاوري و يعقوب عبد الله الحلو: الاسس المنهجية و الاستخدامات الاحصائية في بحوث العلوم التربوية و الانسانية، الطبعة الاولى، دار اثراء للنشر و التوزيع، عمان، الاردن، 2009م .
33. علي الحواث : مبادئ علم الاجتماع، الطبعة الاولى، منشورات الجامعة المفتوحة للطباعة و النشر، ليبيا، 1990م .

34. علي ليلة : نظرية علم الاجتماع ، الطبعة الاولى ، المكتبة المصرية للنشر ، القاهرة، مصر، 2000م .
35. علي خلف حجاحة : اتخاذ القرارات الادارية ، الطبعة الاولى ، دار قنديل للنشر و التوزيع ، عمان، الاردن، 2006م .
36. عبد الباقي : السلوك الفعال في المنظمات ، الطبعة الاولى ، دار الجامعة للنشر ، الاسكندرية، مصر، 2001م .
37. عيساوي : علم النفس الفيسيولوجي ، الطبعة الاولى ، دار النهضة العربية للنشر و الطبع ،بيروت ، لبنان ، بدون سنة .
38. عمر مصطفى النعاس : الضغوط المهنية و علاقتها بالصحة النفسية، الطبعة الاولى، منشورات جامعة 7 اكتوبر، ليبيا ، 2008م .
39. علي عسكر: ضغوطات الحياة ، الطبعة الاولى، دار الكتاب الحديث ، الكويت ، 2003م .
40. عبد العزيز جميل مخيمر: الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات، معهد الادارة العامة العامة ، السعودية، 1999م .
41. فريد نصيرات : ادارة المنظمات الرعاية الصحية ، الطبعة الاولى، منشورات عمادة البحث العلمي ، عمان ، الاردن، 2003م .
42. فاروق السيد عثمان : القلق و ادارة الضغط ، الطبعة الاولى، دار الفكر العربي للنشر ، مصر، 2001م.
43. ليلى جواد و علا مصطفى : تخصيص الوقت ، الطبعة الاولى ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية ، القاهرة ، مصر، 1998م .
44. محمد الصرفي : السلوك الاداري "العلاقات الانسانية"، الطبعة الاولى ، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر، الاسكندرية، مصر، 2007م .

45. محمد حسن الشماع : نظرية المنظمة ، الطبعة الثانية ، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان ، الاردن،2000م .
46. محمد شاكر : ادارة الوقت في الاجهزة الحكومية ، الطبعة الاولى ، معهد الادارة العامة، الرياض، السعودية ،1982م .
47. معن محمود عياصرة و مروان محمد بني احمد: ادارة الصراع و الازمات و ضغوط العمل، الطبعة الاولى، دار حامد للنشر و التوزيع، عمان، الاردن،2008م .
48. ماهر احمد : السلوك التنظيمي، الطبعة الاولى ، دار الجامعية للنشر، الاسكندرية ، مصر،2003م .
49. محمد احمد الخضيرى: الادارة التنافسية للوقت، الطبعة الاولى، ايتراك للنشر و التوزيع، مصر،2000م.
50. مدني عبد القادر علاقي: الادارة دراسة وصفية تحليلية للوظائف و القرارات الادارية، الطبعة الاولى ، دار التهامة للنشر، جدة ، السعودية ،1981م .
51. محمد المدني : افكار رئيسية في ادارة الوقت ، الطبعة الاولى، الدار الجماهيرية للنشر، طرابلس، ليبيا،1987م .
52. ناصر دادي عدون: اقتصاد المؤسسة، الطبعة الثانية، دار المحمدية العامة للطباعة و النشر، الجزائر، بدون سنة .
53. نور الدين حاروش: ادارة المستشفيات العمومية، الطبعة الاولى، دار الكرامة للكتاب، الجزائر،2006م.
54. هيجان عبد الرحمان: ضغوط العمل مصادرها و نتائجها و كيفية ادارتها، الطبعة الاولى، معهد الادارة العامة، الرياض، السعودية،1998م.
55. يحي حداد: مؤسسات الاعمال و الاشكال القانونية، الطبعة الاولى، دار زهران للنشر و التوزيع ،عمان، الاردن،1996م .

56. ياسر احمد فرح: ادارة الوقت و مواجهة ضغوط العمل ، الطبعة الاولى، دار حامد للنشر و التوزيع، عمان، الاردن، 2007م .

### المعاجم و القواميس :

57. ابن المنصور: لسان العرب، دار صادر للنشر و التوزيع، بيروت ، لبنان ، 1953.

### المجلات و الدوريات و اوراق عمل المؤتمرات:

58. براحو فافة سهيلة : اصلاح المنظومة الصحية واقع و افاق ، العدد السادس، مجلة الدراسات الاستراتيجية، الجزائر، بدون سنة .

59. ريستوهازي رودلف: مفهوم الزمان الاجتماعي، ترجمة عثمان امين، العدد الثاني، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية ، الاردن، 1973.

60. زيد حمزة : الطب و الصحة في نصف قرن، بحوث و اوراق المؤتمر العربي السادس في الاساليب الحديثة لادارة المستشفيات تحت شعار "تمويل الخدمات الصحية و الطبية"، القاهرة، مصر، نوفمبر، 2007.

61. سنوسي علي: تقييم مستوى الفعالية التنظيمية في المستشفيات الجزائرية، العدد السابع، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا ، جامعة مسيلة ، الجزائر. بدون سنة .

62. عاشور خديجة: ضغوط العمل-نظريات و النماذج-، العدد السادس و العشرون، مجلة العلوم الانسانية ، جامعة محمد خيضر، بسكرة ، الجزائر، جوان 2012 .

63. عازم سهيلة: مصادر الضغط المهني لدى ممرضات مصلحة الاستجالات، رسالة من اجل نيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس ، جامعة الجزائر 2، 2009م.

64. منظمة الصحة العالمية ، سلسلة التقارير التقنية (395) ، 1980م.

65. محمد امين: المتطلبات الخدمية لرفع كفاءة الانتاجية للمستشفيات في الاردن ، العدد السابع و السبعون ، مجلة الاداري ، سلطنة عمان ، جوان 1999م.

66. هيم رشدي: ضغوط العمل و استراتيجيات التعامل معها، العدد 5616، المجلة الاقتصادية الالكترونية ، الرياض، المملكة العربية السعودية،2009.

