

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

"أثر الصراع التنظيمي على إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية"

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وإن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

كما أقر بحق أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا في حقوق النشر لهذه الرسالة وأنه لا يجوز النشر إلا بموافقة رسمية مكتوبة من الأكاديمية.

والله خير الشاهدين

DECLARATION

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

I also acknowledged the right of the **Management and Politics Academy for Postgraduate Studies** to the copyright of this thesis and that its publication is admissible only through a formal, written consent by the Academy.

Student's name:	Tagreed Z. Alwuhidi	تغريد زامل الوحيدي	اسم الطالبة:
Date:	2016-12-21م	22 ربيع اول، 1437هـ	التاريخ:
Signature:	<i>TAGREED</i>	<i>تغريد</i>	التوقيع:



أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا
برنامج إدارة الدولة والحكم الرشيد



أثر الصراع التنظيمي على إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية

دراسة حالة (مراكز الرعاية الأولية – محافظات غزة)

**The Impact of Organizational Conflict on the
Productivity at Ministry of Health (Case study, Primary
Health Care Centers-Gaza Governorates).**

إعداد الباحثة

تغريد زامل الوحيدي

إشراف الدكتور

يحيى عوض عابد

قُدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير

في إدارة الدولة والحكم الرشيد

ربيع أول 1437هـ - ديسمبر / 2016م



نتيجة الحكم على أطروحة الماجستير

بناءً على موافقة المجلس الأكاديمي بأكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحثة/ تغريد زامل سظام الوحيدي، لنيل درجة الماجستير في تخصص ادارة الدولة والحكم الرشيد، وموضوعها:

"أثر الصراع التنظيمي على إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية"

وبعد المناقشة التي تمت اليوم الأربعاء 22 ربيع الأول 1438 هـ، الموافق 2016/12/21م الساعة الثانية عشر ظهراً، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

.....
.....

مشرفاً ورئيساً

د. يحيى عوض عابد

.....
.....

مناقشاً داخلياً

د. نبيل عبد اللوح

.....
.....

مناقشاً خارجياً

د. يوسف إبراهيم الجيش

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحثة درجة الماجستير في تخصص ادارة الدولة والحكم الرشيد.

واللجنة إذ تمنحها هذه الدرجة فإنها توصيها بتقوى الله ولزوم طاعته وأن تسخر علمها في خدمة دينها ووطنها.

والله ولي التوفيق...

رئيس الأكاديمية
.....
د. محمد إبراهيم المدهون



قَالَ تَعَالَى: ﴿وَقُلْ أَعْمَلُوا فَسِرِّيَ اللَّهُ عَمَلِكُمْ وَرَسُولُهُ
وَالْمُؤْمِنُونَ سَتَرُوا لِي إِلَى عِلْمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنبِّئُكُمْ بِمَا
كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ﴾

[التوبة: 105]



الإهداء
للمشاهير

إلى معلم البشرية، النبي الحبيب صلوات ربي وسلامه عليه...

محمد بن عبد الله ،،،

إلى شهدائنا الأبرار وأسرانا البواسل، الذين رسموا حدود هذا الوطن...

فلسطين الحبيبة ،،،

إلى صاحب اليد الحنونة التي رسمت لي طريق السير في هذه الحياة...

والدي العزيز الشهيد زامل الوحيدى،،،

إلى من تربيته معهم وسكنوا قلبي ووجداني...

أهلي وإخوتي وأخواتي الأعزاء،،،،

وخاصة أخي العزيز وائل الوحيدى،،،،

وأخي الشهيد سامح الوحيدى،،،،

إلى بسمة الحاضر وأمل المستقبل...

أبناء فلسطين الأعزاء،،،،

إلى كل من مد يد العون وساعدني في انجاز هذا البحث ...

زملائي وزميلاتي الأفاضل،،،،

شكر وتقدير

الحمد لله والصلاة والسلام على سيد المرسلين، نبينا محمد، صلى الله عليه وعلى آله وصحبه وأجمعين، وبعد:

أحمد الله تعالى وأشكره على ما أعانني به ووفقني لإتمام هذه الدراسة حمداً يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه وجميل عطائه وأنعامه. ثم أتقدم بالشكر والتقدير لكل من أسهم في إخراج هذا العمل المتواضع، وأخص بالذكر أستاذي الفاضل الدكتور/ يحيى عوض عابد، والمشرف على هذه الدراسة، لما بذله من متابعة مستمرة وجهد متواصل وتوجيه حكيم، كان له الأثر الإيجابي على إنجاز هذه الدراسة، فكان نعم الأستاذ ونعم المشرف، فجزاه الله عني خير الجزاء. كما أتقدم بالشكر من أعضاء لجنة المناقشة الأفاضل، وهما د.يوسف الجيش مناقشاً خارجياً ، د. نبيل اللوح مناقشاً داخلياً لتفضلهما بقبول مناقشة هذه الدراسة، كما أشكر جميع المحكمين لما أضافوه إليها من قيمة ساعدت في إخراجها بالشكل الصحيح، وأشكر جميع العاملين في وزارة الصحة الذين كان لهم الأثر الكبير في المساعدة والاهتمام في تعبئة الاستبانة. وأتقدم بالشكر والعرفان لكل الذين قدموا لي الدعم المادي والمعنوي لانجاز هذه الدراسة و أخص بالذكر زملائي وزميلاتي في مركز شهداء الرمال، وأيضاً أستاذي الفاضل الدكتور نبيل اللوح، أتقدم إليهم جميعاً بأسمى آيات الشكر والتقدير، وأدعو الله العلي القدير أن يجزيهم عني خير الجزاء، وأن يجعل هذا الجهد في ميزان حسناتهم يوم القيامة.

الباحثة

تغريد زامل الوحيدي

ملخص الرسالة باللغة العربية

هدفت الدراسة التعرف إلى مستويات الصراع التنظيمي، وأهم أنواعه ومراحله ومصادره، ومستوى الإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية، وقد اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وتكون مجتمع الدراسة من فئة الموظفين أصحاب المواقع الإشرافية من (رئيس شعبة - مدير وحدة) وكان عددهم 1770 موظفاً، أختيرت منهم عينة عشوائية طبقية نسبية تكونت من (280) موظفاً، وتم استخدام الأستبانة كأداة للدراسة، وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج التالية:

- 1- توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الصراع التنظيمي ومستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة.
 - 2- أن واقع الصراع التنظيمي في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة في محافظات قطاع غزة جاء بوزن نسبي (61.528) أي بدرجة موافقة متوسطة من أفراد العينة.
 - 3- أن واقع الإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة في محافظات قطاع غزة جاء بوزن نسبي (59.338) أي بدرجة موافقة قليلة من قبل أفراد العينة.
- وبناءً على ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، أوصت الباحثة بمجموعة من التوصيات أهمها:

- 1- على الإدارة العامة للرعاية الأولية العمل قدر الإمكان على إدارة الصراعات التنظيمية بكفاءة عالية قبل إنتشارها وتطورها، واتخاذ الإستراتيجيات المناسبة للحد من حدة الصراع.
- 2- إشراك العاملين في الرعاية الأولية في عملية إتخاذ القرارات والاهتمام بحاجات ورغبات الموظفين.
- 3- التركيز على انتقاء الموظفين الذين لديهم المهارات والقدرات الإبداعية لتولي مناصب قيادية مع توزيع المهام وفقاً للكفاءات.
- 4- اتباع سياسة تعيين بعيدة كل البعد عن الاعتبارات السياسية والحزبية، وأن يكون هناك إحلال و إبدال للقيادات التقليدية.

Abstract

This study aims to identify the levels of organizational conflict, types of this conflict, its stages, and sources as well as the level of productivity in the primary care centers of the Palestinian Ministry of Health (MOH). A descriptive analytical method was adopted by the researcher in this study. The study population was the MOH primary health care centers staff at the Ministry of Health posts such as head of departments and directors of the Units. A total of 280 employees were enrolled in the study. A self administered questionnaire was used.

The study showed that:

1. There was a statistical significant relationship between the reality of the organizational conflict and the productivity level of the Ministry of Health in the governorates of Gaza Strip; and it was a statistically significant inverse correlation ($\alpha \leq 0.05$);
2. The reality of the organizational conflict in the MOH primary health care (PHC) centers in Gaza Strip governorates came at a relative weight of (61.528), i.e. with a moderate approval degree of the sample respondents;
3. The reality of productivity in the MOH PHC centers in Gaza Strip governorates came at a relative weight of (59.338), i.e. with a low approval degree of the sample respondents;

Based on the findings resulted from the study, the researcher recommended the following:

1. The PHC administration has to work hard to manage organizational conflicts efficiently prior their spread and growing more serious, and to take appropriate strategies to reduce these conflicts;
2. Involving PHC staff in the decision-making process and paying attention to their needs and wishes;
3. Focusing on selecting the staff with high skills and creative abilities to take over leading positions and distributing responsibilities according to available qualifications;
4. Following an employment policy far apart from any political or organizational affiliation as well as adopting the approach of substitution and/or replacement of traditional leaders.

فهرس المحتويات

أ	آية قرآنية
ت	الإلهاء
ث	شكر وتقدير
ج	ملخص الرسالة باللغة العربية
ح	Abstract
خ	فهرس المحتويات
ر	قائمة الجداول
ش	قائمة الأشكال والرسوم التوضيحية
ص	قائمة الملاحق
1	الفصل الأول الإطار العام للدراسة
2	1.1 أولاً- المقدمة:
4	1.2 ثانياً- مشكلة الدراسة:
5	1.3 ثالثاً- أهداف هذه الدراسة:
5	1.4 رابعاً- أهمية هذه الدراسة:
7	1.5 خامساً- فرضيات الدراسة:
8	1.6 سادساً - حدود الدراسة:
8	1.7 سابعاً- مكان الدراسة:
9	1.8 ثامناً- مصطلحات الدراسة:
10	الفصل الثاني الإطار النظري
11	2.1 المبحث الأول الصراع التنظيمي
11	2.1.1 أولاً - تمهيد:
12	2.1.2 ثانياً- مراحل الصراع التنظيمي:
14	2.1.3 ثالثاً- مصادر الصراع التنظيمي:
17	2.1.4 رابعاً- النظريات المفسرة للصراع التنظيمي في الفكر الإداري:
20	2.1.5 خامساً- خصائص الصراع:
22	2.1.6 سادساً- أنواع الصراع التنظيمي داخل بيئات العمل تتمثل في:

- 2.1.7 سابعاً- إدارة الصراع التنظيمي: 31
- 2.1.8 ثامناً- تصنيف أبعاد استراتيجيات إدارة الصراع التنظيمي: 34
- 2.1.9 تاسعاً- تحليل الصراع وأدواته وأهميته: 36
- 2.2 المبحث الثاني الإنتاجية من منظور صحي 38
- 2.2.1 أولاً - مقدمة: 38
- 2.2.2 ثانياً- مفهوم الإنتاجية: 38
- 2.2.3 ثالثاً-أهداف الإنتاجية من منظور صحي: 40
- 2.2.4 رابعاً- أبعاد إنتاجية الخدمات الصحية: 40
- 2.2.5 خامساً- أهمية قياس الإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية: 43
- 2.2.6 سادساً- أهداف جودة الخدمة الصحية: 46
- 2.2.7 سابعاً- مؤشرات قياس الإنتاجية في المؤسسات الصحية : 47
- 2.2.8 ثامناً- العوامل المحددة للإنتاجية وطرق تحسينها: 55
- 2.2.9 تاسعاً- خلاصة المبحث: 61
- 2.3 المبحث الثالث الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية 63
- 2.3.1 أولاً- مقدمة: 63
- 2.3.2 ثانياً- رؤية وزارة الصحة الفلسطينية: 63
- 2.3.3 ثالثاً- النظام الصحي الفلسطيني: 64
- 2.3.4 رابعاً- تعريفات الرعاية الأولية الصحية: 65
- 2.3.5 خامساً-الأهداف الرئيسية للرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية: 67
- 2.3.6 سادساً: مراكز الرعاية الصحية الأولية: 68
- 2.3.7 سابعاً- الخلاصة: 72
- الفصل الثالث الدراسات السابقة 73
- 3.1 أولاً- المقدمة: 74
- 3.2 ثانياً- الدراسات الفلسطينية التي تتعلق بالصراع التنظيمي المتغير المستقل: 74
- 3.3 ثالثاً- الدراسات العربية التي تتعلق بالصراع التنظيمي المتغير المستقل: 76
- 3.4 رابعاً- الدراسات الأجنبية التي تتعلق بالصراع التنظيمي (المتغير المستقل): 79
- 3.5 خامساً- التعقيب على الدراسات السابقة من حيث أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة: 87

88.....	3.5.1 ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:
89.....	3.5.2 الفجوة البحثية
91.....	الفصل الرابع المنهجية والإجراءات
92.....	4.1 أولاً-المقدمة:
92.....	4.2 ثانياً- منهج الدراسة:
92.....	4.3 ثالثاً - مجتمع الدراسة:
93.....	4.4 رابعاً -عينة الدراسة:
95.....	4.5 خامساً- أدوات الدراسة:
101	4.6 سادساً - الأساليب الإحصائية المستخدمة:
102	4.7 سابعاً- خطوات إجراء الدراسة:
102	4.8 ثامناً- مصادر البيانات:
102	4.9 تاسعاً- اختبار توزيع البيانات:
104.....	الفصل الخامس عرض النتائج وتفسيرها
105	5.1 أولاً- المقدمة
105	5.2 ثانياً- الإجابة عن أسئلة الدراسة:
157	5.3 نتائج الدراسة وتوصياتها
157	5.3.1 أولاً- النتائج:
161	5.3.2 ثانياً- التوصيات
166	المصادر والمراجع
181	الملاحق

قائمة الجداول

- جدول (2.1): يوضح جهات النظر للصراع في المدارس الإدارية المختلفة.....18
- جدول (2.2): مؤشرات قياس الإنتاجية في المؤسسة الصحية47
- جدول (2.3): مقاييس الإنتاجية حسب تصنيف جامعة كاليفورنيا48
- جدول (2.4): توزيع المراكز حسب المنطقة والمستوى وفترة العمل:69
- جدول (2.5): مدي مساهمة القطاعات المختلفة في الإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية، للعام 2014.70
- جدول (2.6): يبين القوى العاملة في مراكز الرعاية الأولية بقطاع غزة.71
- جدول (4.1): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة93
- جدول (4.2): يبين عدد فقرات الإستبانة حسب كل مجال من المجالات96
- جدول (4.3): صدق الاتساق الداخلي لمحاور استبانة الصراع التنظيمي:96
- جدول (4.4): معاملات الارتباط باستخدام معادلة ألفا كرونباخ لمحاور استبانة الصراع التنظيمي:97
- جدول (4.5): معاملات الارتباط بطريقة التجزئة النصفية لمحاور استبانة الصراع التنظيمي:98
- جدول (4.6): يبين عدد فقرات الإستبانة حسب كل مجال من المجالات للمتغير التابع.....99
- جدول (4.7): صدق الاتساق الداخلي لمحاور استبانة الإنتاجية:99
- جدول (4.8): معاملات الارتباط باستخدام معادلة ألفا كرونباخ لمحاور استبانة الإنتاجية:100
- جدول (4.9): معاملات الارتباط بطريقة التجزئة النصفية لمحاور استبانة الإنتاجية:100
- جدول (4.10): اختبار التوزيع الطبيعي لمحاور الاستبانة103
- جدول (5.1): مقياس خماسي التدرج105
- جدول (5.2): النتائج المتعلقة بالوزن النسبي للصراع التنظيمي:106
- جدول (5.3): التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الأول:108
- جدول (5.4): التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الثاني:110
- جدول (5.5): التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الثالث:113

جدول (5.6): التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الرابع:	115
جدول (5.7): فقرات التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الخامس:	117
جدول (5.8): محاور الإنتاجية	119
جدول (5.9): فقرات التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الأول:	120
جدول (5.10): فقرات التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الثاني:	122
جدول (5.11): فقرات التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الثالث:	124
جدول (5.12): معاملات ارتباط بيرسون بين الصراع التنظيمي وبين الإنتاجية:	126
جدول (5.13): معاملات ارتباط بيرسون بين صراع علاقات العمل وبين الإنتاجية	127
جدول (5.14): معاملات ارتباط بيرسون بين صراع المعلومات وبين الإنتاجية:	128
جدول (5.15): معاملات ارتباط بيرسون بين صراع المصالح وبين الإنتاجية:	129
جدول (5.16): معاملات ارتباط بيرسون بين صراع البنية وبين الإنتاجية:	130
جدول (5.17): معاملات ارتباط بيرسون بين صراع القيم وبين الإنتاجية:	131
جدول (5.18): تحليل الانحدار الخطي	132
جدول (5.19): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير الجنس (ذكور - إناث): ...	133
جدول (5.20): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير العمر:	135
جدول (5.21): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المسمى الوظيفي:	136
جدول (5.22): الفروقات بين المجموعات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المسمى الوظيفي في محور صراع المصالح	137
جدول (5.23): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المهنة الأساسية:	138
جدول (5.24): الفروقات بين المجموعات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المهنة الأساسية في محور صراع المعلومات	139
جدول (5.25): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي	140

جدول (5.26): الفروقات بين المجموعات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي في محور صراع القيم	141
جدول (5.27): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير عدد سنوات الخدمة:.....	142
جدول (5.28): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المحافظة:	144
جدول (5.29): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير الجنس:	146
جدول (5.30): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير العمر	147
جدول (5.31): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير المسمى الوظيفي:.....	148
جدول (5.32): الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير المسمى الوظيفي في محور العوامل الفنية:	149
جدول (5.33): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير المهنة الأساسية:	150
جدول (5.34): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي:	151
جدول (5.35): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير عدد سنوات الخدمة:	152
جدول (5.36): الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير عدد سنوات الخدمة في محور العوامل الفنية:	153
جدول (5.37): الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير عدد سنوات الخدمة في محور العوامل العامة	153
جدول (5.38): الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير عدد سنوات الخدمة في مجموع محاور الإنتاجية ككل:	154
جدول (5.39): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير المحافظة:	155
جدول (5.40): الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير المحافظة في محور العوامل	156

قائمة الأشكال والرسوم التوضيحية

- شكل (1.1): يبين العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع 7
- شكل (2.1): مراحل عملية الصراع 12
- شكل (2.2): تصنيف أبعاد استراتيجيات إدارة الصراع التنظيمي 34
- شكل (2.3): مراحل عملية الصراع بين الأفراد والجماعات 36
- شكل (2.4): التهاب الكبد البائي 53
- شكل (2.5): يوضح عدد حالات مرض النكاف 53
- شكل (2.6): عدد حالات التهاب السحايا الغير نوعي 54
- شكل (2.7): نسبة التغطية للتطعيمات 54

قائمة الملاحق

- ملحق رقم (1): استبانة مقابلة 182
- ملحق رقم (2): أسماء لجنة التحكيم 184
- ملحق رقم (3): استبيان بحث ماجستير 185
- ملحق رقم (4): تسهيل مهمة باحث 192

الفصل الأول
الإطار العام للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1.1 أولاً- المقدمة:

إن الصراعات التنظيمية أمر حتمي في سائر المنظمات، حيث تعد من المشكلات الإدارية الرئيسة التي تواجه المديرين في أعمالهم اليومية، وتتوقف كفاءة وفاعلية العاملين في المنظمة على عوامل ومتغيرات من بينها كيفية تسوية الصراعات التنظيمية، والعمل على الاستفادة من النواحي الإيجابية للصراع وذلك من خلال اختيار الإستراتيجية المناسبة لإدارته وفق موقف الصراع الذي يتعامل معه، وبما يحقق أهداف المنظمة بكفاءة وفاعلية، ومن خلال عملي في مجال العمل الصحي وجدت أن الحصار الإقتصادي والسياسي، وعدم تلقي الموظفين لرواتبهم بانتظام، وتعارض المصالح وعدم التوافق غالباً ما تقود إلى حدوث صراعات في العمل ولا تعتبر المؤسسات الصحية استثناءً في هذا الشأن فهي أيضاً تشهد مثل هذه الصراعات.

وقد شهدت السنوات الأخيرة نمو كبيراً ومتزايداً في قطاع الخدمات، والذي أصبح يشغل مكانه متميزة في اقتصاديات الدول ومن بين القطاعات الخدمية التي تحتل موقعاً متميزاً نجد قطاع الخدمات الصحية وذلك بسبب الأهمية التي تفرضها طبيعة الخدمات التي يقدمها هذا القطاع واتصالها المباشر بصحة أفراد المجتمع وحياتهم، فقد أصبح الوضع الصحي لأي مجتمع يعطي صورة واضحة عن مدى التطور الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وهذا ما دفع الدول المتقدمة للنمو والنمو إلى زيادة الاهتمام بالخدمات المقدمة من قبل المؤسسات الصحية.

أن الإدارة هي إدارة الأشخاص وليست إدارة الأشياء وأن الدولة كما يقول بعض علماء الإدارة" تساوي ما يساويه الموظف العام لديها من هذا المنطلق فإنه لا قيمة للوظيفة ولا معنى لها ما لم يشغلها أو يؤد أعمالها عنصر بشري نطلق عليه اسم "الموظف" ويعين خصيصاً لهذه الغاية (الأكاديمية العربية، 2011:23). تُوصف المنظمات الإدارية بشكل عام بأنها منظمات إنسانية، لأن الفرد فيها هو عنصر من أهم العناصر التي تساعد في وصول المنظمات إلى تحقيق أهدافها الإستراتيجية، وتبقى المنظمات محكومة بشبكة معقدة من العلاقات الداخلية والخارجية، التي تؤدي بشكل طبيعي إلى وجود حالات الخلافات والتناقضات، التي قد تتطور إلى مرحلة من الصراع بين أفراد التنظيم ونجد في الوقت الراهن اهتماماً متزايداً من المدراء في التعامل مع ظاهرة الصراع التنظيمي، وذلك بزيادة حجم المنظمات وزيادة أعداد العاملين فيها

مع قلة الموارد المتاحة والتميز في المكافآت والحوافز من موظف لآخر (المعشر، 2005: 52).

ولا تستطيع أية منظمة أن تعمل بكفاءة وفاعلية بدون التفاعل المتواصل بين الأفراد والجماعات المختلفة في شتى أجزاء المنظمة، ومستوياتها المختلفة فالأفراد والجماعات المختلفة تعتمد علي بعضها البعض لأغراض متعددة مثل تبادل المعلومات، والرأى والخبرة والتعاون والتشاور والاستفسار عن أمر ما وغيرها وهذه الاعتمادية والترابط يمكن أن يؤدي إلى التعاون والتماسك أو إلى الصراع والتعارض (المعشر:34).

ولقد برزت أهمية إدارة الموارد البشرية كأحد التطورات المهمة في مفاهيم الإدارة الحديثة، وذلك خلال العقود الأخيرة، تعظيماً لأهمية الدور الإنساني والدور الفني والدور الإدراكي الذي يلعبه في المؤسسات الحديثة ضرورة الإلمام بسبب لإدارة نزاعات العمل حتى تكون أدوات بناء وإبداع بدل أن تكون أدوات تدمير وهدم وأن نزاع العمل أصبح اليوم من طبيعة المنظمات المعقدة لذا يستوجب على الإدارة الفعالة العمل قدر الإمكان على إدارته بكفاءة عالية قبل انتشاره وتطوره، وقبل أن تتعكس آثاره السلبية على الأداء والفعالية التنظيمية ككل (حسين، 2005:158).

ويعد موضوع الكفاءة والإنتاجية من الأمور المهمة التي استدعت اهتمام دول العالم عامة على اعتبار أنها معيار أساسي في تقييم المؤسسات الصناعية و مسيرتها، و مؤشر للريح و كفاءة الأداء في هذه المؤسسات، و مما يزيد من أهميتها علاقتها المباشرة و الوطيدة بالمستوى المعيشي للفرد و المجتمع عامة فهي وسيلة لبلوغ أهداف اقتصادية و اجتماعية وبصفة عامة تقوية الأساس الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع البشري (علي،2007:2). وبالتالي لابد من الاهتمام بتكوين وتنمية هذه القوي العاملة تدريباً وتحفيزاً وتطويراً لعلاقات العمل، وما يرتبط بها من إدارة مشكلات العاملين وإدارة العنصر البشري بطريقة فعالة وإيجابية بما يحقق مصلحة المؤسسة الإنتاجية، ومصلحة العاملينو المجتمع. إلا أن المصادر البشرية تبقى الموجودات الأكثر قيمة وأهمية بالنسبة للمؤسسة.

1.2 ثانياً - مشكلة الدراسة:

نظراً لأهمية وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، ولدورها المهم والكبير وإنجازاتها العظيمة خصوصاً في فترة الحروب الثلاثة التي مرت على قطاع غزة في الأعوام (2008-2012 - 2014) فإن الباحثة قد أولت الاهتمام بهذا الصرح العظيم، فقد تم الاطلاع على الدراسات السابقة والتي عنتت بموضوع الصراع التنظيمي وأثره على إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية، فلم يتم العثور إلا على دراستين، وهما دراسة اللوح (2008) ودراسة عبيد، راتب، (2011).

وهناك الكثير من مؤشرات ضعف في القطاع الصحي الفلسطيني ومنها: الضعف بالأداء، وعدم القدرة على تقديم الخدمات الصحية للمواطنين في الحدود الدنيا، والتي حددتها المعايير الدولية لحقوق الانسان، إضافة الى ممارسات الاحتلال الاسرائيل والانتهاكات لحقوق الصحة الفلسطينية بشكل دائم مثل: (استهداف المنشآت الصحية وسيارات الاسعاف، منع دخول الادوية والوفود الطبية الاجنبية... وغيرها الكثير من الانتهاكات)، كما تقف ضعف الموارد المالية المخصصة لوزارة الصحة عائقاً أمام أمام فرص تطوير قطاع الصحة (حمد، 2012:20).

لذلك تبلورت لدى الباحثة فكرة هذه الدراسة والتي تدور حول الصراع التنظيمي وأثره على الإنتاجية في وزارة الصحة، وكى تتمكن الباحثة من صياغة المشكلة بشكل واضح فأنها قامت بإجراء دراسة إستكشافية على عدد 30 موظفاً وموظفة من العاملين بوزارة الصحة من ذوى الوظائف الإشرافية وذلك للحصول على مؤشرات توضح مشكلة الدراسة؛ فكانت النتائج التي توصلت إليها الباحثة أن هناك غياب لدور ادارة الصراع القادر على إقناع العاملين، وعدم القدرة على التواصل مع العاملين لغموض الدور وازدواجية وحدة الأمر، وبناءً على ذلك أرثنت الباحثة بوجود عمل هذا البحث والذي تمت من خلاله دراسة تأثير الصراع، التنظيمي، وبالتالي معرفة انعكاسات هذا الصراع على إنتاجية مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة وبطرح إشكالية البحث من خلال السؤال الرئيس التالي:

ما أثر الصراع التنظيمي على الإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية في محافظات غزة؟

يتفرع من السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- ما واقع الصراع التنظيمي في مراكز الرعاية الأولية؟
- 2- ما مستوى الإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية ؟

- 3- هل يوجد أثر للصراع التنظيمي على الانتاجية في مراكز الرعاية الأولية ؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابة المبحوثين حول الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية تُعزي للمتغيرات التالية: (الجنس- المسمي الوظيفي- المؤهل العلمي - سنوات الخدمة - التخصص).
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابة المبحوثين حول إنتاجية وزارة الصحة تُعزي للمتغيرات التالية: (الجنس- المسمي الوظيفي- المؤهل العلمي - سنوات الخدمة - التخصص)؟

1.3 ثالثاً- أهداف هذه الدراسة:

- 1- التعرف إلى مستويات الصراع التنظيمي وأنواعه ومراحله ومصادره في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية.
- 2- التعرف إلى مستوى إنتاجية مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية.
- 3- التوصل إلى تحديد أثر أبعاد الصراع التنظيمي على الانتاجية في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة.
- 4- الكشف عن الفروقات في وجهات نظر المبحوثين حول متغيرات الدراسة.
- 5- تقديم توصيات تساعد في تطوير أداء وزارة الصحة الفلسطينية في التعامل مع الصراع التنظيمي في العمل مما له دور إيجابي في رفع الكفاءة الإنتاجية في الانتاجية في مراكز الرعاية الأولية ووزارة الصحة الفلسطينية.

1.4 رابعاً- أهمية هذه الدراسة:

تتجسد أهمية هذا البحث في:

أولاً: الأهمية النظرية: هذه الدراسة هي من أوائل الدراسات في حدود علم الباحثة التي تجرى حول موضوع الصراع التنظيمي في المؤسسة الصحية وانعكاساته على تدني إنتاجيتها.

- 1- تتبثق أهمية البحث من حيث الموضوع، والذي يتناول أثر الصراع التنظيمي في المؤسسة الصحية، ومدى انعكاسه على إنتاجيتها في وزارة الصحة - مراكز الرعاية الأولية بقطاع غزة، حيث أنه حسب علم الباحثة أول بحث يتطرق لقياس أثر الصراع التنظيمي على إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية.

2- يعتبر هذا البحث مصدراً من المصادر التي تناولت موضوع الصراع التنظيمي وأثره على الإنتاجية والتي سوف يستدل ويسترشد به الباحثين، لأنه سيمدهم بمعلومات يفتقدونها في هذا المجال.

3- إضافة بعض المعرفة للمكتبة العربية حول مستويات وأسباب واستراتيجيات التعامل مع الصراعات التنظيمية، والتي تفتقر إلي هذا النوع من الدراسات.

4- معرفة مستويات وأسباب واستراتيجيات التعامل مع الصراعات التنظيمية.

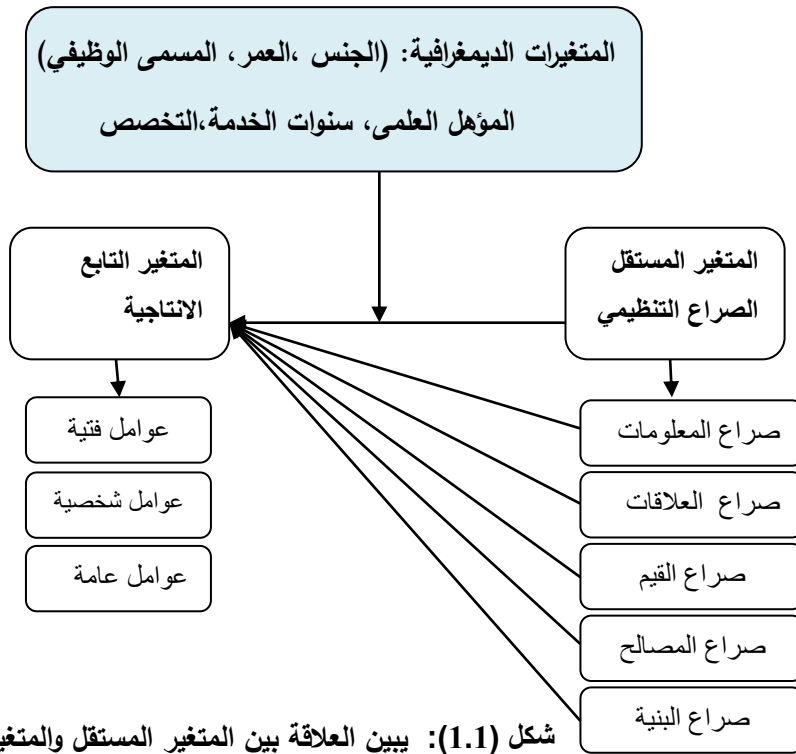
ثانياً- الأهمية التطبيقية: تتمثل أهمية الدراسة في:

1- تقديم توصيات قد تساعد في تطوير أداء المؤسسات الصحية والذي ينعكس بدوره على تقدم ورقي المجتمع الفلسطيني، ويزيد من قدرته على التعامل مع الصراعات التنظيمية داخل العمل بطريقة تقوده إلي الازدهار.

2- إن هذه الدراسة مهمة لصانعي القرار في وزارة الصحة الفلسطينية، حيث ستساهم في زيادة وعيهم ومعرفتهم بمفهوم وأبعاد الصراع التنظيمي، والإنتاجية في وزارة الصحة، وذلك من خلال مهام المدراء الرئيسية في تحقيق الكفاءة والفاعلية.

3- إن هذه الدراسة تشكل أهمية للباحثة لأنها ستزيد من محصلتها العلمية والعملية عن موضوع الصراع التنظيمي وعلاقته بالإنتاجية وخصوصاً أنه موضوع جديد لم يتم تناوله من قبل.

وحيث إن الغرض الرئيسي من هذه الدراسة هو تحديد أسباب ونتائج الصراع التنظيمي في المؤسسة الصحية الفلسطينية، فقد قمت بوضع نموذج يمثل أثر العلاقة المتوقعة بين مجموعة من المتغيرات ذات العلاقة بالصراع التنظيمي داخل العمل، وذلك استناداً على الحصيلة الواسعة من النتائج التي توصل إليها الباحثون في هذا الموضوع خلال العقود الثلاثة الأخيرة، حيث إن نموذج البحث يتكون من مجموعتين من العوامل الأولى، وهي تخص المؤسسة نفسها فيما يتعلق بنتائج الصراع التنظيمي فإن النموذج قد درس آثار الصراع التنظيمي عند المستويات التالية: (العلاقات الإنسانية، المعلومات، المصالح، القيم، البنية).



شكل (1.1): يبين العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على الأدبيات التي تناولتها الباحثة.

المتغير المستقل (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي التجريبي، 2012).

المتغير التابع (العلي، 1982: 108، 107).

1.5 خامساً- فرضيات الدراسة:

أ. الفرضية الرئيسية الأولى:

* لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصراع التنظيمي والإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.

ويتفرع منها الفرضيات الفرعية التالية:

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين صراع علاقات العمل والإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين صراع المعلومات والإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة.
- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين صراع المصالح والإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة.

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين صراع القيم والإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة.
 - لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين صراع البنية والإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة.
- ب. الفرضية الرئيسية الثانية:

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابة المبحوثين حول: (أثر الصراع التنظيمي على إنتاجية مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة.

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابة المبحوثين حول أثر الصراع التنظيمي تعزى للمتغيرات الآتية: (الجنس- المسمى الوظيفي- المؤهل العلمي- سنوات الخدمة - التخصص).

ج- الفرضية الرئيسية الثالثة:

* يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لواقع الصراع التنظيمي على مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة.

1.6 سادساً - حدود الدراسة:

الحد المكاني: وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة-مراكز الرعاية الأولية.

الحد البشري: تمثل في أصحاب المسميات الإشرافية (من رئيس شعبة - مدير وحدة).

الحد الزمني: تم تطبيق هذا البحث خلال الفصل الدراسي الثاني من العام (2016).

الحد الموضوعي: تناول هذا البحث أثر الصراع التنظيمي على إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية.

1.7 سابعاً- مكان الدراسة:

الدراسة تم إجراؤها على العاملين في القطاع الصحي بوزارة الصحة في قطاع غزة، وشملت مراكز الرعاية الأولية بالقطاع الصحي الحكومي.

1.8 ثامناً - مصطلحات الدراسة:

*الصراع التنظيمي: *الصراع التنظيمي:

هو كفاح حول القيم من أجل النفوذ والقوة ومن أجل الموارد والسلطة (طه، 2013: 10).

*الإنتاجية:

هي طريقة لقياس فاعلية استخدام المصادر من قبل الأفراد والمكائن والمنظمات والمجتمعات (الجامعة الهولندية، 2011: 23).

*وزارة الصحة الفلسطينية:

هي مؤسسة مسؤولة عن القطاع الصحي، وهي المسؤولة عن الصحة العامة للمواطنين، حيث تتبع لها جميع المستشفيات والمراكز الطبية العلاجية المنتمية إلى القطاع العام، والذي يهدف إلى تقديم الخدمات الصحية لسكان قطاع غزة من خلال 16 مستشفى و54 مركزاً للرعاية الأولية (موقع وزارة الصحة: 2014).

الفصل الثاني
الإطار النظري

2.1 المبحث الأول

الصراع التنظيمي

2.1.1 أولاً - تمهيد:

إن الإنسان ومنذ خلقه الله وهو يعيش في صراع دائم ومتعدد، وهو صراع إما أن يكون صراعاً داخلياً على مستواه الشخصي بين آماله وطموحاته، وأهدافه، ورغباته، أو خارجياً ناتجاً عن تفاعله مع ما يحيط به من أفراد وجماعات، حتى الصراع الطبيعي كصراع الدور، فهو ناجم عن إمكانية حدوث نوع من الإحباط الداخلي نابع من شعوره بأن ما يحيط به سوف يحرمه من تحقيق غاياته وأهدافه، فإذا كانت الرغبات موجودة لتحقيق أكثر من هدف وكلها متساوية بالأهمية، فإن الإنسان يبدأ بالشعور بحالة من الصراع في أي من هذه الأهداف التي يعمل من أجلها ويسعى لتحقيقها. وهو ظاهرة ذات أبعاد متناهية التعقيد بالغة التشابك يمثل وجودها أحد معالم الواقع الإنساني الثابت، حيث عرفت علاقاتها في مستوياتها المختلفة فردية سواء كانت أو جماعية وأيضاً في أبعادها المتنوعة: نفسه أو ثقافته سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية أو تاريخية. وتعكس أدبيات الصراع ثراءً واضحاً فيما تقدمه من تعريفات لمفهوم الصراع كما تتعدد أيضاً بؤر الاهتمام، ونقاط التركيز التي يوليها المتخصصون أهمية كبيرة.

فلقد عرفت دائرة المعارف الأمريكية الصراع بأنه "عادة ما يشير إلي حالة من عدم الارتياح أو الضغط النفسي الناتج عن التعارض أو عدم التوافق بين رغبتين أو حاجتين أو أكثر من رغبات الفرد وحاجاته (عبد الفتاح، وآخرون، 2012: 9-10)

***التعريف اللغوي:** التحديد الاشتقاقي لكلمة الصراع في اللغة العربية هو النزاع والخصام أو الخلاف والشقاق واشتقاقاً تعني التعارض بين مصالح وآراء أو الخلاف (العميان، 2002: 363).

***التعريف الاصطلاحي:** لم يتفق العلماء علي تعريف موحد للصراع التنظيمي لتباين مدارسهم.

يعرفه روبنز بأنه " العملية التي تبدأ حين يدرك أحد الأطراف بأن الطرف الآخر يؤثر عليه سلباً، أو يوشك أن يؤثر عليه سلباً في شيء ما يهتم به الطرف الآخر (Robbins, 2001: 243).

أما رحيم فقد قدم تعريفاً للصراع شمل كل ما قيل عنه، إذ عده: عملية تفاعلية عند عدم الإتفاق أو الإختلاف أو التنافر بين الأفراد والجماعات، أو داخل المنظمات، أو عند تعرض أحد الأطراف إلى أهداف الطرف الآخر، ومنعه من اسباع حاجاته، وتحقيق أنشطته والتدخل فيها، وبخاصة في ظل رغبة الأفراد أو الجماعات في الاستحواذ على موارد مشابهة لحاجة كل

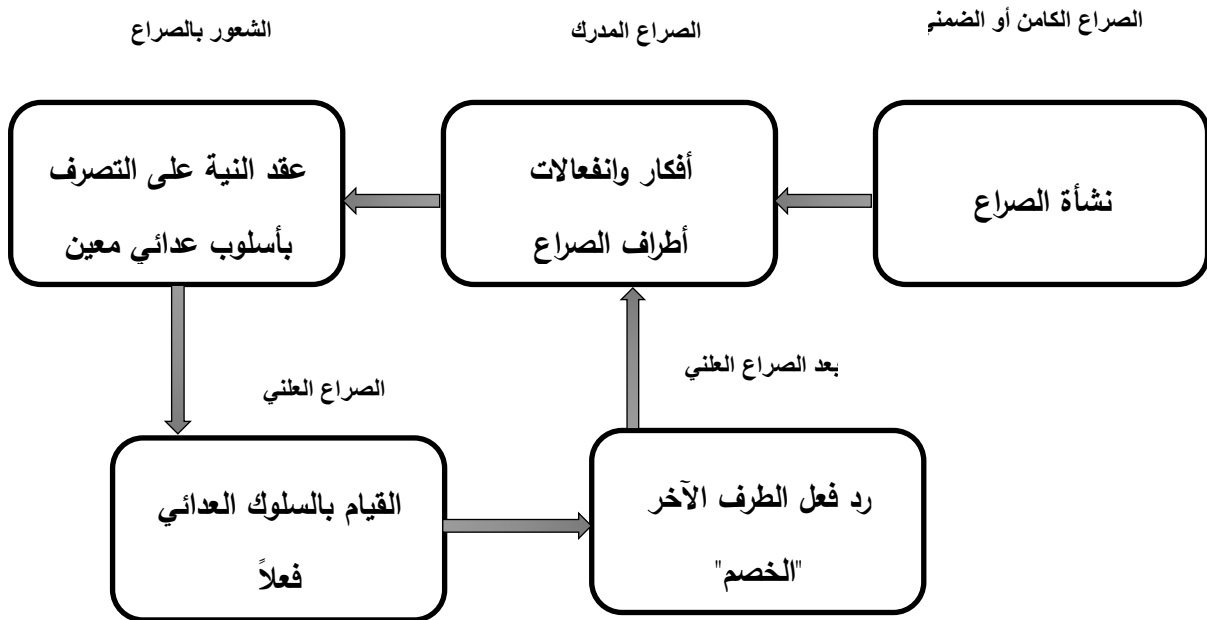
منهما، أو عند وجود حق إداري لأي منهما يتعلق بالترفضيل لسلوك أحدهما على الآخر أثناء مشاركتهم بنشاط معين، أو عندما تكون اتجاهاتهم وقيمهم ومهاراتهم متباينة (Rahim,2001:118).

ويعرف الصراع بأنه إجراءات يتخذها أحد الأطراف أو في سبيله لإتخاذها، وينظر إليها الطرف الآخر على أنها تلحق ضرراً بمصالحه الأساسية، ويعتبر الصراع التنظيمي مجرد واحد من مجموعة كبيرة من الصراعات التي تحدث ولا يمكن تجنبها في حياتنا اليومية (طه، 2013:17).

***التعريف الإجرائي:** هو التغيير أو الاختلال الذي يطرأ على السلوك النمطي المعتاد ويكون بين الأفراد والجماعات أو التنظيمات.

2.1.2 ثانياً- مراحل الصراع التنظيمي:

يمكن اعتبار الصراع عملية ديناميكية لذا فهو ينشأ ويتطور عبر مراحل أو سلاسل متعاقبة ويمكن أن يطلق عليها "دورة حياة الصراع"



شكل (2.1): مراحل عملية الصراع

المصدر: أحمد ماهر، السلوك التنظيمي، مدخل بناء المهارات، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2004:263

ليس هناك اتفاق محدد بين الباحثين حول عدد هذه المراحل أو طبيعتها، إلا أن هناك نماذج متعددة تبين تصور لهذه المراحل، ومن بين تلك النماذج نموذج Pondy وهو الأكثر

شهرة والأكثر شمولية وطبقاً لهذا النموذج يمر الصراع بخمسة مراحل وهي كالتالي: (العميان، 2002:376).

1- **مرحلة الصراع الكامن (الضمني):** نظراً لما تمثله الصراعات التنظيمية في العمل من أهمية في تسيير العلاقات المهنية بهدف تقادي بلوغها درجة التعقيد التي قد تتسبب في اللجوء إلى الطرق العنيفة لفرض تسويتها (الشايب، 2013:11). وهذه المرحلة تتضمن الشروط أو الظروف المسببة لنشوء الصراع التي غالباً ما تتعلق بالتنافس على الموارد والتباين في الأهداف أو الاعتمادية بين الأفراد أو الجماعات، أو غير ذلك من الأسباب التي تسهم في ميلاد الصراع بشكل ضمني غير معلن (العميان، 2004:276). وتوجد بعض الحالات السابقة التي ترتبط بالصراع الكامن وتؤثر على العلاقة بين طرفين أو أكثر منها ما يلي (اللوحي، 2008:43):

أ. **المنافسة على الموارد المحدودة:** وتعني أن كل طرف ينشد زيادة أو حماية نصيبه من الموارد المحدودة في المنظمة على حساب الأطراف الأخرى، حيث نجد أن هناك اهتماماً من المدراء في التعامل مع ظاهرة الصراع التنظيمي (المعشر، 2005:52).

ب. **الحاجة إلى الاستقلالية:** وتمثل منبعا للصراع عندما يحاول أحد الأطراف القيام بالرقابة على أنشطة يعتبرها أطراف آخرون داخلية في حدود عملهم، أو يحاول أحد الأطراف أن يعزل نفسه أو يتهرب من هذه الرقابة (الجندي، 1998:200).

ج. **تشعب الأهداف :** فعندما تقشل الأطراف في الوصول إلى الإجماع حول القرار المناسب مع أنها من المفترض أن تتعاون في إنجاز أو تحقيق عمل مشترك.

2- **مرحلة إدراك الصراع:** وهنا يتم إدراك الصراع دون أن يكون هناك حالات سابقة كأن يسيء طرف فهم أو استيعاب الطرف الآخر (عبد الفتاح، وآخرون، 2012:37). حيث يبدأ فيها أطراف الصراع في إدراك أو ملاحظة وجود صراع فيما بينها، وتلعب المعلومات هنا دوراً مهماً في تغذية صور ومدركات الصراع، حيث تناسب عبر قنوات الاتصال المتاحة بين الأفراد والجماعات (تركي، 1986:268).

3- **مرحلة الشعور بالصراع:** قد يكون هناك إدراك للصراع، ولكن دون أن يكون هناك شعور لدى المدير بأن هناك حالات قلق وتوتر (مرجع سابق:37) ، ويتبلور الصراع بشكل واضح تتولد فيها أشكال من القلق (التوتر، والغضب) الفردي أو الجماعي المشجعة على الصراع، وتكون الرؤية عن طبيعته، ومسبباته وما سوف يؤدي إليه أكثر وضوحاً، ويصبح كل منهم

طرفاً في الصراع يسعى للفوز ولو على حساب الأهداف العامة للمنظمة (حريم، 2003:51).

4- **مرحلة إظهار الصراع:** حيث يمكن ملاحظة أن السلوك الصادر عن كل طرف يدل على ظهور مشكلة متصارح عليها (مرجع سابق: 37)، حيث يقوم كل طرف بالرد علنياً على الطرف الآخر، ويتم التعبير عن هذا الصراع بطرق مختلفة مثل: العدوان، المشاحنات العلنية، وقد يأخذ الصراع صوراً أخرى مثل: الانسحاب، اللامبالاة أو أي وسائل دفاعية أخرى (العميان، 2004:376).

5- **مرحلة ما بعد الصراع:** فإذا كانت هناك حلول ترضي الطرفين فإن من المتوقع أن يكون هناك تعاون ومودة بين الأطراف، ولكن إذا لم يكن هناك حلول فإن المشاعر سوف تبقى كامنة وتزداد وسوف تنفجر في أي لحظة وهي تمثل أعلى صوراً للصراع العلني بين الأفراد أو الجماعات أو المنظمات الأطراف المتصارعة، وتبدأ فيها عملية إدارة الصراع، وتتوقف نتائج إدارة الصراع على أسلوب إدارته ومعالجته فإذا ما تمت إدارة الصراع بطريقة ترضي جميع الأطراف فيعمل ذلك على تشجيع التعاون والتفاهم المتبادل والتنسيق بين الأطراف المتصارعة مستقبلاً ولكن كبت الصراع، أو تجنبه أو إدارته بطريقة تؤدي إلى نتيجة رابح-خاسر (الشماع، وحمود، 2005:301).

ومن هنا أرى أن أهم مرحلة من مراحل الصراع هي إدراك الصراع لأنه إذا تم إدراكه فسيكون هناك حل لهذا الصراع أو التخفيف من حدته وهذا يعكس دور الإدارة في إدارة الصراع لصالح المؤسسة وجعله إيجابياً لا سلبياً.

2.1.3 ثالثاً- مصادر الصراع التنظيمي:

يوجد خمسة أنماط من صراع العمل، وذلك حسب ما أشار إليها (البرنامج الإنمائي، 2012:11) تتمثل في:

أ. **صراع العلاقات:** وهو الصراع المستند إلى العلاقات بين الأفراد، ويعد صراعاً غير بناء، بسبب الاحتكاك المتسم بالعداء بين الأفراد، ونتيجة للتناقض والاختلاف في شخصيات الأفراد، يحدث نتيجة لوجود عواطف سلبية قوية (ديليسر، 1986:421).

ب. **صراع المعلومات:** وهو الصراع المتعلق بمحتوى العمل وأهدافه، ووجوده بدرجة منخفضة إلى درجة معتدلة يعد نزاعاً يؤثر إيجابياً في أداء الجماعة في حال نقص المعلومات الضرورية لاتخاذ قرارات صائبة أما لأن الأشخاص المسؤولين عن المعلومات لا يريدون إعطاء المعلومات

وتزويد الآخرين بها، أو يحتفظون بهذه المعلومات لاعتقادهم أنها سرية مما يؤدي إلي تحريفها أو إخفائها إذا تطلب الأمر (هيجان، 2011: 648).

ج. صراع المصالح: يحدث عندما تكون النتائج المتوقعة أو الشكل النهائي لعمل ما غير متطابقة والتنافس على احتياجات متضاربة. وكل شخص أو كل جماعة رسمية أو غير رسمية في المنظمات الإدارية مصلحة تختلف باختلاف اهتماماتهم أو طموحاتهم وإذا كان تحقيق احدي المصالح المتعلقة بأحد الأشخاص يفترض إلغاء أو إنقاصاً لمصالح الطرف الآخر، فلا بد أن يحدث تنافس أو نزاع (عساف، 1999: 246).

د. صراع البنية: حيث يعتبر السبب الأول في شعور الأفراد بصراع الدور داخل المنظمة فالهيكل التنظيمي يعمل على تهيئة الظروف لأهداف وسياسات وقرارات وأوامر قد تكون متقاربة أحياناً فكثير من المنظمات تعاني من ازدواجية السلطة، وعدم تسلسلها وترتبط المكانة والهيبة بالسلطة والقوة والقدرة في المنظمات فهو يتوقع أن يحتدم النزاع بين القيادات الإدارية من أجل الوصول إلى رأس السلطة (المرجع السابق: 248).

هـ. صراع القيم: ويحدث عندما تختلف قيم الأطراف المتنازعة حول قضية معينة كأن يختلف مديران أو أكثر على منح بدلات للموظفين. و صراع القيم يحدث عندما يكون هناك اختلاف في القيم العقائدية والأيدولوجية أو القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع (مرجع سابق: 245). هناك عوامل عديدة لها دور في ظهور الصراع داخل المنظمة، كأن يكون الصراع بين فرد وفرد أو جماعة وجماعة، أو بين أقسام متعددة، ولكل حالة من هذه الحالات أسباب خاصة بها وأيضاً ينشأ الصراع في المنظمات نتيجة للعديد من الأسباب بعضها أسباب شخصية تتعلق بالفرد، وبعضها أسباب تنظيمية ترجع إلى ظروف المنظمة وظروف عملها ومن أهم الأسباب حسب ما أشار إليها (ماهر، 2003: 264) هي:

1- المنافسة للحصول على موارد تنصف بالندرة.
2- غموض أو عدم وضوح المسؤوليات في الهيكل التنظيمي و درجة الاستقلال الوظيفي (العلاقات الاعتمادية).

3- تعارض الأهداف، صراع الأجيال وأيضاً عدم فعالية نظام الاتصال المعمول به وقد ذكر (جواد، 2000: 267) أن هناك عوامل للصراع نذكر منها: (نفسى-السلطة -المصلحة - الثقافي - البيئي - المنظمي).

1- الأسباب الشخصية للصراع حسب ما أشار إليها (الخرب، 2006: 48): حيث يرى أن أسباب الصراع ترجع إلى خصائص شخصية للفرد وانفعالاته ومركزه الوظيفي وأهمها:

- أ. الشعور بالحقد والضغينة نتيجة لتمييز الغير عنه ببعض المزايا والصفات.
- ب. سوء ادراك الفرد لسلوكه ودوافعه وسوء تفسير للأمور.
- ج. الاتصالات السيئة بين الفرد والآخرين.
- د. العلاقات الشخصية غير الطبيعية مع خصائص الآخرين.
- هـ. خصائص الفرد وصفاته التي لا تتوافق مع خصائص الآخرين.
- و. الإحساس بالدونية الاجتماعية قد يدفع الفرد للحط من شأن الآخرين .
- ز. الطبيعة العدوانية والاستمتاع بمعاناة الآخرين.

2- أما أسباب الصراعات التنظيمية منها على سبيل المثال: (عبدالفتاح، وآخرون، 34: 2012).

- أ. مشكلات الاتصالات الإدارية فإن معظم المشكلات تعود إلى سوء الفهم أو عدم وضوح خطوط الاتصال وقنواته، فالاتصال الجيد يساعد على التقليل من المخاطر.
- ب. معوقات التنظيم أو المشكلات التي يسببها البناء التنظيمي وتتمثل هذه المعوقات بوجود هياكل تنظيمية ضعيفة أو عدم وجود هذه الهياكل.
- ج. معوقات أو مشكلات تسببها البيئة: تظهر في البيئة الداخلية أو الخارجية وتتمثل في اللغة المستعملة ومدلولات الألفاظ أو الضعف في أجهزة الاتصال المستعملة. ومن هنا أرى أن هناك اختلافاً في نتائج الصراعات وما يطرأ عليها من تغيرات فهناك مواقف الصراع التي تبدأ بخلاف على أمور بسيطة تم تتسع جوانب أخرى وهناك مواقف الصراع التي تتصاعد فيها حدة الصراع بين الأطراف بسرعة وتستخدم فيها الأطراف أساليب تحقق من خلالها أضرار كبيرة لبعضها البعض، أو تجعل الاتفاق فيما بعد غير الممكن فيما بينها كما أن هناك مواقف من الصراع التي تظل في دائرة محدودة، وتنتهي بتعاون واتفاق الأطراف على ما بينهم من تناقض.

3- العوامل التي تؤثر في الاختلافات في وجهات النظر لدي أطراف الصراع: حسب ما أشار إليها (عاشور، 1990: 267) تتمثل في:

- أ. إدراك الأطراف لحدة الصراع وآثاره: فكلما أدركت أطراف الصراع أن مدى التناقض بينها كبير وأن الضرر والخسارة التي ستلحق بهم من جراء مواقف الطرف الآخر كبيرة، كلما زاد هذا من احتمال اتخاذهم لمواقف متطرفة من الصراع.

ب. **قوة أطراف الصراع:** فكلما كانت القوة التي يتمتع بها أحد أطراف الصراع كبيرة كلما زاد هذا من احتمال استخدامه لهذه القوة إما في تصعيد أو إرغام الطرف الآخر على تقديم تنازلات.

ج. **سلوك الأطراف الأخرى في مرحلة الصراع:** أي مدى تأثير سلوك كل طرف من الأطراف فقيام واحد من الأطراف بالنيل من الطرف الآخر، فهذا يدعو لاستخدام الطرف الآخر أساليب أكثر عدوانية.

د. **شخصية أطراف الصراع:** حيث تتأثر الاستراتيجيات التي تستخدمها أطراف الصراع بصفاتهم الشخصية، فالأفراد ذوي الصفات الشخصية التي تتصف بالجمود الإدراكي فهم يميلون إلى تصعيد الصراع، كما أن الأفراد ذوي صفات عدم الثقة غالباً ما يستخدمون أساليب إنتقامية وإستغلالية، أما المسالمون والمعتمدون على الآخرين فيستخدمون استراتيجيات تعاونية.

4- إدراك أطراف الصراع للمصالح المشتركة بينهم (Hersey&Kenneth, 1993:392):

حيث إنه كلما أدرك أطراف الصراع أن المصالح المشتركة بينهم كبيرة أى أن المنفعة التي تعود عليهم من استمرار علاقة طيبة كبيرة كلما حد هذا من احتمال استخدام أساليب عدوانية ومتطرفة في الصراع وزاد من احتمال استخدام أساليب تفاوض سليمة، واستراتيجيات تعاون مما يؤدي إلى حصر الصراع في نطاق ضيق.

ومن هنا أرى أن عدم وجود صراعات في المنظمة لا يعبر عن ظاهرة صحية، ويمكن أن يكون بناءً أو مدمراً وهو موقف تنافسي بين فريقين أو تنظيمين أهدافهما متعارضة.

2.1.4 رابعاً- النظريات المفسرة للصراع التنظيمي في الفكر الإداري:

لقد نُظر للصراع على أنه حالة سلبية وهناك اتجاهات سلوكياً لموضوع الصراع، بحيث ينظر للصراع باعتباره أمراً طبيعياً الحدوث في التنظيمات المختلفة، فنرى أن لكل مدرسة وجهة نظر تتمثل في:

- 1- النظرية التقليدية (الكلاسيكية): ترى أن تجنب الصراع في المنظمات الإدارية أمرٌ ضروري.
- 2- النظرية الوظيفية (السلوكية): ترى أن الصراع داخل المنظمات الإدارية أمرٌ طبيعي في حياة الأفراد وحياة المنظمات.
- 3- النظرية الحديثة (التفاعلية): تجد أن الصراع شيء يجب تشجيعه وهو ضروري ومهم لإنجاز الأعمال بفعالية.

جدول (2.1): يوضح وجهات النظر للصراع في المدارس الإدارية المختلفة

النظرية الحديثة	النظرية الوظيفية	النظرية التقليدية	البيان
ضروري/محرك للإبداع	طبيعي/داخل في تركيب التنظيم	غريب/دخيل	طبيعة الصراع
عوامل موقفية وشخصية	عوامل تنظيمية	عوامل شخصية	أسباب الصراع
كيفية الإستفادة منه	علاج	تقادي	طريقة المواجهة
التعاون	التفاهم	السلطة البيروقراطية	دور الإدارة
التشجيع أحياناً	قبول	الرفض	رد فعل الإدارة
مفيد/ضار	ضار/ مفيد	ضار	خصائص الصراع
تطوير	تنافس	تدمير	نتائج الصراع

المصدر: عبد الوهاب، محمد علي(1998). دور القائد في حل النزاع في المنظمة، المجلة الدولية للعلوم الإدارية م20، ع4

ومن الملاحظ وجود الكثير من النظريات التي قامت بتفسير ظاهرة الصراع، ولكن تم تناول أكثر هذه النظريات شيوعاً نذكر منها على سبيل المثال:

1- النظرية التقليدية(الكلاسيكية) للصراع: يرى أصحاب هذه النظرية أن الصراع شيء غير مرغوب فيه ويجب تقليله أدنى حد ممكن أو إزالته من خلال الاختيار السليم للأفراد والتدريب، وتوصيف الوظائف وإعادة التنظيم، وأن أصحاب تلك النظرة يتناولون الصراع على أنه نوع من النقص والقصور الناتج عن الهيكل التنظيمي(عبدالفتاح، وآخرون،2012:28)، وقد بينت الكثير من الدراسات بأن الصراعات التنظيمية تكون مُنتجة بدرجة كبيرة إذا كانت إدارتها جيدة، وتعتبر هذه هي الطريقة السليمة للحكم على الصراعات إذا كانت إيجابية أو سلبية(فياض،1991:95). يعتبر أصحاب هذا الاتجاه أن ظاهرة الصراع هي ظاهرة سلبية سيئة وغير مريحة، لذلك فقد اتجهت الإدارة إلى ضرورة القضاء عليها أو على الأقل تجنبها وعدم الحديث عنها وتجاهلها(المعشر، 2005:43).

2- النظرية الوظيفية(السلوكية) للصراع داخل أي منظمة: يعتبر أصحاب هذه النظرية الصراع ظاهرة طبيعية، حتمية تنظيمية تصاحب التفاعلات الإنسانية داخل أي منظمة(عبدالفتاح، وآخرون،2012:28)، وافترض وجود الصراع في المنظمات شيء طبيعي وظاهرة صحية مطلوبة فوجودها يحد من الصراع ويسعى لإدارتها والاستفادة من الإيجابيات، وجعل إدارة الصراع وظيفة مهمة مثل أي وظيفة إدارية أخرى ويعد قضاء المديرين (20%) من وقتهم في إدارة الصراعات شيء طبيعي نظراً لأهميته (بدر، 1995:196-197)، وتبني

أصحاب هذه النظرية فكرة أن الصراع أمر ضروري في التنظيم ولا يمكن تجنبه، وما على الإدارة إلا أن تتعرف عليه وتحدد المستوى المقبول منه بما يخدم أهدافها في ظل ظروفها القائمة (المغربي، 1995:310).

3- النظرية الحديثة (التفاعلية) للصراع: تدعو إلى تشجيع المديرين على خلق جو مقبول من الصراعات داخل المنظمة كوسيلة لزيادة الكفاءة والمهارة والتجديد. فالاعتماد المشترك للمجموعات المستقلة عن بعضها نسبياً بحيث كل مجموعة تسهم بنشاط متميز للمنظمة الأم، وتأخذ الدعم منها ويكون لهم هدف مشترك دون أن يكون بينهم تفاعل أو اعتماد مباشر (مهنا، 1999:379). وتختلف وجهات النظر حول الصراع، ولكن هناك مفهومين للصراع ويترتب على كل مفهوم آثار معينة منها:

أ. آثار سلبية للصراع تتمثل في الآتي:

- 1- الخوف من انتشار الصراع إلى مستويات التنظيم كافة.
- 2- عدم رغبة الإدارة في معرفة وجهات نظر العاملين ينعكس سلباً على عملهم وإبداعاتهم.
- 3- الخوف من انتشار الصراع إلى مستويات التنظيم كافة.
- 4- يقلل من عامل الانتماء للمنظمة الإدارية ومن ثم يسعى كل فرد إلى تحقيق أهدافه الخاصة.
- 5- فقدان القدرة على الحزم وضعف الثقة بالإضافة إلى التوتر النفسي الذي يسبب الإحباط (هيجان، 1425:66).

ب. آثار إيجابية للصراع تتمثل في الآتي (عبدالفتاح، وآخرون، 2012:30):

- 1- مشاركة بناءة من الأفراد لكافة العمليات التنظيمية.
- 2- يساعد على اختيار البديل الأفضل للمنظمة وكذلك الأفراد.
- 3- يدرك أطراف الصراع واجبات ومسئوليات وظائف خصومهم والمشاكل التي يجب أن يتعاملوا بها بحيث يكون الصراع مصدراً لتكوين الخبرات التعليمية.

ج. الأبعاد النظرية للصراع: فلسفة ابن خلدون تقوم على ثلاثة مرتكزات هي:

- 1- صعوبة أن يعيش الأفراد منعزلين، فلا بد من اجتماعهم، وهذا الاجتماع يترتب عليه صراعات.
- 2- لا بد من وجود العدل بين الناس 3- مقاومة العدوان وإقامة العدل.

الصراع ظاهرة طبيعية حيث، يمكن أن تتم الاستفادة من الصراعات بشكل إيجابي يؤدي إلى التقدم والتطور والتغيير (المعشر، 2005:43). انخفاض مستوى الصراع أو انعدامه يصاحبه تدنى في مستوى الابتكار والتجديد في المنظمة وبالعكس عندما يرتفع مستوى الصراع فإنه

يشغل الموظف عن إعطاء اهتمام كاف لعمله، ويستنزف طاقاته على حساب العمل والأداء (العتيبي، 2006:18).

ومن هنا ووفقاً للنظريات السابقة أرى أن الصراع هو ظاهرة إنسانية على مستوى الفرد أو مستوى الجماعة ويعتبر الصراع أمراً صحيحاً على مختلف الأصعدة والمستويات، ويتم عندما يحصل التفاعل بين الإدارة المختلفة التي يقوم بها الأفراد سواءً بشكل فردي أم جماعي، وإذا كان هناك آثار سلبية للصراع، فعلي المدراء التعامل معه بشكل جيد لأنه يحدث نتيجة لوقوع خلل واريابك وعدم انسجام في طبيعة النشاطات التي يقوم بها الأفراد، حيث أن قيام أحدهم بنشاط لا ينسجم مع عمل الآخر، ربما يكون سبباً في منعه وهدمه وإضعاف مستوى أدائه، حيث أن الأفراد والجماعات المختلفة تعتمد على بعضها البعض لأغراض شتى مثل تبادل المعلومات والرأى والخبرة والتماسك والمشاركة في اتخاذ القرارات وهذه الإعتمادية والترابط يمكن أن تؤدي إلى التعاون والتماسك أو إلى الصراع والتعارض.

2.1.5 خامساً-خصائص الصراع:

تتمثل خصائص الصراع التنظيمي بما يلي (العميان، 2004:366).

- 1- ينطوي الصراع على وجود أهداف أولية غير المتكافئة لدى أطرافه، وتكون عملية الحوار الوسيلة المفضلة من سبل هذه الأطراف للوصول إلى حالة من التكافؤ في الأهداف (المصلحة المشتركة).
- 2- يعتبر التوتر بعداً أساسياً في الصراع وضعاً مؤقتاً رغم وجود الكثير من الصراعات المزمنة.
- يفرض الصراع أعباء وتكاليف باهظة على الأطراف المعنية به طيلة فترة الصراع، وهو ما يرغبها في النهاية على حسم الصراع إما بالطرق السلمية أو بالقوة القسرية.
- وأنا أرى بأنه هناك خصائص أساسية للصراع التنظيمي منها:
- 1- الصراع هو حالة من وجود عدم توافق وحالة من التوتر بين أطراف الصراع.
- 2- أطراف الصراع تكون على وعي وإدراك بالأطراف الأخرى.
- 3- يجب أن تكون هناك أسباب قطعية تؤدي إلى حدوث الصراع.
- 4- نتائج الصراع تظل غير معلومة لأي طرف لحين إنتهاء الصراع (العتيبي، 2006:13).
- د. جوانب الصراع: يوجد للصراع جانبان وظيفي بناء يؤثر إيجابياً في تحقيق أهداف الجماعات والمنظمات، والآخر غير وظيفي وغير بناء يؤدي إلى الخلل الوظيفي.

1- الصراع الوظيفي: ينتج عند تطابق الأهداف لطرفين داخل التنظيم، أو على مستوى المنظمات، وذلك بهدف تحسين الأداء الوظيفي (عبدالفتاح، وآخرون، 2012:33). ويحدث هذا الصراع في الأجهزة الفرعية لمؤسسة عامة مثل دائرة التخطيط والتمويل، لأن هدفها هو توقع الأهداف المستقبلية لفترة زمنية مع تأجيل مسألة التمويل لتقوم بها أجهزة أخرى (القريوتي، 2000:140-150). يقع بين الجماعات داخل المنظمة، يعمل على إثارة الإبداع والإنتاجية. (Cook&Hunsake,2001:131)، ويعطى الدافع للبحث عن سبل جديدة للأداء وقد يكون متطلباً ضرورياً للأفراد والجماعات لتوضيح مكانتهم في المنظمة (رحيم، 2001:125).

2- الصراع غير الوظيفي: هو نتيجة للتفاعل بين طرفين مختلفين في الأهداف والحلول بشكل يترتب عليه تخريب وعرقلة نجاح المنظمة في تحقيق أهدافها، وقد ينشأ هذا الصراع لاعتبارات عقلانية تتعلق بالمهام كالخلافات على طرق وإجراءات العمل، أو قد ينشأ لأسباب غير عقلانية كالتي تنجم عن العدوانية في السلوك، وتحريف المعلومات وغيرها (العديلي، 1995:298). كما يؤدي إلى الصراع الوجداني بين الأفراد وترسيخ المشاعر السلبية وإظهار التنافر المتبادل بين الأفراد، وتدني مستوى الرضا الوظيفي وازدياد التغيب عن العمل، وانخفاض الإنتاجية، (229) (schermerhorn, 2000:

هـ. مجالات الصراع التنظيمي: تتعدد مجالات الصراع التنظيمي في المنظمات مع تعدد العلاقات وتشابكها، وقد لا يكون من السهل حصر هذه المجالات وتحديد أطرافها ففي كثير من الأحيان وبخاصة في المنظمات الكبيرة مثل وزارة الصحة وبشكل عام يمكن التنبؤ بالأشكال التالية ومنها على سبيل المثال (العتيبي، 2006:14):

- 1- الصراع على مستوى الإدارة العليا بين القيادات الإدارية وبعضه.
- 2- الصراع على مستوى الإدارة الوسطي، وذلك بين القيادات التنفيذية وبعضه.
- 3- الصراع على مستوى الإدارة الدنيا، وذلك بين القيادات الإشرافية وبعضها أو بين العاملين وبعضهم (عساف، 1999:204).
- 4- الصراع على مستوى الرؤساء والمرؤوسين عبر خطوط السلطة- الصراع بين الإدارة والعاملين في المستويات الدنيا -الصراع بين إدارة المنظمة وبين النقابات المختلفة من جهة أخرى الصراع بين المنظمة أو إدارتها وبين جمهور المستفيدين (الديب، 2000:11).

2.1.6 سادساً- أنواع الصراع التنظيمي داخل بيئات العمل تتمثل في:

أولاً- أنواع الصراع التنظيمي وفقاً لمصادره: أشار روبنز إلى أن هناك ثلاثة أنماط من الصراع التنظيمي على أساس مصادره وهي (Robbins, 2001:49):

1- صراع المهمات: وهو الصراع المتعلق بمحتوى العمل وأهدافه، ووجوده بدرجة منخفضة إلى درجة معتدلة يعد صراعاً بناءً يؤثر إيجابياً في أداء الجماعة.

2- صراع العلاقات: وهو الصراع المستند إلى العلاقات بين الأفراد ويعد صراعاً غير بناءً بسبب الاحتكاك المتمم بالعداء بين الأفراد نتيجة للتناقض والاختلاف في شخصيات الأفراد.

3- صراع العمليات : ويُعزى إلى كيفية أداء سير العمل ويعد وجوده بالحد الأدنى صراعاً وظيفياً مفيداً للأداء والإنتاجية. فلقد أشار (Schermerhorn, 2000 :230) بوجود نمطين من الصراع هما:

- الصراع الجوهرى: وهو الصراع الناتج عن اتفاق جوهري شامل حول أهداف العمل المطلوبه وكيفية إنجازها.

- الصراع الوجداني: وهو الصراع المرتبط بالخلق العسير للأفراد الذي يتولد عن أحاسيس مثل الغضب وعدم الثقة، وعدم الإعجاب، والخوف والامتعاض.

يمكن تقسيم الصراع وفقاً لمصادره إلى ما يأتي (العتيبي، 2006:23-33):

أ. الصراع الانفعالي: ويحدث عندما تشعر الأطراف المتصارعة أن مشاعرهما وانفعالاتها غير متطابقة أو غير منسجمة.

ب. الصراع من أجل المصادر: ويحدث عندما تتصارع الأطراف من أجل مصادر نادرة، سواءً كانت هذه المصادر مادية أم معنوية.

ج. الصراع من أجل القيم: ويحدث عندما تختلف قيم الأطراف المتنازعة حول قضية معينة كأن يختلف مديران أو أكثر على منح بدلات للموظفين.

د. صراع الهدف: يحدث عندما تكون النتائج المتوقعة أو الشكل النهائي لعمل ما غير متطابقة.

هـ. الصراع الفكري: عندما تشعر الأطراف المتصارعة أن طريقة تفكيرها أو إدراكاتها غير

متوافقة؛ فيبدأ الصراع الفكري بين هذه الأطراف خاصة عندما يتعلق الموضوع باتخاذ القرارات.

و. صراع حول الضرورة: في حالة عدم الاتفاق على ضرورة المهمة أو العمل بين أعضاء

جماعة ما، فإن صراعاً يحدث بينهم كونهم غير متفقين أساساً على ضرورة أو عدم ضرورة أداء

تلك المهمة.

ثانياً- أنواع الصراع وفقاً لتنظيمه: الصراع على مستوى التنظيم يُقسم إلى قسمين (عبدالفتاح، وآخرون 2012:33):

أ. صراع مؤسسي:- يظهر عند محاولة أحد الوحدات داخل التنظيم تحديد الواجبات والأنشطة للوحدات الأخرى مثال على ذلك الصراع حول اقتسام الميزانية.
ب. صراع طارئ: يحدث نتيجة لعدم وجود الرضا الوظيفي أحياناً أو للافتقار للمعايير الموضوعية في توزيع الموارد البشرية. وحسب ما أشار إليه (الدهان، 1992:151) بوجود نوعين من الصراع تتمثل في:

1- الصراع المنظم: وهو الصراع الذي يستخدم للتعبير عن الأفعال التي تتطلب تضامناً جماعياً، ويتم استخدام إجراءات المفاوضات الرسمية، وحين تفشل في تحقيق الأهداف يتم اللجوء إلى الإضراب أو أي عقوبات جماعية، ومثال على هذا النوع من الصراع هو صراع النقابات العمالية.

2- الصراع غير المنظم: وهو الصراع الذي تستخدم فيه الوسائل الفردية للتعبير عن الصراع مثل الشكوى والتذمر التأخر عن العمل، الغياب، وترك العمل ويعبر عن خلال الوسائل الفردية مثل الشكوى والتذمر والغياب.

ثالثاً- أنواع الصراع وفقاً للتخطيط: (Rue&Byars, 1989:248) فقد أشاروا إلى النوعين التاليين من الصراع وهما:

1- الصراع المخطط أو الاستراتيجي: وهو الصراع المقصود والذي يتم الدفاع عنه ضمن خطة موضوعية، وينتج مثل هذا الصراع عادة عن تعزيز للمصالح الشخصية للفرد أو للمجموعة. ويكون هناك هدف واضح يجب الحصول عليه وكل من يقف في سبيل تحقيق هذا الهدف يعتبر خصماً، والهدف عادة هو الحصول على امتياز علي الخصم بالنسبة لموارد المنظمة.

2- الصراع غير المخطط: وهو الصراع العفوي غير المقصود، والذي ينتج ويتطور نتيجة لظروف وأوضاع، مثل الصراع الوظيفي أو الصراع الشخصي.

رابعاً-أنواع الصراع وفقاً لاتجاهاته: أن الصراع يمكن تقسيمه وفقاً لاتجاهاته إلى ما يلي (العتيبي، 2006:23-33):

1- الصراع التنظيمي الأفقي: ويحدث بين أطراف تنتمي إلى وحدة تنظيمية واحدة أو بين وحدات تنظيمية مختلفة تقع في مستوى تنظيمي واحد دون أن يكون لأحدهما سيطرة على الأخرى، وترتبط فيما بينهما غالباً علاقة اعتماد مشترك، ومن الأمثلة على هذا النوع من الصراعات هو الصراع الذي قد ينشأ بين إدارتي الإنتاج والتسويق في المنظمة نفسها.

2- الصراع التنظيمي الرأسي: ويقع الصراع هنا بين أطراف تنتمي إلى مستويات مختلفة كالصراع الذي قد ينشأ بين مستويات الإدارة العليا والإدارة الدنيا.

خامساً- أنواع الصراع وفقاً لآثاره: إن أصحاب الفكر الإداري الحديث يعترفون بالأثر الإيجابي للصراع التنظيمي عندما يقولون: إن الصراع لا يمكن تجنبه، وهو وليد ظروف وأوضاع في المنظمة، ويعتبر عنصراً فعالاً في التغيير؛ وعليه فالصراع يفيد المنظمة على اعتبار أنه أساس التقدم والإبداع لتشجيعه المبادرة الخلاقة وتطويره الأفكار الجديدة، والتي من شأنها أن تجعل المنظمة متطورة ومنكيفة مع المتغيرات من حولها. ذكر العديد من المفكرين أن للصراع آثاراً سلبية تخل بفاعلية المنظمة، وأن له آثاراً إيجابية ينبغي للإدارة أن تستفيد منها بأقصى درجة ممكنة مما يعود بالفائدة على المنظمة. إن "المديرين الناجحين هم الذين يحاولون علاج الصراعات، والاستفادة منها، وتحويلها من عامل هدم إلى عامل نفع، أو على الأقل لا تتسبب في حدوث خسارة لأي فرد أو جماعة أو منظمة (ملائكة، 1989:144؛ المغربي، 1995:309؛ الباقي، 2001:197).

1- أن الصراع رغم ما يحمله من آثار سلبية إلا أنه لا يخلو من آثار إيجابية تستدعي من الإدارة استغلالها لصالح التنظيم.

2- أن عدم وجود صراعات في التنظيم لا يعبر عن ظاهرة صحية، وأن هناك الكثيرين ممن يرون ضرورة وجود مستوى معين من الصراعات داخل التنظيم، وأنه من واجب الإدارة أن تحافظ عليه لإحداث التغيير المنشود

أ. آثار إيجابية:- ذكر العديد من المفكرين أن للصراع آثاراً سلبية تُخل بفاعلية المنظمة، وأن له آثاراً إيجابية ينبغي للإدارة أن تستفيد منها بأقصى درجة ممكنة، مما يعود بالفائدة على المنظمة. يؤكد ملائكة بقوله إن "المديرين الناجحين هم الذين يحاولون علاج الصراعات، والاستفادة منها، وتحويلها من عامل هدم إلى عامل نفع، أو على الأقل لا تتسبب في حدوث خسارة لأي فرد أو جماعة أو منظمة .

1- يعتبر عنصراً فعالاً في التغيير وعليه فالصراع يفيد المنظمة على اعتباره أنه أساس التقدم والإبداع لتشجيعه المبادرة الخلاقة، وتطويره الأفكار الجديدة والتي من شأنها أن تجعل المنظمة متطورة ومنكيفة ومع المتغيرات من حولها. ويتضمن الصراع الاستراتيجي أسلوب لإدارة المشكلة وتوظيف جوانبها ومن خلال إدارة المشكلة يتم اكتشاف التغيرات الضرورية.