67. يرقى حسين و جوال محمد السعيد : الابداع و التغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، مداخلة مقدمة الى الملتقى الدولي ، جامعة سعد دحلب، البليدة ،الجزائر، ايام 12 /13 ماي 2010.

### وثائق رسمية :

68. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، المرسوم التنفيذي رقم97/466 المؤرخ في 02/12/1997 المتضمن قواعد انشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها ، العدد81، الجريدة الرسمية، الصادر في 10/12/1997.

69. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية الامر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتعلق بانشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية ،الجريدة الرسمية، العدد01 ، الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974

70. وزارة الصحة و السكن، مدونة المراسيم التنفيذية المتضمنة تنظيم و تسيير القطاعات الصحية، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة و المراكز الاستشفائية الجامعية،2004.

71. وزارة الصحة و السكن، مدونة المراسيم التنفيذية المتضمنة تنظيم و تسيير القطاعات الصحية، المؤسسات الصحية الاستشفائية المتخصصة و المراكز الاستشفائية الجامعية،1997.

### الرسائل الجامعية :

72. بحدادة نجات: تحديات الامداد في المؤسسة الصحية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية ، جامعة ابو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر،2012.

73. جهاد بن محمد الرشيد : ادارة الوقت و علاقتها بضغط العمل ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الادارية، اكااديمية نايف العربية للعلوم الامنية ، السعودية ، 2003.
74. حسيني محمد العيد :السياسة العامة الصحية في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم السياسية ، كلية الحقوق و العلوم السياسية ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، الجزائر ، 2013 .
75. سعد الدوسري: ضغط العمل و علاقتها بالولاء التنظيمي في الاجهزة الامنية، رسالة نيل شهادة الماجستير في العلوم الادارية، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، الرياض، السعودية، 2005م.
76. سعاد شايب: الطبيب في القطاع الصحي العام بين اداء المهنة و ظروف العمل، رسالة لنيل شهادة ماجستير، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2 ، الجزائر، 2002م.
77. سيد احمد حاج عيسى :اثر تدريب افراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية ، رسالة لنيل شهادة الماجستير ، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر 3 ، الجزائر ، 2012.
78. شهرة محمد: الوقت و الاداء التنظيمي داخل الإدارة الجزائرية، رسالة لنيل شهادة الماجستير، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، الجزائر، 2007م.
79. عبد القادر سعيد بنات: ضغط العمل و اثرها على اداء الموظفين، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، قسم ادارة الاعمال ، كلية التجارة، غزة، فلسطين، 2009م.
80. عيسى ابراهيم المعشر: اثر ضغوط العمل على اداء العاملين، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، كلية العلوم الادارية و المالية، جامعة الشرق الاوسط للدراسات العليا، 2009م.

81. قراري حنان: الضغط المهني و علاقته بدافعية الانجاز لدى اطباء الصحة العمومية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية، جامعة الخيضر، بسكرة، الجزائر، 2014م.
82. كريمة بوعزيز: اختيار المريض لاسلوب العلاج في القطاع العام و القطاع الخاص، رسالة لنيل شهادة ماجستير، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر2، الجزائر، 2002م.
83. كمال عبد الحميد الصوري: واقع ادارة الوقت لدى مديري مدارس التعليم الاساسي، رسالة لنيل شهادة الماجستير في اصول التربية، جامعة الازهر، غزة، فلسطين، 2008م.
84. لعجايلية يوسف: مصادر ضغوط العمل لدى عمال الصحة و سبل مواجهتها في المصالح الاستعجالية ، رسالة من اجل نيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس، جامعة بسكرة، الجزائر، 2015م.
85. ليلة سايب: الولاء التنظيمي و علاقته بالضغط المهني، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية، جامعة الجزائر2، الجزائر، 2010م.

### المراجع باللغة الاجنبية :

#### **Les ouvrages :**

86. ANDERSON,N :work and leisure, 1<sup>st</sup> edition, ROUTLEDGE AND KEGAN PAUL,London , England ,1961.
87. IVANCEVICH AND MATTESON :Organizational behaviour and management ,6<sup>th</sup> edition, LITTLE COMPANIES ,North America ,2002 .
88. WILLBERT EMOOR : time and society,1<sup>st</sup> edition, published in new yourk , United state of America, 1963 .

### **Theses Universitaires :**

89. LAMRI : le système de santé algérien ( Organisation Fonctionnement et Tendances ) , Mémoire de magistère , institut des sciences économique , Université d'Alger, Algerie , 1986 .

### **Journaux et revues et séminaires:**

90. AOUTI ET GUIDOUM :L'organisation de la distribution des soins son insertion dans le développement socio-économique du pays , séminaire sur le développement de santé, ministère de la santé, Alger, Algerie , 7/8 Avril 1983 .
91. Ministère de la santé , Rapport général sur l'organisation de système de santé, Ministre de santé et de la population , institut national de la santé publique élément de réflexion,1992 .
92. Organisation Mondial de la santé, Bureau Régional pour l'Afrique , Algerie plan travail 2004 /2005 , novembre 2003 .
93. République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministre de la population et de la réforme hospitalière , statistique sanitaire année 2007 , Alger, 2008 .
94. R.A.D.P Décret n°76\_140 du mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé proximité , journal officiel , n°33, du 20 mai 2007 .



الملاحق

## **QUESTIONNAIRE**

*Je suis étudiante en sociologie des organisations à l'Université d'Alger, je prépare ma thèse de Magistère sur La Gestion du temps chez les médecins. Je sollicite votre contribution à la réalisation de ce travail en m'accordant un petit moment de votre temps pour remplir ce questionnaire.*

*Comme tout travail scientifique, l'anonymat total de vos réponses est assuré. Vos réponses ne seront utilisées que dans le cadre de ma recherche scientifique de préparation de la thèse.*

### **RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS :**

1. Age : .....
2. Sexe : M  F
3. Etat civil : 1. Célibataire  2. Marié(e)  3. Veuf(ve)  4. Divorcé(e)
4. Adresse : 1. loin du lieu de travail 2. proche du lieu de travail
5. Moyens de transport : 1. voiture personnelle  2. Train  3. Bus
6. Spécialité : .....
7. Poste actuel : .....
8. Ancienneté : .....
9. Grade: .....
10. Service : .....
11. La langue utilisée avec les malades : .....