2- تشجع الصراعات على التفكير في حلول غير تقليدية للمشكلات التي تواجهها المنظمات ويؤدي ذلك إلى الحلول الابتكارية الخلاقة

- 3- الصراع نوع من الاتصال، وحل الصراع قد يفتح طرقاً جديدة ودائمة للاتصال مما يعمق الثقة، ويوفر المعلومات ويساعد على سهولة انسيابها (العميان، 2004:379).
- 4- يعمل الصراع على تماسك الجماعة عندما تكون على خلاف مع جماعات أخرى (الشخص، 1994:94).
- 5- يولد مزيداً من الطاقة لدي الأفراد حتى إذا لم تكن النتائج بناءة فإنه يوقظهم ويحركهم (العبيدي، 2000:40).
- 6- يساعد الصراع على إشباع الحاجات النفسية لدي بعض الأفراد وبخاصة ذوو الميول العدوانية (الحنيطي، 1993:32).
- 7- قد يتيح الصراع الفرصة للتنافس بين أطراف الصراع بما قد يسهم في تسهيل عملية تغيير الوضع القائم لما هو أفضل (مهدي، وهيبه، 2000:230).
- 8- يعتبر الصراع عاملاً أساسياً في تحقيق البقاء التنظيمي وإحداث التغيير (1987:445 Johns)، إن الإدارة الصحيحة للصراع التنظيمي تحول الطاقة المتولدة عن الصراع إلى قوة وأثر ليأخذ الطابع الإيجابي بدلاً من السلبي، والهدف هنا ليس القضاء على الصراع بل الاستفادة منه في تحويل هذه الطاقة والأفكار من قبل أطراف الصراع إلى فوائد ونتائج جيدة للمنظمة وأفرادها (العنبي، 2006:30).
- ب. آثار سلبية:- يرى أصحاب المدرسة التقليدية ضرورة تجنب الصراع، ويحدث الصراع نتيجة لمشاكل شخصية بين الأفراد وينتج عنه ردود فعل غير سليمة، ويخلق استقطاباً في الإدراك والمشاعر والسلوك داخل المنظمة.
- 1- إن الصراع التنظيمي مهما كان مصدره ذا أثر سلبي، ويمثل اختلالاً وظيفياً في عمل المنظمة نظراً للآثار السلبية الناتجة عنه، مثل التوتر النفسي والقلق وفقدان احترام الذات وضعف المقدرة على اتخاذ القرارات التي تؤدي بدورها إلى التأثير على إنتاجية المنظمة وتخفيض الروح المعنوية للعاملين، وهذا بدوره يؤثر على فعالية المنظمة عن طريق اضطرارها لزيادة طاقاتها حتى تحافظ على نفس مستوى الإنتاج السابق قبل حدوث الصراع، وإن التوتر والقلق إذا استمر في المنظمة كفيلان بتمزيقها، وهو يؤدي إلى تعطيل آلية اتخاذ القرارات (العميان، 2004:280).
- 2- عدم الشعور بالرضا لدي الأشخاص الذين ينشأ بينهم الصراع، ويؤدي ذلك إلى انخفاض الروح المعنوية، وعدم تحقيق روح الفريق الواحد (الباقي، 2001:198).

3- يؤدي إلى انخفاض كفاءة وظيفة الاتصال بين الأطراف المتصارعة إن الصراع الطويل أو العنيف بين العاملين، قد تكون له آثار سيئة على صحة وتفكير الأطراف المتصارعة (جبر، وجودة، 1999:281).

4- يؤدي الصراع إلى إعاقة العمل التعاوني داخل المنظمة و قد يلجأ أحد الأطراف المتصارعة إلى تغيير المعلومات وتحريفها وبث الإشاعات المغرضة، لإلحاق الضرر بالطرف الآخر ومثل هذه السلوكيات لا تخدم الصالح العام (مهدي، وهيبية، 2000:232). ومن الآثار السلبية حسب ما أشار إليها (عبد الوهاب، 2000:220):

- تقوم كل جماعة بإظهار عناصر قوتها ومحاولة إظهار أعضائها بصورة ممتازة أمام الآخرين. وإذا تحقق النصر لأحد الجماعتين فإنها تظل مترابطة ويبدأ أفرادها في ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية كتعويض لما بذلوه من مجهودات، ويظل الأفراد على تعاونهم إلا أن حالة الاسترخاء التي ينعم بها هؤلاء قد تؤدي إلى انخفاض أدائهم في المستقبل.
- التفكك وظهور التكتلات داخل الجماعة.
- تصبح كل مجموعة أكثر ترابطاً، وتتلاشي أية آثار لفوارق الخبرة أو المهارة أو الأقدمية بين أعضاء الجماعة الواحدة.
- تعمل كل مجموعة على زيادة الجهود المبذولة: (بغرض تحقيق النصر على الأعداء) وتقل الأنشطة الترفيهية داخل الجماعة.
- يتسم سلوك كل جماعة تجاه الجماعة الأخرى بعدم اللياقة فيكثر الكذب والغيبة والنميمة ويزيد الحقد بين الجماعتين.

ومن هنا ترى الباحثة أن الصراع التنظيمي هو حقيقة واقعة في كل النظم، ولكنه ليس بالضرورة مصطلحاً سلبياً ولكنه أيضاً يمكن أن يكون إيجابياً وهذا يتوقف على بدائل العمل وطريقة إدارة الصراع وليس المهم هو الصراع بقدر معرفة دوافع هذا الصراع، وطبيعة أثر الصراع على أهداف المنظمة فإذا كان هذا الصراع التنظيمي داعماً لهذه الأهداف ممكن اعتباره صراع إيجابي وبنّاء ويعمل على رفع مستوى الأداء وينعكس إيجابياً على إنتاجية المؤسسة الصحية؛ أما إذا كان الصراع عاملاً مؤدياً إلى إحباط أو إعاقة تحقيق هذه الأهداف فإنه عندئذٍ يعتبر صراعاً سلبياً مخللاً بوظائف المؤسسة الصحية ويكون الأفراد الذين يعيشون الصراع مدفوعون برغبة تخريرية.

سادساً - أنواع الصراع وفقاً لمستوياته:

1- الصراع داخل الفرد نفسه (الصراع الذاتي) : وهو الصراع الذي يحدث عندما يجد الفرد نفسه في حالة جذب لعوامل عديدة تحتم عليه اختيار إحداها، لأنه لا يستطيع تحقيقها معاً؛ كما يحدث هذا الصراع عندما يستوجب على الفرد أن يختار من بين بدائل متعارضة مع أهدافه أو توقعاته أو قيمه ومعتقداته، (العديلي، 1995:298).

ويتضمن هذا النوع من الصراع كلاً من:

1- صراع الهدف.

2- صراع الدور.

1- صراع الهدف: وينشأ هذا النوع عندما يكون على الفرد أن يختار بين بديلين جيدين بالنسبة له، كالصراع الذي يعيشه المدير الذي يريد أن يوصي بمنصب معين لأحد مرؤسيه، ولكن من ناحية أخرى هناك مرؤوس آخر على نفس المستوى من الكفاءة، ويسمى هذا النوع أيضاً بتناقض الأهداف الإيجابية ويسمى صراع الإقدام (الشخص، 1994:76). يحدث عندما يكون للهدف المراد تحقيقه مظاهر سلبية وإيجابية في الوقت نفسه أو عندما يواجه الفرد الاختيار بين هدفين أو أكثر وعليه اختيار واحد منهما (العميان، 2004:367).

وهناك أربعة أشكال من صراع الهدف أشار إليها (قاضي، 1984:39) وهما:

أ. الصراع بين هدفين إيجابيين (اقتراب-اقتراب) : وينشأ هذا النوع عندما يكون على الفرد أن يختار بين بديلين جيدين بالنسبة له، كالصراع الذي يعيشه المدير الذي يريد أن يوصي بمنصب معين لأحد مرؤسيه، ولكن من ناحية أخرى هناك مرؤوس آخر على نفس المستوى من الكفاءة ويسمى هذا النوع بتناقض الأهداف الإيجابية ويسمى "صراع الإقدام (الشخص، 1994:76).

ب. الصراع بين هدفين سلبيين (تحاشي- تحاشي): وينشأ عندما يكون على الفرد أن يختار بين بديلين كلاهما غير جيد بالنسبة له، كأن يجد الموظف أن عليه أن يختار بين أن يبقى في وظيفته الحالية براتب أقل مع إلغاء كثير من صلاحياته من جهة، أو أن يقدم استقالته من هذه الوظيفة من جهة أخرى ويسمى "صراع الإحجام.

ج. الصراع بين هدف إيجابي وآخر سلبي (اقتراب-تحاشي): وينشأ عندما يتعامل الفرد مع موقف فيه جوانب سلبية وجوانب إيجابية بقدر متقارب كأن يسمى الموظف لتحقيق هدف معين في العمل، ولكنه يجد معارضة شديدة، من بعض زملائه فيصبح في موقف صراع مع ذاته، وهل يستمر في السعي نحو تحقيق هذا الهدف أم يتراجع ويسمى صراع "الإقدام- الإحجام" (قاضي، 1984:39).

د. الصراع بين هدفين لهما إيجابيات وسلبيات (اقترب-تحاشي) مزدوج: وينشأ عندما يكون على الفرد أن يختار بين بديلين لكل بديل منهما جوانب سلبية وإيجابية كأن يجد الموظف أن عليه أن يختار بين أن تتم ترقيته لوظيفة أخرى لا يريدتها، ولكن براتب أعلى أو أن يتنازل عن هذه الترقية مقابل أن يبقى في وظيفته التي يريدتها نفسه (الشخص، 1994:76).

فمن وجهة نظري أن الصراع الداخلي يتولد نتيجة الإحباط أو اليأس من وجود حاجز مادي أو نفسي يعوق الموظف دون تحقيق الهدف الذي يصبوا إليه وغالباً ما يأخذ رد الفعل النفسي صوراً عدوة من بينها العدوانية، الانسحاب، الاستمرار، أو قبول حل وسط.

2- صراع الدور: يحدث هذا النوع من الصراع عند عدم التزام أحد أعضاء الجماعة بقواعد العمل، وذلك يجعل بقية الأعضاء يشعرون بالتحدي من قبل هذا الفرد وعدم انسجامه معهم كمجموعة، لأن الفرد يخضع للقوانين (هيجان، 1425:646)، لكل فرد عدد من الأدوار المختلفة التي يقوم بها داخل المنظمة أو الأسرة أو المجتمع فمجموعة الدور داخل المنظمة تتكون من الإدارة والزملاء والرؤساء والمرؤوسين والعمل. ويكون الصراع بين فردين أو أكثر، نتيجة لاختلاف وجهات واهتمامات الأشخاص وحاجاتهم والأدوار التي يقومون بها أو اختلاف شخصياتهم أو اتجاهاتهم وتقاليدهم وقيمهم (العديلي، 1995:298). وتتكون مجموعة الدور من التنظيمات الدينية والثقافية والرياضة والاجتماعية وكل مجموعة من هذه المجموعات لها توقعات محددة رسمية أو غير رسمية لسلوك الفرد وغالباً ما تتضارب هذه التوقعات وهنا ينشأ ما يسمى "بصراع الدور" وهو نتاج تحطيم القاعدتين التقليديتين وحدة الأمر وتسلسل الأمر، وينتج عنه انخفاض الرضا الوظيفي وإنخفاض في فعالية المنظمة ويرى أن المنظمات التي يكون فيها خط واحد وواضح للسلطة من الأعلى للأسفل غالباً ما تكون قادرة على إرضاء موظفيها وتحقيق أهدافها بصورة أفضل من المنظمات التي يكون فيها للسلطة خطوط متعددة (العميان، 2004:368-369).

أ. ويمكن التمييز بين خمس حالات رئيسة لصراع الدور (صفحي، 2011:57):

- 1- لا يمكن للفرد عمل شيء دون مخالفة بعض القواعد أو القوانين.
- 2- اتباع سلوك دور معين يتعارض مع سلوك دور آخر .
- 3- القيام بدورين في آن واحد.
- 4- إرغام الفرد علي ممارسة قيم وأخلاقيات تتعارض مع قيمة وأخلاقياته.
- 5- تعدد الأدوار بحيث يقوم الشخص بعدة أدوار ولا يعرف أيها منها يجب أن يكون له الأولوية.

ب. أسباب صراع الدور في المنظمة: نذكر منها على سبيل المثال: (العميان، 2004: 368-369).

1- **الهيكل التنظيمي**: - والذي يعتبر السبب الأول في شعور الأفراد بصراع الدور داخل المنظمة فالهيكل التنظيمي يعمل على تهيئة الظروف لأهداف وسياسات وقرارات وأوامر قد تكون متقاربة أحياناً فكثير من المنظمات تعاني من ازدواجية السلطة وعدم تسلسلها.

2- **المركز**: يسبب المركز الوظيفي الذي يشغله الفرد في المنظمة صراعاً ذاتياً له، حيث يعاني بعض الموظفين من عدم قدرتهم على الاستجابة للمتطلبات المتقاربة، كأن يعاني المشرف من صراع الدور تجاه توقعات مديره وتوقعات مرؤوسيه.

3- **أسلوب الإشراف**: يعد أسلوب الإشراف المتبع داخل المنظمة مصدراً رئيساً من مصادر صراع الدور فعندما لا يقوم المشرف بتوفير المعلومات الكافية عن أداء العمل لمرؤوسيه أو لا يقوم بتوصيل هذه المعلومات بالصورة المطلوبة، فإن المرؤوس يشعر بنوع من الصراع مع ذاته، وكذلك يعتمد المشرف إلى تكليف مرؤوسيه بمهام تفوق قدراتهم وإمكانياتهم مما يؤدي لحدوث نوع من القلق والتوتر لديهم.

ت. أما المستويات الخمسة الأخرى للصراع فقد ذكرها (Gordon, 1991: 243) على النحو التالي:

1- **الصراع بين أفراد الجماعة الواحدة**: وينشأ بين فردين أو أكثر بسبب تمسك كل فرد بوجهة نظره وبصفة عامة فإن الصراع بين الأفراد في المنظمة يمكن رده إلى مصدرين هما:
* عدم الاتفاق على السياسات والخطط أو التنفيذ.

* المسائل العاطفية : مثل المشاعر السلبية التي تتعكس في صورة الغضب، وعدم الثقة والخوف والرفض والمقاومة أو عندما يواجه الفرد الاختيار بين هدفين كلاهما سلبي وغير محبب بالنسبة له، لأنه ليس لديه اختيار آخر.

2- **الصراع ضمن الجماعة الواحدة** (مهدى، 2005: 194): ويحدث هذا الصراع بسبب التباين في الخبرة ضمن جماعة العمل الواحدة والتباين الفكري في اتخاذ القرار أو الرغبة في إحداث تغيير، وقد يتخذ نمط الصراع الوجداني فتظهر الاستجابات الانفعالية حول المواقف مما يسبب عدم الانسجام بين جماعة العمل، ويحدث هذا الصراع حول أساسيات العمل أو نتيجة عوامل شخصية وغالباً ما يحدث هذا النوع من الصراع في المستويات الإدارية العليا نتيجة السيطرة أو بسبب فرض السلطة وفي هذه الحالة ينبغي اختيار منحني التكامل لحل المشكلات الإستراتيجية لإدارة الصراع والابتعاد عن استراتيجية الهيمنة. ويتمثل هذا النوع في الصراعات التي تحدث بين

الجماعة داخل التنظيم فمثلاً تقوم أجهزة المالية بحل المشكلات المالية الضرورية دون الاهتمام بالأهداف التي تقوم بالتخطيط للمستقبل (القيوتي، 2000:140). ومن الأسباب التي تكمن وراء الصراع التنظيمي بين الجماعة هي:

1. **الاعتماد المتبادل في العمل:** يرجع إلى التنسيق بين المجموعات لتحقيق مستوى مطلوب من الأداء.

2. **المنافسة على الموارد المحدودة:** ويحدث هذا النوع من الصراع عندما تتنافس الجماعات المتفاعلة حول الموارد المحدودة المتاحة والتي تحتاجها كل جماعة لإنجاز أهدافها.

3. **الغموض في الدور:** فكلما كان هناك غموض في الدور زادت الحاجة إلى معلومات إضافية ويمكن أن ينشأ صراع جماعتين متفاعلتين عندما تحتاج إحدهما إلى معلومات إضافية. وحسب ما صنفها (العميان، 2004:372) تتمثل في:-

أ. **الصراع ضمن المنظمة:** وهو الصراع الذي ينشأ بين مختلف الوحدات الإدارية داخل المنظمة ويأخذ هذا المستوى شكلين رئيسيين هما: الصراع الأفقي والصراع الرأسي.

ب. **الصراع بين الإدارة وظيفياً:** إن بعض الإدارات والوحدات الإدارية تمنح سلطات لجماعات تزيد عن حاجاتها الفعلية وأخرى عليها مسؤوليات ومهام عديدة لا يكون لها نفس المقدار من السلطة لتأدية المهام المكلفة بها وتتنازع الإدارات على أداء نفس الأعمال، لأن الطبيعة الوظيفية لهذه الأعمال تشير إلى إمكانية قيام أكثر من جهة بأدائها.

ج. **الصراع بين التنفيذيين والاستشاريين:** ويحدث هذا النوع من الصراع بين الموظفين والاستشاريين حول الموارد أو المشاركة في اتخاذ القرارات فعندما يواجه التنفيذيون مشاكل تحتاج إلى تدخل فني من الخبراء والاستشاريين يسارع الآخرون بإشباع حاجاتهم إلى تقديم النصح والمعلومات والمشورة وقد يمتد الأمر إلى قيام الاستشاريين بتقديم شيء أكثر من النصح والمشورة وقد يشبه القرار أو التصرف وما يشجعهم على ذلك أن التنفيذيين يبالغون في طلب النصيحة ويريدون شيئاً أكثر من النصيحة ويريدون شيئاً أكثر من النصيحة.

د. **الصراع بين المنظمات:** وهذا النوع من الصراع يقع بين المنظمة وبين المجموعات الخارجية التي تتعامل معها، كالصراع بين المنظمة وبين الاتحادات والنقابات المختلفة والأجهزة الحكومية الأخرى (الديب، 2000:11). مما لاشك فيه أن الصراعات ليست مقتصرة على داخل المنظمة فقط وإنما تحدث بين المنظمة وبيئتها الخارجية، لأن المنظمة تتعامل مع جهات متعددة منها جهات حكومية ومالكون وعاملون تتنافس معها فيحصل الصراع بين

المديرين، وبين المالكين الذين يضغطون عليهم لجعل نمط سلوكهم يتلاءم مع مطالبهم والمستهلكون كذلك يضغطون عليهم لجعلهم في نمط السلوك الذي يلائمهم، في حين إن ضغط الحكومة يتطلب منهم أن يكون نمط سلوكهم ملائماً لمتطلباتها(الحكاك، 1975:374-376).

إن الصراع بين المنظمة والمنظمات الأخرى يكسب المنظمة قوة ديناميكية لتتأثر وتتطور وتحسن حالها حتي تثبت وجودها، وتحافظ على مركزها التنافسي في المجتمع شريطة أن لا يكون الصراع قد أزاح المنظمة عن مسيرتها الهادفة(العميان، 2004:347). ويرى كثير من الباحثين أن الصراع ظاهرة طبيعية في المنظمات المعاصرة، لأنه قد ينتج عنه نتائج إيجابية مثل خلق روح المنافسة والتطوير وزيادة الإنتاجية والأداء، كما، أن له نتائج سلبية مثل عدم التعاون وتأخير الإنتاج ونحو ذلك (المهدى، وهيبة، 2000:299). في حين نرى أن وجهة نظر (Katz&Khan,1966:173) بوجود ثلاث حلول ممكنة لإدارة الصراع في المنطقة وهي :

- 1- التركيز على استخدام المهارة في العلاقات الإنسانية، وذلك لتحسين العلاقات بين أعضاء المنظمة.
- 2- إيجاد جهاز مسئول لمعالجة الصراع وإدارته بدلاً من تسكينه أو تلطيفه.
- 3- تغيير الهيكل التنظيمي للمنظمة.

2.1.7 سابعاً- إدارة الصراع التنظيمي:

إدارة الصراع لا تعني حله فحل الصراع يتطلب التقليل من الصراع وإزالته بينما إدارة الصراع تتطلب بدء تشخيص الصراع بهدف تحديد حجمه ليتم على ضوء ذلك عملية التدخل فيه بإيجاد إذا كان معمقاً وزيادته إن كان أقل من الحجم المرغوب فيه، وتقليله (العميان، 2004:381-382) إن أبسط صورة لعلاج الصراع التنظيمي هو البحث عن أسبابه أي أن العلاج يبدأ بالبحث عن الأسباب وتفاديها والسيطرة عليها(ماهر، 2003:275) وهي:

- 1- تحديد أسباب الصراع ومعرفة مشاعر أطرافه.
- 2- التوصل إلي التكامل في أفكار الأطراف المتصارعة و حقيقة يمكن أن تدعم من قبل أطراف الصراع.
- 3- محاولة إعادة توجيه توترات الأفراد.

أ. أساليب إدارة الصراع في بيئة العمل: من الأسباب التي دعت المنظمات لإدارة الصراع الاهتمام المتزايد بالعلومة وتدني الاعتماد على السلطات أو الحكومات المحلية للقيام ببعض الأعمال.

1- الانسحاب: وهنا يعتمد أحد الأطراف أو أكثر إلى أن يبعد التركيز عن الصراع (Hodj&Antony, 1979:325) فمثلاً: ترك المدير لبعض واجبات العمل لفترة قصيرة كأن يقوم بتأجيل الإجابة على مذكرة أو الغياب عن حضور أحد اللقاءات وتستخدم في حالة كون المشكلة ضئيلة ولا تحتاج إلى وقت كبير (عبد الفتاح، وآخرون، 2012:38).

2- التهذئة: وهو تدخل الإدارة وعلى رأسها المدير عن طريق اتباع استراتيجية سلوكية تتمثل في أن الصراع سوف يتلاشى تدريجياً .

3- حلول الوسط: أي اختيار المدير لبدل يرضي الطرفين ولا يترتب عليه خسارة أي طرف.
4- الإجبار: وهو لجوء الإدارة إلى استخدام القوة القانونية في حل الصراع ويفضل استخدامه في الحالات الطارئة.

5- المواجهة: الاعتراف بوجود صراع ثم لجوء الإدارة إلى استخدام المنهج العلمي والتقييم ودراسة البدائل للوصول إلي حلول مقبولة.

ويعتمد أسلوب حل وإدارة الصراع على عنصرين (عبدالفتاح، وآخرون، 2012:38) وهما:
أ. التوزيع: أي أن يكون أحد أطراف الصراع على علم بأن مقدار ما سيكسبه أحدهم يكون على حساب خسارة الطرف الآخر.

ب. التكامل فيكون نتيجة حساب الأطراف أن كلاً سيحقق مكسباً، وهذا العنصر يؤدي عى تحقيق الرضا أكثر. وفي حال ظهور الصراع تلجأ الإدارة إلى استخدام أحد الأساليب التالية وقد عرض كيلي أساليب إدارة الصراع (Kelly, 1974:128) ونذكر منها:

1- التفاوض: وهي العملية التي يتم بموجبها جمع أطراف الصراع بهدف الوصول إلى حل يتفق عليه الطرفان.

2- التوسط: وهي العملية التي يدعي بموجبها شخص ثالث للمساعدة في حل الصراع.

3- الاندماج: يهتم هذا الأسلوب بالذات وبالآخرين ويقوم علي أساس من التعاون بين أطراف الصراع بهدف الوصول لحلول مرضية (رويل وتوماس، 1976:143-146).

4- الإنزام يهتم هذا الأسلوب بإرضاء الآخرين أكثر من الذات أي أن الفرد يتنازل عن أهدافه ليحقق الطرف الآخر في النزاع ما يسعى إليه.

5- السيطرة : هذا الأسلوب يهتم بالذات أكثر من اهتمامه بالآخرين ويعرف بالكسب والخسارة ولو علي حساب الآخرين.

6- التجنب(الهروب): لا يهتم هذا الأسلوب بالذات ولا باهتمامات الآخرين وإنما يعتمد علي الهروب أو التأجيل والانسحاب من المواقف الحرجة لحد أنه فاشل في إشباع حاجاته وحاجات الآخرين.

من الملاحظ خلال دراسة مستويات الصراع ومصادره ومراحله، أن الصراع سمة أساسية وملزمة لكيان أى مؤسسة وأنه لا بد من وجود طرق معينه يمكن اتباعها من قبل المدراء لحل هذا الصراع حيث إن الصراع ينقسم إلي صراع فعال أو إيجابي وصراع غير فعال أو سلبي، وذلك معتمدا على ما يتركه من أثر على تحقيق المؤسسة لأهدافها (روبل وتوماس، 1976:143-146).

ب. أنماط التعامل مع الصراع: ويمكن حصر أنماط التعامل مع الصراع في خمسة أنماط كما يلي (القيوتي، 2000: 260).

أولاً- نمط القوة والسيطرة: ويتم هذا النمط من خلال استخدام وسائل القوة لإجبار الأطراف المتصارعة على وقف الصراع وقبول حلول معينه. ويمثل هذا النمط لحل الصراع أقصى درجات التوجه الداخلي للاهتمام بالمصالح الخاصة بالفرد أو المجموعة.

ثانياً- نمط التعاون(المواجهة): وهو عكس التجنب ويعني تعاون أطراف الصراع لإيجاد حل ملائم، وبالتالي إشباع اهتمامات جميع الأطراف وهو نمط حازم تعاوني. وهذا الأسلوب يتطلب من جميع الأطراف الاعتراف بكفاءات وخبرات بعضهم البعض فموقف كل فرد معد إعداداً جيداً للتركيز على حل المشكلة الراهنة(دحلان،1995:121).

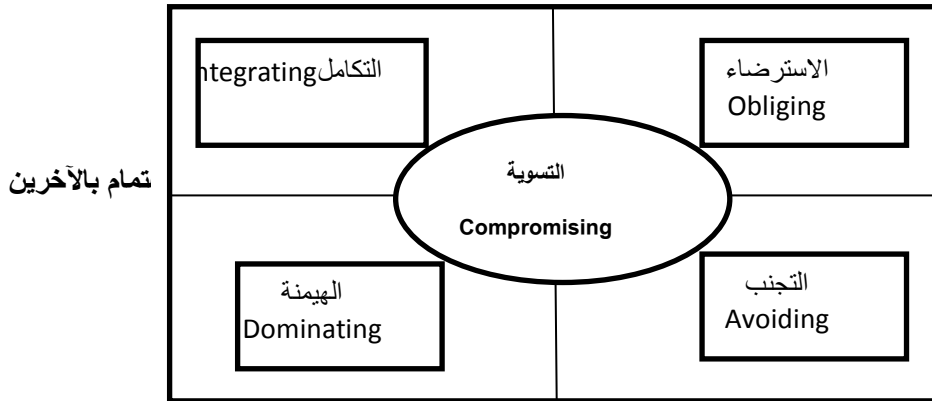
ثالثاً- نمط التسوية : وهو من الوسائل التقليدية لحل النزاعات والتسوية هي علاقة أخذ وعطاء متبادلة بين أطراف النزاع لا ينتج عنها رابح أو خاسر، وتكون الأطراف المتنازعة تمتلك قوة متناسبة يسعى الاثنان لتحقيق هدف مشترك، وتسمى هذه الاستراتيجية "بمنتصف الطريق"، حيث تسعى هذه الاستراتيجية لكسب الوقت حتى تهدأ عواطف الأطراف المتنازعة وتخف حدة الصراع (القيوتي، 2000: 259).

رابعاً- نمط التجنب: هو عدم قيام أحد أطراف الصراع بملاحظة اهتماماته مباشرة والاهتمامات الطرف الآخر ولا يحاول معالجة الصراع ويتضمن التجنب التغاضي عن أسباب الصراع، حتى يمكن السيطرة عليه وإعطاء الفرصة لتسويته (المرجع السابق:119).

خامساً- المجاملة (التنازل): هو ترك أحد أطراف الصراع لاهتماماته الخاصة به مقابل تحقيق رغبات الطرف الآخر فصاحب هذا النمط يضحى بنفسه من أجل الطرف المقابل وفي ظل هذا المدخل فإن الطرف المبادر لحل الصراع يضع عينه تحقيق الحد الأقصى لمصالح واهتمامات الطرف الآخر بينما يسعى إلى تحقيق الحد الأدنى من مصالحه أو اهتماماته، ويسمى هذا المدخل بمدخل "الإيثار" الحل الوسط ويهتم هذا الأسلوب بشكل وسط ومتكافئ باهتمامات الذات والآخرين.

2.1.8 ثامناً- تصنيف أبعاد استراتيجيات إدارة الصراع التنظيمي:

وفقاً للبرنامج الإنمائي فقد تم تصنيف أبعاد استراتيجيات إدارة الصراع كما هو موضح بالشكل التالي:



شكل (2.2): تصنيف أبعاد استراتيجيات إدارة الصراع التنظيمي

المصدر: (رضوان، عبد الفتاح، 2012:17). إدارة النزاعات والصراعات في العمل، خبراء المجموعة العربية للتدريب والبيئة ط1، المجموعة العربية للتدريب والبيئة.

وأيضاً يمكن تصنيف استراتيجيات إدارة الصراع التنظيمي تحت ثلاث مجموعات على النحو التالي:

أ. الأهداف المشتركة وإدارة الصراع التنظيمي:- يعد تعارض الأهداف من المصادر الرئيسية لنشوء الصراع ومن طرق إدارة الصراع إيجاد أرضية مشتركة بين المجموعات، وإيجاد أهداف تتفق عليها أطراف الصراع وفتح قنوات الاتصال بينهم، واستخدام نظام الحوافز الفرعية لمكافأة الأنشطة التي تساهم في نجاح أهداف التنظيم الكلية، وليس الأهداف الفرعية داخل هذا النظام(العميان، 2004:283).

ب. الطرق الهيكلية في إدارة الصراع التنظيمي: من أهم الطرق الهيكلية التي تستخدم في إدارة الصراع ما يلي:

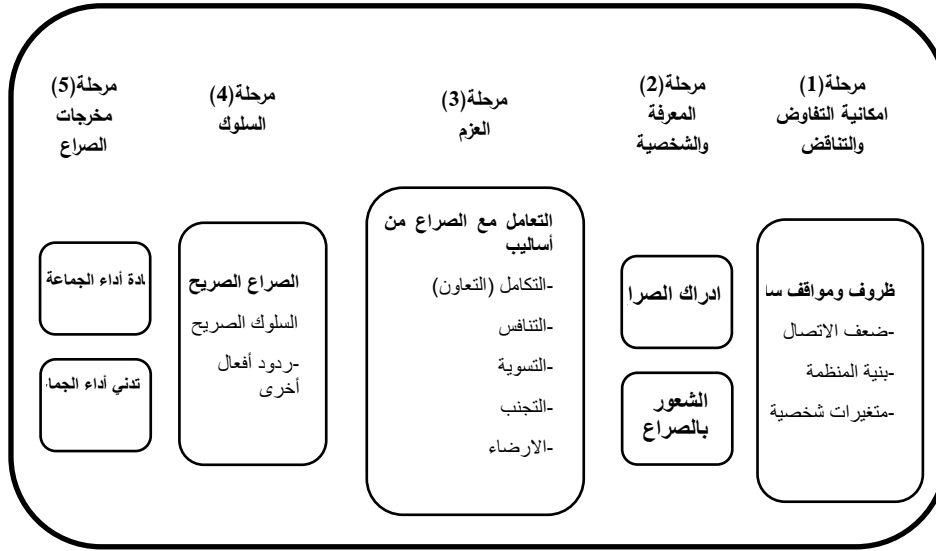
- 1- إحالة الصراع إلى مختص أو مستشار يعالج الصراع بتحديد مسؤوليات الأطراف المتصارعة.
- 2- تخفيف درجة الاعتمادية بين المجموعات، وجعلها معتمدة على نفسها، لأن فرص حدوث الصراعات تتزايد بين المجموعات عند تزايد درجة الاعتمادية المتبادلة بينها.
- 3- تبادل الموظفين، حيث إن إنتقال الموظفين من وحدة إلى أخرى يزيد من تفهمهم ويكسبهم خبرات جديدة.

4- ايجاد وظائف تنسيقية بين وحدات وأقسام المنظمة.

ج. الأساليب الإدارية والسلوكية والقانونية في إدارة الصراع التنظيمي: يرى ليكارت أن المنظمة الفعالة تملك قدرة على إدارة الصراع فهي عن طريق الأجهزة وتسهيلات التفاعل الاجتماعي والمهارات السلوكية التي يتمتع بها الأفراد تجعل التفاعل الاجتماعي فعالاً ونزع الثقة والولاء بين أعضاء المنظمة (leaviitt,1964:117). وعرض مارتنش وسايمون حلول للصراع تتمثل في:

- 1- استخدام الأسلوب العلمي لحل المشكلة.
- 2- الإقناع.
- 3- التوفيق بين أطراف الصراع.
- 4- السياسة: ويقصد بها تجميع قوى أطراف الصراع وذلك لتقوية موقفه أثناء التوفيق ويلجأ إليها بشكل خاص طرف الصراع الأقل قوة (March&Simon,1958:129) ، وتعتبر مهارة إدارة الصراع من أهم المهارات التي يجب تنميتها عند المديرين والأفراد وذلك لتحقيق ما يلي:

- للحصول على التغيير البناء وإدارته.
 - المساعدة في معرفة وتفهم الاختلافات في قيم وثقافة الأفراد والمنظمات.
 - لتنمية إدارة فريق العمل.
- وعملية الصراع بين الأفراد والجماعات تمر عبر خمس مراحل كما يبينها الشكل التالي:



شكل (2.3): مراحل عملية الصراع بين الأفراد والجماعات

المصدر: رضوان، عبد الفتاح (2012). إدارة النزاعات والصراعات في العمل، خبراء المجموعة العربية للتدريب والبيئة ط1، المجموعة العربية للتدريب والبيئة.

2.1.9 تاسعاً- تحليل الصراع وأدواته وأهميته:

يقصد بتحليل الصراع أنه عملية تطبيقية لفهم حقيقة الصراع وفحصه عبر وجهات نظر متباينة، وعليه يشكل هذا الفهم حجر الأساس الذي يبني عليه تطوير الاستراتيجيات والتخطيط للمعالجات والحلول.

وترجع أهمية تحليل الصراع إلي ما يلي: (البرنامج الإنمائي، 2011:19)

- 1- الحصول علي تحديد واضح للقضية محل الصراع.
- 2- تحديد العناصر الأساسية لقضية الصراع.
- 3- تحديد مصادر الصراع ومسبباته.
- 4- تحديد درجة التعقيد بالنسبة للصراع.
- 5- رصد اهتمامات واحتياجات أطراف الصراع.
- 6- رصد بدائل للحلول.

تنقسم أدوات تحليل الصراع إلي ثلاثة أقسام علي النحو التالي (المرجع السابق:21):

- 1- أداة المثلث.
- 2- أداة البصلة.
- 3- أداة الشجرة.

1. **أداة المثلث:** تقوم على فرضية أن للصراع ثلاث عناصر أساسية وهي (السياق) ويقصد به الخلفية السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتاريخية والمواقف وهي التصورات الخاطئة التي يحملها كل طرف عن الآخر، ويحملها الشخص في عقله وقلبه والسلوك هو الشيء الظاهر والمرئي والذي يكون على شكل أقوال أو أفعال، وبينما يكون السلوك شيء ظاهر يكون السياق والمواقف غير ظاهرين

2. **أداة البصلة لتحليل الصراع:** وهي وسيلة لتحليل ما يقوله كل طرف من أطراف الصراع وتصنيف تلك الأقوال إلى مستويات ثلاثة هي:

أ. المواقف.

ب. المصالح .

ج. الاحتياجات.

3. **أداة الشجرة لتحليل الصراع:** هي إحدى الأدوات الهامة في تحليل الصراع وهي توضح العلاقة ما بين الأسباب الجذرية التي تمثل الجذور، وموضوع الخلاف والذي يمثل الساق والنتائج المترتبة عن الخلاف والتي تمثل الأوراق، ويفضل استخدام هذه الأداة داخل المجموعات أكثر من الأفراد وبموجب هذه الاستراتيجية فإن المدير يحاول إجبار الأطراف المتصارعة للاهتمام لوجهة نظره، وذلك لما يمتلكه من سلطة (الخشالي، 2004:7).

الخلاصة:

ومن هنا ترى الباحثة بأن أغلب الحلول التي عرضها الباحثون لإدارة الصراع تُركّز على ضرورة توفير المهارات الإنسانية، واستخدام العقلانية والمنطق، والتأثير السلوكي للأخرين أفراداً أو جماعات، وفتح حوار الصراع عوضاً عن كبتة، ومحاولة الوصول إلى حلول مرضية لأطراف الصراع سواءً أكان بين المنظمة والعاملين بها، أم بين العاملين أنفسهم ولضمان الحصول على درجة عالية من فعالية الإدارة فإن الأمر يتطلب من المدير أن يسعى لتنظيم الاتصالات بين الأفراد داخل المنظمة واستغلال وظيفة القيادة نحو تدعيم جهود الآخرين، وتسهيل مهامهم الوظيفية، وملاحظة الروح المعنوية لهم، الأمر الذي يكون مفاده الوصول إلى درجة عالية من الأداء الوظيفي المتميز الذي يعود على المنظمة وعلى الأفراد بالمنفعة. وأن عدم الدقة في تحديد الأدوار المعطاة للأفراد والسلطات اللازمه للقيام بها يجعل الأفراد غير قادرين على تحديد وتنفيذ المهام المطلوبة منهم، وبالتالي تزداد احتمالية الصراع، حيث نرى أن هناك تفاوت في الصفات الشخصية للأفراد كالسن والجنس والقيم والاتجاهات، والمعتقدات.

2.2 المبحث الثاني الإنتاجية من منظور صحي

2.2.1 أولاً - مقدمة:

لقد حظي موضوع الإنتاجية بالكثير من الاهتمام خصوصاً في السنوات الأخيرة الماضية، فهي أحد المفاتيح المهمة لزيادة معدلات النمو السنوية والارتقاء بالقدرة التنافسية والميزة النسبية للخدمات، وأصبح يحكم على نجاح أي مؤسسة بمدى اهتمامها بقدرات موظفيها وكفاءتهم وحسن أدائهم لأعمالهم، حيث يشكل العنصر البشري أهم مورد من موارد مؤسسة سواءً أكانت خاصة أم حكومية كبيرة أم صغيرة إنتاجية أم خدمية، حيث تتوقف كفاءة وفعالية المؤسسة على كفاءة هذه الموارد وبالتالي تحرص أي مؤسسة على استثمار هذا المورد، والاستفادة منها تواجه المنظمات الحكومية الخدمية والتي من بينها القطاعات الصحية في العديد من البلدان في الوقت الحاضر قيوداً كبيرة على الموارد المخصصة لها، ومن ثم ينبغي على هذه المنظمات استغلال مواردها بكفاءة وفاعلية لتلبية احتياجات المستفيدين المتغيرة والمتزايدة، ويقتضي الاستخدام الأمثل لهذه الموارد، وأثرها في نوعية الخدمات الصحية وإنتاجيتها.

كيفية استخدام المؤسسة الصحية لمواردها المادية والبشرية المتاحة بما يحقق أهدافها، نظراً لتنوع الخدمات الصحية المقدمة فإنه من الضروري تحديد الكفاءة بوضع المعايير الأساسية المستخدمة لقياسها من خلال كل عنصر من عناصر المدخلات والمخرجات المرتبطة بتقديم الخدمة الصحية، وتشمل هذه المعايير كل من كمية الزمن، تكلفة وجودة الأداء (مرزوق، نجلاء، 1998:87).

2.2.2 ثانياً - مفهوم الإنتاجية:

تشير الإنتاجية إلى قدرة المؤسسة على تحقيق أكبر قدر من الأهداف المطلوبة باستخدام أقل موارد ممكنة، فهي تربط بين الفعالية للوصول إلى الأهداف و الكفاءة في حسن استخدام العناصر المتاحة بغية تحقيقها. أن زيادة الإنتاج وخفض التكاليف مرهونان بحسن الاستغلال الأمثل للموارد الاقتصادية، مما يؤدي إلى خفض أسعار المنتجات وزيادة الطلب عليها، ومن ثم زيادة الدخل القومي أبو (شيخة، 2000:173). وأشار (Nakijima,1997:33) إلى أن

الإنتاجية الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر.

وأكد سعد على أنها أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم (سعد، 2004: 116)، وأضاف بأنها إنجاز أعمال من قبل أفراد عاملين ذوي مهارات عالية كرسوا أنفسهم ومهاراتهم لتقديم خدمة ذات جودة عالية لمرضاهم ويؤكد (نصيرات، 2008: 383-384) على أن موضوع إنتاجية الخدمة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية، كما أن هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز من قبل إدارات المراكز الصحية، والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية، والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها، إذ إن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب. وهناك تعريف آخر يرى بأن الإنتاجية على مستوى القطاع الصحي هي "مرحلة من مراحل العملية الإدارية، نحاول فيها مقارنة الأداء الفعلي باستخدام مؤشرات محددة، وذلك من أجل الوقوف على النقص أو القصور في الأداء، وبالتالي إتخاذ القرارات اللازمة أو المناسبة لتصحيح هذا القصور، وغالباً ما تستخدم المقارنه بين ما هو قائم أو متحقق فعلاً وبين ما هو مستهدف خلال فترة زمنية معينه تكون في العادة سنه(العامري، 2007: 602).

❖ تعريفات الإنتاجية:

- 1- **التعريف اللغوي للإنتاجية:** نتاج مصدر أنتج وتعني تولد الشيء من الشيء(قاموس المعاني، 2014: 25).
- 2- **ويبين (العسالي، 2006: 11) بأن الإنتاجية الصحية:** تعني تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل منالاً وأكثر إقناعاً لمقدميها وأكثر أرضاءاً للمستفيدين منها، بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية الى الرعاية الصحية المقدمة.
- 3- **التعريف الإصطلاحي للإنتاجية (productivity):** مقياس يستخدم لقياس حجم المدخلات المطلوب لتحقيق حجم معين من المخرجات، و هي تركز على العلاقة بين المدخلات و المخرجات أي أن (الإنتاجية) = المخرجات ÷ المدخلات (الشرقاوي، 2003: 21).
- 4- **هي الاستخدام الكفاء للموارد (العمل، رأس المال، الأرض، المعدات، الطاقة، المعلومات، و ذلك لإنتاج السلع و الخدمات (عبد الباقي، 2001: 15).**

3. **التعريف الإجرائي للإنتاجية:** هي تلك الوظيفة التي تعنى بتحديد الأهداف الجزئية والنهائية والتي تسعى المنظمة إلى تحقيقها ثم تحديد الإمكانيات والموارد وخطة العمل والفترة الزمنية اللازمة لتتابع العمليات وانتهاء الأعمال وبالتالي بلوغ الأهداف المرجوة.

2.2.3 ثالثاً-أهداف الإنتاجية من منظور صحي:

إن الإنتاجية في المجال الصحي هنا ينظر إليها على أنها الخدمة التي يتلقاها المريض ومدى استفادته منها وتكمن أهداف الإنتاجية الصحية في تحقيق التالي(خرمة، 2000: 103؛ خوجة، 2003: 221؛ سعد، 2004: 113):

- 1- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد (المريض)، وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.
- 2- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى)، وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها
- 3- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها .
- 4- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية .
- 5- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) هو الهدف الأساسى
- 6- كسب رضى المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيماً أساسية لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين إنتاجيتها وتسعى لتطبيق نظام، الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضى المستفيد
- 7- تحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها، وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج.

2.2.4 رابعاً- أبعاد إنتاجية الخدمات الصحية:

بالنظر إلى أبعاد الإنتاجية من منظور صحي نجد أنها تتمثل في الآتي (محمود، والعلاق، 2001: 42): الاستجابة، الاعتمادية والضمان، والملموسية، والتعاطف. ونظراً

لتصنيف خصائص إنتاجية الخدمات الصحية أو إحتواء الأبعاد أعلاه على جميع خصائص الإنتاجية الصحية لذا فقد اعتمدت هذه الأبعاد وهي:

1- بعد الاستجابة Responsiveness (Lovelock,1996:456) حيث يرى بأنها قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم وبين (Shaikh,2005:515) أنها تشير الى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم، وحالتهم، وخلفيتهم، يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر الصحي مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج. ويمثل هذا البعد (22%) كأهمية نسبية في الإنتاجية قياساً بالأبعاد الأخرى، ومن معايير تقييم بعد الاستجابة الآتي: تقديم خدمات علاجية فورية، استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية، العمل على مدار ساعات اليوم. وبين (Shaikh and Rabbani,2005:195) بأن الاستجابة تعني قيام العاملين في المراكز الصحية بتقديم عناية سريعة للمريض اعتماداً على إحتياجاته للعناية وبأقصر وقت ممكن. وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن بعد الاستجابة من منظور الإنتاجية الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها، فضلاً عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية، والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم، وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها.

2- بعد الاعتمادية Reliability: يرى (Cronin & Tylor,1992:55) بأن الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية (الطبيب، المحلل، الممرض، وغيرهم) على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، وذكر (Lovelock,1996:465) بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات وأكد (Goncalves,1998:61) بأن الاعتمادية تعني قدرة جهاز الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه. وفي ضوء ما تقدم أرى بأن بعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية يشير الى قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمستفيدين منها (المرضى والمراجعين للمنظمة الصحية) في الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء.

3- بعد الضمان Assurance: أشار (محمود، والعلاق، 2001: 42) إلى أن هذا البعد هو العهد ويقصد به معلومات القائمين على تقديم الخدمة وكياستهم ، وقدراتهم على استلهاث الثقة والائتمان. وذكر (Shaikh,2002:515) أن الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن

اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء والكادر الصحي، والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم. أما (البكري، 2005: 212-213) فقد أطلقت عليه تسمية التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة ويمثل هذا البعد (19%) كأهمية نسبية قياساً بالأبعاد الأخرى ومن معايير الإنتاجية الصحية بموجب هذا البعد الآتي:

- سمعة ومكانة المركز الصحي عالية.
- المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي.
- الصفات الشخصية للعاملين.

وأكد (Shahril,2004:5) أن الضمان يعني المعرفة وحسن معاملة المستخدمين "مقدمي الخدمة" وقابليتهم لإشاعة أو نشر روح الثقة والصدق، وأيضاً تشمل الاتصالات الشفوية والتحريرية بين مقدمي الخدمات والزبائن.

4- بعد الملموسية Tangibles : ذكر (Chia-Ming ,2002:5) أن الملموسية تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال. وأشار (Zeithmal and Britner,2003:28-31) إلى أن الجوانب المتعلقة بلموسية الخدمة هي المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة وبينَ (Shaikh,2005:515) أن الملموسية تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية، الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى وإستناداً على ما تقدم أرى بأن بعد الملموسية يشير إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى والمراجعين)، وعودتهم لنفس مقدم الخدمة وحدثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية: (الطبية والمختبرية والأشعة والتمريضية وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الاثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها.

5- التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy: يرى كل من (Parasuraman, 1988:12-14) بأن بعد التقمص العاطفي يشتمل على المتغيرات الآتية: إهتمام العاملين في المنظمة بالمستفيدين إهتماماً شخصياً، تفهم العاملين في المنظمة لحاجات المستفيدين، ملائمة ساعات عمل المنظمة لتتناسب جميع المستفيدين، وحرص المنظمة على المصلحة العليا للمستفيدين، والدراية الكافية بإحتياجات المستفيدين وذكر (Maher,2005:6) أن التعاطف يشير إلى الانتباه والرعاية الشخصية أو الفردية التي تقدمه المنظمة الصحية الى زبائنها. ويرى (محمود،

والعلاق، 2001:42) بأن التعاطف يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية وبكل ممنونية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل : مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، والاتصالات، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد. وأشار (Zeithaml,2003:28-31) بأن التقمص العاطفي يتمثل في إبداء روح الصداقة والحرص على المستفيد وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته.

وذكرت (الأحمدى،2000:120) أن هناك أبعاداً أخرى للجودة الإنتاجية تتمثل في:

- 1- **فعالية الرعاية (Effectiveness):** درجة تحقيق الإجراءات الصحية المستخدمة للنتائج المرجوة منها. أي أن تؤدي الرعاية إلى تحسين متوسط العمر مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر.
- 2- **الملائمة (Appropriateness):** إختيار الإجراءات الصحية الملائمة لحالة المريض.
- 3- **القبول (Acceptance):** تقبل المريض (والمجتمع) لاستخدام إجراء صحي معين.
- 4- **إمكانية الحصول على الخدمة الصحية (Access):** مثال ذلك قوائم الانتظار للحصول على مواعيد سواء أكانت في العيادات الخارجية أم للتتويم أم لإجراء عمليات جراحية.
- 5- **العدالة (Equity):** مدى توفر الرعاية الصحية لمن يحتاجونها فعلاً وعدم وجود تفاوت في إمكانية الحصول عليها بين فئات المجتمع لأسباب غير صحية.
- 6- **الكفاءة (Efficiency):** الاستخدام الأمثل للموارد والتكاليف آخذاً بالاعتبار الاحتياجات الأخرى والمرضى الآخرين.

2.2.5 خامساً- أهمية قياس الإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية:

في بادئ الأمر لم يكن الاهتمام منصب سوى بالإنتاجية الصناعية ولم تلقَ إنتاجية القطاعات الخدمية بشكل عام والخدمات بشكل خاص اهتمام وذلك:

- 1- كون الدولة هي المسؤولة عن تقديم الخدمات، وبالتالي لم يهتم القطاع الخاص بإنتاجية الخدمات.
- 2- الاهتمام بإنتاجية المؤسسات الصناعية هو معرفة الإنتاجية الحدية لليد العاملة، وبالتالي فهو هدف متعلق بالأرباح ولم يكن هذا الدافع متوفر بالنسبة للخدمات الصحية.
- 3- الاعتقاد السائد أن النفقات على الخدمات هي نفقات استهلاكية.
- 4- صعوبة قياس إنتاجية الخدمات مقارنة بإنتاجية المشاريع الصناعية. لكن حالياً أصبح هناك العديد من المؤسسات تختص بتقديم الخدمات نتيجة تزايد الطلب عليها، وتهدف إلى الربح

كما هو الحال بالنسبة للمؤسسات الصناعية، وقد ساهم تطور النظريات الاشتراكية في توجيه الأنظار إلى المبالغ المنفقة على الخدمات، حيث اعتبرت نفقات استثمارية وليست نفقات استهلاكية على اعتبار أن الفرد هو القيمة العليا للمجتمع، فهو هدف وليس وسيلة والخدمات المقدمة له هي نشاطات إنتاجية وليست استهلاكية، بالإضافة إلى أن تقديم خدمات تعليمية وصحية جيدة يؤدي بشكل غير مباشر إلى رفع كفاءة، وقدرة الموارد البشرية في باقي القطاعات الاقتصادية (تليلاني، 2013:137). جودة الخدمة الصحية تعني تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأسهل منالاً وأكثر إقناعاً لمقدميها وأكثر إرضاءً للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية الى الرعاية الصحية المقدمة (العسالي، 2006: 11). وأكد (دونا بيديان) بأن جودة الخدمة الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة ، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد (خسروف، 2008: 30). وترجع أهمية قياس الإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية إلى الاعتبارات التالية (المحياوي، 2006:306-307):

- 1- أهمية وحيوية الأدوار المتعددة التي تقوم بها مراكز الرعاية الأولية في العصر الحديث.
- 2- الاجتماعي الذي تلعبه مراكز الرعاية في العلاج والوقاية وبخاصة في الدول النامية.
- 3- صعوبة وضع قياس كمي مناسب لقياس إنتاجية بعض الأنشطة الطبية أتاحت الفرصة لإجراء المزيد من الدراسات والأبحاث العلمية في مجال إنتاجية هذه المؤسسات.
- 4- مفاهيم إدارة وتنظيم الخدمات الصحية إنتقلت من التركيز على الخدمات الصحية إلى التركيز على المرضي الحاليين، ووضع نظام متكامل لتقديم هذه الخدمات لتحقيق إرضاء حاجات المرضي.
- 5- التركيز على تفاعل المؤسسات الصحية مع البيئة المحيطة بها، وتحديد المشكلات الصحية التي تعاني منها البيئة.
- 6- تتنوع طرق قياس إنتاجية الموظف طبقاً لاختلاف طبيعة العمل الذي يقوم به، ونذكر منها على سبيل المثال:
 - أ. القياسات الأساسية: يعتمد بعض أصحاب الأعمال في قياس إنتاجية الموظفين على الميزانية لأنها تحتوي على عدد كبير من القياسات الأساسية التي يمكن من خلالها الحكم على إنتاجية الموظف هل هي مرتفعة أم منخفضة أم في المستويات المقبولة.
 - معدلات الوقت الإضافي.

- معدل الدوران السنوي للموظفين.

- مستويات الرضا الوظيفي.

ب. **تحليل عدد الخدمات:** حيث إنه في المؤسسات الخدماتية التي تقدم خدمات وليست منتجات تستخدم طريقة تحليل عدد الخدمات المنجزة لقياس إنتاجية الموظف فالوحدة الأساسية للمخرجات هي "الخدمة" وعلى أساسها يتم قياس الإنتاجية فعلى سبيل المثال: في مراكز الرعاية الأولية التي تقدم خدمات طبية بحيث يمكن اعتبار "المريض" وحدة إنتاجية لوظيفة الممرضة فتكون الممرضة التي ترعى خمسة مرضي إنتاجيتها أعلى من تلك التي ترعى ثلاث مرضي خلال نفس الفترة.

ج. **عدد الساعات:** وهي عدد الساعات التي يقضيها الموظف في تقديم الخدمة للمريض وتستخدم تلك الطريقة بشكل أساسي في المؤسسات التي تتداخل فيها جهود العاملين مثل: (كاتب- تمريض - طبيب) ويكون المهم هو تقدير عدد ساعات العمل الكلية المستغرقة في خدمة المريض وليس عدد الساعات التي يقضيها موظف محدد في إنجاز الجزء الخاص به. كذلك العلاقات فيما بينها، ومن أجل توجيه عملية التحسين فإن إيجاد نموذج متكامل يحدد العوامل الأساسية المؤثرة فيها يعتبر من الأمور المهمة (السلمي، 1985:34).

د. **معدل الساعات الإنتاجية:** يقصد بالإنتاجية توفر الخدمة للعملاء، وهنا يصعب استخدام القياسات السابقة في تقييم الإنتاجية فعلى سبيل المثال: الإنتاجية هي عدد ساعات العمل التي خصصت لخدمة العملاء، فمثلاً بالنسبة للطبيب: (فهي المدة التي يقضيها مع المريض).

يتحدد مستوى كفاءة الإنتاجية بثلاثة عوامل حسب العلاقة التالية:

الإنتاجية = القدرة × الدافعية × الإدراك وذلك حسب ما أشار إليها (حسن، 2000:217).

1- **القدرات:** هي الاستعدادات والقدرات الذهنية والبدنية لأداء مهام متعددة وتندرج هذه القدرات تحت فئتين هما (سلطان، 2004:104).

أ. قدرات ذهنية. ب. قدرات بدنية.

2- **الدافعية:** الدوافع تعني الرغبة لدى الفرد في بذل أقصى جهود ممكنة لتحقيق الأهداف التنظيمية فبقدر ما تزيد الدافعية يزيد المستغل من تلك القدرات في الأداء الذي بدوره يعمل على رفع الإنتاجية (القيوتي، 2003:35).

3- الإدراك: تعرف عملية الإدراك بأنها العملية التي يقوم من خلالها الفرد بتنظيم وتفسير انطباعاته الحسية، لكي يضيف معني للبيئة التي يوجد فيها(حسن،2000:55). فبالنظر إلى النظام الصحي نجد أنه عبارة عن مجموعة من العناصر المترابطة، والتي تعمل مع بعضها البعض ككل متكامل تنتج عن حدوث شيء ما "مجموعه من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها البعض ضمن شبكه من الاتصالات والتي تعمل معاً لتحقيق هدف النظام الصحي والتمثل بضمن أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته بإستمرار(نصيرات، 2008:326).

2.2.6 سادساً- أهداف جودة الخدمة الصحية:

أهداف جودة الخدمة الصحية والتي تنعكس بدورها على الإنتاجية تتمثل في:

- 1- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين .
- 2- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد (المريض) وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية(خرمة، 2000: 103).
- 3- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى)، وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها(سعد،2004: 113).
- 4- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها .
- 5- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية (خوجة،2003: 221).
- 6- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساسى من تطبيق الجودة، وكيفية استخدام المؤسسة الصحية لمواردها المادية والبشرية المتاحة بما يحقق أهدافها، ونظراً لتنوع الخدمات الصحية المقدمة فإنه من الضروري تحديد الكفاءة بوضع المعايير الأساسية المستخدمة لقياسها من خلال كل عنصر من عناصر المدخلات والمخرجات المرتبطة بتقديم الخدمة الصحية، وتشمل هذه المعايير كل من كمية الزمن، تكلفة وجودة الأداء (مرزوق، 1998:87).

2.2.7 سابعاً- مؤشرات قياس الإنتاجية في المؤسسات الصحية :

تحتاج المؤسسات الصحية في القطاع الحكومي إلى مؤشرات خاصة لقياس ومعرفة مستوى الإنتاجية (فاعلية الأداء) المحقق، ومن أجل معرفة التقدم الحاصل في أعمالها وبشترط في هذه المؤشرات أن تكون دقيقة وواضحة ولقياس الإنتاجية الصحية لا بد أن يكون هناك مؤشرات يمكن الاعتماد عليها في القياس ومن هذه المؤشرات حسب ما ذكرها (جاد الرب، 2009:455-455) كما يلي:

- 1- مؤشرات اقتصادية.
- 2- مؤشرات حيوية.
- 3- مؤشرات قياس كفاءة الخدمات الصحية.
- 4- مؤشرات لقياس كفاءة الخدمات الصحية.

جدول (2.2): مؤشرات قياس الإنتاجية في المؤسسة الصحية

مؤشرات اقتصادية	مؤشرات حيوية	مؤشرات قياس كفاءة الخدمات الصحية	مؤشرات لقياس كفاءة الخدمات الصحية
متوسط نصيب الفرد من الدواء سنوياً.	متوسط العمر المتوقع عند الميلاد.	معدل ما تخدمه الوحدة الصحية من السكان بالألف.	نسبة انتشار مرض معين لكل ألف من السكان.
معدلات اقتصاديات المرض.	معدل وفيات الأطفال الرضع من 0-1 سنة.	معدل الإصابة بمرض معين لكل ألف من السكان.	درجة الرضا لدى الجمهور المتردد علي الوحدات الصحية.
متوسط نصيب الفرد من الخدمات الصحية سواءً على مستوى المحافظات.	متوسط الأطفال الذين يقل وزنهم عن 2500 جم عند الميلاد.	معدل ما يخدمه الطبيب من السكان بالألف.	متوسط الإصابة بمرض معين لكل ألف من السكان.

وهناك أنواعاً متعددة لقياس الإنتاجية يمكن تصنيفها إلى خمس أنواع على النحو التالي (حمدان، ادريس، 2007:39):

1. مقياس المدخلات: يستخدم لفهم الموارد البشرية والمالية التي تستخدم لغرض الوصول إلى المخرجات والنتائج المطلوبة.
2. مقياس العمليات: يستخدم لفهم الخطوات المباشرة لعمليات إنتاج الخدمة.
3. مقياس المخرجات: يستخدم لقياس الخدمة التي يوفرها النظام أو المنظمة ويتم إحصائها للعملاء.

4. **مقاييس المحصلات:** يستخدم لقياس المنتجات المتوقعة أو المرغوبة أو الفعلية، وبعض الحالات فإن بناء علاقة سببية مباشرة بين مخرجات النشاط ونتائج المقصودة يمكن أن يكون صعباً.

5. **مقياس التأثير:** يستخدم لقياس الآثار المباشرة أو غير المباشرة التي تنشأ عن تحقيق غايات المنظمة.

6. **مقياس النتائج السلوكية** تكون علي النحو التالي (ادريس، الغالبي، 2009:39):

أ. **مقاييس الأسباب:** تقيس الأداء بعد ظهور الحقيقة ومثال على ذلك هو مقياس الإصابات أو الأمراض .

ب. **مقياس النتائج :** هذه المقاييس تنتبأ بالأداء المستقبلي مثل قياس التكلفة التقديرية على أساس العوامل ذات العلاقة القوية.

ج. **المقاييس السلوكية:** وتقيس الثقافة الأساسية للإدارة والمنظمة وصنفت جامعة كاليفورنيا معظم مقاييس الأداء بخمس مقاييس كما هي في الجدول التالي:

جدول (2.3): مقاييس الإنتاجية حسب تصنيف جامعة كاليفورنيا

التعبير عنه بالوحدات	ماذا يقيس	المقياس
المدخلات الفعلية مقارنة بالمدخلات المخططة.	قدرة المنظمة على أداء المهام.	الكفاءة
المخرجات الفعلية مقارنة بالمخرجات المخططة.	قدرة المنظمة علي التخطيط لمخرجات عملياتها.	الفاعلية
عدد الوحدات المنتجة بشكل صحيح مقارنة بإجمالي عدد الوحدات المنتجة.	إنجاز وحدة العمل بشكل صحيح حسب احتياجات العملاء.	الجودة
عدد الوحدات المنتجة في الوقت مقارنة بإجمالي عدد الوحدات المنتجة.	إنجاز وحدة العمل في الوقت المحدد حسب تقييم العملاء.	الوقت المناسب
المخرجات مقارنة بالمدخلات.	حجم الموارد التي تستخدم لانتاج وحدة عمل.	الإنتاجية

المصدر: (Training Resources& Data Exchange performance-based management special interstgrop,2001:37)

يمكن قياس الإنتاجية من خلال ثلاثة مؤشرات هي (العلي، 1982:107-108)

1-عوامل فنية 2-عوامل شخصية وبشرية 3-عوامل عامة وبيئية

1- عوامل فنية: تتعلق بالصعوبات التي تواجهها المؤسسة في الحصول على المدخلات بسبب ندرتها أو عدم توفرها محلياً، أو صعوبة صناعتها بالكميات المطلوبة وبالمواصفات المحددة مما ينتج عنه تناقص في الإنتاجية ومنها:-

أ. درجة توفر كميات الأدوية وانتظام تدفقها ب.الأجهزة والوسائل الرقابية ج.مدة ساعات العمل

ب.التناسب بين القوى العاملة ومعدل التغيير في العمل، ودورانه سواء كان ذلك داخل المؤسسات الواحدة، وذلك من خلال النقل أم الترقية أم بين المؤسسات المختلفة داخل وخارج المؤسسة (الجامعة الهولندية،2012:27).

ج. التغيير في التكنولوجيا: حيث يمثل السبب الرئيس في تحسين الإنتاجية، ويُعزى للتكنولوجيا المساهمة في نصف ما تحقق من تحسن في الإنتاجية.

2- عوامل شخصية وبشرية: وهي الصعوبات التي تواجهها المؤسسة في إعداد المخرجات وتصريفها وعلى الإدارة المسئولة إنتهاج أساليب فعالة لحل مشكلات العمل والعاملين، خاصة ما يرتبط بأنشطة الإنتاج باعتبارها محور النشاط في المؤسسات الإنتاجية ومنها (العلي، 1985:108):

أ. العلاقة بين الإدارة والعاملين.

ب. تركيب القوي العاملة:(السن، الجنس، المهارة، الإعداد الفني).

ج. نظام الأجور والحوافز والمكافآت.

د. قنوات وخطوط الإتصال الموجودة في المؤسسة.

هـ. نمط القيادة داخل المؤسسة.

3- عوامل عامة وبيئية: توافق القيم الإدارية مع قيم جماعة العمل؛ حيث إن المؤسسة التي تتعارض مع قيم ومديرها أو القيم السائدة أو الاتجاهات لدى العاملين والتي تمثل الخصائص الأساسية للموظف سوف تتعرض للعديد من المشاكل التي تؤدي إلى انخفاض الفعالية الإدارية و كذلك قدرات العاملين(درة،2003:154). وتتمثل الصعوبات التي تواجهها المؤسسة في تطوير المدخلات في تأطير التطور التقني الكبير، كلما احتاجت المؤسسة إلى الأبحاث

المتطورة والتسهيلات التقنية لمواجهته والقوانين واللوائح التي تصدرها الهيئات الحكومية تؤثر على المؤسسة وعلى العاملين مما يؤدي إلى انخفاض الإنتاجية ومنها:

أ. التوزيع الجغرافي للموارد البشرية.

ب. نشر نتائج البحوث والدراسات العلمية والتكنولوجية.

ج. نسبة القوي العاملة لمجموع السكان.

تحتاج المراكز الصحية إلى مؤشرات محددة لقياس ومعرفة مستوى الأداء المتحقق والتقدم الحاصل في عملها (جلدة، 2007:106)، (البكري، 2005:204):

أ. مؤشرات قياس الإنتاجية الخاصة بالأطباء:

1- عدد الأسرة /طبيب : نصيب الطبيب الواحد من الأسرة في المركز، فزيادة عدد الأسرة للطبيب الواحد يعني تدني مستوى الخدمات الصحية في المركز والعكس صحيح، والمستوى المقبول عالمياً هو (20) أسرة لكل طبيب.

2- عدد المراجعين للعيادة الخارجية / عدد الأطباء = مراجع / طبيب.

3- الأطباء الأخصائيين / مجموع الأطباء الكلي = أخصائي / طبيب.

ب. مؤشرات الأداء الخاصة بالتمريض:

1- عدد الأسرة /مرضة : نصيب الممرض أو الممرضة من أسرة المركز ، فنقصان عدد الأسرة يرفع من مستوى الخدمات المقدمة للمرضي.

2- عدد الممرضات / عدد الأطباء = ممرضة / طبيب.

3- عدد الممرضين الجامعيين / مجموع الملاك التمريضي = ممرض جامعي / ملاك تمريضي.

ج. مؤشرات الأداء الخاصة بالإداريين:

1- عدد الأسرة /موظف : تشمل فئة الموظفين كافة الأفراد العاملين في إنجاز المهام الإدارية في المركز الصحي إذ يفترض أن يساوي عدد الموظفين عدد الأسرة في المركز الذي يضم مثلاً 300 سرير يفترض أن يعمل فيها 300 موظف.

2- عدد المسعفين / عدد سيارات الإسعاف = مسعف / سيارة إسعاف.

3- عدد الإداريين / مجموع الملاك الكلي للمركز = إداري / ملاك المركز.

هـ. قياس الإنتاجية الفعلي في دوائر الرعاية الأولية - دائرة الطب الوقائي:

نظراً لأهمية دائرة الطب الوقائي باعتبارها العمود الفقري لوزارة الصحة الفلسطينية، حيث يمتد عملها على مستوى قطاع غزة لما تلعبه من دور مهم وحيوي في رصد ومكافحة الأمراض المعدية والحد من انتشارها بقدر الإمكان وأيضاً لوجود برنامج التطعيم التابع للدائرة، حيث يعتبر هذا البرنامج من أنجح البرامج على مستوى القطاع الصحي بقطاع غزة. وتكمن أهمية قياس إنتاجية هذه الدائرة لوجود قسمين حيويين فيها وهما (الأوبئة - التطعيمات) فيجب هنا التطرق لرؤية ورسالة ومهام الدائرة.

1- رؤية الدائرة: تتطلع دائرة الطب الوقائي بالرعاية الأولية للوصول إلى أعلى درجة ممكنة من الجودة والكفاءة في تقديم الخدمات الوقائية وصولاً إلى مجتمع فلسطيني خالي من الأمراض التي يمكن الوقاية منها ليصبح مجتمعاً منتجاً وفعالاً.

2- رسالة الدائرة: العمل على ضمان توفير وتسهيل الوصول إلى الخدمات الوقائية وبخاصة اللقاحات إلى الشرائح المختلفة داخل المجتمع الفلسطيني، و كذلك مكافحة إنتشار الأمراض، والسعي إلى إشراك الجمهور في اتباع السلوكيات الصحيحة في الحياة لمنع انتشار الأمراض.

3- مهام دائرة الطب الوقائي (خطة العمل لدائرة الطب الوقائي، 2014):

- رصد الأمراض المعدية المسجلة في المستشفيات والمراكز الصحية من خلال برنامج الرصد الوبائي المعمول به في فلسطين.
- الاستعداد الدائم لمقاومة الأمراض المعدية والأوبئة.
- تقديم الخدمات الصحية اللازمة لمرضى الأمراض المعدية.
- مكافحة التلوث داخل المستشفيات.
- حساب كميات المطاعيم الأساسية للأطفال وتطعيمات تلاميذ المدارس وتطعيمات السيدات الحوامل، وكذلك التطعيمات الإضافية اللازمة لمخالطي الأمراض المعدية وتطعيمات الحجاج حسب الطرق العلمية السليمة المتبعة: (عدد المواليد الأحياء وتلاميذ المدارس) مع الأخذ بعين الاعتبار حساب كمية الفاقد.
- توفير نظام سلسلة التبريد و الحفاظ على جودة و سلامة و فعالية المطاعيم خلال مراحل نقلها و تخزينها في جميع المستويات بداية من المصنع المنتج، و حتى وصولها للطفل المستهدف بتطعيمه من خلال توفير الثلجات وصيانتها وتدريب الكوادر الصحية، والمراقبة و الإشراف في الميدان.

- رصد المضاعفات الناتجة عن إعطاء الأمصال المختلفة والتحري عن أسبابها .
- التدريب المستمر للعاملين الصحيين حول برامج التطعيم.
- نشر الوعي الصحي المجتمعي حول برامج التطعيم وتشجيع المشاركة المجتمعية، وذلك باستخدام كل الوسائل المتاحة والممكنة المحلية ، والاستعانة بتجارب الشعوب الأخرى .
- عمل الاتصالات اللازمة مع جميع مقدمي الخدمات الصحية لتوفير متطلباتهم السنوية من التطعيمات والأمور اللوجستية والعمل على توفيرها بصورة دورية مع إيجاد آلية عمل للتبليغ عن عدد المطعمين بصورة دورية حتى نتمكن من حساب نسبة التغطية مع نهاية كل عام.

أولاً- قياس الإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية - دائرة الطب الوقائي - قسم الأوبئة(التقرير السنوي للأمراض المعدية، 2015:22):

أ. علي مستوى قسم الأوبئة تتمثل المؤشرات في:

أولاً- منع انتشار الأوبئة والحد من انتشار الأمراض المعدية.

ثانياً- معدل انتشار المرض.

ثالثاً- نسبة انتشار الأمراض (التهاب الكبد البائي- مرض الكفاف- التهاب السحايا الغير نوعي).

رابعاً- معدل ما يخدمه قسم الأوبئة من السكان بالآلف.

ب. علي مستوى قسم التطعيمات (المصدر السابق:23):

1- تتمثل في نسبة تغطية تطعيم الأطفال بنسبة لا تقل عن 99% .

2- توفير التطعيمات.

3- إدخال التطعيم.

أولاً- منع انتشار الأوبئة والحد من انتشار الأمراض المعدية

أ- مرض التهاب الكبد "B":

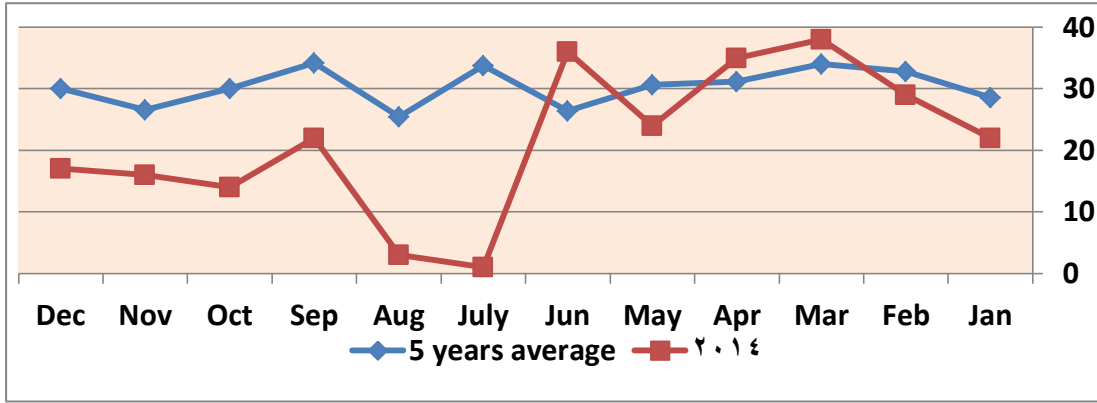
- للحد من انتشار الأمراض المعدية هو استخدام التطعيمات فقد تم اتخاذ قرار استراتيجي من قبل وزارة الصحة الفلسطينية عام(1993) بإدخال التطعيم لهذا المرض ضمن الجدول الموسع للتطعيمات.

- العمل على تطعيم كل المخالطين للمرضي الذين يصنفوا بأنهم مجموعات خطر.

- العمل على تطعيم الطواقم الطبية .

هذه السياسة أدت إلى انخفاض ملموس في عدد الحالات المسجلة، وخصوصاً لدى المتبرعين بالدم حيث انخفضت النسبة من 2.5 عام (2007) إلي 1.2 عام (2014).

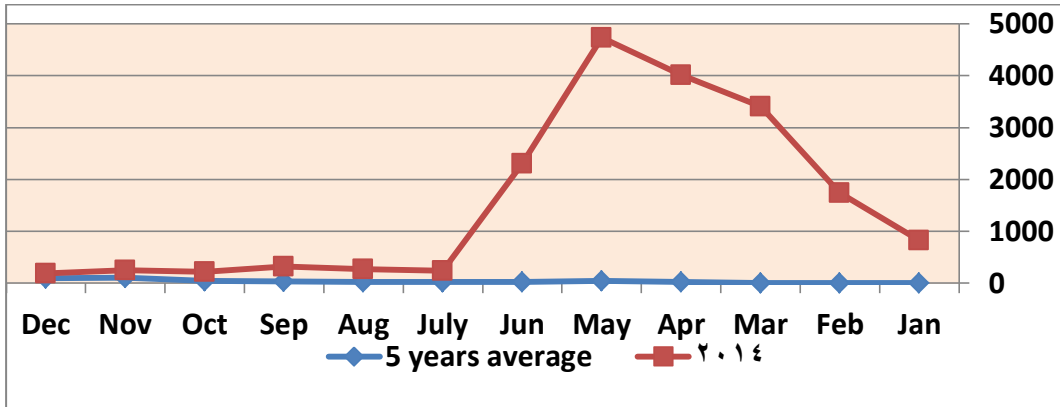
- كانت نسبة التغطية ضد مرض التهاب الكبد تتراوح من 75-80%.
- في عام 2011 تم عمل مسح للفئة العمرية التي تلقت التطعيم عام (1993) ووجد أن نسبة التغطية كانت 99.9%، وهذا يعني نجاعة التطعيم والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل (2.4): التهاب الكبد البائي

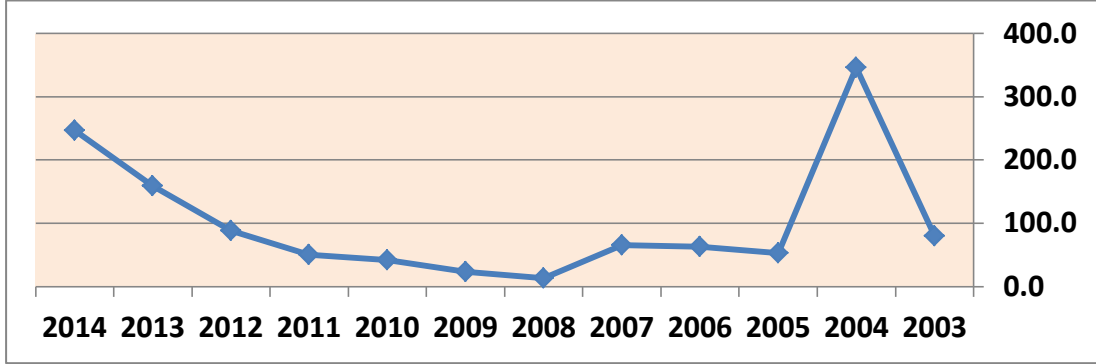
المصدر: التقرير السنوي للأمراض المعدية (2015). دائرة الطب الوقائي - الإدارة العامة للرعاية الأولية

ب- مرض النكاف : نظراً لأن الأطفال مواليد عام(1988- 2009) تلقوا جرعة واحدة وكانت نسبة الحماية لا تتعدى 80% فإن هناك سنوياً تقريباً (20%) من الأطفال بقوا بدون حماية مما أدى إلى تجمع تراكمي لعدد الأطفال غير المطعمين (المصدر السابق:20) وهذا يفسر سبب حدوث المرض لدي الأطفال في قطاع غزة والشكل التالي يوضح ذلك.



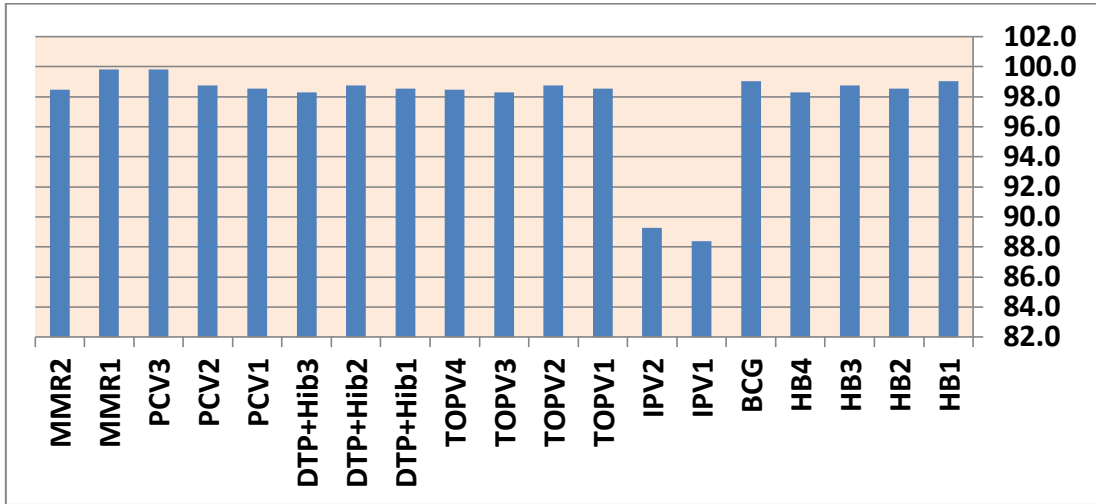
شكل (2.5): يوضح عدد حالات مرض النكاف

ج- التهاب السحايا غير النوعي: حيث لا يخضع هذا المرض للتطعيم في فلسطين وقد لوحظ ازدياد ملحوظ في عدد الحالات المسجلة عام (2013-2014) وبناءً عليه فقد تم العمل من قبل ادارة الطب الوقائي للحد من انتشار هذا المرض بتعميم التعريف الطبي للمرض، وعمل زيارات ميدانية للمستشفيات، والتأكد من التشخيص وإعطاء الإرشادات اللازمة للأطباء والشكل التالي يوضح ذلك.