### **TEMPS ET ORGANISATION DU TRAVAIL :**

12. Quels sont vos horaires de travail ? expliquez le système

.....  
.....

13. Ce système vous convient –il ? 1. oui  2. non

Si oui : est ce que cela est dû à :

1. Un choix personnel  2. Une obligation familiale

3. Une obligation de service  4. Autres ..... ;

14. Qui organise votre travail ?

.....

15. Qui contrôle la gestion de votre service ?

1. Le médecin chef

2. le surveillant médical

3. L'administration

4. Autre .. .. .

16. Quels sont les méthodes de travail que vous utilisez?

1. non prévu par la réglementation

2. uniquement ce qui est réglementaire

3. autre .. .. .

17. Est-ce que vous assurez d'autres tâches en dehors de votre tâche officielle ? 1. Oui  2. non

Si oui expliquez

.....  
.....

18. Est-ce que vous exécutez des travaux de routine et vous pensez que c'est une perte de temps ? 1. Oui  2. Non

Si oui expliquez

.....  
.....

19. Avez-vous un manque en ce qui concerne le matériel médical ?

Consommables et produits pharmaceutiques ? 1. oui  2. Non

A. Si oui : Est-il ? : 1. très fréquent  2. peu fréquent

3. Rare  4. autre .. .. .

B. Dans quelle période survient ce manque ? .. .. .

20. Est-ce que des réunions périodiques sont organisées ?

1. hebdomadairement  2. mensuellement  3. annuellement

21. Quelle est la durée de ces réunions ?

.....

22 . quels sont les thèmes abordés ?

.....

.....

.....

**L'INFLUENCE DE LA PRESSION DU TRAVAIL SUR LE TEMPS :**

23 . *Comment vous passez votre temps libre ?*

.....

.....

24 .*Quelles sont les activités que vous exercez durant votre temps libre ?*

.....

.....

25. *Quand est-ce que vous exercez ces activités ?*

.....

26 . *Est-ce que vous investissez votre temps comme vous le souhaitez ?*

- 1 . toujours       2. de temps en temps       3. rarement

27. *Est-ce que vous accomplissez des tâches qui ne font pas partie de votre spécialité ?* 1. Oui       2 . non

28. *Est-ce que le temps de travail accordé vous permet d'accomplir les tâches attendus de vous ?*      1. Oui       2. Non

29 . Quel type de relation avez-vous avec vos supérieurs ?

- 1. Relation d'amitié
- 2. Relation impersonnelle basée sur l'échange et la transparence Dans le domaine professionnel
- 3. Relation conflictuelle
- 4. Autre .....

30. Est-ce que vous cumulez des responsabilités administratives et techniques ?

1 . oui  2 . non

Si oui expliquez

.....  
.....

31.Est-ce que votre formation vous permet d'assurer vos taches actuelles?

1. Oui  2. Non

Si oui justifiez

.....  
.....

32.Selon votre estimation , combien de patients accueillez vous par jour ?

.....

33.Combien de cas urgent recevez vous par jour ?

.....

34. quelle est la moyenne de consultations par jour ?

.....

35.Quelle est la moyenne des interventions chirurgicales que vous effectuez par jour ?

.....

**INFLUENCE DU TEMPS DE TRAVAIL SUR LE TEMPS SOCIAL :**

36. Est-ce que vous passez un temps suffisant avec votre famille et vos proches ?

1. toujours  2 . parfois  3 . Rarement

37. Est-ce que ca vous arrive de sacrifier une partie de votre temps libre pour les besoins de votre travail ? 1. Oui  2. Non

Si oui à quelle fréquence ? 1. toujours  2. Parfois  3. Rarement

38. Est-ce que vous résistez à l'envie de reporter les tâches difficiles et ennuyeuses dans votre travail ?

1. toujours  2. Parfois  3. Rarement

39. Que proposez-vous pour améliorer et mieux gérer le temps de travail ?

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

*je vous remercie du temps que vous m'avez consacré*

## أوامر

- وبمقتضى القانون رقم 90 - 14 المؤرخ في 9 ذي القعدة عام 1410 الموافق 2 يونيو سنة 1990 والمتعلق بكيفيات ممارسة الحق النقابي، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى الأمر رقم 97 - 03 المؤرخ في 2 رمضان عام 1417 الموافق 11 يناير سنة 1997 الذي يحدد المدة القانونية للعمل،

- وبمقتضى القانون رقم 99 - 07 المؤرخ في 19 ذي الحجة عام 1419 الموافق 5 أبريل سنة 1999 والمتعلق بالجاهد والشهيد،

- وبعد الاستماع إلى مجلس الوزراء،

**يصدر الأمر الآتي نصه :**

### الباب الأول

#### أحكام عامة

**المادة الأولى :** يتضمن هذا الأمر، القانون الأساسي العام للتوظيف العمومية.

يحدد هذا الأمر القواعد القانونية الأساسية المطبقة على الموظفين والضمانات الأساسية الممنوحة لهم في إطار تأدية مهامهم في خدمة الدولة.

### الفصل الأول

#### مجال التطبيق

**المادة 2 :** يطبق هذا القانون الأساسي على الموظفين الذين يمارسون نشاطهم في المؤسسات والإدارات العمومية.

يقصد بالمؤسسات و الإدارات العمومية، المؤسسات العمومية، والإدارات المركزية في الدولة والمصالح غير المركزية التابعة لها والجماعات الإقليمية والمؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري، والمؤسسات العمومية ذات الطابع العلمي والثقافي والمهني والمؤسسات العمومية ذات الطابع العلمي والتكنولوجي وكل مؤسسة عمومية يمكن أن يخضع مستخدموها لأحكام هذا القانون الأساسي.

لا يخضع لأحكام هذا الأمر القضاة والمستخدمون العسكريون والمدنيون للدفاع الوطني ومستخدمو البرلمان.

**أمر رقم 06 - 03 مؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006، يتضمن القانون الأساسي العام للتوظيف العمومية.**

إن رئيس الجمهورية،

- بناء على الدستور، لاسيما المواد 51 و122 - 26 و124 منه،

- وبمقتضى الأمر رقم 74 - 103 المؤرخ في أول ذي القعدة عام 1394 الموافق 15 نوفمبر سنة 1974 والمتضمن قانون الخدمة الوطنية، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى الأمر رقم 76 - 111 المؤرخ في 17 ذي الحجة عام 1396 الموافق 9 ديسمبر سنة 1976 والمتضمن مهام الاحتياط وتنظيمه،

- وبمقتضى القانون رقم 78 - 12 المؤرخ في أول رمضان عام 1398 الموافق 5 غشت سنة 1978 والمتعلق بالقانون الأساسي العام للعامل، لاسيما المواد من 180 إلى 186 منه،

- وبمقتضى القانون رقم 83 - 11 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983 والمتعلق بالتأمينات الاجتماعية، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى القانون رقم 83 - 12 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983 والمتعلق بالتقاعد، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى القانون رقم 83 - 13 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983 والمتعلق بحوادث العمل و الأمراض المهنية، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى القانون رقم 83 - 14 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983 والمتعلق بالتزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى القانون رقم 88 - 07 المؤرخ في 7 جمادى الثانية عام 1408 الموافق 26 يناير سنة 1988 والمتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل،

- وبمقتضى القانون رقم 90 - 02 المؤرخ في 10 رجب عام 1410 الموافق 6 فبراير سنة 1990 والمتعلق بالوقاية من النزاعات الجماعية في العمل وتسويتها وممارسة حق الإضراب، المعدل والمتمم،

- وبمقتضى القانون رقم 90 - 11 المؤرخ في 26 رمضان عام 1410 الموافق 21 أبريل سنة 1990 والمتعلق بعلاقات العمل، المعدل والمتمم، لاسيما المادة 3 منه،

## الفصل الثاني أيام الراحة القانونية

**المادة 191 :** للموظف الحق في يوم كامل للراحة أسبوعيا طبقا للتشريع المعمول به.

غير أنه يمكن أن يؤجل اليوم الأسبوعي للراحة، في إطار تنظيم العمل، إذا اقتضت ضرورة المصلحة ذلك.

**المادة 192 :** للموظف الحق في أيام الراحة والعطل المدفوعة الأجر المحددة في التشريع المعمول به.

**المادة 193 :** يوم الراحة الأسبوعي و أيام العطل المدفوعة الأجر أيام راحة قانونية.

للموظف الذي عمل في يوم راحة قانونية الحق في راحة تعويضية لنفس المدة.

تحددت كيفيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

## الباب التاسع العطل - الغيابات

### الفصل الأول العطل

**المادة 194 :** للموظف الحق في عطلة سنوية مدفوعة الأجر.

**المادة 195 :** يمكن الموظفين الذين يعملون في بعض المناطق من التراب الوطني، لا سيما في ولايات الجنوب، وكذا الذين يعملون في الخارج في بعض المناطق الجغرافية، الاستفادة من عطل إضافية.

تحددت كيفيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

**المادة 196 :** تمنح العطلة السنوية على أساس العمل المؤدى خلال الفترة المرجعية التي تمتد من أول يوليو من السنة السابقة للعطلة إلى 30 يونيو من سنة العطلة.

بالنسبة للموظفين حديثي العهد بالتوظيف، تحتسب مدة العطلة السنوية بحصة نسبية توافق فترة العمل المؤداة .

**المادة 197 :** تحتسب العطلة السنوية المدفوعة الأجر على أساس يومين ونصف يوم في الشهر الواحد من العمل دون أن تتجاوز المدة الكاملة ثلاثين (30) يوما في السنة الواحدة للعمل.

**المادة 183 :** تؤدي حالات الأخطاء المهنية المنصوص عليها في المواد من 178 إلى 181 من هذا الأمر إلى تطبيق إحدى العقوبات التأديبية من نفس الدرجة، كما هو منصوص عليها في المادة 163 أعلاه.

**المادة 184 :** إذا تغيب الموظف لمدة خمسة عشر (15) يوما متتالية على الأقل، دون مبرر مقبول، تتخذ السلطة التي لها صلاحيات التعيين إجراء العزل بسبب إهمال المنصب، بعد الإعذار، وفق كيفيات تحدد عن طريق التنظيم.

**المادة 185 :** لا يمكن الموظف الذي كان محل عقوبة التسريح أو العزل أن يوظف من جديد في الوظيفة العمومية.

## الباب الثامن المدة القانونية للعمل - أيام الراحة القانونية

### الفصل الأول المدة القانونية للعمل

**المادة 186 :** تحدد المدة القانونية للعمل في المؤسسات و الإدارات العمومية طبقا للتشريع المعمول به.

**المادة 187 :** يمكن أن تقلص المدة القانونية للعمل بالنسبة للموظفين الذين يقومون بنشاطات متعبة جدا و/ أو خطيرة .

تحددت كيفيات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

**المادة 188 :** يمكن مطالبة الموظفين المنتمين لبعض الأسلاك بتأدية مهامهم ليلا بين الساعة التاسعة ليلا ( 21.00 ) والساعة الخامسة صباحا (5.00) وذلك نظرا لخصوصية المصلحة ووفقا لشروط تحددها القوانين الأساسية الخاصة.

**المادة 189 :** مع مراعاة مدة العمل اليومية القصوى المنصوص عليها في التشريع المعمول به، يمكن دعوة الموظفين لتأدية ساعات عمل إضافية.

يتم اللجوء إلى الساعات الإضافية للضرورة القصوى للمصلحة و بصفة استثنائية.

ولا يمكن بأية حال أن تتعدى الساعات الإضافية نسبة 20 ٪ من المدة القانونية للعمل.

**المادة 190 :** تحدد شروط العمل الليلي وكيفيات اللجوء إلى الساعات الإضافية وكذا الحقوق المرتبطة بها عن طريق التنظيم.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة ، المسكن ، إصلاح المستشفيات

قرار وزاري مشترك مؤرخ في الموافق

المتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية

إن الأمين العام للحكومة

و وزير الصحة والمسكن وإصلاح المستشفيات ،

ووزير للمالية ،

- بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 09-129 المؤرخ في 20 جمادى الأولى عام 1430 الموافق 27 أبريل سنة 2009 و المتضمن تجديد مهام أعضاء الحكومة ،

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007 ، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتطبيقها وسيرها ، المعدل والمتمم ، لا سيما المادة 22 منه ،

- وبمقتضى المرسوم الرئاسي المؤرخ في 7 ربيع الثاني عام 1423 الموافق 18 يونيو سنة 2002 و المتضمن تعيين الأمين العام للحكومة ،

يقررون ما يأتي :

المادة الأولى : تطبيقا لأحكام المادة 22 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007 و المذكور أعلاه ، يحدد هذا القرار التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية

المادة 2 : يشمل التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية ، الموضوع تحت سلطة المدير ، الذي يتولى

به مكتب التنظيم العام ومكتب الاتصال ، على ما يأتي :

- المديرية الفرعية للمالية والرسائل ،

- المديرية الفرعية للموارد البشرية ،

- المديرية الفرعية للمصالح الصحية ،

- المديرية الفرعية لخدمة التحبيرات الطبية والتجهيزات المرافقة .