شكل (2.6): عدد حالات التهاب السحايا الغير نوعي

د- التطعيمات: فقد بلغت نسبة التطعيمات لجميع الأمراض المستهدفة تفوق (97%) ما عدا التطعيم للجرعة الأولى (88.4% وللجرعة الثانية 89.3%) ويُعزى ذلك للخلل الذي حصل في توريد هذا التطعيم والجدول التالي يوضح نسبة التغطية للتطعيمات.



شكل (2.7): نسبة التغطية للتطعيمات

المصدر (التقرير السنوي للأمراض المعدية 2015م. والصادر عن دائرة الطب الوقائي).

ثانياً- قياس الإنتاجية على مستوى المؤسسة: يمكن قياس الإنتاجية في المؤسسة الصحية من مؤشرين هما:

1- معدل وقوع المرض.

2- معدل انتشار المرض.

وبالإطلاع على التقارير السنوية الصادرة عن دائرة الطب الوقائي للعام (2015م.) وأيضاً للأعوام السابقة، حيث بلغ عدد سكان قطاع غزة (1819981) نسمة (جهاز الإحصاء المركزي، 2015م.). ولقياس معدل انتشار مرض السل الرئوي، حيث إن هذا المعدل لا يعبر عن الحالات الجديدة المسجلة بل جميع الحالات القديمة والجديدة، حسب المعادلة التالية:

أ. معدل انتشار المرض = عدد الحالات / عدد السكان * 100000.

فمثلاً معدل وقوع السل الرئوي = $1819981 / 15 = 121332.0667$ = 0.824 لكل مائة ألف/ نسمة

ب. معدل انتشار السل الرئوي للسنوات الماضية من (2012-2014م.).

= $1819981 / 73 + 15 = 24931.2467$ = 4 حالات لكل مائة ألف نسمة.

وترى الباحثة أنه طبقاً للأرقام والإحصائيات التي تم الحصول عليها من التقارير الصادرة عن دائرة الطب الوقائي وأيضاً السياسات التي تم اتباعها من قبل وزارة الصحة للحد من انتشار الأوبئة والوصول بمجتمع فلسطيني خال من الأمراض المعدية سياسات ذات جدوى اقتصادية صحية لها مردود صحي مهم للغاية، ويدل ذلك على مدى فاعلية وكفاءة العاملين في دائرة الطب الوقائي بوزارة الصحة التي تتطلع للوصول إلى أعلى درجة ممكنة من الجودة والكفاءة في تقديم الخدمات الوقائية وصولاً إلى مجتمع فلسطيني خالٍ من الأمراض التي يمكن الوقاية منها ليصبح مجتمعاً منتجاً وفعالاً.

2.2.8 ثامناً- العوامل المحددة للإنتاجية وطرق تحسينها (العلي، 1985:50):

حاولت العديد من الدراسات التي انصبت على قياس الإنتاجية التوصل إلى إطار محدد يحكمها بهدف زيادتها، وانتهت الدراسات إلى أن محددات الإنتاجية يمكن تجميعها في ثلاث مجموعات أساسية وهي:

أ. محددات مباشرة: تؤثر بشكل مباشر على العلاقة التي تحكم مدخلات العملية الإنتاجية بمخرجاتها، بالإضافة، فإن التوزيع الأفضل للموارد يمكن أن يصل بالإنتاجية إلى مداها الأقصى.

ب. محددات غير المباشرة: تؤثر بشكل غير مرئي على العلاقة التي تحكم المدخلات بالمرجات.

ج. محددات استراتيجية: هي السياسات و القوانين التي تؤثر على الإنتاجية بشكل مباشر أو غير مباشر. إن تقسيم المحددات إلى ثلاث مجموعات لا يعني أنها منفصلة عن بعضها، بل هي ذات تأثير متداخل، فإذا كان التطور التقني مثلاً، يرفع من الإنتاجية، فإن هذا التطور قد يكون نتاجاً لسياسات وقوانين حكومية مشجعة للبحث العلمي، رغم وجود تفاوت في تصنيف العوامل والمسببات المؤثرة عليها، إلا أنها قسمت إلى عوامل إداريه و أخرى إنسانية، و فنية وخارجية.

❖ ومن الأسباب الرئيسة لانخفاض الإنتاجية هي:

أ. العوامل الإدارية: هي ذات تأثير ليس بالهين مقارنة بالعوامل الأخرى أما مسبباتها كما ذكرها (عرفة؛ شلبي، 2002:63) فهي:

- 1- عدم توافر المعرفة الإدارية: يرجع ذلك إلى عدم توافر نظم متكاملة و فعالة للمعلومات بالمؤسسة تمكن المسؤولين من الإلمام بكل ما يدور فيها، بالإضافة إلى عدم متابعة أحدث أساليب المعرفة الإدارية. وحيث إنه أصبح يحكم على نجاح أى مؤسسة بمدى اهتمامها بقدرات موظفيها وكفاءاتهم وحسن أدائهم لأعمالهم، وكيفية استثمار العنصر البشري، حيث يشكل العنصر البشري أهم موارد وخاصة في المؤسسات الخدمائية، وبالتالي فإن إدارة أي مؤسسة تحرص على استثمار هذه الموارد والاستفادة منه لما له من آثار إيجابية على إنتاجية المؤسسة وقدرتها على الإستمرار (شاويش، 2005:85).
- 2- انخفاض المهارات الإدارية: إن التعرف على المشاكل الإدارية و تشخيصها من طرف المدير لوضع العلاج السليم و تخليص المؤسسة من مخاطرها، كلها ممارسات إدارية ضرورية، وما يدركه الفرد من مهارات فنية ومهنية وخلفية عامة عن الوظيفة والمجالات المرتبطة بها وعدم الاهتمام بها يؤثر سلباً على الإنتاجية (جبر، 2010:52).
- 3- عدم توافق القيم الإدارية مع قيم جماعة العمل: إن المؤسسة التي تتعارض مع قيم مديريها أو القيم السائدة أو الإتجاهات لدى العاملين والتي تمثل الخصائص الأساسية للموظف سوف تتعرض للعديد من المشاكل التي تؤدي إلى انخفاض الفعالية الإدارية، وكذلك قدرات العاملين (درة، 2003:154).

ب. العوامل و المسببات الإنسانية: تتركز هي الأخرى في ثلاث مجموعات رئيسة:

1- انخفاض قدرات العاملين على العمل: عدم الجدية والتفاني وعدم قدرة الموظف على تحمل مسؤولية العمل وإنجاز الأعمال في أوقاتها، ومدى حاجة الموظف للإرشاد والتوجيه من قبل المشرفين، وذلك إما لنقص المعرفة أو التعليم والتدريب، وكذلك الخبرة والمهارة. (مرجع سابق:52).

2- انخفاض الرغبة في العمل: وتتمثل في مدى ما يدركه الفرد من عمل يقوم به وما يمتلكه من رغبة ومهارات وبراعة وقدرة على تنفيذ العمل دون الوقوع في الأخطاء فعلى إدارة المؤسسة تنويع و تنمية العمل و استخدام الأنظمة الملائمة من الحوافز، لرفع الرغبة في العمل، مما يمكن من زيادة الإنتاجية.

3- عدم توافق العاملين مع القيم السائدة في المؤسسة: قد تتميز إدارة المؤسسة بخصائص لا تتضمن ما يتكيف مع قيم عمالها، مما يؤثر سلباً على أدائهم، و بالتالي انخفاض إنتاجهم.

ج. العوامل و المسببات الفنية: تتضمن هذه العوامل ما يلي:

1- صعوبات تواجهها المؤسسة في الحصول على المدخلات: بسبب ندرتها أو عدم توفرها محلياً، أو لصعوبة صناعتها بالكميات المطلوبة و بالمواصفات المحددة، مما ينتج عنه تناقص في الإنتاجية.

2- صعوبات تواجهها المؤسسة في تطوير المدخلات (عملية التحويل الإنتاجي): تتمثل أساساً في تعطل الآلات أو عدم وجود الفنيين اللازمين لإعدادها في الوقت المناسب، وعراقيل أخرى تؤثر على الإنتاجية بشكل واضح.

3- مشكلات العمل و العاملين، خاصة ما يرتبط بأنشطة الإنتاج باعتبارها محور النشاط في المؤسسات الإنتاجية.

د. العوامل و المسببات الخارجية: يمكن تقسيمها إلى أربعة عوامل رئيسية هي:

1- العوامل الاجتماعية: هناك العديد من العوامل و المتغيرات الاجتماعية التي تؤثر على نشاط المؤسسة و تساهم في تخفيض إنتاجيتها، ترتبط خاصة بالجوانب الحضارية و الثقافية والفكرية.

2- العمالة وغيرها، وعدم مواجهتها يؤثر على نتائج الإنتاجية.

3- العوامل التكنولوجية: كلما كان تأطير التطور التقني كبيراً، كلما احتاجت المؤسسة إلى الأبحاث المتطورة والتسهيلات التقنية لمواجهته.

هـ. **العوامل والمسببات السياسية:** التنظيمات السياسية والهيئات الحكومية تؤثر على المؤسسة وعلى العاملين من خلال القوانين واللوائح التي تصدرها. وبعد التعرف إلى أسباب تدهور الإنتاجية وقياسها، ومن أجل توجيه عملية التحسين فإن إيجاد نموذج متكامل يحدد العوامل الأساسية المؤثرة فيها يعتبر من الأمور المهمة (السلمي، 1985:34).

وتري الباحثة: أن قياس الإنتاجية في المراكز الصحية يجب عمله، وذلك لتحديد مواطن القوة والضعف، حيث يتسنى تكوين رأى واضح عن العمليات التشغيلية واتخاذ القرارات التصحيحية والإصلاحية لسد الثغرات، وتلافي القصور في حال وجود انحرافات وتتاثر الإنتاجية في المراكز الصحية بعده عوامل اهمها (نصيرات، 2008:81):

1- الكفاءة المهنية لمزودي الخدمة الطبية المؤثرة في جوده الرعاية.

2- مدى توفر خدمات الرعاية بالكم والكيف المطلوب.

3- مدى توفر الاجهزة والمعدات والمستلزمات الضرورية للرعاية الطبية.

4- مدى التركيز على الجانب السلوكي للرعاية الطبية.

أن الدرجة العالية من الاحتراف والمهنية للأطباء اضافة الى مركزهم المتميز في المنظمات الصحية يمكن أن يشكل مصدراً للمشاكل الإداريه التشغيلية لإدارة المنظمه والاعتبارات التاليه وغياب خط السلطة المنفرد يؤدي الى:

أ. تزيد من صعوبة مهمة التنسيق الرسمي بين الدوائر والأقسام المختلفة في المنظمه لحقيقة تعدد مصادر السلطة فيها ووجود اكثر من رئيس للمرؤوس الواحد.

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

ج. ظروف العمل غير العادية في المنظمات الصحية.

د. مشكله قياس المخرجات النهائيه للمنظمات الصحية، حيث لا يوجد معايير دقيقه يمكن معها قياس الرعاية الطبية المقدمه للمرضى وحصيلتها النهائيه إلى الآن.

هـ. تصميم الهيكل التنظيمي، حيث الهدف من وظيفة التنظيم هو تصميم الهيكل أو الإطار الذي يربط كل العناصر البشرية والمادية المتاحة لتنظيم مع بعضها ومع أهداف المنظمه ويُسمى الهيكل التنظيمي الرسمي. وتواجه منظمات الرعاية الصحية صعوبات تتمحور في عدة عوامل فبالنسبة للكفاءة الإنتاجية فقد قلت في كثير من أنواع المنتج وذلك للأسباب الآتية:

1- زيادة عبء العمل على الكادر البشري بسبب قلة عدد الموظفين في كثير من الأماكن.

- 2- تضارب الصلاحيات، وعدم وضوح المسؤولية والمهام الموزعة على العاملين.
 - 3- خلل في الهيكليات التنظيمية داخل المؤسسة الصحية.
 - 4- غياب قانون الثواب والعقاب، وعدم فعاليته إن وجد في بعض الأحيان.
 - 5- عدم إتباع البروتوكولات والقوانين والتعليمات.
 - 6- قلة التدريب والخبرات في مجالات المختلفة.
 - 1- سوء توزيع الكادر البشري.
 - 2- قلة الموارد التشغيلية، وكذلك عدم التحديث للأنظمة وضعف الصيانة.
- وقد ذكر (منصور، 2008:326) أن من المعوقات التي تواجه منظمات الرعاية الصحية صعوبات تتمحور في عدة عوامل منها:
- 1- **طبيعة مهام الرعاية الطبية:** يمتاز العمل داخل المنظمة الصحية بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة، حيث إن الأمر يتعلق بأثمن ما في الوجود وهو صحة الإنسان، وأي خطأ قد يؤدي بحياة المريض أو يؤدي إلى عجز دائم. فترى منظمة الصحة العالمية بأن عدم فعالية وكفاءة القرارات المتخذة في المؤسسة الصحية هو نتيجة لنقص المعلومات وضمور القنوات والأدوات المسؤولة عن تجميعها ومعالجتها بصورة تجعلها مناسبة لصناعة القرار الطبي الصحيح (WHO, 2006)، مع استمرارية الخدمات وملائمتها لكافة المتغيرات البيئية وإمكانية الوصول إليها (صلاح، ذياب، 2009:57).
 - 2- **طبيعة العناصر البشرية العاملة في منظمات الرعاية الصحية:** يحكم أداء المهنيين الصحيين العاملين في المنظمة وبخاصة الأطباء مبادئ وأخلاقيات قوية، كمبدأ عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم، وعلى ذلك فإن أي عمل يتضمن تحمل المخاطرة أو استعمال طرق جديدة غير مثبتة في الرعاية يمكن أن ينتج عنه رفض أو انتقاد أعضاء المهنة ووجود نظم معلومات حديثة له أثر إيجابي ينعكس على رفع كفاءة العاملين وله أثر في زيادة سرعة إنجاز العمل وتحقيق المرونة الإدارية وله أهمية كبيرة في تقييم أداء العاملين في المنظمة (فوزان، 2004:67).
 - 3- **طبيعة البناء التنظيمي للمؤسسات الصحية:** يتميز البناء التنظيمي في المؤسسات بالتعقيد وخاصة من حيث مفاهيم السلطة والقوة وما يتصف به من تعدد الأقطاب، وحقيقة الأمر أن الكثير من الأفراد ممن هم خارج نقاط السلطة الرسمية يمتلكون قدراً كبيراً من القوة والقدرة على التأثير مثل الأطباء، حيث إن بيئة التنظيم في المؤسسة الصحية تتكون من عوامل داخلية وخارجية فالعوامل الخارجية هي تلك المؤشرات التي تأتي من خارج المنظمة، والتي

قد لا تمس المنظمات الأخرى بل قد لا تمس إلا المنظمة الصحية المعينة والسمة الأساسية في هذا النوع هو كون أثرها يأتي من خارج المنظمة مثل العوامل التكنولوجية والقانونية (درة، 2003:154).

4- **طبيعة التعليم والتدريب للمهنيين الصحيين:** تركز على الاستقلالية والفردية في اتخاذ القرارات، مما يجعل من الصعب عليهم التكيف مع الأساليب التعاونية والتي تقوم على المشاركة وتميز جهود التغيير المخططة. فالمؤسسات الصحية لا تتوفر لديها الخبرة الكافية فيما يتعلق بالتعاون والمشاركة في حل مشاكلها ومدى حاجة الموظفين للإرشاد والتوجيه من قبل المشرفين (جبر، 2010:52).

5- **طبيعة العلاقة بين الأطباء ومرضاهم:** أو ما يعرف بالنموذج الطبي والذي يتعارض مع العلاقة المباشرة والخاصة بين الأطباء ومرضاهم من أي طرف آخر. وهذا يتعارض بشكل كامل مع منهج التطوير التنظيمي الذي يتبعه مستشارو التطوير التنظيمي، حيث يحاول العمل على حل المشاكل بالتشاور الكامل مع المعنيين الرئيسيين في المنظمة، ومدى ما يدركه الفرد عن عمله الذي يقوم به وما يمتلكه من رغبة ومهارات وبراعة وقدرة على تنفيذ العمل دون الوقوع في الأخطاء، وبالتالي ينعكس على تطوير الإنتاجية (المرجع السابق: 52).

6- **تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات منظمات الرعاية الصحية:** حيث تضع منظمات الرعاية الصحية أهمية واهتمام كبير لتمويل أنشطتها وضمان التدفق المالي لها من الخارج مما يجعل من الصعب عليها تبني تغييرات لا تضمن استمرار التدفق المالي من الجهات الخارجية، وبخاصة المستهلكة لخدمات المنظمة الصحية مثل شركات التأمين والضمان الصحي وبالتالي تحرص إدارة أية مؤسسة على استثمار هذه الموارد والاستفادة المثلى منها (شاويش، 2005:84).

ثانياً- طرق تحسين الإنتاجية (العلي، 1985:50):

1- **الاستثمار في المورد البشري:** يقصد به الاستثمار في الأيدي العاملة الحالية والأخرى الجديدة بهدف خلق قوة عاملة مزودة بالمهارات والقدرات اللازمة لتأدية العمل بكفاءة عالية.

2- **حجم ومستوى كفاءة عناصر الإنتاج الأخرى:** إن قدرة عنصر معين على المشاركة بكفاءة في النشاط الإنتاجي، تتوقف على مستوى كفاءة العناصر الأخرى، ما لم يتم التنسيق بينهم بطريقة رشيدة لا يكفي لبلوغ المستويات المرتفعة لإنتاجية العمل.

3- مستوى تشغيل الموارد: إن كفاءة تشغيلها تقتضي استخدام كل عنصر بكامل طاقته، لأن وجود طاقة عاطلة، يؤثر عكسياً على مستويات الإنتاج، ومهما تعددت الأسباب فالنتيجة هي انخفاض كفاءة عنصر العمل.

4- مستوى التقدم الفني: ينتج عن الابتكارات الحديثة الوصول إلى أساليب إنتاجية أكثر كفاءة بمعنى، إمكانية إنتاج نفس الحجم من السلع بحجم أقل من الموارد، أو الحصول على حجم أكبر من السلع بنفس القدر من المدخلات. رغم التطورات التكنولوجية في مجال الأجهزة الطبية المعقدة وفي مجال الأدوية، والنظم العلاجية والوقائية التي تجعل عمله صعب نسبي دون تعاون، واندماج جميع العناصر الأخرى (جاد الرب، 2008:20). وبالنظر إلى الأهداف والتوجهات الاستراتيجية في الرعاية الصحية نجد أنه من ضمن الأهداف التي تم وضعها والتوجهات للتغلب على العقبات التي تواجهها وزارة الصحة ومراكز الرعاية الأولية بشكل عام، ويمكن أن تؤدي إلى تحسين الإنتاجية فيها إذا ما تم تطبيقها بشكل صحيح وهي تتمثل في الآتي (استراتيجية وزارة الصحة، 2012-2017):

- 1- ضمان تقديم الخدمات الصحية بجودة عالية تشمل الرعاية الصحية بمستوياتها الثلاثة.
- 2- ضمان استمرار العمل لتوفير المواد اللازمة لإيجاد الخدمات الصحية.
- 3- رفع فعالية استخدام الموارد المتاحة وترشيد الإستهلاك لتحقيق أفضل منجزات ممكنة.
- 4- استمرار الجهود المبذولة لرفع مستوى جودة أداء الخدمة في مرافق الوزارة.

2.2.9 تاسعاً خلاصة المبحث:

إن رفع إنتاجية الخدمات الصحية وتوفيرها لتغطية الأعداد المتزايدة من السكان في المدى القريب والبعيد يحتاج لإطار استراتيجي وحزمة من السياسات الصحية المستقبلية التي ينبغي تطبيقها والعمل وفقاً لمفاهيم اقتصاديات الصحة فيما يتعلق في اتخاذ القرار الصحي، وتطبيق برامج ضمان الجودة النوعية بالمرافق الصحية، وتفعيل دور التحليل المالي للتكاليف والتوزيع الأمثل للموارد، وإجراء دراسات الجدوى الاقتصادية للمشاريع الصحية، واستكشاف مصادر بديلة للإنفاق على الخدمات الصحية. وأيضاً وضع نظام للمتابعة والتقييم المستمر لبرامج الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية من حيث حجم ونوع الإنفاق، و تطوير أساليب توفير وتخزين وتوزيع الأدوية والمستلزمات الطبية وفقاً للمعايير الاقتصادية والاستفادة من تقنيات الحاسب الآلي، كل ذلك يمكن أن يؤدي إلي تحسين في نوعية الخدمات الصحية التي تعمل على رفع وتعزيز دور الإنتاجية وتكون سبباً في رفاه المجتمع الصحي. ومن ناحية أخرى يمكن توسيع

مشاركة القطاع الخاص في تمويل إنشاء المرافق الصحية والتنسيق مع وزارة المالية والاقتصاد الوطني لتطبيق الأسلوب الملائم لتمويل المشاريع الصحية. وأيضاً تشجيع القطاع الخاص على تصنيع الأدوية والكيمائيات والتجهيزات الطبية وفقاً للمعايير العالمية للجودة النوعية وتقديم الدعم اللازم من قبل الصندوق الصناعي.

وحيث إن الإنتاجية تتركز على أداء الموارد البشرية الطبية، التمريضية والفنية العاملة بالمراكز الصحية لما لهم من دور أساسي في تحقيق أهداف، العمل وأن المنظومة الصحية لازالت تعاني من نقص في الهياكل والتنظيم مقارنة بالدول الرائدة في تقديم الخدمات الصحية، وهذا ما يدفع أحياناً إلى نشوب نزاعات بين مختلف الموارد البشرية المنوطة بتقديم الخدمات الصحية والإدارة الوصية بسبب تجميد الأجور، سوء وتدهور ظروف وشروط العمل التي تعتبر عائقاً لأداء الأعمال وتقديم الخدمات لمحتاجيها بالشكل الأمثل وزيادة الضغط على مستوى المؤسسات الصحية بسبب نمو الطلب على الخدمات الصحية خاصة في المناطق ذات الكثافة السكانية والهياكل الصحية (تليلاني، 2013:139).

ومن هنا ترى الباحثة أنه يجب الأخذ بعين الاعتبار الأمور التالية، وذلك لرفع كفاءة وإنتاجية المراكز الصحية في الرعاية الأولية:

تحسين الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية لجميع فئات الأعمار من أجل تحسين نوعية حياة المرضى للتقليل من أعبائهم. على المجتمع في إطار مفاهيم الرعاية الصحية الأولية، وأيضاً تعزيز كفاءة ومهارات المهنيين الصحيين وموظفي الخدمات الصحية المساندة، وتوفير بيئة عمل مناسبة لهم، والمحافظة على مستوى أدائهم متماشياً مع أفضل المعايير الدولية وأخيراً دعم وتطوير النظم والإجراءات الإدارية اللازمة لنجاح برامج الرعاية الصحية الأولية وتوفير أحدث الوسائل والتقنيات اللازمة لتقليل الوقت والجهد، وأيضاً وشبكات التواصل الإجتماعي لتبادل الأفكار والآراء ومواكبة ما هو جديد لما له فائدة على المجتمع والعاملين فيه.

2.3 المبحث الثالث

الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية

2.3.1 أولاً- مقدمة:

إن القطاع الحكومي الصحي يشكل الجزء الأكبر من نظام تقديم الخدمات الصحية في فلسطين وعليه فإنه يتحمل الجزء الأكبر في تطبيق السياسات المختلفة المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية والتي تهدف إلى ضمان حصول الجميع على الخدمات الصحية بمساواة وعدالة للنوع الاجتماعي، وذوى الإعاقات والفقراء وبجودة عالية معتمدة على المعايير العالمية والعربية والوطنية في النظام الصحي وذلك بما يتوافق مع توصيات منظمة الصحة العالمية وقوانين الدول المجاورة وبالتعاون مع جميع المؤسسات الحكومية وغير الحكومية والمنظمات العالمية، وذلك من خلال كادر منظم ومدرب وأجهزة حديثة ومعايرة تعمل بكفاءة عالية في مؤسسات صحية تؤمن بيئة عمل داعمة وبنية تحتية تتوافق مع معايير جودة الرعاية الصحية.

وتعتبر وزارة الصحة الفلسطينية هي الجسم المسئول عن قيادة وتنظيم عمل القطاع الصحي الفلسطيني من خلال الحوكمة الرشيدة والإدارة السليمة للقطاع الصحي، وضمان الموارد اللازمة لاستدامته وتطويره، فهي المسئولة عن وضع السياسات والتشريعات والقوانين والخطط، وتفعيل الشراكات بين مختلف الشركاء في القطاع الصحي مع القطاعات الأخرى لإدارة واستثمار الموارد المتاحة بالشكل الأفضل. (الاستراتيجية الوطنية الفلسطينية، 2014-2017:7).

2.3.2 ثانياً- رؤية وزارة الصحة الفلسطينية:

لكل منظمة أو مؤسسة رؤيتها وأهدافها ورسالتها وبطبيعة الحال ما يجرى على هذه المؤسسات يجري على وزارة الصحة لذلك ووفقاً للاستراتيجية الوطنية فإن رؤية وزارة الصحة: نظام صحي شامل متكامل يساهم في تحسين وتعزيز مستدام للوضع الصحي بما فيه المحددات الرئيسية في فلسطين.

أ. رسالة وزارة الصحة الفلسطينية: أن وزارة الصحة في السلطة الوطنية كإحدى مؤسسات دولة فلسطين المستقلة ملتزمة بمبدأ العمل المشترك مع جميع الشركاء لتطوير الأداء في القطاع الصحي والارتقاء به وذلك لضمان إدارة القطاع الصحي بشكل مهني سليم وخلق قيادة قادرة على وضع السياسات والخطط.

ب. فلسفة الرعاية الصحية الأولية وتقوم على الركائز الآتية: (وزارة الصحة الفلسطينية، 2011).

- 1- الشمول: بمعنى ضمان تغطية جميع المواطنين بنفس المجموعة الأساسية من خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- 2- الجودة: بمعنى أن خدمات الرعاية الصحية الأولية ينبغي أن تكون مقبولة اجتماعياً وثقافياً، ومنسجمة مع معايير الممارسة العلمية والسريرية (الإكلينيكية)، وعلى مستوى يراه المستفيدون منها مستوى مناسباً.
- 3- العدالة: بمعنى أنه لا يجوز حرمان أحد من الخدمات لعجزه عن دفع تكاليفها.
- 4- الكفاءة: بمعنى تقديم الخدمات بطريقة عالية المردود سواءً أكان على مستوى وحدة الخدمة أم على مستوى بنية النظام الصحي مع الحفاظ على مبادئ الشمولية، والجودة، والفعالية.
- 5- الاستمرارية: بمعنى توافر موارد كافية لتمويل وإدارة مجموعة الخدمات الأساسية على المدى القصير والطويل

2.3.3 ثالثاً- النظام الصحي الفلسطيني:

منذ قدوم السلطة الوطنية وتسلم وزارة الصحة أولت الوزارة اهتماماً كبيراً لتطبيق مبادئ الرعاية الأولية الصحية فعملت على توفير الخدمات الصحية وتطويرها وتسهيل وصول مختلف القطاعات الشعبية إليها، كما هي عليه الحال في أنظمة الصحة الأخرى، وبأخذ تقديم خدمات الرعاية الصحية في الأرض الفلسطينية الشكل الهرمي وتتمثل قاعدته بخدمات الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة (المستوى الأول) فيما تأتي الخدمات الصحية الثالثية في رأس الهرم والخدمات الثانوية في وسطه (التقرير السنوي وزارة الصحة:2014).

أ. مراكز الرعاية الأولية: هي مراكز تتوفر فيها مجموعة من الخدمات الصحية الأولية التي لا تتطلب مراجعة المستشفيات، ويتم تقديم الرعاية الصحية الأولية بواسطة مختلف مقدمي الخدمات من وزارة الصحة ومنظمات غير الحكومية ووكالة الغوث والخدمات الطبية العسكرية والهلال الأحمر الفلسطيني، وتلعب الإدارة العامة للرعاية الأولية في وزارة الصحة دوراً مميزاً في هذا المجال، وقد عملت وزارة الصحة على زيادة عدد هذه المراكز من 100 مركز في عام (2000) إلى 125 مركزاً في عام (2005). تقدم هذه المراكز خدماتها من خلال العيادات العامة وعيادات الأمومة والطفولة وعيادات مساعدة الحمل والمختبرات وعيادات الأسنان.

ب. الرعاية الثانوية (المستشفيات): تعتبر وزارة الصحة المقدم الرئيس لخدمات الرعاية الصحية الثانوية في فلسطين، وتشمل خدمات مستوى الرعاية الثانوية الرعاية الصحية التخصصية مثل: (أمراض القلب والباطنة) أما الخدمات الثالثية فهي تشمل خدمات تخصصية عالية مثل: طب الأعصاب والعناية المكثفة والجراحة، وقد إزداد عدد المستشفيات الحكومية، فقد بلغ عدد المستشفيات في قطاع غزة 30 مستشفى ذو قدرة سريرية 2.895 منها 2185 سريراً في القطاع الحكومي (وزارة الصحة، والداخلية) وتدير وزارة الصحة 2.037 سريراً وتمثل 70.4% من مجموع الأسرة في القطاع، وتدير وزارة الداخلية 148 سريراً وتمثل 5.1% من إجمالي الأسرة والمستشفيات غير الحكومية 710 سريراً، وتمثل 24.5% من إجمالي الأسرة. (التقرير السنوي للمستشفيات، 2014: 3).

ج. الرعاية الأولية الصحية: فقد تم التركيز وتسليط الضوء على مراكز الرعاية الأولية لأغراض تتعلق بالبحث، حيث إن مراكز الرعاية الأولية تستخدم نهج دورة الحياة في تقديم خدماتها الصحية بحيث تساعد المواطنين في كافة مراحلهم العمرية بدءاً من مرحلة ما قبل الحمل وحتى الشيخوخة، ويعتبر إقليم غزة جزء رئيس من مناطق عمليات الرعاية الأولية الخمس حيث تقدم الخدمات الصحية الأولية حيث بلغ عدد زيارات المنتفعين من الخدمات العلاجية المقدمة في عيادات الرعاية الأولية (1.773.052) منتفع خلال عام (2014) (التقرير السنوي للرعاية الأولية، 2014). وترتكز الرعاية الأولية على كل من الخدمات الوقائية والعلاجية، والتي تشمل على متابعة ما بعد الولادة ورعاية الأطفال الرضع، والاستشارات المرضية الخارجية وتنظيم الأسرة ورعاية الحوامل وصحة الفم والأسنان. كما يتم توفير الخدمات الوقائية الثانوية وخدمات التعامل مع مرضي السكري وضع تقدم الرعاية الصحية الأولية خدمات طبية عامة وتخصصية متنوعة من خلال عيادات الجلدية، السكري، الأطفال، الصحة النفسية، صحة الأم، الحمل، الخطر، الصدرية، الأمراض الباطنية، النسائية، العظام، أنف أذن حنجرة، الأمراض السارية، الأمراض المزمنة، الغدد الصماء.

2.3.4 رابعاً- تعريفات الرعاية الأولية الصحية:

1- **التعريف اللغوي:** هي اسم منسوب للصحة وتعني خدمات أو عناية صحية (قاموس المعاني، 2014).

2- **التعريف الإصطلاحي (إعلان ألما-آتا):** الرعاية الصحية الأساسية التي تُتاح على نحو شامل للأفراد والأسر في المجتمع المحلي بوسائل يمكنهم قبولها وبمشاركتهم الكاملة

وبتكاليف يمكن لأفراد المجتمع المحلي وسكان البلد قاطبة تحملها، وتلك الرعاية جزء لا يتجزأ من نظام البلد الصحي، إذ هي تمثل نواة ذلك النظام، يشمل القطاع الصحي الفلسطيني ثلاثة محاور رئيسة وهي الرعاية الصحية الأولية، الرعاية الصحية الثانية والرعاية الصحية الثالثة ويتشارك في تقديم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة القطاع الصحي الحكومي (وزارة الصحة)، وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص: (منظمة الصحة العالمية، 2016).

3- **التعريف الإجرائي:** هي الخدمات الصحية الشاملة والأساسية الميسرة لجميع الأفراد والأسر في جميع المجتمعات والمعتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عملياً وعلمياً ومقبولة اجتماعياً، وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده وبتكاليف يمكن للمجتمع والدول توفيرها في كل مرحلة من مراحل التطور.

تعتبر الرعاية الصحية الأولية، والصحة العامة هي العمود الفقري للنظام الصحي الفلسطيني، حيث تلتزم الوزارة بضمان حق جميع الفلسطينيين في الحصول على رعاية صحية أولية ذات جودة عالية، ومن أجل ذلك عملت الوزارة على استكمال تطوير نظام الرعاية الأولية من خلال إنشاء وصيانة عيادات رعاية صحية أولية: (الإستراتيجية الوطنية، 2014-2016: 13). وقد خطت دولة فلسطين مبركاً خطواتها الأولى في مسيرة الرعاية الصحية الأولية حيث بدأت في تقديم خدمات صحية من خلال مجموعة عيادات صغيرة بدأت عام (1994)، ومن ثم بلورت وزارة الصحة مشروعاً متكاملًا لبناء الرعاية الصحية الأولية، حيث تهدف الرعاية الصحية الأولية في الأراضي الفلسطينية إلى تقديم الخدمات الطبية والصحية الشاملة والمتكاملة بمستوى راقٍ سواءً أكان من الناحية الوقائية أم العلاجية، هادفةً من وراء ذلك إلى رفع المستوى الصحي بالمجتمع في إطار بيئة صحية يعيش فيها الجميع، بحيث تكون هذه الخدمات خط الدفاع الأول للمرضى كما تعتبر القاعدة العريضة التي تقدم الدعم والمساندة للمستشفيات بالدولة، مع ضمان إنشاء مستشفيات حديثة تخصصية تفي باحتياجات المواطنين: (التقرير السنوي، 2014). وتختلف هذه الخدمات من مركز لآخر؛ طبقاً للمستوى الذي يتبع له مركز الرعاية الصحية الأولية.

2.3.5 خامساً-الأهداف الرئيسية للرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية:

تسعى الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية إلى تحقيق الأهداف التالية(منصور، 2008:54):

- 1- إنجاز الدور الموسع للرعاية الصحية الأولية بما في ذلك الترويج للثقافة الصحية والتعليم الصحي ذو الجودة العالية، والخدمات الوقائية والعلاجية، إضافةً إلى تقديم الأساس الجيد للبرامج الوطنية، والاستراتيجيات وتقديم خدمات صحية نموذجية.
- 2- تقديم أعلى معايير خدمات الرعاية الصحية المتكاملة استناداً إلى كون المؤسسة نقطة الاتصال الأولى بالجمهور.
- 3- العمل على التطوير والتحديث المستمر لكافة خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تقدمها المراكز الصحية وتحسين مستوى الجودة والسلامة، والحصول على الاعتماد الدولي في غضون ثلاث سنوات.
- 4- ضمان تلبية احتياجات الأشخاص والعائلات والمجتمعات من خلال التعزيز المستمر للخدمات وتقديم الرعاية الصحية، والترويج للثقافة الصحية.
- 5- ضمان معالجة الأفراد في الوقت المناسب بما في ذلك إنشاء ودعم نظم جديدة تضمن تلاشي كافة المشكلات والعقبات التي قد يواجهها المراجع للمراكز الصحية.

وقد خطت الرعاية الصحية الأولية خطوات واسعة خلال العشرين عاما الأخيرة، وذلك من خلال عناصرها الصحية التي تتمثل في الآتي:

أولاً- التثقيف والتوعية الصحية: يعتبر التثقيف الصحي من أهم الفروع في مهام الصحة المدرسية لما يعود على الطالب والمجتمع في بناء الشخصية السليمة جسماً وعقلياً (التقرير السنوي، 2014:70).

ثانياً- العمل على التصحيح الأساسي للبيئة: وذلك بالتنسيق مع الجهات التنفيذية الأخرى ذات العلاقة بهذا المجال المهمة بصحة البيئة والقائمة بالمراقبة الصحية كالبلديات، والتي تهدف الى الوقاية من الأمراض الناتجة عن شرب المياه الملوثة أو إنخفاض مستوى النظافة الشخصية، إضافة لمتابعة الأنشطة الخاصة بالمواد الغذائية في المحلات العامة ومراقبة وفحص مصادر مياه الشرب، ومتابعة حوادث التسمم الغذائي.

ثالثاً- توعية المواطنين: وذلك لاتباع الأساليب الصحية السليمة في إعداد الغذاء، وتنوعه للفئات المختلفة وخصوصاً الأطفال والنساء الحوامل. والإكتشاف المبكر لحالات سوء التغذية والناتجة إما من تناول كميات غير كافية من الغذاء او عدم التوازن في العناصر الأساسية ومن هذه الأمراض فقر الدم والعشى الليلي.

الرعاية الصحية الأولية :

تقوم الرعاية الأولية بتقديم العديد من الخدمات الصحية التي يتم تقديمها للمواطنين، وتختلف هذه الخدمات من مركز لآخر؛ طبقاً للمستوى الذي يتبع له مركز الرعاية الصحية الأولية، حيث تنقسم هذه المراكز إلى: مراكز صحية شاملة، ومراكز صحية من المستوى الأول، والثاني، والثالث، والرابع، وتبعاً لذلك يختلف حجم الكادر الطبي في كل مركز صحي، كما يختلف مستوى الخدمات الطبية التي تقدمها بالإضافة لدوائر الرعاية الأولية، وهي على النحو التالي:

- 1- خدمات صحة المرأة.
- 2- خدمات صحة الطفل.
- 3- خدمات الطب الوقائي.
- 4- خدمات الصحة المدرسية.
- 5- خدمات التخصصات الفنية.
- 6- خدمات صحة الفم والأسنان.
- 7- خدمات صحة البيئة.
- 8- خدمات الأمراض الغير معدية.
- 9- خدمات إدارية وفنية.
- 10- خدمات المهن الطبية المساعدة.

2.3.6 سادساً: مراكز الرعاية الصحية الأولية:

اتسعت شبكة مراكز الرعاية الأولية المنتشرة في مختلف محافظات الوطن، فمذ قدوم السلطة كانت عدد المراكز هي 454 وأصبحت الآن 767 مركزاً خلال العام (2014)، وبمعدل زيادة 68.9 مقارنة بالعام (1994) وتشكل المراكز التابعة لوزارة الصحة ما نسبته 61.5% من إجمالي المراكز العاملة في مجال الرعاية الصحية (التقرير السنوي الصحي، 2014:24).

أ. مراكز الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة: بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في قطاع غزة (54) مركزاً صحياً، منها 27 مركزاً من المستوى الثاني تشكل نسبة 50% من إجمالي هذه المراكز، 14 مركزاً من المستوى الثالث بنسبة 25.9% من إجمالي هذه المراكز، 10 مراكز من المستوى الرابع تشكل نسبة 18.5% من إجمالي هذه المراكز في قطاع غزة، ومن هنا أرى أن وزارة الصحة الفلسطينية أخذت بما جاء في مؤتمر

أما آتا حول الرعاية الصحية الأولية وركزت اهتماماتها بالرعاية الصحية الأولية وذلك منذ انطلاق وزارة الصحة الفلسطينية في الأرض الفلسطينية، تماشياً مع تلك القرارات وقناعة منها بأن الرعاية الصحية الأولية تشكل رافداً مهماً، أو ربما يكون الأهم في رفع المستوى الصحي للمجتمع الفلسطيني، والذي له سماته وخصوصياته من حيث الظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي يعيشها المجتمع الفلسطيني، أن وزارة الصحة الفلسطينية تعتمد أساساً في ميزانيتها على الدعم الخارجي والمساعدات الخارجية مما يشكل حافزاً وضغطاً قوياً بتعزيز دور الرعاية الصحية الأولية.