FAX NO. :

F2

تتضمن المديرية الفرعية للمالية و الوسائل على ثلاثة (03) مكاتب :

- مكتب الميزانية و المحاسبة ،
- مكتب الصفقات العمومية ،
- مكتب الوسائل العامة و الهياكل .

تتضمن المديرية الفرعية للموارد البشرية على مكتبين (02) :

- مكتب تسيير الموارد البشرية و المشاريع ،
- مكتب التكوين .

تتضمن المديرية الفرعية للمصالح الصحية على ثلاثة (03) مكاتب :

- مكتب القبول ،
- مكتب التعاقد و حساب التكاليف ،
- مكتب تنظيم و متابعة النشاطات الصحية و تقييها .

تتضمن المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة على مكتبين (02) :

- مكتب صيانة التجهيزات الطبية ،
- مكتب صيانة التجهيزات المرافقة .

ينشر هذا القرار في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

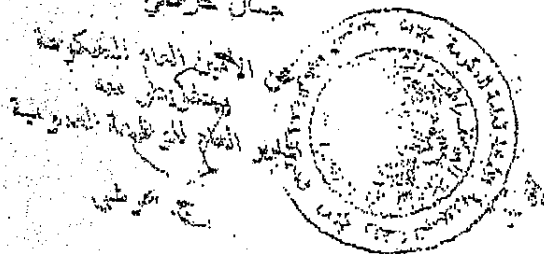
حرر بالجزائر في  
البراق

وزير المالية  
كريم جودي

عن الأمين العام للحكومة و بتوقيع من له الصلاحيات السيد  
الأمين العام للتخطيط الاقتصادي

20 ديسمبر 2009

جمال خرفي



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION  
ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE**

**Arrêté interministériel du 3 Moharram 1431  
correspondant au 20 décembre 2009 fixant  
l'organisation interne des établissements publics  
hospitaliers.**

Le secrétaire général du Gouvernement,

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme  
hospitalière,

Le ministre des finances,

Vu le décret présidentiel n° 09-129 du 2 Joumada  
El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant  
reconduction dans leurs fonctions de membres du  
Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula  
1428 correspondant au 19 mai 2007, modifié et complété,  
portant création, organisation et fonctionnement des  
établissements publics hospitaliers et des établissements  
publics de santé de proximité, notamment son article 22 ;

Vu le décret présidentiel du 7 Rabie Ethani 1423  
correspondant au 18 juin 2002 portant nomination du  
secrétaire général du Gouvernement ;

— Arrêtent :

Article 1er. — En application des dispositions de  
l'article 22 du décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada  
El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007, susvisé, le  
présent arrêté a pour objet de fixer l'organisation interne  
des établissements publics hospitaliers.

Art. 2. — Sous l'autorité du directeur auquel sont  
rattachés le bureau d'ordre général et le bureau de la  
communication, l'organisation interne des établissements  
publics hospitaliers comprend :

- la sous-direction des services de santé ;
- la sous-direction des ressources humaines ;
- la sous-direction des finances et des moyens ;
- la sous-direction de la maintenance des équipements  
médicaux et des équipements connexes.

Art. 3. — La sous-direction des services de santé  
comprend trois (3) bureaux :

- le bureau des entrées ;
- le bureau de la contractualisation et du calcul des  
coûts ;
- le bureau de l'organisation, du suivi et de  
l'évaluation des activités de santé.

Art. 4. — La sous-direction des ressources humaines  
comprend deux (2) bureaux :

- le bureau de la gestion des ressources humaines et du  
contentieux ;
- le bureau de la formation.

Art. 5. — La sous-direction des finances et des moyens  
comprend trois (3) bureaux :

- le bureau du budget et de la comptabilité ;
- le bureau des marchés publics ;
- le bureau des moyens généraux et des  
infrastructures.

Art. 6. — La sous-direction de la maintenance des  
équipements médicaux et des équipements connexes  
comprend deux (2) bureaux :

- le bureau de la maintenance des équipements  
médicaux ;
- le bureau de la maintenance des équipements  
connexes.

Art. 7. — Le présent arrêté sera publié au *Journal  
officiel* de la République algérienne démocratique et  
populaire.

Fait à Alger, le 3 Moharram 1431 correspondant au  
20 décembre 2009.

Le ministre  
des finances

Karim DJOUDI

Le ministre de la santé,  
de la population  
et de la réforme hospitalière

Saïd BARKAT

Pour le secrétaire général du Gouvernement  
et par délégation,

*Le directeur général de la fonction publique*

Djamel KHARCHI

-----★-----

**Arrêté interministériel du 3 Moharram 1431  
correspondant au 20 décembre 2009 fixant  
l'organisation interne des établissements publics  
de santé de proximité.**

Le secrétaire général du Gouvernement,

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme  
hospitalière,

Le ministre des finances,

Vu le décret présidentiel n° 09-129 du 2 Joumada  
El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant  
reconduction dans leurs fonctions de membres du  
Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula  
1428 correspondant au 19 mai 2007, modifié et complété,  
portant création, organisation et fonctionnement des  
établissements publics hospitaliers et des établissements  
publics de santé de proximité, notamment son article 22 ;

Vu le décret présidentiel du 7 Rabie Ethani 1423  
correspondant au 18 juin 2002 portant nomination du  
secrétaire général du Gouvernement ;

**Arrêtent :**

Article 1er. — En application des dispositions de l'article 22 du décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007, susvisé, le présent arrêté a pour objet de fixer l'organisation interne des établissements publics de santé de proximité.

Art. 2. — Sous l'autorité du directeur auquel sont rattachés le bureau d'ordre général et le bureau de la communication, l'organisation interne des établissements publics de santé de proximité comprend :

- la sous-direction des services de santé ;
- la sous-direction des ressources humaines ;
- la sous-direction des finances et des moyens ;
- la sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes.

Art. 3. — La sous-direction des services de santé comprend trois (3) bureaux :

- le bureau de la prévention et de l'hygiène du milieu ;
- le bureau des entrées, de la contractualisation et du calcul des coûts ;
- le bureau de l'organisation, du suivi et de l'évaluation des activités de santé.

Art. 4. — La sous-direction des ressources humaines comprend deux (2) bureaux :

- le bureau de la gestion des ressources humaines et du contentieux ;
- le bureau de la formation.

Art. 5. — La sous-direction des finances et des moyens comprend trois (3) bureaux :

- le bureau du budget et de la comptabilité ;
- le bureau des marchés publics ;
- le bureau des moyens généraux et des infrastructures.

Art. 6. — La sous-direction de la maintenance des équipements médicaux et des équipements connexes comprend deux (2) bureaux :

- le bureau de la maintenance des équipements médicaux ;
- le bureau de la maintenance des équipements connexes.

Art. 7. — Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 3 Moharram 1431 correspondant au 20 décembre 2009.

Le ministre  
des finances  
Karim DJOUDI

Le ministre de la santé,  
de la population  
et de la réforme hospitalière  
Saïd BARKAT

Pour le secrétaire général du Gouvernement  
et par délégation,  
Le directeur général de la fonction publique  
Djamel KHARCHI

**MINISTERE DE LA CULTURE**

**Arrêté interministériel du 25 Chaâbane 1430**  
correspondant au 16 août 2009 modifiant l'arrêté  
interministériel du 21 Dhou El Hidja 1422  
correspondant au 5 mars 2002 portant création  
de la commission chargée de l'acquisition des  
biens culturels.

La ministre de la culture,  
Le ministre des finances,  
Le ministre du commerce,

Vu la loi n° 98-04 du 20 Safar 1419 correspondant au 15 juin 1998 relative à la protection du patrimoine culturel ;

Vu le décret présidentiel n° 09-129 du 2 Joumada El Oula 1430 correspondant au 27 avril 2009 portant reconduction dans leurs fonctions de membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 95-54 du 15 Ramadhan 1415 correspondant au 15 février 1995 fixant les attributions du ministre des finances ;

Vu le décret exécutif n° 02-453 du 17 Chaoual 1423 correspondant au 21 décembre 2002 fixant les attributions du ministre du commerce ;

Vu le décret exécutif n° 05-79 du 17 Moharram 1426 correspondant au 26 février 2005 fixant les attributions du ministre de la culture ;

Vu l'arrêté interministériel du 21 Dhou El Hidja 1422 correspondant au 5 mars 2002 portant création de la commission chargée de l'acquisition des biens culturels ;

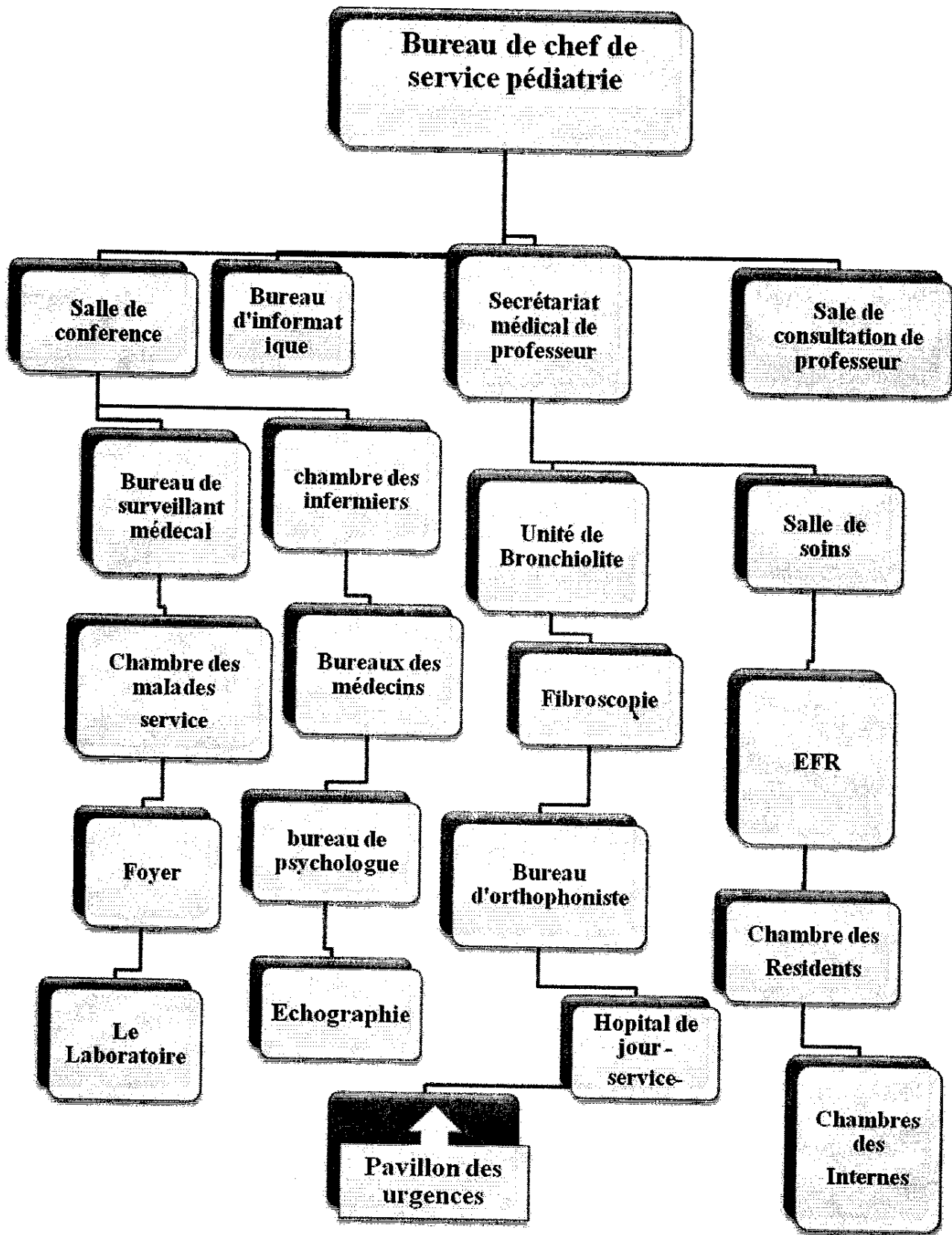
**Arrêtent :**

Article 1er. — Le présent arrêté a pour objet de modifier l'arrêté interministériel du 21 Dhou El Hidja 1422 correspondant au 5 mars 2002, susvisé.