جدول (2.4): توزيع المراكز حسب المنطقة والمستوى وفترة العمل:

المنطقة	المستوى			الإجمالي	فترة العمل		
	2	3	4		فترة	فترتان	ثلاث
الشمالية	3	6	1	10	10	-	-
غزة	4	4	5	13	7	3	3
الوسطى	10	2	1	13	7	3	3
خانيونس	9	2	1	12	10	1	-
رفح	4	-	2	6	5	1	-
الإجمال	27	14	10	54	38	8	6

المصدر: (مركز المعلومات الصحية، التقرير السنوي، 2014:22).

ج. مراكز الرعاية الصحية الأولية الخدمات الطبية العسكرية: تقوم الخدمات الطبية العسكرية بتقديم الخدمات العلاجية والوقائية لقوات الشرطة والأمن العام وأسره، وقد بدأت الخدمات الطبية العسكرية عملها في الأراضي الفلسطينية بمركز طبي واحد في العام (1994)، ليصل عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لها إلى خمسين مركزاً ووحدة طبية في العام (2011)، موزعة على جميع محافظات الوطن، وتقوم بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، من كشف طبي وعلاج، وأسنان، وأشعة وألتراساوند، وعلاج طبيعي وفحوصات مخبرية، وحيث أن الخدمات الصحية العسكرية وجدت في الأساس لتقديم الخدمات الصحية للعسكريين وأسره، وهي تعتبر جهة مقدمة للخدمات الصحية تساهم في تخفيف العبء عن مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة، وتساهم بإضافات نوعية غير مقدمة في مراكز الرعاية الأولية التابعة لوزارة الصحة، والجدول التالي يوضح مدي مساهمة القطاعات المختلفة في الإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية، للعام 2014.

جدول (2.5): مدي مساهمة القطاعات المختلفة في الإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية، للعام 2014.

مصادر التمويل	%
الحكومة العامة	36.9
شركة التأمين الخاصة	3.1
الأسر المعيشية	40.3
المنظمات غير الحكومية	18.3
باقي العالم	0.9
المجموع	%100

المصدر: (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية 2016، الحسابات الصحية الفلسطينية، 2014:38).

د. مراكز الرعاية الصحية الأولية في وكالة الغوث لتشغيل اللاجئين الفلسطينيين: تدير وكالة الغوث (51) مركزاً للرعاية الصحية الأولية في الأراضي الفلسطينية، موزعة بين الضفة الغربية، حيث يوجد (30) عيادة وفي قطاع غزة، حيث يوجد (21) عيادة. وإذا أخذنا في الحسبان بأن عدد اللاجئين الفلسطينيين المنتفعين من الخدمات الطبية للوكالة قد وصل إلى 1.428.891، فإن عدد الأشخاص بالنسبة لعدد العيادات الطبية يصل إلى 28.000 شخص لكل مركز طبي. وبلغ عدد مراكزها في عام (2011) 59 مركزاً منها (41) مركزاً في الضفة الغربية و21 مركزاً في قطاع غزة، وتقدم الوكالة خدماتها الطبية والعلاجية للاجئين الفلسطينيين مجاناً وقد قامت بدور مهم في مجال تطعيم للأطفال والتغذية ورعاية الأمومة والطفولة، ومن المعروف أن وزارة الصحة الفلسطينية تقوم بإمداد وكالة الغوث الدولية بما تحتاجه من مطاعيم خاصة بالأطفال، وذلك ضمن البرنامج الوطني للتطعيمات الذي تشرف عليه وزارة الصحة، وأن وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية للاجئين الفلسطينيين فقط، ولها إسهام واضح في هذا المجال ولا تمتلك أي بمراكز طبية تقدم خدمات رعاية طبية ثانوية وثلاثية، ولكنها تشتري هذه الخدمة من مستشفيات أهلية لمن يحتاجها من اللاجئين الفلسطينيين، الذين تقوم هي بتقديم الخدمة الصحية لهم.

هـ. الرعاية الصحية الأولية للمنظمات غير الحكومية: "NGOs" بلغ عدد مراكز الرعاية الأولية في المؤسسات الأهلية 81 مركزاً وعدد العاملين في مراكز الرعاية الصحية (1606) موظفاً، وتقوم المؤسسات الأهلية العاملة في القطاع الصحي بتقديم خدمات الرعاية الأولية

والتأهوية للمواطنين مقابل مبالغ مالية رمزية، أو من خلال تحويل بعض المرضى من عيادات وكالة الغوث إليها، أو من خلال تعاقدات مع بعض النقابات كنقابة العمال وجمعية المحاسبين والمهندسين. تحتوي هذه المراكز على مختبرات وصيدليات وعيادات لصحة المرأة والطفل. تشرف هذه المؤسسات على 10 مستشفيات بسعة سريرية 459 سريراً 50.3% منها في مدينة د. الرعاية الصحية الأولية في القطاع الخاص: هناك المئات من العيادات الخاصة التي يمتلكها أطباء وأخصائيون في مختلف الفروع الطبية، كما يوجد العديد من المختبرات ومراكز الأشعة وعيادات طب الأسنان والصيدليات التي يمتلكها أفراد، ويكون هدفها الربح المادي مقابل تقديم الخدمات الطبية، كما توجد بعض المستشفيات الصغيرة التابعة لهذا القطاع (شئات، 2012)

و. القوى العاملة في الرعاية الأولية في قطاع غزة: بلغ إجمالي الموظفين الفعليين على قوة الإدارة العامة للرعاية الأولية بوزارة الصحة (1744) موظفاً موزعين كآلاتي 284 أطباء بشريين، 95 طبيب أسنان، 406 تمريض، 527 إداريين، 198 صيادلة، 113 فني مختبرات، 121 مهن طبية مساعدة (مركز المعلومات الصحية، 2014).

جدول (2.6): يبين القوى العاملة في مراكز الرعاية الأولية بقطاع غزة.

التخصص	وزارة الصحة	الوكالة	الخدمات العسكرية	NGOs
طبيب عام	244	175	12	237
طبيب أخصائي	40	13	59	268
طبيب أسنان	95	31	13	90
صيدلي ومساعد صيدلي	198	73	23	117
تمريض	406	333	19	286
المهن الطبية المساندة	121	65	2	56
إدارة وخدمات	527	253	25	451
مختبرات	113	58	18	101
المجموع	1744	1001	171	1606
النسبة %	38.6	22.1	3.8	35.5

المصدر: (مركز المعلومات الصحية، التقرير السنوي، 2014:22).

2.3.7 سابغاً - الخلاصة:

يعتبر القطاع الصحي والخدمات التي يقدمها من أهم القطاعات التي تمس حياة المواطن بشكل مباشر، ولازال القطاع الصحي يعاني من مشكلات عدة لم تستطع الجهات المشرفة عليه برغم تعددها من تجاوزها، رغم الزيادة الملحوظة في عدد المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية، وزيادة عدد الأسرة والأطباء، والإشراف على القطاع الصحي يتوزع بين وزارة الصحة والخدمات الطبية العسكرية، ووكالة الغوث، والمؤسسات الأهلية المهمة بالقطاع، حيث تحاول هذه الجهات جاهدة توفير الخدمات الصحية الأساسية للمواطن الفلسطيني، إلا أنه ونظراً للزيادة الكبيرة في عدد السكان في محافظات غزة، بالإضافة للعديد من المشكلات المرتبطة بالواقع الفلسطيني، فإن هذا القطاع مازال غير قادر على تلبية حاجات المواطن كما يجب، فعلى الرغم من صعوبة الواقع الصحي والوضع الصحي والوضع الدائم من الحصار وشح الموارد حافظت وزارة الصحة على الوضع القائم، ولقد عصفت عدة أزمات متتابة بوزارة الصحة الفلسطينية طيلة طيلة هذه المرحلة مثل نقص في الأدوية والمستلزمات الطبية، وأزمة نقص إمدادات الوقود والكهرباء، وبذلك ترى الباحثة أن قدرة وزارة الصحة على الإستمرار في تقديم الخدمة الصحية في هذه الظروف الصعبة يعتبر تحدى رهيب إستطاعات وزارة الصحة من كسره والتفوق عليه، وهذا يدل على أن الكادر القائم على إدارة العمل الصحي والإدارى فى الوزارة كادر مميز وقادر على العطاء في كل الظروف والأزمات.

الفصل الثالث الدراسات السابقة

1. مقدمة

أولاً- الدراسات الفلسطينية التي تتعلق بالمتغير المستقل (الصراع التنظيمي).

ثانياً- الدراسات العربية

ثالثاً- الدراسات الأجنبية

2. الدراسات التي تتعلق بالمتغير التابع (الإنتاجية)

أولاً- الدراسات الفلسطينية

ثانياً- الدراسات العربية

ثالثاً- الدراسات الأجنبية

الفصل الثالث الدراسات السابقة

3.1 أولاً- المقدمة:

إن الدراسات العربية والمحلية حول موضوع الصراع التنظيمي لاتزال محدودة على الرغم من تزايد اهتمام الكتاب والباحثين بهذا الموضوع في السنوات القليلة الماضية، ولتحقيق هدف هذه الدراسة من حيث إنتهي الآخرون قامت الباحثة بحصر عدد من الدراسات السابقة، عن طريق قيامها بعمل عدة زيارات لمكتبات جامعة الأزهر و القدس المفتوحة، مركز القطان للطفل، مكتبة بلدية غزة، مكتبة جامعة الأقصى، مكتبة جامعة فلسطين، واستشارة المختصين في مجال السلوك التنظيمي، وقد حصلت علي الدراسات التالية التي تم ترتيبها حسب تسلسلها الزمني.

3.2 ثانياً- الدراسات الفلسطينية التي تتعلق بالصراع التنظيمي المتغير المستقل:

1- دراسة طه (2013). أجرت الباحثة دراسة بعنوان: العلاقة بين بعض المتغيرات التنظيمية والصراع التنظيمي في المستشفيات الحكومية- محافظات غزة. هدفت هذه الدراسة للتعرف إلى مفهوم الصراع التنظيمي وأهميته وأسباب نشوءه، وأنواعه ومستوياته ، ومراحل تطور نظريات الصراع التانظيمي في الفكر الإداري، بالإضافة لمعرفة المراحل التي يمر بها الصراع التنظيمي، وقد تم اختيار عينة مكونة من (358) عاملاً. وتوصلت الدراسة إلي النتائج التالية:وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيرات الدراسة(عدم وضوح الدور- ندرة الموارد- عدم تنوع الإتصالات- ضعف سياسة المؤسسات) والصراع التنظيمي.قدرة القطاع الصحي على التوظيف باستمرار وتجديد طاقات العاملين.

2- دراسة عبيد؛ راتب (2011).أجرت الباحثتان دراسة بعنوان: أسباب الصراع التنظيمي لدى الأطباء العاملين في مستشفى رفيديا الحكومي.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى أسباب الصراع التنظيمي من وجهة نظر الأطباء العاملين في مستشفى رفيديا الحكومي وتم واختيار عينة مكونة من (50) مفردة ، وأظهرت نتائج الدراسة إرتفاع مستوى الصراع التنظيمي في مستشفى رفيديا الحكومي من وجهة نظر الأطباء العاملين في المستشفى و ارتفاع مستوى ضغوط العمل لدى مفردات العينة وأوصت الدراسة بأهمية زيادة الوعي لدى العاملين في المستشفى بظاهرة الصراع التنظيمي، وأن يتم

التعامل معها بطريقة عقلانية صحيحة، بأهمية العمل على التقليل من تأثير بعض أسباب الصراع التنظيمي.

3.دراسة وشاح(2010). أجرى الباحث دراسة بعنوان: **أثر المناخ التنظيمي على الإبداع لدى العاملين بمجمع الشفاء الطبي.**

هدفت هذه الدراسة للتعرف على مدى تأثير المناخ التنظيمي عبر عناصره (الهيكل التنظيمي، أنماط القيادة، الإتصال، التكنولوجيا) على ابداع العاملين في مجمع الشفاء الطبي، وتكونت عينه الدراسة من(200) من العاملين في المستشفى، وبينت الدراسة وجود فروق ذات دلالة احصائية لاستجابة أفراد العينة حول تأثير المناخ التنظيمي على الإبداع بكافة أبعاده من تأثير مباشر علي أداء العاملين بالمستشفى، وأوصت الدراسة بضرورة الإهتمام بالمناخ التنظيمي للعاملين بالمستشفى وزيادة قدرتهم الإبداعية.

4-دراسة (أبو عساكر، 2008). أجرى الباحث دراسة بعنوان: **أنماط الصراع وأثرها على التطوير التنظيمي - دراسة تطبيقية على وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة.**

هدفت هذه الدراسة للتعرف إلى أنماط إدارة الصراع الخمسة (نمط القوة ،السيطرة، التعاون، التسوية، التجنب، التنازل) ومدى تطبيقها من قبل الإدارة لحل الصراع في وزارة الصحة، وما هو النمط المتبع في الوزارة، وقد تم اختيار عينة طبقية عشوائية بلغت(457) موظفاً من 14 مستشفى تابعة لوزارة الصحة الفلسطينية، ومراكز رعاية أولية، وتوصلت الدراسة إلى أن التطوير التنظيمي على مستوى الأفراد والجماعات والتنظيم مهمل ونسبة تطبيقه ضعيفة، وكانت التوصيات زيادة التوعية بأهمية الصراع التنظيمي واستخدام الأسلوب الأنسب للتعامل مع الصراع الذي بدوره يعزز التطوير التنظيمي.

5- دراسة عبد الواحد (2008). أجرى الباحث دراسة بعنوان: **الأساليب المتبعة في إدارة الصراع التنظيمي داخل المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء.**

هدفت هذه الدراسة إلى بحث الأساليب المتبعة في إدارة الصراع التنظيمي داخل المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء، بالإضافة إلى التعرف إلى أثر المتغيرات الشخصية: (كالعمر، والجنس، والمؤهل العلمي) على أساليب إدارة الصراع التنظيمي داخل المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة، وتم اختيار عينة عشوائية تكونت من (234) من مدراء هذه المؤسسات، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي: ميل المدراء لاتباع أساليب إدارة الصراع بدرجات متفاوتة في المؤسسات غير الحكومية في قطاع غزة، وهناك أثر

واضح للمتغيرات الشخصية على إتباع المدراء لأساليب إدارة الصراع، وعدم إدراك المدراء لأهمية الصراع التنظيمي واعتباره معول هدم لا أداة بناء.

6-دراسة اللوح (2008). أجرى الباحث دراسة بعنوان الصراعات التنظيمية وانعكاساتها على الرضا الوظيفي من وجهة نظر العاملين في جامعتي الأزهر والإسلامية.

هدفت هذه الدراسة لتحديد مستويات الصراع التنظيمي وأهم أنواعه ومراحل ومصادره كما، وقد أجريت الدراسة على عينه عشوائية طبقية من الأكاديميين والإداريين في كلتا الجامعتين بلغت (280) موظفاً، وكان من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هو أن مستويات الصراع التنظيمي داخل الجامعتين منخفض إلا أن نسبة انخفاضه كانت لصالح الجامعة الإسلامية، وأن هناك رضا وظيفي لدى العاملين في كلتا الجامعتين، وأن الصراعات التنظيمية ليس لها انعكاسات على الرضا الوظيفي بدرجة ملحوظة طبقاً لوجهات النظر، وقد أوصت الدراسة بضرورة زيادة وعي العاملين وتعميق فهمهم لأهمية الصراع التنظيمي، وضرورة مشاركة الرؤساء لمرؤوسيه في اتخاذ القرار.

3.3 ثالثاً- الدراسات العربية التي تتعلق بالصراع التنظيمي المتغير المستقل:

1-دراسة فطر،محمد (2015). أجرى الباحثان دراسة بعنوان: الصراع التنظيمي وأثره في تحقيق الرضا الوظيفي -دراسة تطبيقية للعاملين في مستشفى الخرطوم التعليمي.

هدفت هذه الدراسة الى تحديد أهم العوامل المؤثرة على نشوء الصراع التنظيمي، ومدى تأثيره على رضا العاملين في مستشفى الخرطوم التعليمي، وتم إختيار عينة تكونت من (330) عامل نظافة، وقد تم التوصل الى النتائج التالية: أن مستوى الصراع التنظيمي بين العاملين في مستشفى الخرطوم التعليمي مرتفع، وأن المديرين والرؤساء في مستشفى الخرطوم التعليمي يستخدمون أساليب: (التهدة، التوفيق، التجنب، المواجهة القوة) لحل الصراع بين العاملين بدرجة متوسطة بلغت (3,06). وكانت أهم التوصيات العمل على خلق روح المودة ، والانسجام بين الإدارة والعاملين لتجنب الوقوع في الصراعات التنظيمية في المؤسسة، ومنح العاملين مزيداً من السلطات للقيام بالمهام الموكلة إليهم.

2-دراسة القهبوي (2015). أجرى الباحث دراسة بعنوان:أثر أنماط الصراع على التمكين التنظيمي للعاملين في شركة الفوسفات الأردنية.

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى أنماط الصراع، ومفهوم التمكين التنظيمي للعاملين، وكذلك قياس أثر أنماط الصراع على التمكين التنظيمي للعاملين في شركة الفوسفات الأردنية، ووكان حجم العينة (80) معلمة من العاملين في شركة الفوسفات الأردنية، وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج نذكر منها ما يأتي: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية لأنماط الصراع المتمثلة بالمنافسة، المجاملة، التعاون، والتسوية) على التمكين التنظيمي للعاملين في شركة الفوسفات الأردنية. لا يوجد أثر دال إحصائياً لأنماط(التجنب) على التمكين التنظيمي للعاملين في شركة الفوسفات الأردنية. أووصلت الدراسة بضرورة العمل على زيادة الوعي لدى العاملين في شركة الفوسفات الأردنية حول مفهوم الصراع التنظيمي وأنماطه، وذلك من خلال عقد الدورات المركزة عن هذه الظاهرة نظراً لأهميتها، ليتم التعامل معها بطريقة عقلانية، وصحيحة.

3-دراسة، تليلاني(2013).أجرت الباحثة دراسة بعنوان:النزاعات وأثرها على أداء الموارد البشرية في المنظومة الصحية الجزائرية.

هدفت هذه الدراسة للتعرف على تقييم مستوى رضا الموارد البشرية عن جهود الممثلين التي يبذلونها من أجل تحقيق مطالبهم و في اختبار درجة الارتباط بين التمثيل العمالي و نشوء النزاعات، وكيف تنعكس هذه الأخيرة على أداء الموارد البشرية ونوعية وجودة الخدمة الصحية المقدمة، وذلك من خلال الدراسة الميدانية التي أجريت على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي بقسنطينة، و وتم اختيار عينة من (566) مستخدم، وتوصلت الدراسة إلى أن النزاعات تؤثر على أداء الموارد البشرية، وأن للإضرابات انعكاساً سلبياً على نوعية وجودة الخدمة الصحية المقدمة، بالإضافة إلى عدم رضا المستخدمين عن الأجور وظروف العمل رغم إصدار القوانين الأساسية والأنظمة التعويضية الخاصة بالقطاع الصحي.

4-دراسة (الجعافرة، 2013). أجرت الباحثة دراسة بعنوان: أساليب إدارة الصراع التنظيمي وعلاقتها بالإبداع الإداري لدى مديري ومديرات المدارس الحكومية في محافظة الكرك من وجهة نظرهم.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أساليب إدارة الصراع التنظيمي، وعلاقتها بالإبداع الإداري لدى مديري ومديرات المدارس الحكومية في محافظة الكرك، وتكونت عينة الدراسة من (552) مديراً ومديرة، ومن أهم نتائج الدراسة أن المجال الكلي لأساليب إدارة الصراع

جاء بدرجة: (مرتفعة)، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب إدارة الصراع تُعزى: للجنس والخبرة، ووجدت فروق في أساليب إدارة الصراع تُعزى للمؤهل العلمي، كما أشارت إلى أن المجال الكلي للإبداع الإداري جاء بدرجة: (مرتفع، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإبداع الإداري الكلي تُعزى: للجنس والمؤهل العلمي، ومن أهم التوصيات للدراسة زيادة الاهتمام بتأهيل المديرين، والمديرات من خلال برامج التطوير التربوي، وتدريبهم على أساليب القيادة الإدارية، وبرامج تدريبية يلتحقون بها لتنمية المهارات الإبداعية لديهم.

5-دراسة أبو سنيّة؛ البياتي(2012). أجرى الباحثان دراسة بعنوان: **مستوى إدارة الصراع التنظيمي لمدير المدارس الثانوية الحكومية وعلاقته بمستوى الولاء التنظيمي للعاملين في محافظة العاصمة عمان.**

هدفت هذه الدراسة للكشف عن مستوى إدارة الصراع التنظيمي لدى مديري المدارس الثانوية الحكومية في محافظة العاصمة عمان، وعلاقته بمستوى الولاء التنظيمي للمعلمين من وجهة نظرهم، وتكونت عينة الدراسة من (200) معلماً أو معلمة، وكانت من أهم النتائج أن مستوى إدارة مديري المدارس الثانوية الحكومية للصراع التنظيمي من وجهة نظر المعلمين كان (متوسط) و أن مستوى الولاء التنظيمي للمعلمين من وجهة نظرهم كان متوسطاً، ووجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدارة المديرين الصراع التنظيمي، وبين مستوى الولاء التنظيمي للمعلمين. ومن أهم التوصيات العمل على تنظيم دورات تدريبية لمديري المدارس تتعلق بموضوع إدارة الصراع التنظيمي من حيث مفهومه، وأهميته وأنواعه، واستراتيجيات إدارته، وإجراء دراسات مماثلة باستخدام متغيرات مختلفة.

6- دراسة (الطار 2010). أجرى الباحث دراسة بعنوان: **أثر استراتيجيات إدارة الصراع التنظيمي في الاغتراب الوظيفي -دراسة تطبيقية على الموظفين العاملين في مراكز الوزارات الأردنية.**

هدفت هذه الدراسة الى معرفة أثر استراتيجيات إدارة الصراع التنظيمي في الاغتراب الوظيفي من وجهة نظر الموظفين العاملين في مراكز الوزارات الأردنية، تكونت عينة الدراسة من (151) فرداً من الموظفين في الوزارات، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة تصورات أفراد العينة لاستراتيجيات إدارة الصراع التنظيمي جاءت بدرجة (متوسطة) وحسب الترتيب التالي: (التعاون، الحل الوسط، التجنب، المجاملة، التنافس)، وهناك فروق ذات دلالة

إحصائية في تصورات أفراد العينة لاستراتيجيات إدارة الصراع التنظيمي تُعزى لمتغير: (الجنس، والحالة الاجتماعية).

3.4 رابعاً- الدراسات الأجنبية التي تتعلق بالصراع التنظيمي (المتغير المستقل):

لقد حظيت مشكلة إدارة الصراع التنظيمي باهتمام الباحثين الغربيين، حيث تناول هذا الموضوع مجموعة من المفكرين المختصين في المجالات السلوكية، ومن هذه الدراسات: 1- دراسة (plowman,2005). أجرى الباحث دراسة بعنوان: الصراع والإدارة الإستراتيجية والعلاقات العامة.

هدفت هذه الدراسة للتعرف إلى العلاقة بين الصراع والإدارة الإستراتيجية والعلاقات العامة وتم اختيار عينة عشوائية تكونت من (118) وقد كانت النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، أن العلاقات العامة تعتبر عاملاً مساهماً للإدارة الإستراتيجية، حيث تضمن هذا النموذج الإحتواء والتجنب والمساواة، والتعاون بشكل ايجابي، وأن هناك أهمية للإدارة العليا اعتماداً على الخبرة والتخطيط الإستراتيجي لحل مشاكل المنظمة، وهذا بدوره له صلة على المدى الطويل للخبرة والتحالف المسيطر القائم على المنطق والثقة.

2- دراسة Mayer (2004). أجرت الباحثة دراسة بعنوان: الاستجابة التنظيمية للصراع مستقبل الصراع ونتائج العمل.

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في كيفية استجابة المنظمة لتأثير الصراع على كمية وكثافة الصراع المستقبلي وتأثيراته السلبية على نتائج العمل، وتكونت عينة الدراسة من (3374)، موظفاً حكومياً في منظمة واحدة تقدم الخدمات المباشرة للزبائن، وهذه المنظمة لديها (10010) موظفاً، مقسمين على (378) وحدة إدارية ومكتب وتوصلت الدراسة إلى أنه كلما استخدم المدراء أسلوب الإجبار للتعامل مع الصراع أدى ذلك إلى زيادة معدلات حوادث العمل، والغياب.

3- دراسة (Teng-chu chiu,2003) أجرى الباحث دراسة بعنوان: إدارة التغيير التنظيمي لشركة لإنتاج شبه الموصلات في تايوان - دراسة حالة.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد كيفية إدارة المنظمات بفعالية وكفاءة، والتأثيرات السلبية والإيجابية على فعاليات المنظمات والسيطرة الداخلية ومساعدة الشركات المتقدمة تكنولوجياً في مواجهة تغيير بنية الصناعة، وتعزيز الميزة التنافسية لها بجانب كفاءة العمل، وقد وركزت

الدراسة على أنواع المنظمات المختلفة، وشكل الهيئة الإدارية واهتمت بدراسة الهيكل التنظيمي والتغيير الإداري، كما وصفت البيئة الاستراتيجية لهذه الشركة، وقد استخدم أسلوب المقابلة ومراجعة المراجع والمستندات المناسبة التي تعود للهيكل التنظيمي، وتغيير الهيئة الإدارية وفي الوقت ذاته لتحسين فهم تطور إعادة الجماعة.

4-دراسة (Brower et.al,2002). أجرى الباحث دراسة في جنوب افريقيا بعنوان: **العلاقة بين دور الجنس والحالة التنظيمية وسلوك إدارة الصراع للذكور والإناث.**

هدفت هذه الدراسة للتعرف علي العلاقة بين الجنس و سلوك ادارة الصراع لكلاً من الإناث والذكور وقد تم اختيار عينة عشوائية بلغت (120) وتمت الدراسة في ثلاث منظمات متشابهة وبمقارنه الدور وجد أن دور الإناث سجل أعلى في نموذج التجنب للصراع بينما وجد أن للذكور دوراً مسيطراً في نموذج إدارة الصراع وسجلت الدراسة للإدارة الدنيا دوراً مهماً في الطاعة وتفادي الصراع بينما كان للإدارة العليا دوراً مهماً في نموذج احتواء الصراع.

أولاً- الدراسات الفلسطينية التي تتعلق بالمتغير التابع (الإنتاجية):

أن الدراسات العربية والمحلية حول موضوع الإنتاجية لاتزال محدودة على الرغم من تزايد اهتمام الكتاب والباحثين بهذا الموضوع في السنوات القليلة الماضية، ولتحقيق هدف هذه الدراسة من حيث انتهى الآخرون، قامت الباحثة بحصر عدد من الدراسات السابقة، عن طريق قيامها بعمل عدة زيارات لمكتبات الجامعات الفلسطينية، واستشارة المختصين في مجال الإدارة الصحية، وقد حصلت علي الدراسات التالية التي تم ترتيبها حسب تسلسلها الزمني.

1-دراسة (فقاها؛كتانه؛ وأخرون،2010) فقد قام الباحثون بعمل دراسة بعنوان:العلاقة بين الجودة والإنتاجية في المستشفيات والمراكز الصحية العاملة في مدينة نابلس.

هدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين الجودة والإنتاجية في المستشفيات والمراكز الصحية العاملة في مدينة نابلس، وكان الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو معرفة طرق قياس العميل لمستوى الجودة لمعرفة درجة رضا العملاء عن الخدمات التي تقدمها المؤسسة من أجل إيجاد الأساليب الكفيلة لتحسين جودة الخدمات، وتكونت العينة من عينة قصدية من (4) مستشفيات ومراكز رعاية أولية، وقد توصلت الدراسة إلي نتائج كان من أهمها: معظم المؤسسات الصحية لا تتبنى فلسفة واضحة نحو الجودة، ونظم تطوير وإدارة الجودة محدودة وتوصلت إلي نتائج كان من أهمها: أنه يجب تطبيق نظام شامل للجودة على مستوى

المؤسسات العاملة في المجال الصحي، وكذلك يجب أن يكون دور وزارة الصحة شريك في وضع برامج التطوير.

2-دراسة أبو شرح (2010). أجرى الباحث دراسة بعنوان: **تقييم أثر الحوافز على مستوى فاعلية الأداء الوظيفي في شركة الإتصالات الفلسطينية من وجهة نظر العاملين فيها.**

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أثر الحوافز على مستوى فاعلية الإداء الوظيفي (الإنتاجية) في شركة الإتصالات الفلسطينية من وجهة نظر العاملين، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وبلغ عدد أفراد العينة (220) عاملاً في شركة الإتصالات الفلسطيني، وكان من أهم النتائج، وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين فاعلية نظام الحوافز ،الحوافز بأنواعها،الترقيات، وإنتاجية الموظفين، مع وجود فروق في المتغير المستقلذات دلالة إحصائية تُعزى للمتغيرات الديمغرافية (المسمى الوظيفي،العمر ،الخبرة،المؤهل العلمي) وكان من أهم التوصيات.ضرورة الربط بين نتائج تقييم الأداء السنوي ومنح الحوافز والمكافآت.

3-دراسة حويحي (2008). أجرى الباحث دراسة بعنوان: **أثر العوامل المسببة للرضا الوظيفي على رغبة العاملين في الإستمرار بالعمل حالة دراسية على اتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة:**

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين العوامل المسببة للرضا الوظيفي، ورغبة العاملين بالاستمرار بالعمل في اتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة وتكونت عينة الدراسة من (184) موظفاً، تركوا العمل في الاتحاد، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين العوامل المسببة للرضا الوظيفي والرغبة في الإستمرار في العمل وكل من ظروف العمل، الإستقرار الوظيفي، الرؤوساء والمرؤوسين، الرواتب والحوافز، توقعات الفرد، قيمة الإنجاز، والعدالة وأشار النتائج إلى توافق تام في وجهات نظر المستطلعة آرائهم من العاملين في الاتحاد، والذين تركوا العمل حول أهمية الأسباب التي جعلتهم يتركون العمل، وكذلك التي من الممكن أن تجعل الذين ما زالوا يعملون يفكرون بترك العمل بالاتحاد.

4-دراسة الشيخ خليل (2008). أجرى الباحث دراسة بعنوان: **تقييم وسائل الوقاية والسلامة المستخدمة في قطاع غزة الحكومية وأثرها على أداء وإنتاجية العاملين.**

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم وسائل الوقاية المتوفرة في المستشفيات الحكومية والقوانين والإرشادات الضابطة لاستخدام وسائل الوقاية والسلامة المهنية، ومدى التزام العاملين باستخدامها وأثر توفرها واستخدامها على أداء وإنتاج العاملين، وتكونت عينة الدراسة من

(150) وقد توصلت إلى نتائج كان من أهمها: توفر وسائل الوقاية والسلامة يزيد من إنتاجية العاملين ويعطى تأثيراً ايجابياً على أدئهم، ومن أهم التوصيات هي: تطوير معايير تقييم أداء العاملين المستخدمة في وزارة الصحة وإعادة تفعيل البرامج التدريبية للعاملين في مجال الصحة المهنية.

5- دراسة الفراء؛ اللوح (2007). أجرى الباحثان دراسة بعنوان: تطوير الهياكل التنظيمية للوزارات وأثره على الكفاءة الإدارية.

هدفت هذه الدراسة للتعرف على التطورات التي حصلت علي الهياكل التنظيمية للوزارات الفلسطينية وأثر هذا على الكفاءة الإدارية للوزارات الفلسطينية وتكونت عينة الدراسة من (500) موظفاً وكانت من أهم ما توصلت إليه الدراسة هو: أن الهياكل التنظيمية للوزارات الفلسطينية لم ترقَ للمستوى الكافي للتعامل مع التكنولوجيا المتطورة وبما لايتعارض معها، ودلت الدراسة أيضاً بأنه لا بد من زيادة استخدام التكنولوجيا الموجودة في الوزارات الفلسطينية، لما توفره من تقليل الجهد والتكاليف ومن تعقيدات العمل وزيادة في سرعة انجاز القرار.

6- دراسة هنية (2005). أجرى الباحث دراسة بعنوان: العوامل المؤثرة على إنتاجية العاملين في القطاع الصناعي.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مفهوم الإنتاجية، أهميتها، طرق قياسها، وكذلك أهم العوامل المؤثرة فيها، وتكون مجتمع الدراسة من جميع المنشآت العاملة في قطاع الصناعات الخشبية في قطاع غزة، وبلغت عينة الدراسة (160) ولقد أظهرت الدراسة أن هناك علاقة بين إنتاجية العاملين في قطاع الصناعات الخشبية وبين عدد من العوامل التي تؤثر فيها، وفي نهاية هذه الدراسة تم التوصل إلى مجموعة من التوصيات منها: ضرورة تطوير الخدمات المصرفية المقدمة، وتنمية الموارد البشرية، والإيعاز إلى السلطة المسئولة لإيجاد نوع من التنسيق مع السلطات الإسرائيلية لتسهيل حركة البضائع والأشخاص على المعابر الحدودية.

ثانياً- الدراسات العربية التي تتعلق بالإنتاجية المتغير التابع (الإنتاجية):

1.دراسة أبو فزع (2015). أجرى الباحث دراسة بعنوان: اختبار العلاقة بين جودة الخدمة،

رضا الزبون وقيمة الزبون- دراسة مقارنة بين المصارف الإسلامية والتجارية في الأردن

هدفت الدراسة إلى اختبار جودة الخدمات الإنتاجية، على رضا الزبون في كل من المصارف الإسلامية والتجارية في الأردن، والقدرة على مواجهة تحديات المنافسة في بينها. وتكون مجتمع الدراسة من المصرف الإسلامي الأردني عن المصارف الإسلامية، والمصرف العربي عن

المصارف التجارية. أمّا عيّنة الدراسة فقد شملت الزبائن والمتعاملين مع كلا المصرفين والذين تم اختيارهم بشكل عينة ملائمة وقسمت بالتساوي (521) لكل نوع من المصرفين، وقد توصلت الدراسة إلى بعض التوصيات منها ضرورة سعي المصارف لتحسين مستويات جودة عالية من خلال الاهتمام بكافة أبعاد الإنتاجية (الملموسية، الاعتمادية، الموثوقية، الاستجابة ولتعاطف). ضرورة اهتمام المصارف بتحقيق رضا الزبائن لأنه يعدّ تقييماً شاملاً للخدمة المصرفية وتوجهات المصرف من وجهة نظر الزبائن.

2-دراسة الحلايبية(2013). أجرى الباحث دراسة بعنوان: أثر الحوافز في تحسين الأداء كمؤشر للإنتاجية لدى العاملين في مؤسسات القطاع العام في الأردن.

هدفت هذه الدراسة إلى تقصي أثر الحوافز في تحسين كفاءة الأداء كمؤشر للإنتاجية لدى موظفي أمانة عمان الكبرى، ومستوى الأداء لديهم، وتحديد العلاقة بين الحوافز والإنتاجية، فقد تم اختيار عينة طبقية عشوائية تكونت من (150) موظف من المديرين ورؤساء الأقسام والموظفين الإداريين، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وكان من أهم النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية تُعزى إلي الجنس لصالح الذكور، وإلى المسمى الوظيفي لصالح رئيس القسم وعدم وجود فروق تُعزى للمؤهل العلمي. وجاءت التوصيات بترسيخ ثقافة العمل بروح الفريق الواحد كحافز معنوي للوصول لمعدلات أداء مخطط لها تنعكس على الإنتاجية.

3- دراسة تبيدي(2010). أجرى الباحث دراسة بعنوان: أثر الإدارة الاستراتيجية على كفاءة وفعالية الأداء (دراسة قطاع الاتصالات السودانية).

هدفت هذه الدراسة للتعرف على مدى تطبيق وممارسة الإدارة الاستراتيجية في قطاع الاتصالات السودانية وأثر ذلك على كفاءة وفعالية الأداء في هذا القطاع الحيوي، تكونت عينة الدراسة من (168) عاملاً من المستويات الإدارية العاملة في قطاع الاتصالات السودانية ، توصلت الدراسة إلي أن تطبيق الإدارة الاستراتيجية يؤدي الي كفاءة وفعالية الأداء في شركات الاتصالات، وأن هذه الشركات لديها اهتمام بالتدريب عموماً، إلا أن هناك ضعف وقصور في التدريب في مجال الإدارة الاستراتيجية. كما تبين من الدراسة وجود بعض المعوقات والمحددات التي تؤثر على تطبيق وممارسة الإدارة الاستراتيجية في قطاع الاتصالات في السودان.

4-دراسة المطيري(2010).أجرى الباحث دراسة بعنوان: أثر جودة الخدمات الإنتاجية والتسويق بالعلاقة على ولاء الزبائن-دراسة تحليلية لآراء عينة من المسافرين على شركة طيران الجزيرة في دولة الكويت".

هدفت الدراسة إلى الكشف على أثر جودة الخدمات الإنتاجية والتسويق بالعلاقة على ولاء الزبائن على شركة الطيران .تم اعتماد عينة الملائمة التي تتكون من (111) مسافراً ، وأظهرت نتائج الدراسة جودة الخدمات الإنتاجية المقدمة بأبعادها (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الموثوقية والتعاطف) أثر موجب مباشر على مستوى ولاء الزبائن لشركة طيران الجزيرة ،كما بينت أن للتسويق بالعلاقة (الثقة، الالتزام والاتصالات) أثراً موجبا ومباشراً على مستوى ولاء الزبائن لشركة طيران الجزيرة. بالإضافة أن لجودة الخدمات الإنتاجية المقدمة أثراً موجباً غير مباشر على ولاء المسافرين.

5-دراسة الأحمدى (2009). أجرت الباحثة دراسة بعنوان: تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة السعودية.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية من خلال قياس الكفاءة النسبية لمراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الحكومية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات وكانت الفئة المستهدفة: (الأطباء-العاملين بالتمريض-المهن الطبية المساعدة وعدد من المراكز باعتبارها مدخلات للنموذج بينما المخرجات كانت عبارة عن عدد زيارات المرضى، وعدد الفحوصات، وعدد المرضى المستفيدين من التصوير الإشعاعي، وتكونت عينة الدراسة من (180) وتوصلت الدراسة إلي أن متوسط الكفاءة النسبية لمراكز الرعاية الأولية هو 83.5% ووفقاً لمؤشر الكفاءة الإنتاجية العامة، وكانت التوصيات إعادة توزيع الموارد الصحية والتي من أهمها القوي البشرية في مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات الحكومية بهدف الأستغلال الأمثل لهذه الموارد.

6-دراسة علي (2007). أجرت الباحثة دراسة بعنوان: الصحة والسلامة المهنية وأثرها على الكفاءة الإنتاجية في المؤسسة الصناعية الجزائرية.

هدفت هذه الدراسة للتعرف إلى أثر حوادث العمل والأمراض المهنية على الكفاءة الإنتاجية في المؤسسة الصناعية، وقد تم استخدام المقابلات لعدد (55) من العاملين في المؤسسة الصناعية، وقد توصلت الدراسة إلى، أن الأمراض ذات الطابع المهني تؤثر على صحة العمال، فكلما إرتفعت هذه الأمراض كلما إنخفضت الكفاءة الإنتاجية في المركب، ومن

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة، أن الأفراد داخل المؤسسة الصناعية يعملون في مجموعة من الظروف، ، وإذا كانت هذه الظروف بمستويات غير ملائمة، فإنها تتسبب في وقوع حوادث العمل والأمراض المهنية وبالتالي تنعكس على الكفاءة الإنتاجية.