Art. 2. — L'article 3 de l'arrêté interministériel du 21 Dhou El Hidja 1422 correspondant au 5 mars 2002, susvisé, est modifié comme suit :

« Art. 3. — La commission est composée :

- du directeur de la conservation et de la restauration du patrimoine culturel du ministère de la culture, président ;
- du directeur de l'administration des moyens du ministère de la culture ;
- du représentant de la direction générale des domaines du ministère des finances ;
- du représentant de la direction générale du budget du ministère des finances ;
- du représentant de la direction générale des douanes du ministère des finances ;
- du représentant du ministère du commerce ;
- du ou des directeurs des musées concernés.



*Organigramme de service pédiatrie*

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
الوزارة  
مكتب  
البريد  
البريد  
10 DEC 2013

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة والسكان والإصلاح المستشفيات

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

N° 05 MSPR/MML

04 NOV 2013

SPM  
SPM

Instruction portant modalités d'application du décret exécutif n°13-195 du 10 Rajab 1434 correspondant au 20 mai 2013, relatif à l'indemnité de garde au profit des personnels des établissements publics de santé

DESTINATAIRES :

- MM. Les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya (Tous) - Pour exécution et diffusion aux Directeurs des EPH, EHS et EPSP;
- MM. Les Directeurs Généraux des CHU, EHU et EF - Pour exécution

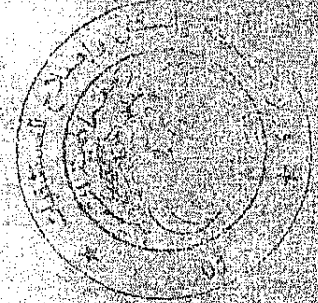
La présente instruction a pour objet de préciser les modalités d'application du décret exécutif n°13-195 du 20 mai 2013, relatif à l'indemnité de garde au profit des personnels des établissements publics de santé, en ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement de la garde, la composition des équipes de garde, les points de garde concernés ainsi que les obligations des personnels affectés à la garde.

Champ d'application

La présente instruction concerne l'ensemble des établissements publics de santé assurant un service de garde médicale ou de garde médicale spécialisée pour la prise en charge des urgences.

La garde est une obligation légale pour le personnel de santé; elle est effective sur les lieux du travail.

Les établissements publics de santé sont tenus d'organiser une garde administrative destinée à veiller au bon fonctionnement général de l'établissement et d'apporter un soutien administratif, technique et logistique aux gardes médicales.



الوزير  
مدير  
البريد  
البريد  
04 NOV 2013

الوزير  
مدير  
البريد  
البريد

## Organisation de la garde :

### 1) Modalités :

Le service de garde prend la forme d'une permanence à l'hôpital ou au niveau d'une structure de santé extra hospitalière (polyclinique), impliquant la présence physique et continue de l'équipe de garde concernée.

Pour certaines spécialités, des pôles de gardes médicales spécialisés peuvent être organisés par wilaya, impliquant la collaboration de plusieurs établissements de soins.

La mise en place de cette organisation est assurée par la direction de la santé et de la population de wilaya, dans le cadre d'un schéma organisationnel des urgences, après avis des conseils scientifiques et médicaux des établissements concernés.

### 2) Composition des équipes de garde :

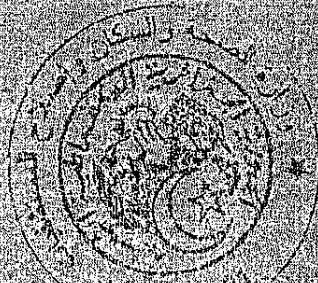
2.1 Au niveau des centres hospitalo universitaires (C.H.U.) les équipes de garde sont composées de :

#### Equipe de garde médicale :

- Un (01) enseignant hospitalo-universitaire ou un (01) praticien spécialiste de santé publique (responsable de garde);
- Un (01) à deux (02) résidents;
- Un (01) à deux (02) paramédicaux.

#### Equipe de garde du service de Chirurgie :

- Un (01) enseignant hospitalo-universitaire ou (01) praticien spécialiste de santé publique (responsable de garde);
- Un (01) praticien anesthésiste réanimateur;
- Deux (02) à trois (03) résidents;
- Un (01) AMAR;
- Un (01) à deux (02) paramédicaux.



Equipe de garde du service de gynécologie-obstétrique :

- Un (01) enseignant hospitalo-universitaire ou un (01) praticien spécialiste de santé publique (responsable de garde);
- Un (01) praticien anesthésiste réanimateur;
- 02 à 03 résidents;
- 01 à 02 sages-femmes;
- 01 à 02 paramédicaux.

Equipe de garde des services :

• Laboratoires :

- Un (01) enseignant hospitalo-universitaire ou un (01) praticien spécialiste de santé publique (responsable de garde);
- Un (01) résident;
- Un (01) laborantin ou un (01) biologiste.

• Radiologie :

- Un (01) enseignant hospitalo-universitaire ou un (01) praticien spécialiste de santé publique (responsable de garde);
- Un (01) à deux (02) résidents;
- Un (01) manipulateur en radiologie.

• Endoscopie :

- Un (01) enseignant hospitalo-universitaire ou un (01) praticien spécialiste de santé publique (responsable de garde);
- Un (01) résident;
- Un (01) paramédical.

2.2 Au niveau des établissements publics hospitaliers (EPH), des établissements hospitaliers spécialisés (EHS) et des établissements hospitaliers (EH), les équipes de garde sont composées de :

Equipe de garde médicale :

- Un (01) praticien spécialiste de santé publique ou un (01) enseignant hospitalo-universitaire;
- Un (01) médecin généraliste de santé publique ou un (01) résident;
- Un (01) à deux (02) paramédicaux.



### Equipe de garde de chirurgie

- Un (01) praticien spécialiste de santé publique ou un (01) enseignant hospitalo universitaire
- Un (01) praticien anesthésiste réanimateur
- Un (01) à deux (02) résidents
- Un (01) AMAR
- Un (01) à deux (02) paramédicaux

### Equipe de garde par service

#### • Laboratoire

- Un (01) enseignant hospitalo-universitaire ou un (01) praticien spécialiste de santé publique (responsable de garde)
- Un (01) résident
- Un (01) laborantin ou un (01) biologiste

#### • Radiologie

- Un (01) enseignant hospitalo-universitaire ou un (01) praticien spécialiste de santé publique (responsable de garde)
- Un (01) à deux (02) résidents
- Un (01) à deux (02) manipulateurs en radiologie

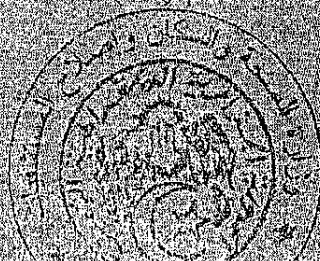
2.3 Au niveau des établissements publics de santé de proximité (EPSP) les équipes de garde sont composées de :

### Equipe de garde médicale

- Un (01) médecin généraliste
- Un (01) paramédical
- Un (01) manipulateur en radiologie
- Un (01) laborantin ou un (01) biologiste

### Equipe de garde de chirurgie dentaire

- Un (01) chirurgien-dentiste spécialiste ou généraliste
- Un (01) paramédical



Le nombre de points de garde est fixé dans le cadre d'un schéma d'organisation arrêté par la direction de la santé et de la population de Wilaya, en fonction de l'importance du bassin de population. En tout état de cause, un point de garde par DAIRA doit être organisé.

Dans ce cadre, il y a lieu de redynamiser les comités de la garde et des urgences des Wilayas pour la validation des points de garde d'urgence au niveau des établissements publics de santé de proximité.

La composition des équipes de garde peut être renforcée à l'occasion de circonstances exceptionnelles. Dans ce cas, les services compétents du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, sont tenus informés des mesures prises, les motifs et leurs durée.

#### 2.4 Organisation de la garde administrative :

L'équipe de garde administrative est composée d'un (01) directeur de garde, elle est composée de deux (02) directeurs de garde pour les établissements de santé dont le nombre de points de garde est égal ou supérieur à huit (08).

La garde administrative incarne la nature même du service public hospitalier qui fonctionne d'une façon continue et sans interruption.

A ce titre, le directeur de garde jouit des attributions du Chef d'établissement dans la limite de ce qui est nécessaire à la garde administrative. Il est chargé de veiller au bon fonctionnement général de l'établissement et d'apporter un soutien administratif technique et logistique aux gardes médicales.

Il prend toute mesure administrative en relation avec les autorités compétentes nécessaire au bon fonctionnement du service de garde et capable de préserver les biens de l'établissement.

#### 3) Garde d'astreinte:

Conformément aux dispositions de l'article 7 du décret exécutif n° 13-195 sus cité, la garde d'astreinte concerne les chefs de services dont les équipes assurent la prise en charge des urgences médicales, médico-chirurgicales, de soins intensifs et de réanimation et du service d'aide médicale urgente ainsi que les chefs d'établissements publics de santé.



Ils sont tenus de rester à disposition du service ou de l'établissement et de répondre à toute sollicitation.

La liste des personnes d'astreinte et de leurs coordonnées établie par le chef d'établissement, est mise à la disposition des responsables de garde et de la direction de la santé et de la population de la wilaya concernée.

### Fonctionnement de la Garde :

#### 1) Les horaires de travail des points et pôles de garde.

Au niveau des centres hospitalo universitaires (C.H.U) des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements hospitaliers spécialisés (EHS)

Jours ouvrables : 16 Heures - 08 Heures : l'activité consacrée aux urgences est assurée de 08 heures à 16 heures dans le cadre des horaires de travail hebdomadaires.

- Week-end et jours Feries : 08 Heures - 20 Heures  
20 Heures - 08 Heures

Au niveau des établissements publics de santé de proximité (EPSP)

Jours ouvrables : 19 Heures - 08 Heures

Week-end et Jours Feries : 08 Heures - 20 Heures  
20 Heures - 08 Heures

#### 2) Spécialités concernées par la garde:

- Urgences Médico Chirurgicales:

- Toutes les spécialités chirurgicales :

- Spécialités Médicales: Médecine Interne - Pédiatrie - Réanimation  
Cardiologie - Psychiatrie - Neonatologie - Toxicologie

Explorations: Imagerie médicale - endoscopie - biologie - laborat  
d'hémo-biologie et transfusion sanguine.



### 3) Situations particulières :

L'organisation des points de garde peut être étendue à certaines spécialités médicales autres que celles sus-citées, par le DSP après avis du conseil scientifique ou médical et sur rapport motivé du chef d'établissement concerné. Dans ce cas, la garde est assurée par un praticien de la spécialité concernée, qui doit répondre à toute sollicitation et par un à deux paramédicaux.

### 4) Etablissement des listes de gardes :

Le nombre de gardes par mois est fixé à six (06). Toutefois, il peut être porté à dix (10) après avis du conseil scientifique ou médical.

### 5) Remplacement aux gardes :

En cas d'empêchement majeur, le concerné devra adresser au chef de service ou au médecin coordinateur une demande de permutation avec le nom et le prénom du remplaçant ayant les mêmes qualifications. Le chef de service concerné ou le médecin coordinateur, devra adresser au directeur de l'établissement la demande de permutation dûment signée par les concernées, 48 heures au minimum avant le début de la garde.

En cas de défaillance à la garde, en plus de la perte du bénéfice de l'indemnité de garde, des sanctions administratives sont prises conformément à la réglementation en vigueur.

Le directeur de garde est tenu de procéder au remplacement du personnel défaillant à la garde, en faisant recours le cas échéant, et en cas de nécessité absolue, à la requisition administrative.

### 6) Exemption des gardes :

Femme enceinte à partir du troisième trimestre de grossesse.

Tout événement exceptionnel, l'intéressé devra fournir à son employeur, dans les délais réglementaires, tout document justificatif permettant de procéder à son remplacement.

Toute exemption de la garde décidée par les services de la médecine au travail, ne peut être que temporaire et après accord du comité de garde et des urgences.