ثالثاً- الدراسات الأجنبية التي تتعلق بالإنتاجية المتغير التابع:

أن الدراسات الأجنبية حول موضوع الإنتاجية لا تزال محدودة على الرغم من تزايد اهتمام الكتاب والباحثين بهذا الموضوع في السنوات القليلة الماضية، ولتحقيق هدف هذه الدراسة من حيث انتهى الآخرون، قامت الباحثة بحصر عدد من الدراسات السابقة، عن طريق قيامها بعمل عدة زيارات لمكتبات الكترونية واستشارة المختصين في مجال الإدارة الصحية، وقد حصلت على الدراسات التالية التي تم ترتيبها حسب تسلسلها الزمني.

1- دراسة AbdelRazek (2011). أجرى الباحث دراسة بعنوان: **العوامل التي تؤثر على فعالية الأداء الوظيفي من المتخصصين العاملين في رعاية الشباب بجامعة حلوان في مصر.**

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مستوى العوامل التي تؤثر على فعالية الأداء الوظيفي من المتخصصين العاملين في رعاية الشباب بجامعة حلوان في مصر، وتألقت عينة البحث من (100) من الأخصائيين العاملين في مجال رعاية الشباب، وكانت النتائج البحثية على النحو التالي، كان مستوى تأثير المناخ التنظيمي على فعالية الأداء الوظيفي للأخصائيين في المتوسط، وكان مستوى فعالية الأداء الوظيفي في المتوسط، وهناك علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين العقبات التي تعوق فعالية الأداء الوظيفي، وكلاً من المناخ التنظيمي ومستوى فعالية الأداء.

2- دراسة Gana&Bababe (2011). أجرى الباحثان دراسة بعنوان: **أثر التحفيز على فاعلية الأداء لدى العاملين في مطاحن الدقيق في نيجيريا- دراسة حالة ،شركة ميد جورى لطحن الدقيق في ولاية بورفو بنيجيريا.**

هدفت هذه الدراسة لمعرفة الآثار المترتبة على فاعلية الأداء لدى العاملين في مطاحن الدقيق في نيجيريا جراء تحفيزهم، وتحديد هوية المتغير إذا كان مسؤولاً بشكل مباشر أو غير مباشر على أداء العاملين، وتكونت عينة الدراسة من (60) عامل، في هذه المطاحن، وأشارت النتائج إلى أن معظم سياسات التحفيز في الشركة لم تكن كافية لتلبية إحتياجات العمال، أما في حال تعديل الحوافز من قبل الشركة فسيطراً تحسن كبير في الإنتاجية، وكان من ضمن التوصيات ضرورة تعديل الحوافز لتلبية إحتياجات العاملين.

3-دراسة Jabeen (2011). أجرى الباحث دراسة بعنوان: أثر تقييم كفاءة أداء الموظفين (الإنتاجية) على دافعيتهم.

هدفت هذه الدراسة إلى بحث العلاقة بين تقييم كفاءة أداء العاملين، وأثره على تحفيزهم، وتكونت عينة الدراسة من موظفي القطاع التربوي في جامعة بنجاب الإسلامية، ولتحقيق أغراض الدراسة بتحليل نتائج الجانب العملي للدراسة وكان من أهم النتائج. أن تقييم كفاءة الأداء يحقق نتائج إيجابية في تحفيزهم، وبث روح الحماس والتنافس فيما بينهم، وبالتالي جاء تقييم كفاءة الأداء بدرجة مرتفعة.

4--دراسة Saetang and others (2010). أجرى الباحثون دراسة بعنوان العوامل: التنظيمية تحديد الأهداف، غموض الدور الوظيفي، والعوامل الشخصية الرضا الوظيفي، وبين كفاءة الأداء الوظيفي لموظفي مركز بان كرونا للتدريب المهني في بانكوك:

هدفت هذه الدراسة لتحديد العلاقة بين العوامل التنظيمية تحديد الأهداف، غموض الدور الوظيفي والعوامل الشخصية الرضا الوظيفي وبين الأداء الوظيفي لموظفي مركز بان كرونا للتدريب المهني في بانكوك، حيث وزعت استبانته على (95) موظفاً، وأظهرت الدراسة أن 43% فقط من مجمل المبحوثين يعتقدون بوجود علاقة ايجابية بين متغير تحديد الأهداف والرضا الوظيفي، وبين الأداء الوظيفي، في حين أن أغلبية المبحوثين أقروا بوجود علاقة عكسية بين متغير غموض الدور الوظيفي وبين الأداء الوظيفي.

5-دراسة Carter (2009). أجرى الباحث دراسة بعنوان: المديرين الممكنون للموظفين.

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين إنتاجية الموظف، والتمكين من قبل الإدارة، وأهمية الأداء المتزايد ، وقياس أداء الموظف وأهمية الموظفين المتخصصين في المنظمات، ودور التفكير المنهجي في عملية اتخاذ القرار، وأجريت الدراسة في شركة منتشرة في الولايات المتحدة، وأوروبا، والصين، وكانت العينة من 101 إدارة، وبينت نتائج الدراسة بأن أكثر الموظفين كانوا أكثر إنتاجية عند تمكينهم من قبل الإدارة ، حيث أدركت الشركات المبحوثة أهمية الأداء المتزايد للموظف وأهمية قياسه، ووجدت عدد من الشركات بأن التفكير المنهجي يساعد المديرين في عملية اتخاذ القرارات.

6-دراسة Ebrahim (2004). أجرى الباحث دراسة بعنوان: أنظمة قياس الإنتاجية لدي أقسام الموارد البشرية في المؤسسات الصناعية والتجارية:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مقومات إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاتها في أنظمة قياس الإنتاجية وشملت عدة قطاعات صناعية وتجارية ذات خبرات كافية في أنظمة إدارة الجودة الشاملة وتكونت عينة الدراسة من (250) وخلصت الدراسة إلى عدة نتائج منها، كيفية استخدام نتائج قياس الإنتاج في تحقيق أهداف المنظمة، وأن موضوعية التقييم كانت من أهم المعوقات التي تحول دون الاستفادة من استخدامات التقييم، وقد أوصت الدراسة، بجعل نظام التقييم أكثر ملائمة لتحقيق التميز في جودة الخدمات وبالتالي جودة إنتاجيتها.

3.5 خامساً- التعقيب على الدراسات السابقة من حيث أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

تمثلت عملية الاستفادة من الدراسات السابقة في النقاط التالية:

- 1- الاطلاع على الدراسات السابقة ساعد في تلافى تكرار موضوع البحث من حيث العنوان والمكان.
- 2- ساعدت الدراسات السابقة في تكوين محصلة علمية لدى الباحثة عن متغيرات البحث ألا وهي الصراع التنظيمي ، وإنتاجية المؤسسة الصحية.
- 3- ساعدت في إعطاء صورة واضحة ومتكاملة عن إجراءات الدراسة من حيث المنهج الذي سيتبع ، ومن حيث أدوات الدراسة ، ومجتمع الدراسة ، وعينة الدراسة.
- 4- ساعدت في تكوين فكرة شاملة لدى الباحثة عن المعلومات التي يجب أن يحتويها الاستبيان لكلا المتغيرين.
- 5- تحديد الأساليب الإحصائية المناسبة.
- 6- الاستفادة في صياغة أداة القياس.
- 7- مقارنة بعض النتائج في الدراسات السابقة بنتائج هذه الدراسة.
- 8- الاستفادة من مراجع الدراسات السابقة.
- 9- تقديم التوصيات والمقترحات.

3.5.1 ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

بشكل عام يمكن القول أن معظم الدراسات كانت مفيدة للباحثة في دراستها سواءً أكان في الإطار النظري أم المنهجية أم في تصميم أداة الدراسة الحالية مع أن الدراسة الحالية تختلف عن الدراسات السابقة في تناولها أثر الصراع التنظيمي على إنتاجية مراكز الرعاية الصحية، وأيضاً في تناول الباحثة لبعض المتغيرات التي لم تنطرق إليها الدراسات السابقة مثل أثر الصراع وعلاقته بالإنتاجية، حيث تم التعبير عن ذلك في الفجوة البحثية، وتأمل الباحثة أن تمثل هذه الدراسة إضافة علمية في موضوعها وأن تسهم في تعزيز مفهوم الصراع التنظيمي في المؤسسات الصحية وكيفية إدارته بالطرق الصحيحة حتى يكون صراعاً ايجابياً وليس سلبياً وتعزيز مفهوم الإنتاجية ورفع كفاءة المراكز الصحية وزيادة قدرتها الإنتاجية.

3.5.2 الفجوة البحثية

الدراسة الحالية	الفجوة البحثية	الدراسات السابقة
<p>ان هذا البحث على حد علم الباحثة هو البحث الأول الذي الذي تناول موضوع الصراع التنظيمي وأثره على إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة، وتم التركيز في هذا البحث على معرفة أثر الصراع التنظيمي على إنتاجية وزارة الصحة والتوصل لمعرفة العلاقة التي تربط بين الصراع التنظيمي والإنتاجية في الوزارة . وبطبيعة الحال في نهاية البحث تم الخروج بمجموعة من النتائج والتوصيات التي ربما تكون إيجابية ، أو سلبية - أيًا كانت النتيجة فإنه في النهاية يمكن الاستفادة منها .</p>	<p>ان الدراسات السابقة لم تتطرق إلى دراسة موضوع الصراع التنظيمي وتأثيره على إنتاجية المؤسسة الصحية، حيث تناولت الدراسات السابقة الصراع التنظيمي كمتغير، و الإنتاجية كمتغير آخر . ولكن تمت دراسة كل منهما على حدة ضمن حدود دراسة معينة طبقاً لما يقتضيه عنوان الدراسة. ولم تتناول أى من الدراسات السابقة موضوع صراع العمل وأثره في إنتاجية المؤسسة الصحية في وزارة الصحة الفلسطينية عدا دراسة عبيد، سحر، راتب التي درست أسباب الصراع التنظيمي في مستشفى رفيديا ولم تتطرق للإنتاجية.</p>	<p>لقد ركزت بعض الدراسات مثل: (اللوح، هنية ،جابر) على المؤسسات الحكومية والإقتصادية في فلسطين والجامعات. ففي دراسة اللوح كان المتغير المستقل هو الصراع التنظيمي والتابع هو الرضا الوظيفي أما في دراسة هنية فقد كان المتغير المستقل هو حجم رأس المال بينما التابع هو الإنتاجية. وفي دراسة جابر كان المتغير المستقل هو إدارة الموارد البشرية بينما كان التابع هو القطاع الحكومي. بينما ركزت دراسات (الشايب، الطاهر، تلياننى) على المؤسسة الصحية في الجزائر، فكان المتغير المستقل هو نزاع العمل وكان المتغير التابع الرضا الوظيفي، الموارد البشرية والإنتاجية. استخدمت جميع الدراسات السابقة المنهج الوصفي التحليلي ، وجميعها استخدمت الاستبانة كأداة لجمع للمعلومات.</p>

*المصدر: من إعداد الباحثة بناء على الدراسات السابقة

الخلاصة:

في هذا الفصل قامت الباحثة باستعراض عدد (34) منها (12) فلسطينية، و (12) دراسة عربية (10) دراسات أجنبية بتسلسل زمني من الأحدث إلى الأقدم من عام (2015) إلى عام (2003) حيث أنه يوجد دراسات قديمة إلا أنها وجدت أنهما أكثر دراسات ملائمة للدراسة الحالية، وحاولت الباحثة أن يكون اختيارها لتلك الدراسات مبني على علاقتها بالدراسة الحالية، وإن تنوعت في أهدافها، ومجالات، وبيئات التطبيق.

استهدفت الدراسات السابقة للصراع التنظيمي كشف علاقة الصراع بالعديد من المتغيرات التنظيمية (غموض الدور، الإتصال، أنماط الصراع، الأداء الوظيفي)، فيما استهدفت الدراسات السابقة للإنتاجية لقياس جزء من الإنتاجية وليس الكل حيث كشفت علاقة الإنتاجية بالعديد من العوامل (الفنية ، الشخصية ، العامة ، الولاء ، أداء العاملين، الحوافز ، الرضا الوظيفي، الجودة ، الكفاءة الإنتاجية).

تناولت كل دراسة من الدراسات السابقة: الهدف العام، مجتمع الدراسة، متغيرات الدراسة، وأداة الدراسة، وأهم النتائج والتوصيات، وراعت الباحثة الاختلاف في الدراسات السابقة من حيث الزمن، ومجال وبيئة التطبيق، وذلك بهدف الحصول على كم وفير من المعلومات حول مشكلة الدراسة الحالية، وأيضاً من أجل استخدام النتائج التي توصلت إليها تلك الدراسات ومقارنتها بنتائج الدراسة الحالية.

وأخيراً فإنه لا بد من الإطلاع على أحدث الدراسات وذلك للوقوف على ما توصل إليه الآخرون والبدء من حيث أنتهوا، وإكمال ما عجزوا عن إكماله والوصول إليه، وما سعت إليه الباحثة في هذا الفصل ألا وهو الحصول على أحدث الدراسات، وتسخيرها لحل مشكلة الدراسة الحالية.

الفصل الرابع
المنهجية والإجراءات

الفصل الرابع المنهجية والإجراءات

4.1 أولاً-المقدمة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى أثر الصراع التنظيمي على إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة، ويتناول هذا الفصل منهجية الدراسة التي تم اتباعها، من حيث منهج الدراسة، ومجتمع الدراسة، وعينة الدراسة، وأدوات الدراسة، وصدقها، وثباتها، والأساليب الإحصائية المستخدمة، وخطوات إجراء الدراسة، ومصادر البيانات، واختبار توزيع البيانات، ومحك الاستبانة.

4.2 ثانياً - منهج الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة باعتماد المنهج الوصفي التحليلي، والذي يعتمد على دراسة الظاهرة (أثر الصراع التنظيمي على إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة) كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها تعبيراً كيفياً وكمياً، كما لا يكتفي هذا المنهج عند جمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة من أجل استقصاء مظاهرها وعلاقاتها المختلفة، بل يتعدى ذلك إلى التحليل والربط والتفسير، للوصول إلى استنتاجات (عطوي، 2009:172).

4.3 ثالثاً - مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين بمراكز الرعاية الأولية في وزارة الصحة بقطاع غزة للعام 2016، في وزارة الصحة والبالغ عددهم (1700) موظف موزعين على مراكز الرعاية الأولية حسب المسميات الإشرافية (رئيس شعبة-مدير وحدة).

العدد	المراكز
50	مراكز المنطقة الشمالية.
101	منطقة غزة.
46	المنطقة الوسطى.
45	منطقة خانينوس.
28	منطقة رفح.
270	المجموع.

4.4 رابعاً - عينة الدراسة:

حيث تم اعتماد قانون (yamane1967:886) في تحديد حجم العينة.

N

حجم العينة = $n = \frac{N}{(2e) N + 1}$

(2e) N + 1

حيث (n) هو حجم العينة المطلوبة، (e) هو نسبة الخطأ، مجتمع الدراسة هو (N)

1700

حجم العينة = (n) = $\frac{1700}{(20.05) 1700 + 1} = 310$ فرداً.

(20.05) 1700 + 1

أ. العينة الاستطلاعية: تم اختيار عينة استطلاعية عددها (30) موظفاً، وذلك من أجل التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة، وذلك قبل توزيع العينة الحقيقية للدراسة.

ب. العينة الحقيقية: شملت عينة الدراسة (280) موظفاً من العاملين في مراكز الرعاية الأولية في محافظات غزة للعام (2016)، وقد تم تعبئة (270) استبانة وكانت بنسبة استجابته (96%) ، ويتوزع أفراد عينة الدراسة حسب الجداول التالية:

جدول (4.1): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة

المتغيرات	الجنس	العدد	النسبة المئوية %
النوع	ذكر.	154	57.0
	أنثى.	116	43.0
العمر	أقل من 25 سنة.	11	4.1
	من 25- أقل من 30 سنة.	26	9.6
	من 30- أقل من 35 سنة.	55	20.4
	35 سنة فأكثر.	178	65.9
المسمى الوظيفي	مدير وحدة.	14	5.2
	مدير دائرة.	20	7.4
	رئيس قسم.	97	35.9
	رئيس شعبة.	139	51.5
المهنة الأساسية	طبيب.	47	17.4

المتغيرات	الجنس	العدد	النسبة المئوية %
	طبيب أسنان.	18	6.7
	ممرض.	47	17.4
	صيدلي.	33	12.2
	إداري.	39	14.4
	أخرى.	86	31.9
المؤهل العلمي	دبلوم فأقل.	65	24.1
	بكالوريوس.	154	57.0
	ماجستير.	40	14.8
	دكتورة.	11	4.1
سنوات الخدمة	أقل من 5 سنوات.	28	10.4
	من 5- أقل من 10 سنوات.	35	13.0
	من 10- أقل من 15 سنة.	67	24.8
	15 سنة فأكثر.	140	51.8
المحافظة	الشمال.	50	18.5
	غزة.	101	37.4
	الوسطى.	46	17.0
	خانيونس.	45	16.7
	رفح.	28	10.4
	المجموع.	270	100%

ملاحظة: يتضح من الجدول السابق بأنه يوجد تقارب بين الذكور والإناث، وتعزو الباحثة ذلك إلى تساوى فرص التوظيف في المؤسسة الصحية بين الجنسين، وأن عدد أفراد العينة في الفئة العمرية-30 أقل من 35 سنة بلغت أعلى نسبة (65.9%) وهذا يدل على أن الذين لديهم مسميات اشرافية يحصلون عليها بعد سنوات خبرة في مجال عملهم، ويلاحظ أن عدد أفراد العينة الدراسية من حملة البكالوريوس أعلى نسبة بالنسبة للمؤهل العلمي، حيث بلغت نسبتهم (57%)، وجاء ترتيب حملة الماجستير والدكتورة أقل نسبة ويُعزى ذلك إلى متلازمة الشهادة العليا، والتوجه للعمل الأكاديمي من قبل حملة الماجستير والدكتورة. وأن ما نسبته (31.9%) ينتمون لفئة أخرى بينما كانت أعلى نسبة للعاملين بالنسبة للمحافظة في محافظة غزة وحصلت علي ما نسبته (37.4%) من عدد أفراد العينة.

4.5 خامساً- أدوات الدراسة:

1. الاستبانة الأولى استبانة الصراع التنظيمي (المتغير المستقل): بعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة واستطلاع رأى عينه من المتخصصين، عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي قامت الباحثة ببناء الإستبانة وفق الخطوات الآتية:

2. تحديد المجالات التي شملتها الإستبانة. صياغة الفقرات التي تقع تحت كل مجال.
3. اعداد الاستبانة في صورتها الأولية، والتي شملت (47) فقرة والملحق رقم (1) يوضح الإستبانة في صورتها النهائية.
4. عرض الإستبانة على المشرف من أجل اختبار مدى ملائمتها لجمع البيانات ثم تعديل الإستبانة بشكل أولى حسب ما يراه المشرف.
5. عرض الاستبانة علي (8) من المحكمين المتخصصين في مجال الإدارة الصحية وأيضاً بعضهم أعضاء هيئة تدريس في الجامعات، وآخرون يعملون في وزارة الصحة والملحق رقم (2) يبين أعضاء لجنة التحكيم، وبعد اجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون تم تعديل وصياغة بعض الفقرات.

أ. محتوى الاستبانة: تم استخدام استبانة الصراع التنظيمي كأداة للدراسة، والتي تم تصميمها خصيصاً، للتعرف إلى واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة، وقد تم استخدام مقياس خماسي التدرج، من (1-5)، حيث (1) تمثل أدنى درجة موافقة، و (5) تمثل أعلى درجة موافقة، وتتكون الاستبانة من المحاور التالية :

ب. صدق الاستبانة: ونعني بصدق أداة الدراسة، أن الأداة تقيس ما وضعت لقياسه، وقد تم التأكد من صدق الاستبانة من خلال التالي:

أولاً- الصدق من وجهة نظر المحكمين صدق المحتوى /الصدق الظاهري: تم عرض الاستبانة على عدد (8) من المحكمين من أصحاب الخبرة والاختصاص، من أجل التأكد من سلامة الصياغة اللغوية للاستبانة، ووضوح تعليمات الاستبانة، وانتماء الفقرات لمحاور الاستبانة، ومدى صلاحية الاستبانة لقياس الأهداف المرتبطة بهذه الدراسة، وبذلك تم التأكد من صدق الاستبانة من وجهة نظر المحكمين، وكذلك وضوح صياغتها اللغوية، وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وتعديل بعضها الآخر وإضافة فقرات عليها ليصبح عدد فقرات الإستبانة (84) فقرة

جدول (4.2): يبين عدد فقرات الإستبانه حسب كل مجال من المجالات

عدد الفقرات	المحور
11	صراع علاقات العمل.
16	صراع المعلومات.
6	صراع المصالح.
10	محور صراع البنية.
8	صراع القيم.

ثانياً - صدق الاتساق الداخلي (الصدق البنائي): جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للإستبانه بتطبيق الإستبانه على عينه استطلاعية قوامها (30) موظفاً من مجتمع الدراسة، وتم أيضاً حساب صدق الاتساق الداخلي لمحاور وفقرات الاستبانه، بعد تطبيقها على العينة الإستطلاعية، ومن خلال إيجاد معاملات الارتباط لمحاور وفقرات الاستبانه.

جدول (4.3): صدق الاتساق الداخلي لمحاور استبانه الصراع التنظيمي:

م	المحور	معامل الارتباط	قيمة "Sig"	مستوى الدلالة
-1	صراع علاقات العمل.	0.634	0.000	دالة عند 0.01
-2	صراع المعلومات.	0.937	0.000	دالة عند 0.01
-3	صراع المصالح.	0.742	0.000	دالة عند 0.01
-4	صراع البنية.	0.838	0.000	دالة عند 0.01
-5	صراع القيم.	0.875	0.000	دالة عند 0.01

قيمة ر عند درجة حرية 28 ومستوى دلالة 0.05 = 0.349.

قيمة ر عند درجة حرية 28 ومستوى دلالة 0.01 = 0.449.

يتبين من الجدول السابق أن المحاور تتمتع بمعاملات ارتباط دالة إحصائياً، وهذا يدل على أن جميع المحاور تتمتع بمعاملات صدق عالية.

ج. ثبات الاستبانه: ونعني بثبات أداة الدراسة، أن الأداة تعطي نفس النتائج تقريباً لو طبقت مرة أخرى على نفس المجموعة من الأفراد، أي أن النتائج لا تتغير، وقد تم التأكد من ثبات الاستبانه فقد أجرت الباحثة خطوات التأكد من ثبات الإستبانه، وذلك بعد تطبيقها على أفراد العينة الإستطلاعية بطريقتين، هما معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية.

*.الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ :استخدمت الباحثة طريقة كرونباخ ألفا تم التأكد من ثبات الاستبانة من خلال حساب معاملات الارتباط باستخدام معادلة ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (4.4): معاملات الارتباط باستخدام معادلة ألفا كرونباخ لمحاور استبانة الصراع التنظيمي :

م	المحور	معامل الارتباط
-1	صراع علاقات العمل.	0.927
-2	صراع المعلومات.	0.841
-3	صراع المصالح.	0.712
-4	صراع البنية.	0.688
-5	صراع القيم.	0.753
	الاستبانة ككل.	0.843

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الارتباط باستخدام معادلة ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة هي معاملات ثبات عالية، وتفي بأغراض الدراسة.

❖ **الثبات بطريقة التجزئة النصفية:** واستخدمت الباحثة طريقة أخرى لحساب ثبات الإستبانة وهي التجزئة النصفية، حيث احتسبت درجة النصف الأول لكل مجال من مجالات الاستبانة وكذلك درجة النصف الثاني من درجات ، وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين، ثم جرى تعديل طول المجال باستخدام معادلة سييرمان براون كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (4.5): معاملات الارتباط بطريقة التجزئة النصفية لمحاوَر استبانة الصراع التنظيمي:

م	المحور	معامل الارتباط	
		قبل التعديل	بعد التعديل
-1	صراع علاقات العمل.	0.655	0.792
-2	صراع المعلومات.	0.730	0.844
-3	صراع المصالح.	0.756	0.861
-4	صراع البنية.	0.695	0.820
-5	صراع القيم.	0.747	0.855
	الاستبانة ككل.	0.804	0.891

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الارتباط لمحاوَر الاستبانة هي معاملات ثبات عالية، وتقي بأغراض الدراسة.

2. الاستبانة الثانية استبانة الإنتاجية (المتغير التابع): بعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة واستطلاع رأى عينه من المتخصصين، عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي قامت الباحثة ببناء الاستبانة وفق الخطوات الآتية:

- تحديد المجالات التي شملتها الإستبانة.
- صياغة الفقرات التي تقع تحت كل مجال.
- إعداد الإستبانة في صورتها الأولية، والتي شملت (32) فقرة والملحق رقم (3) يوضح الإستبانة في صورتها النهائية.
- عرض الاستبانة على المشرف من أجل اختبار مدى ملائمتها لجمع البيانات.
- تعديل الإستبانة بشكل أولى حسب ما يراه المشرف، ومن ثم عرض الإستبانة علي (8) من المحكمين المتخصصين في مجال الإدارة الصحية وأيضاً بعضهم أعضاء هيئة تدريس في الجامعات، وآخرين يعملون في وزارة الصحة والملحق رقم (2) يبين أعضاء لجنة التحكيم وبعد اجراء التعديلات التي أوصي بها المحكمون تم تعديل وصياغة بعض الفقرات:

جدول (4.6) يبين عدد فقرات الإستبانه حسب كل مجال من المجالات للمتغير التابع

عدد الفقرات	المحور
13	العوامل الفنية.
9	العوامل الشخصية.
11	العوامل العامة.

أ. محتوى الاستبانة: تم استخدام استبانة الصراع التنظيمي كأداة للدراسة، والتي تم تصميمها خصيصاً، للتعرف إلى مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة، وقد تم استخدام مقياس خماسي التدرج، من (1-5) ، حيث (1) تمثل أدنى درجة موافقة، و (5) تمثل أعلى درجة موافقة.

ب. صدق الاستبانة: ونعني بصدق أداة الدراسة، أن الأداة تقيس ما وضعت لقياسه، وقد تم التأكد من صدق الاستبانة من خلال التالي:

أولاً - الصدق من وجهة نظر المحكمين صدق المحتوى /الصدق الظاهري:

تم عرض الاستبانة على عدد (8) من المحكمين من أصحاب الخبرة والاختصاص، من أجل التأكد من سلامة الصياغة اللغوية للاستبانة، ووضوح تعليمات الاستبانة، وانتماء الفقرات لمحاور الاستبانة، ومدى صلاحية الاستبانة لقياس الأهداف المرتبطة بهذه الدراسة، وبذلك تم التأكد من صدق الاستبانة من وجهة نظر المحكمين.

ثانياً- صدق الاتساق الداخلي الصدق البنائي: وتم أيضاً حساب صدق الاتساق الداخلي لمحاور وفقرات الاستبانة، بعد تطبيقها على عينة استطلاعية قوامها (30) من مجتمع الدراسة، ومن خلال إيجاد معاملات الارتباط لمحاور وفقرات الاستبانة، كما هو مبين في الجداول التالية:

جدول (4.7): صدق الاتساق الداخلي لمحاور استبانة الإنتاجية:

م	المحور	معامل الارتباط	قيمة "Sig"	مستوى الدلالة
1-	العوامل الفنية.	0.642	0.000	دالة عند 0.01
2-	العوامل الشخصية.	0.914	0.000	دالة عند 0.01
3-	العوامل العامة.	0.754	0.000	دالة عند 0.01

قيمة ر عند درجة حرية 28 ومستوى دلالة 0.05 = 0.349.

قيمة ر عند درجة حرية 28 ومستوى دلالة 0.01 = 0.449 .

يتبين من الجدول السابق أن المحاور تتمتع بمعاملات ارتباط دالة إحصائياً، وهذا يدل على أن جميع المحاور تتمتع بمعاملات صدق عالية.

ج. ثبات الاستبانة: ونعني بثبات أداة الدراسة، أن الأداة تعطي نفس النتائج تقريباً لو طبقت مرة أخرى على نفس المجموعة من الأفراد، أي أن النتائج لا تتغير، وقد تم التأكد من ثبات الاستبانة من خلال التالي:

* الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ: تم التأكد من ثبات الاستبانة من خلال حساب معاملات الارتباط باستخدام معادلة ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (4.8): معاملات الارتباط باستخدام معادلة ألفا كرونباخ لمحاور استبانة الإنتاجية:

م	المحور	معامل الارتباط
1	العوامل الفنية.	0.969
2	العوامل الشخصية.	0.906
3	العوامل العامة.	0.960
	الاستبانة ككل.	0.977

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الارتباط باستخدام معادلة ألفا كرونباخ لمحاور الاستبانة هي معاملات ثبات عالية، وتفي بأغراض الدراسة.

❖ الثبات بطريقة التجزئة النصفية: وتم التأكد أيضاً من ثبات الاستبانة من خلال حساب معاملات الارتباط بطريقة التجزئة النصفية لمحاور الاستبانة، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (4.9): معاملات الارتباط بطريقة التجزئة النصفية لمحاور استبانة الإنتاجية:

م	المحور	معامل الارتباط	
		قبل التعديل	بعد التعديل
-1	العوامل الفنية.	0.708	0.829
-2	العوامل الشخصية.	0.725	0.841
-3	العوامل العامة.	0.689	0.816
	الاستبانة ككل.	0.815	0.898

يتبين من الجدول السابق أن معاملات الارتباط لمحاور الاستبانة هي معاملات ثبات عالية، وتفي بأغراض الدراسة.

4.6 سادساً - الأساليب الإحصائية المستخدمة:

وللإجابة على أسئلة الدراسة تم استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) (معامل ارتباط بيرسون، معادلة ألفا كرونباخ، طريقة التجزئة النصفية، اختبار كولمجوروف - سمرنوف، المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي، اختبار T-Test، اختبار One-Way ANOVA، تحليل الانحدار الخطي) في إجراء التحليلات الإحصائية اللازمة للدراسة، وهي على النحو التالي:

- 1- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) : لقياس صدق الاتساق الداخلي، وكذلك تحديد طبيعة العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة).
- 2- معادلة ألفا كرونباخ (Cranach's Alpha) لقياس ثبات الاستبانة.
- 3- طريقة التجزئة النصفية (Split-Half Method) لقياس ثبات الاستبانة.
- 4- اختبار كولمجوروف - سمرنوف: لاختبار إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه.
- 5- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي : لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات عينة الدراسة على فقرات ومحاور الاستبانة، وللتعرف إلى مدى انحراف الاستجابات لكل فقرة من الفقرات عن وسطها الحسابي، إلى جانب المحاور الرئيسية، وللتعرف على قيمة "T"، وقيمة "Sig.". اختبار T لعينتين مستقلتين (t-Test): للتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط تقدير أفراد عينة الدراسة لمتغير الجنس.
- 6- اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA): للتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط تقدير أفراد عينة الدراسة لمتغيرات: (العمر، المسمى الوظيفي، المهنة الأساسية، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخدمة، المحافظة).
- 7- تحليل الانحدار الخطي: لتحديد أثر المتغيرات المستقلة على المتغير التابع.

4.7 سابعاً - خطوات إجراء الدراسة:

تم اتباع الخطوات التالية لأجراء الدراسة:

- 1- الاطلاع على الدراسات السابقة في مجال الدراسة، وتلخيصها والتعليق عليها.
- 2- الاطلاع على الأدب النظري السابق في مجال الدراسة، وبناء الإطار النظري للدراسة.
- 3- بناء أداة الدراسة (الاستبانة) والتحقق من صدق وثبات الاستبانة.
- 4- اختيار مجتمع وعينة الدراسة.
- 5- توزيع أداة الدراسة الاستبانة (على عينة الدراسة وجمعها).
- 6- تحليل البيانات وعرضها في جداول والتعقيب عليها.
- 7- تفسير النتائج ومناقشتها، وصياغة التوصيات والمقترحات.

4.8 ثامناً - مصادر البيانات:

تنقسم مصادر البيانات في هذه الدراسة إلى نوعين، وهما:

- أ. **البيانات الرئيسية:** وتتمثل في أداة الدراسة الاستبانة، وذلك للتعرف إلى أثر الصراع التنظيمي على إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة.
- ب. **البيانات الثانوية:** وتتمثل في الدراسات السابقة والأدب السابق وما تحويه المكتبات من دراسات وأبحاث وكتب ومراجع في مجال موضوع الدراسة.

4.9 تاسعاً - اختبار توزيع البيانات:

تم استخدام اختبار كولمغوروف - سمرنوف (K-S Kolmogorov-Smirnov Test) لاختبار إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، وكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول التالي:

جدول (4.10): اختبار التوزيع الطبيعي لمحاور الاستبانة

م	المحور	قيمة "Sig."
محاور استبانة الصراع التنظيمي		
-1	صراع علاقات العمل.	0.128
-2	صراع المعلومات.	0.097
-3	صراع المصالح.	0.200
-4	صراع البنية.	0.173
-5	صراع القيم.	0.085
محاور استبانة الإنتاجية		
-1	العوامل الفنية	0.184
-2	العوامل الشخصية	0.176
-3	العوامل العامة	0.190

يتبين من الجدول السابق أن قيمة "Sig." لجميع محاور الاستبانة أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على أن جميع محاور الاستبانة تتبع التوزيع الطبيعي، ولذلك تم استخدام الاختبارات المعلمية.

الفصل الخامس
عرض النتائج وتفسيرها

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

5.1 أولاً- المقدمة

قامت الباحثة في هذا الفصل، بعرض تفصيلي للنتائج التي تم التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة، بالإضافة إلى تفسير ومناقشة ما تم التوصل إليه من نتائج الدراسة، حيث تمت الإجابة على أسئلة الدراسة، واختبار فرضياتها، ومن ثم تفسير النتائج والتعقيب عليها، بالإضافة إلى بيان أوجه التشابه والاختلاف مع الدراسات السابقة وأيضاً إلى اعتماد تفسير النتائج من قبل الباحثة وذلك من خلال تقسيم الأوزان حسب المستويات التالية:

جدول (5.1): مقياس خماسي التدرج

الوزن النسبي		المتوسط الحسابي		الوزن الرقمي	درجة الموافقة
إلى	من	إلى	من		
أقل من 36.00	20.00	أقل من 1.80	1.00	1	قليلة جداً
أقل من 52.00	36.00	أقل من 2.60	1.80	2	قليلة
أقل من 68.00	52.00	أقل من 3.40	2.60	3	متوسطة
أقل من 84.00	68.00	أقل من 4.20	3.40	4	كبيرة
100.00	84.00	5.00	4.20	5	كبيرة جداً

واقع الصراع التنظيمي في مراكز الرعاية الأولية في محافظات غزة.

5.2 ثانياً- الإجابة عن أسئلة الدراسة:

❖ الإجابة عن السؤال الأول من الدراسة: ينص السؤال على ما يلي: ما واقع الصراع التنظيمي

في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة؟

وللإجابة على هذا السؤال قامت الباحثة باستخدام التكرارات والمتوسطات والنسب المئوية، والجدول التالية توضح ذلك باستخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي، كما هو مبين في الجدول التالية:

جدول (5.2): النتائج المتعلقة بالوزن النسبي للصراع التنظيمي:

م	المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
-1	صراع علاقات العمل.	3.113	0.456	62.269	2	متوسطة
-2	صراع المعلومات.	3.176	0.421	63.519	1	متوسطة
-3	صراع المصالح.	2.989	0.673	59.778	4	متوسطة
-4	صراع البنية.	3.000	0.554	60.007	3	متوسطة
-5	صراع القيم.	2.987	0.574	59.741	5	متوسطة
	الصراع التنظيمي.	3.076	0.318	61.528		متوسطة

وقد خلصت الباحثة طبقاً للجدول أعلاه مايلي: أن ترتيب أبعاد الصراع التنظيمي في وزارة الصحة كما يلي:

*في المرتبة الأولى صراع المعلومات: حيث يتضح من الجدول الموضح أعلاه أن صراع المعلومات جاء بوزن نسبي (63.519)، وهو بدرجة متوسطة، وهذه النسبة أكبر من (60%) وكانت القيمة الإحصائية (0.001) وهي أقل من (0.5)، وكانت قيمة (t) المحسوبة (4.561) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (1.980) وهذا يعني أن هناك موافقة من أفراد العينة على هذا البعد، أي أن الإستجابة كانت ايجابية وهذا يدل على أهمية المعلومات.

*في المرتبة الثانية صراع علاقات العمل جاء بوزن نسبي (62.269)، وهو بدرجة متوسطة، وهذه النسبة أكبر من (60%) وكانت القيمة الإحصائية (0.000) وهي أقل من (0.5)، وكانت قيمة (t) المحسوبة (3.233) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (1.980) وهذا يعني أن هناك موافقة من أفراد العينة على هذا البعد، أي أن الإستجابة كانت ايجابية وهذا يدل على أنه يجب أن يكون هناك نوع من الترابط والعلاقات الإيجابية في العمل.

*في المرتبة الثالثة محور صراع البنية جاء بوزن نسبي (60.007)، وهو بدرجة متوسطة، وهو بدرجة متوسطة، وهذه النسبة تساوى من (60%) وكانت القيمة الإحصائية (0.000) وهي أقل من (0.5)، وكانت قيمة (t) المحسوبة (5.059) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (1.980) وهذا يعني أن هناك موافقة من أفراد العينة على هذا البعد ولكن ليس بدرجة كافية، أي أن الإستجابة كانت ايجابية، حيث يدل على أن الإدارة لا تعطي الإهتمام الكافي بالتغيرات الجوهرية في الهيكل التنظيمي من أجل تحسين الأداء، ولكن لإعتبارات أخرى لا يوافق عليها أفراد العينة، ولكن تري الباحثة بأنه يجب الإستعانة بذوى الخبرة والكفاءة في إعداد الهياكل

التنظيمية، لأنه من الضروري أن يكون هناك مرونة في الهيكل التنظيمي، وذلك من أجل إحداث التغيير فيه بما يتناسب مع مصلحة العمل.

***في المرتبة الرابعة صراع المصالح** فقد جاء بوزن نسبي (59.778)، وهو بدرجة متوسطة، وهذه النسبة أقل من (60%) وكانت القيمة الإحصائية (0.000) وهي أقل من (0.5)، وكانت قيمة (t) المحسوبة (4.705) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (1.980) وهذه النسبة أقل من (60%) وهذا يعني أن أفراد العينة كانوا على الحياد لموافقهم على هذا البعد، أي أن الإستجابة كانت سلبية، حيث يدل ذلك على أن الإدارة لا تهتم بحاجات ورغبات العاملين في مراكز الرعاية الأولية وتري الباحثة بوجود اهتمام الإدارة بالعنصر البشري لما له من أهمية في القدرة على المشاركة في عملية اتخاذ القرارات.

***في المرتبة الخامسة القيم** جاء بوزن نسبي (59.741)، وهو بدرجة متوسطة، وهذه النسبة أقل من (60%) وكانت القيمة الإحصائية (0.000) وهي أقل من (0.5)، وكانت قيمة (t) المحسوبة (2.538) وهي أكبر من قيمة (t) الجدولية (1.980) وهذه النسبة أقل من (60%) وهذا يعني أن أفراد العينة كانوا على الحياد لموافقهم على هذا البعد، أي أن هناك وجود للمركزية في صنع القرارات وعدم تفويض الصلاحيات يؤدي إلى إحباط العاملين، وفقد ثقتهم بأنفسهم، لذا تري الباحثة ضرورة العمل على التمكين الإداري من قبل الإدارة للشخص الذي تراه مناسباً لذلك.

وبشكل عام فإن واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة جاء بوزن نسبي (61.528)، وهو بدرجة متوسطة، وهذه النسبة أكبر من (60%) وكانت القيمة الإحصائية (0.000) وهي أقل من (0.5)، وهذا يعني أن هناك موافقة من أفراد العينة على هذا البعد، أي أن الإستجابة كانت ايجابية ولكن من وجهة نظر الباحثة ليست بدرجة مرضية، وذلك لأنه يجب أن تتوفر في وزارة الصحة مدراء يمتلكون القدرة على فهم أبعاد الصراع وأنماطه والتعامل معها، وتحديدها للمصالح العام حتي يكون هذا الصراع بناءً وليس هداماً.

وقد لاحظت الباحثة من خلال اطلاعها على كم كبير من الدراسات السابقة بأن الدراسة التي تناولت الصراع التنظيمي تناولته من مصادر أخرى غير التي تناولته الباحثة لذا لم تستطيع الباحثة تحديد ترتيب أنماط الصراع وفقاً للدراسات السابقة.

فقد اختلفت هذه الدراسة مع دراسة (عبيد، 2009)، (فطر، 2010)، حيث أثبتت هذه الدراسات اهتمام المدراء بعيد المصالح ثم البنية ثانياً على عكس هذه الدراسة التي جاءت

الإهتمام بالمعلومات ثم علاقات العمل، وتُعزى الباحثة عدم التطابق بين نتائج هذه الدراسة والدراسات الأخرى إلى التباين في ظروف ومتغيرات الدراسة.

المجال الأول - علاقات العمل:

جدول (5.3): التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الأول:

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1-	تتأثر العلاقات الشخصية بين العاملين بسبب خلافات العمل.	3.396	1.226	67.926	3	متوسطة
2-	نظام الاتصال المعمول به في بيئة العمل يسمح بالاتصال بين كافة العاملين من جميع المستويات.	2.993	1.114	59.852	8	متوسطة
3-	تعجبنى السلوكيات الموجودة داخل بيئة العمل.	3.111	1.003	62.222	5	متوسطة
4-	تبني مفاهيم خاطئة داخل العمل يؤدي إلي عدم الفهم الصحيح لمشكلات العمل.	3.778	0.981	75.556	1	كبيرة
5-	بيئة العمل تشجع العاملون علي فكرة "أنا جميعا في قارب واحد".	3.030	1.194	60.593	7	متوسطة
6-	تقدر الوزارة دور العاملين وأدائهم دون تحيز وبشكل عادل.	2.148	1.009	42.963	11	قليلة
7-	أهداف المؤسسة تتعارض مع الأهداف الشخصية للعاملين ورؤيتهم.	2.922	1.023	58.444	10	متوسطة
8-	يتجنب العاملون مجادلة من يختلفون معهم في الآراء.	3.093	1.057	61.852	6	متوسطة
9-	يوجد تداخل في فهم العاملين للوصف الوظيفي.	3.630	1.018	72.593	2	كبيرة
10-	يوجد توافق بين الرؤساء والمرؤوسين داخل الإدارات.	2.993	1.114	59.852	8	متوسطة
11-	يحاول العاملون تفهم مواقف ووجهات نظر بعضهم البعض.	3.156	1.005	63.111	4	متوسطة
	المحور ككل.	3.113	0.456	62.269		متوسطة

جاء الوزن النسبي لعلاقات العمل عند العاملين في مراكز الرعاية الأولية (62.269%) وهو بدرجة موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة، هذا يدل على عدم وجود مجال لعلاقات العمل لدى العاملين في مراكز الرعاية الأولية، وتعزو الباحثة ذلك لاختلاف فئة الموظفين، حيث يقسم الموظفين إلى فئتين مستقلتين إحداهما غزة، والأخرى رام الله وذلك بسبب الظروف السياسية السائدة في المجتمع الغزي، ولا وجود للرضا الوظيفي، ووجود تنافر بين طرفي أفراد العينة يزيد من عدم الإهتمام لتكوين علاقات عمل في المؤسسة الصحية.

وكانت أعلي فقرتين هما:

1- فقرة رقم (4) تبني مفاهيم خاطئة داخل العمل يؤدي إلى عدم الفهم الصحيح لمشكلات العمل، وقد جاءت بوزن نسبي (75.556) ، وهي بدرجة كبيرة، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على هذه الفقرة ويبين مدى وعى وإدراك العاملين ووجود ثقافة تنظيمية لديهم، وتعزو الباحثة ذلك إلى المؤهل العلمي لدى العاملين، حيث أنهم من حملة البكالوريوس فما فوق ولديهم المعرفة الكاملة بحوثيات العمل ومشاكله وكيفية التغلب عليها.

2- فقرة رقم (9) ، وهي يوجد تداخل في فهم العاملين للوصف الوظيفي، وقد جاءت بوزن نسبي (72.593)، وهي بدرجة كبيرة ، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على هذه الفقرة، حيث يظن العاملين بأنه يوجد تداخل لديهم في فهم الوصف الوظيفي، ولكن تعزو الباحثة ذلك إلى عدم إطلاع العاملين على الوصف الوظيفي لكل منهما حسب ما هو معمول به في الوزارة ، حيث يوجد صفحة خاصة بكل موظف في نظام الدخول الموحد للخدمات الإلكترونية، تتضمن وصفاً وظيفياً محدداً لكل موظف للإطلاع عليه وفهمه جيداً.

وكانت أدنى فقرتين هما:

1- فقرة رقم (6) ، وهي تقدر الوزارة دور العاملين وأدائهم دون تحيز وبشكل عادل، وقد جاءت بوزن نسبي (42.963) ، وهي بدرجة قليلة أى أقل من (60%)، وهذا يدل على عدم موافقة أفراد العينة على تلك الفقرة، وتعزو الباحثة ذلك إلى قلة الخبرة الإدارية لدى المدراء وافتقارهم للمهارات الفكرية والإدارية التي من خلالها يتم معرفة أصناف العاملين وقدراتهم، والعمل على استثمار دور العاملين وجهودهم لصالح المؤسسة الصحية. إن إتباع نظام الثواب والعقاب يلعب دوراً مهماً في تعزيز قدرات العاملين ورفع معنوياتهم (ضهير، 2016/8/5:مقابلة).

2- فقرة رقم (7) ، وهي أهداف المؤسسة تتعارض مع الأهداف الشخصية للعاملين ورؤيتهم، وقد جاءت بوزن نسبي (58.444) ، وهي بدرجة متوسطة، أى أقل من (60%) وهذا يدل على عدم موافقة أفراد العينة على تلك الفقرة، وهذا يبين عدم وضوح أهداف المؤسسة لدى

العاملين فيها، وتعزو الباحثة ذلك إلى عدم فهم العاملين لمفهوم الأهداف العامة للمؤسسة الصحية ورؤيتها ومقارنتها بالأهداف الشخصية لهم.

المجال الثاني - صراع المعلومات:

جدول (5.4):

التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الثاني:

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
-1	يوجد توافق بين الرؤساء داخل الإدارات.	2.970	1.073	59.407	14	متوسطة
-2	توجد فرصة كبيرة لتبادل المعلومات في ادارة المركز حول مشكلات العمل.	3.007	1.077	60.148	13	متوسطة
-3	يوجد نظام معلومات جيد في المركز.	3.070	1.100	61.407	8	متوسطة
-4	يتم تفسير المعلومات من قبل العاملين كما يجب تفسيرها.	3.044	1.055	60.889	9	متوسطة
-5	يوجد أكثر من مصدر لتدفق المعلومات.	3.011	1.051	60.222	12	متوسطة
-6	توفر الإدارة نظام اتصال يسمح بحرية تدفق المعلومات في كلا الإتجاهين.	2.674	0.986	53.481	16	متوسطة
-7	يوجد عدم معرفة بأهمية المعلومات عند العاملين.	3.074	1.046	61.481	7	متوسطة
-8	تتأثر العلاقات بين العاملين ومدرائهم بسبب عدم توفير المعلومات لدى المدراء.	3.396	0.992	67.926	4	متوسطة
-9	يؤدي الضغط في العمل إلى التناقض في سير العمل .	3.356	1.117	67.111	5	متوسطة
-10	الاستخدام الأمثل من قبل المركز	3.570	1.189	71.407	3	كبيرة

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
	للموارد البشرية والمالية والتقنية يؤدي الى درجة عالية من الكفاءة والإنتاجية.					
11-	يؤدي احتكار المعلومات إلي عدم اتخاذ قرارات صائبة.	3.781	1.104	75.630	2	كبيرة
12-	يوجد المام كاف لدى الموظفين بالمعلومات ولديهم القدرة علي توصيلها بالطرق الصحيحة.	2.852	1.098	57.037	15	متوسطة
13-	يوجد تضارب أو تناقض في المعلومات المقدمة من قبل العاملين لصانعي القرار داخل المركز .	3.033	1.061	60.667	10	متوسطة
14-	الخلل في كمية المعلومات ونوعها يؤثر في صنع القرارات.	3.841	1.042	76.815	1	كبيرة
15-	يتم اتخاذ الإجراءات الضرورية لتجنب الخلل في تدفق المعلومات.	3.100	1.095	62.000	6	متوسطة
16-	يتوفر في الوزارة قواعد بيانات متكاملة متاحة للإدارات والوحدات والدوائر المختلفة.	3.033	1.115	60.667	10	متوسطة
	المحور ككل.	3.176	0.421	63.519		متوسطة

جاء الوزن النسبي لمحور صراع المعلومات بنسبة (63.49%) وهو بدرجة متوسطة، أي بدرجة موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة على هذا البعد.

وكانت أعلى فقرتين هما:-

1- فقرة رقم (14) ، وهي الخلل في كمية المعلومات ونوعها يؤثر في صنع القرارات، وقد جاءت بوزن نسبي (76.815) ، وهي بدرجة كبيرة، أي موافقة أفراد العينة على هذه الفقرة ويدل ذلك على مدى تفهم العاملين لصنع القرارات، وأن المعلومات تحتل مركزاً هاماً في

صناعة القرارات المهمة، وتعزو الباحثة ذلك إلى أن الذين يحصلون على مسميات إشرافية هم مؤهلين لذلك ولديهم قدرات ومهارات إدارية عالية.

2- فقرة رقم (11) وهي يؤدي احتكار المعلومات إلى عدم اتخاذ قرارات صائبة، وقد جاءت بوزن نسبي (75.630) وهي بدرجة كبيرة. أي موافقة أفراد العينة على هذه الفقرة، وهذا يدل على أن أفراد العينة يتمتعون بالمام كافٍ حول أنواع القرارات، ومعرفتهم بمدى أهمية المعلومات، وتعزو الباحثة ذلك إلى الخبرة الكافية التي يمتلكها أصحاب المسميات الإشرافية، وأيضاً إلى وجود ثقافة الإتصال والتواصل مع مسئوليتهم وأيضاً العمل على تبادل المعلومات.

3- وكانت أدنى فقرتين هما:-

1- فقرة رقم (6) وهي توفر الإدارة نظام اتصال يسمح بحرية تدفق المعلومات في كلا الإتجاهين وقد جاءت بوزن نسبي (53.481) ، وهي بدرجة متوسطة، أي أقل من (60%) أي عدم موافقة أفراد العينة على هذه الفقرة، وهذا يدل على عدم وجود نظام اتصال وتواصل في مراكز الرعاية الأولية كافٍ، وتعزو الباحثة ذلك إلى عدم مرونة الهيكل التنظيمي، أو أن الهيكل التنظيمي في وزارة الصحة كبير بدرجة لا يسمح فيه بالإتصال وتبادل المعلومات.

2- فقرة رقم (12) وهي يوجد المام كاف لدى الموظفين بالمعلومات ولديهم القدرة على توصيلها بالطرق الصحيحة وقد جاءت بوزن نسبي (57.037) ، وهي بدرجة متوسطة أي أقل من (60%) أي عدم موافقة أفراد العينة على ذلك، وهذا يدل على وجود عاملين ليس لديهم القدرة على توصيل المعلومات بالطرق الصحيحة وإلى الجهات المختصة بذلك، وتعزو الباحثة ذلك إلى إختلاف طبيعة العاملين فيها ،حيث يوجد لدى بعض العاملين القدرة على توصيل المعلومات، ولكن هناك احتكار للمعلومات المهمة، وذلك لأسباب ربما تكون شخصية أو غير ذلك.

المجال الثالث - محور صراع المصالح:

جدول (5.5):

التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الثالث:

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
-1	يوجد لدى العاملين الرغبة الفعالة في مشاركة القرارات واتخاذها.	3.615	1.035	72.296	1	كبيرة
-2	تدعم الإدارة قدرة الموظف بتوفير الموارد الكافية والمناخ الملائم لتنميتها.	2.748	1.196	54.963	5	متوسطة
-3	يتم اتخاذ الإجراءات الضرورية لتجنب صراعات العمل التي لا فائدة منها.	2.989	1.099	59.778	3	متوسطة
-4	يتنازل العاملون عن بعض الأشياء مقابل تحقيق نقاط أخرى.	3.259	1.052	65.185	2	متوسطة
-5	يغالي العاملون في مطالبهم ومواقفهم حتى يحصلوا علي ما يريدون.	2.900	1.148	58.000	4	متوسطة
-6	تهتم الوزارة بحاجات ورغبات الموظفين وتساهم في تلبية ذلك قدر الإمكان.	2.422	1.198	48.444	6	قليلة
المحور ككل.		2.989	0.673	59.778		متوسطة

جاء الوزن النسبي لصراع المصالح (59.77%) أي بدرجة متوسطة وهذا يدل على عدم موافقة أفراد العينة على فقرات هذا المحور أي أن النسبة كانت أقل من (60%). وكانت أعلى فقرتين هما:

1- فقرة رقم (1) وهي يوجد لدى العاملين الرغبة الفعالة في مشاركة القرارات واتخاذها، وقد جاءت بوزن نسبي (72.296) وهي بدرجة موافقة كبيرة ، وهذا يعنى موافقة أفراد العينة على هذه الفقرة، وهذا يدل على أن أفراد العينة توجد لديهم رغبة في اتخاذ القرارات التي

تخصهم والعمل على اتخاذ أفضل هذه القرارات، وتعزو الباحثة ذلك إلى سيادة روح التعاون والعمل بروح الفريق الواحد لدى العاملين في وزارة الصحة.

فقرة رقم (4) وهي يتنازل العاملون عن بعض الأشياء مقابل تحقيق نقاط أخرى، وقد جاءت بوزن نسبي (65.185)، وهي بدرجة موافقة متوسطة على هذه الفقرة وهذا يدل على قدرة العاملين على التنازل عن أشياء مقابل تحقيق مآرب أخرى، وتعزو الباحثة ذلك إلى ضعف في العوامل الشخصية لديهم بتنازلهم عن رغباتهم وحاجاتهم التي ربما تكون أساسية مقابل أشياء أخرى قد تكون ليست في صالحهم ولا تعود عليهم بالنفع.

وكانت أدنى فقرتين هما:

1-فقرة رقم (6) وهي تهتم الوزارة بحاجات ورغبات الموظفين وتساهم في تلبية ذلك قدر الإمكان، وقد جاءت بوزن نسبي (48.444)، وهي بدرجة قليلة أى أقل من (60%) أى عدم موافقة أفراد العينة على هذه الفقرة وهذا يدل على عدم اهتمام الوزارة بحاجات ورغبات الموظفين، وتعزو الباحثة ذلك بأن القيود المالية التي تمر بها الوزارة قد تكون السبب الرئيس في عدم تحقيق الوزارة لرغبات الموظفين الغير متوقعة.

2-فقرة رقم (2) وهي تدعم الإدارة قدرة الموظف بتوفير الموارد الكافية والمناخ الملائم لتنميتها وقد جاءت بوزن نسبي (54.963)، وهي بدرجة متوسطة، وهي أقل من (60%) أى عدم موافقة أفراد العينة على ذلك وهذا يدل على عجز الإدارة عن تقديم يد العون والمساعدة لموظفيها، وتعزو الباحثة ذلك للعجز المالي، والإنقسام الوظيفي لدى العاملين مما يعيق من توفير الموارد الكافية لتنمية قدرة الموظف وتدريبه كلما اقتضى الأمر.

المجال الرابع - صراع البنية:

جدول (5.6):

التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الرابع:

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
-1	يساعد الهيكل التنظيمي على سهولة الاتصال بين العاملين.	3.041	1.183	60.815	3	متوسطة
-2	تقوم الإدارة بتغييرات جوهرية في الهيكل التنظيمي لتحسين الأداء.	2.563	1.074	51.259	10	قليلة
-3	يلعب القرب من صانعي القرار دورا في النفوذ والقوة داخل المركز.	3.541	1.221	70.815	1	كبيرة
-4	تسمح طبيعة الهيكل التنظيمي بتفويض الصلاحيات للعاملين.	3.015	1.111	60.296	5	متوسطة
-5	توزع المهام وفقاً للكفاءات التي يمتلكها العاملون.	2.600	1.202	52.000	9	متوسطة
-6	أشرف علي أعداد كبيرة من الموظفين.	2.833	1.123	56.667	8	متوسطة
-7	تتيح الإدارة للعاملين المجال للنقاش والحوار والقدرة علي الإقناع .	2.944	1.131	58.889	7	متوسطة
-8	يتم منح بعض الموظفين سلطات أوسع من غيرهم.	3.481	1.120	69.630	2	كبيرة
-9	تعتمد الإدارة علي اتقويض السلطة في حل الصراعات والخلافات.	3.019	1.018	60.370	4	متوسطة
-10	تعمل الإدارة علي التوفيق بين أطراف الصراع لإرضاء الجميع.	2.967	1.082	59.333	6	متوسطة

جاء الوزن النسبي لمحور صراع البنية بنسبة (60%) وهو بدرجة متوسطة، أي موافقة أفراد العينة على فقرات هذا المحور.

وكانت أعلى فقرتين هما:

1- فقرة رقم (3) يلعب القرب من صانعي القرار دوراً في النفوذ والقوة داخل المركز، وقد جاءت بوزن نسبي (70.815) وهي بدرجة موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وهذا يدل على أن النفوذ والقوة داخل المركز تأتي من خلال القرب من أصحاب القرارات، وتعزو الباحثة ذلك إلى الوضع السياسي الذي يعيشه القطاع الصحي، وتنوع الأطياف الحزبية فيه، والنفوذ يأتي من القوة الحزبية وليس من القوة والكفاءة الإدارية، واقتناع الإدارة بالرعاية الأولية لإعطاء الثقة لبعض الموظفين لديها ولكن الشخص هو من يقوم باستغلال نفوذه بطريقة خاطئة (قويدر، 2016/8/10:مقابلة).

2- فقرة رقم (8) يتم منح بعض الموظفين سلطات أوسع من غيرهم، وقد جاءت بوزن نسبي (69.630) وهي بدرجة موافقة كبيرة، من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وهذا يدل على وجود نوع من اللامركزية التي تسمح باعطاء التفويض داخل مراكز الرعاية الأولية، وتعزو الباحثة ذلك إلى تضخم الهيكل الوظيفي أدى إلى توسيع نطاق الإشراف الذي يستوجب تفويض الصلاحيات وأيضاً لأن التفويض يكون للذين لديهم مسميات اشرافية وليس لجميع العاملين.

3- وكانت أدنى فقرتين هما:

1- فقرة رقم (2) وهي تقوم الإدارة بتغيرات جوهرية في الهيكل التنظيمي لتحسين الأداء، وقد جاءت بوزن نسبي (51.259) ، وهي بدرجة قليلة وهي أقل من (60%) أي عدم موافقة أفراد العينة على تلك الفقرة وهذا يدل على أن التغيرات التي تقوم بها الوزارة في الهيكل التنظيمي ليس لتحسين الأداء، وتعزو الباحثة ذلك التغير في الهيكل التنظيمي ربما لإحداث وحدات جديدة أو لإلغاء وحدات ليس لها أي قيمة، وذلك بسبب تضخم الهيكل الوظيفي في محافظات غزة بوزارة الصحة.

2- فقرة رقم (5) توزع المهام وفقاً للكفاءات التي يمتلكها العاملين، وقد جاءت بوزن نسبي (52.000)، وهي بدرجة متوسطة وهي أقل من (60%) أي عدم موافقة أفراد العينة على هذه الفقرة وهذا يدل على أن توزيع المهام تكون حسب معايير أخرى وليس حسب الكفاءات التي يمتلكها العاملين، وربما لأسباب غير معروفة، وتعزو الباحثة ذلك إلى المحسوبية والحزبية التي توجد في وزارة الصحة واختلاف تبعية الهيكل التنظيمي.

المجال الخامس - صراع القيم:

جدول (5.7):

فقرات التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الخامس:

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
-1	لا يوجد مناخ ملائم للعلاقات الإنسانية في البيئة التي أعمل بها.	2.559	1.046	51.185	8	قليلة
-2	هناك خلاف مستمر مع المسؤولين نتيجة القيام بإجراءات لا تتناسب مع ميولهم ورغباتهم	3.067	1.092	61.333	4	متوسطة
-3	هناك تفهم من الإدارة حول أفكارى الشخصية وحول ما يدور في بيئة العمل.	2.933	1.089	58.667	5	متوسطة
-4	لا توجد عدالة في توزيع السلطات بين المرؤوسين.	3.196	1.145	63.926	3	متوسطة
-5	يوجد تفضيل لإدارة عن ادارة أخرى في توزيع الموارد داخل التنظيم.	3.422	1.090	68.444	1	كبيرة
-6	لا توجد مركزية في صنع القرارات داخل المركز	2.893	1.124	57.852	6	متوسطة
-7	تعتبر الأعمال الموكلة إلي أحيانا صعبة ومعقدة.	2.563	1.014	51.259	7	قليلة
-8	الالتزام بالقرارات والقوانين غالبا ما تسبب التوتر في التعامل مع المراجعين.	3.263	1.161	65.259	2	متوسطة
المحور ككل.		2.987	0.574	59.741		متوسطة

جاء الوزن النسبي لمحور صراع القيم بنسبة (59%) أى بدرجة متوسطة وموافقة أفراد العينة على فقرات هذا المحور.

وكانت أعلى فقرتين هما:

1- فقرة رقم (5) يوجد تفضيل لإدارة عن إدارة أخرى في توزيع الموارد داخل التنظيم، وقد جاءت بوزن نسبي (68.444) ،وهي بدرجة موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وهذا يدل على أن الموارد داخل مراكز الرعاية الأولية لا توزع حسب الإحتياجات لها، ووجود تفضيل بين دوائر الرعاية الأولية، وتعزو الباحثة ذلك إلى الخلفية العلمية، والثقافية والعلمية، والمهنة الأساسية لصانعي القرار في مراكز الرعاية الأولية التي تحكم توجهاتهم وتفضيلاتهم، وأيضاً وجود نوع من السيطرة والتحكم لدى بعض مدراء الدوائر لها تأثير في الأفضلية.

2- فقرة رقم (8) الالتزام بالقرارات والقوانين غالباً ما تسبب التوتر في التعامل مع المراجعين ، وقد جاءت بوزن نسبي (65.259) ، وهي بدرجة موافقة متوسطة، من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة وهذا يدل على مدى التزام العاملين بالقرارات والقوانين المعمول بها في وزارة الصحة، وتعزو الباحثة ذلك للثقافة السائدة في المجتمع، وعدم فهم المواطنين للإجراءات يسبب أحياناً بعض من التوتر. يجب على المراجعين الإلتزام بالقرارات لأن عدم الإلتزام بها يسبب التوتر والإرباك للعاملين ويقلل سرعة الأداء والإنجاز (جلس، 2016/8/11: مقابلة) .

3- وكانت أدنى فقرتين هم فقرة:-

1- رقم (1) لا يوجد مناخ ملائم للعلاقات الإنسانية في البيئة التي أعمل بها، وقد جاءت بوزن نسبي (51.185) ، وهي بدرجة موافقة قليلة أى أقل من (60%) وموافقة قليلة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وهذا يدل على عدم وجود علاقات إنسانية في بيئة العمل نتيجة الظروف التي يمر بها العاملين، وتعزو الباحثة ذلك إلى الظروف الإقتصادية، و الإجتماعية، والضغوطات النفسية وعدم استلام الموظفين لرواتبهم أدت إلى تحجيم مناخ العلاقات الإنسانية..

2- فقرة رقم (7) وهي تعتبر الأعمال الموكلة إلى أحياناً صعبة ومعقدة، وقد جاءت بوزن نسبي (51.259)، وهي بدرجة قليلة أى أقل من (60%)، أى عدم موافقة أفراد العينة على هذه الفقرة، وهذا يدل على صعوبة العمل في المجال الصحي ومدى تعقيده وعدم وضوحه، وتعزو الباحثة ذلك للحالة النفسية التي يمر بها العاملين في القطاع الصحي، حيث أصبحت نظرتهم مأساوية للغاية، ولا يوجد لديهم تقائل بما هو حولهم، وهذا ينعكس على طبيعة عملهم التي يؤدونها ويرون بأنها صعبة ومعقدة.

ثانياً: نتائج السؤال الثاني ومناقشتها:

ينص السؤال على ما يلي: ما مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة؟ وقد تم الإجابة على هذا السؤال باستخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي، كما هو مبين في الجداول التالية:

جدول (5.8): محاور الإنتاجية

درجة الموافقة	الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المحور	
متوسطة	2	58.217	0.538	2.911	العوامل الفنية	1
متوسطة	1	62.988	0.649	3.149	العوامل الشخصية	2
متوسطة	3	57.677	0.655	2.884	العوامل العامة	3
متوسطة		59.338	0.515	2.967	الإنتاجية	

ويتضح من الجدول المبين أعلاه أن مستوى الإنتاجية في وزارة الصحة جاء على النحو التالي: في المرتبة الأولى بعد العوامل الشخصية جاء بوزن نسبي (62.988%) وهو بدرجة متوسطة، وهذه النسبة أكبر من (60%)، وحيث أن قيمة (f) الجدولية (2.680) و هي أكبر من قيمة (f) المحسوبة (1.300) وهذا يعني أن هناك موافقة من أفراد العينة على هذا البعد، أي أن الإستجابة كانت ايجابية وهذا يدل على أن العاملين يأخذون بعين الإعتبار سمعة المركز الذين ينتمون إليه.

في المرتبة الثانية بعد العوامل الفنية جاء بوزن نسبي (58.217) وهو بدرجة متوسطة، وحيث أن قيمة (f) الجدولية (2.680) و هي أقل من قيمة (f) المحسوبة (066.5) وهذا يعني أن هناك حياد من قبل أفراد العينة على هذا البعد، أي أن الإستجابة كانت سلبية. وهذا يدل على عدم وجود تناسب في القوى العاملة ومعدل التغيير والنقص الحاد في الكادر البشري في بعض التخصصات.

في المرتبة الثالثة بعد العوامل العامة جاء بوزن نسبي (57.677) وهو بدرجة متوسطة، وحيث أن قيمة (f) الجدولية (2.680) وهي أقل من قيمة (f) المحسوبة (3.504) وهذا يعني أن هناك حياد من قبل أفراد العينة على هذا البعد، أي أن الإستجابة كانت سلبية مما يدل على عدم اهتمام الإدارة بالسعي لتحفيز العاملين فيها مادياً ومعنوياً، حيث أن الإدارة لديها اهتمام بالتكنولوجيا واستحداث وسائل وتقنيات جديدة ، ولا يوجد اهتمام بالعاملين الذين يقومون

باستخدام التكنولوجيا، وتري الباحثة بضرورة إهتمام الإدارة بالموارد البشرية والمادية وتقدير جهودهم ومكافأتهم لرفع الروح المعنوية لديهم.

1- بعد العوامل الفنية:

جدول (5.9): فقرات التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي

لكل فقرة من فقرات المحور الأول:

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب ب	درجة الموافقة
-1	لا يوجد نقص في الأدوية و انتظام تدفقها حسب ما هو مخطط لها.	1.948	1.126	38.963	13	قليلة
-2	أنت راض عن ضمانات العمل من حيث الأمن والسلامة والاستقرار.	2.322	1.082	46.444	12	قليلة
-3	تعمل الإدارة علي توفير واستحداث وسائل وتقنيات الاتصال الحديثة باستمرار.	2.630	1.129	52.593	11	متوسطة
-4	المهام المطلوبة في العمل واضحة وتتناسب مع ساعات العمل.	3.137	1.087	62.741	4	متوسطة
-5	يوجد تناسب بين القوي العاملة ومعدل التغير في العمل.	2.819	1.067	56.370	10	متوسطة
-6	حجم العمل لا يعطيني الفرصة للراحة الكاملة.	2.837	1.050	56.741	9	متوسطة
-7	يوجد تداخل في الإشراف من قبل الرؤساء.	3.241	1.096	64.815	3	متوسطة
-8	توجد خطوط واضحة للسلطة والمسئولية	2.993	1.137	59.852	7	متوسطة
-9	تسعى القيادة الى تغيير الاجهزة التكنولوجية المستخدمة وتطويرها لتواكب التغيرات.	2.896	1.209	57.926	8	متوسطة
-10	تؤدي التكنولوجيا المستخدمة إلى تقليل الوقت والجهد.	3.515	1.149	70.296	1	كبيرة
-11	تقوم الوزارة بتغيير أساليب تقديم خدماته للمواطنين باستخدام التكنولوجيا.	3.356	1.034	67.111	2	متوسطة
-12	توفر الوزارة قاعدة معلوماتية تُسهل الحصول على المعلومات لكافة العاملين وللجمهور.	3.100	1.144	62.000	5	متوسطة
-13	تتوافر لدى الوزارة أساليب تقنية للتنسيق والربط مع الوزارات والمؤسسات الأخرى.	3.048	1.105	60.963	6	متوسطة
	المحور ككل	2.911	0.538	58.217		متوسطة

وكانت أعلى فقرتين هما:

1- فقرة رقم (10) تؤدي التكنولوجيا المستخدمة إلى تقليل الوقت والجهد، وقد جاءت بوزن نسبي (70.296)، وهي بدرجة كبيرة، وحيث أن قيمة (f) الجدولية (2.680) و هي أقل من قيمة (f) المحسوبة (3.515)، وهذا يعني أن هناك موافقة من أفراد العينة على الفقرة، أي أن الإستجابة كانت كبيرة، وهذا يدل على أن هناك اهتمام بالتكنولوجيا، والعمل على حوسبة النظام الصحي، وتعزو الباحثة ذلك إلى العصر الذي نعيشه، وهو ما يسمى بعصر التكنولوجيا بسبب سهولة استخدامها وتوفيرها للوقت والجهد فهي تتميز بالإقبال الشديد عليها. (مطر، 2016/8/10: مقابلة).

2- فقرة رقم (11) وهي تقوم الوزارة بتغيير أساليب تقديم خدماتها للمواطنين باستخدام التكنولوجيا، وقد جاءت بوزن نسبي (67.111) وهي بدرجة متوسطة، وحيث أن قيمة (f) الجدولية (2.680) وهي أكبر من قيمة (f) المحسوبة (2.322) وهذا يعني أن هناك موافقة من أفراد العينة على الفقرة، أي أن الإستجابة كانت ايجابية، وهذا يدل على سعي الإدارة علي توفير كافة متطلبات العمل التي تعمل على توفير الوقت والجهد، وتعزو الباحثة ذلك أن طبيعة العاملين في وزارة الصحة يمتلكون القدرة على مواكبة التطور، حيث أنهم حديثو التعيين ومن متطلبات التعيين في الوظيفة هو المعرفة التامة بكافة الوسائل الحديثة.

وكانت أدنى فقرتين هم:-

1- فقرة رقم (1) وهي لا يوجد نقص في الأدوية و انتظام تدفقها حسب ما هو مخطط لها، وقد جاءت بوزن نسبي (38.963)، وهي بدرجة قليلة، وحيث أن قيمة (f) الجدولية (2.680) وهي أكبر من قيمة (f) المحسوبة (1.948) وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على الفقرة، أي أن الإستجابة كانت سلبية وهذا يدل على وجود نقص في الأدوية، وتعزو الباحثة ذلك، للحصار المفروض على قطاع غزة، والظروف السياسية القاتلة، وأيضاً العجز المالي والإعتماد على سياسة التمويل الخارجى.

2- فقرة رقم (2) وهي أنت راض عن ضمانات العمل من حيث الأمن والسلامة والاستقرار وقد جاءت بوزن نسب (46.444)، وهي بدرجة قليلة، وحيث أن قيمة (f) الجدولية (2.680) و هي أقل من قيمة (f) المحسوبة (3.356) وهذا، وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، أي أن الإستجابة كانت سلبية، وهذا يدل على عدم وجود ضمانات كافية تلبي رغبة للعاملين، وتعزو الباحثة ذلك لقلّة الموارد

المالية، والإعتماد على التمويل الذاتي، وأيضاً عدم استقرار الوضع العام في قطاع غزة وانقسام الموظفين إلى فئتين مختلفتين إدارياً ومالياً.

2- بعد العوامل الشخصية:

جدول (5.10):

فقرات التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الثاني:

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1-	المهام المطلوبة تتناسب مع المستوى المهني وقدرات العاملين.	3.296	1.053	65.926	4	متوسطة
2-	أشعر بأن المسؤولين عني يتعاملون معي بشكل إنساني مميز.	3.274	1.147	65.481	5	متوسطة
3-	أخذ بعين الاعتبار سمعة المركز الذي انتمي إليه.	3.893	0.964	77.852	1	كبيرة
4-	أري بأن هناك تركيز علي مبدأ الجدارة والاستحقاق في الترقية والمكافآت.	2.626	1.230	52.519	8	متوسطة
5-	نظام العلاوات والمكافآت المعمول فيها في الوزارة يتسم بالعدالة والموضوعية.	2.289	1.209	45.778	9	قليلة
6-	يسمح بالاتصال بين جميع المستويات عبر التسلسل الإداري.	2.889	1.122	57.778	7	متوسطة
7-	هنالك فرص للقدرة علي اقناع رئيسك في اتخاذ القرارات .	3.256	1.037	65.111	6	متوسطة
8-	يوجد وضوح في المسؤوليات الموكلة إليك.	3.515	0.963	70.296	2	كبيرة
9-	يوفق المدراء في التعامل مع العاملين بين الحزم واللين.	3.307	0.993	66.148	3	متوسطة
	المحور ككل	3.149	0.649	62.988		متوسطة

جاء محور العوامل الشخصية بوزن نسبي (62.988) وهو بدرجة متوسطة ، وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على فقرات المحور ، أي أن الإستجابة كانت ايجابية.

وكانت أعلى فقرتين هما:

1- فقرة رقم (3) ، وهي أخذ بعين الاعتبار سمعة المركز الذي انتمي إليه، وقد جاءت بوزن نسبي (77.852) وهي بدرجة كبيرة، وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة، وهذا يدل على مدى انتماء العاملين لمكان عملهم.

2- فقرة (رقم 8) وهي يوجد وضوح في المسؤوليات الموكلة إليك، وقد جاءت بوزن نسبي (70.296)، وهي بدرجة كبيرة، وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة، وهذا يدل على مدى فهم العاملين في القطاع الصحي لمهامه ومسئولياتهم، وتعزو الباحثة ذلك إلى الخبرة التي يمتلكها العاملين الذين يحملون مؤهلات عالية واهتمام الإدارة بالعاملين لديهم.

وكانت أدنى فقرتين هما:-

1- فقرة رقم (5) ، وهي نظام العلاوات والمكافآت المعمول فيها في الوزارة يتسم بالعدالة والموضوعية، وقد جاءت بوزن نسبي (45.778) ، وهي بدرجة قليلة، وحيث أن قيمة (f) الجدولية (2.680) و هي أكبر من قيمة (f) المحسوبة (2.289) وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة وهذا يدل على ضعف نظام العلاوات والمكافآت المعمول به في الوزارة، وتعزو الباحثة ذلك إلى الوضع السياسي الراهن الذي عمل على تقليص نظام العلاوات والمكافآت بسبب النقص الشديد في الموارد المالية والعجز المالي الناتج عن الحصار المفروض على قطاع غزة.

2- فقرة رقم (4)، وهي أرى بأن هناك تركيزاً على مبدأ الجدارة والاستحقاق في الترقية والمكافآت، وقد جاءت بوزن نسبي (52.519) ، وهي بدرجة متوسطة، وهذا يعني أن هناك عدم موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وهذا يدل على ضعف التركيز على قدرات الموظفين، والمهارات التي يمتلكونها، وتعزو الباحثة ذلك لإهتمام الوزارة بفرقة معينة من الموظفين على حساب فئة أخرى، وذلك بسبب وجود فئتين من الموظفين إحداها تابعة لحكومة غزة، والأخرى لحكومة رام الله والترقية والمكافآت تكون حسب إنتماء الموظف لجهة العمل والهيكل التنظيمي التابع له.

3- بعد العوامل العامة:

جدول (5.11):

فقرات التكرارات والمتوسطات والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات المحور الثالث:

م	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب	درجة الموافقة
1-	تعمل الإدارة علي توفير وتوزيع الموارد البشرية لإنجاز العمل وتحقيق الأهداف.	2.989	1.109	59.778	3	متوسطة
2-	يوجد تكافؤ في الإنتاج بين المراكز الصحية.	2.622	1.016	52.444	10	متوسطة
3-	تقوم الإدارة بتحفيز الأفراد ماديا ومعنويا وذلك بنشر نتائج أبحاثهم ودراساتهم العلمية والتكنولوجية.	2.230	1.070	44.593	11	قليلة
4-	تفخر العائلة بعمل ابنها داخل المركز .	3.619	0.948	72.370	1	كبيرة
5-	يوجد توافق وتناسق بين القوي العامل في المؤسسة الصحية والمجموع الكلي للسكان حسب المحافظات في قطاع غزة .	2.830	1.070	56.593	7	متوسطة
6-	يوجد تواصل من الإدارة مع الموظفين العاملين من ناحية التوجيهات والإشراف الدائم.	3.178	1.069	63.556	2	متوسطة
7-	تحرص الإدارة على تحديد الاحتياجات التدريبية للعاملين.	2.874	1.120	57.481	5	متوسطة
8-	تعمل الإدارة علي توفير الموارد اللازمة لتعزيز الأداء.	2.800	1.076	56.000	8	متوسطة
9-	تقوم الإدارة بتقييم البرامج التدريبية لتطوير العاملين.	2.848	1.078	56.963	6	متوسطة
10-	تسعي الإدارة لإيجاد حلول جذرية للصراعات.	2.785	1.076	55.704	9	متوسطة
11-	تفضل الإدارة استخدام المنطق السليم والموضوعية في حل الصراع.	2.948	1.106	58.963	4	متوسطة
	المحور ككل.	2.884	0.655	57.677		متوسطة

وقد تبين من الجدول السابق أن بعد العوامل العامة حاز على وزن نسبي (57.677%) وهو بدرجة متوسطة ، وهذا يدل على عدم موافقة أفراد العينة على فقرات هذا المحور .

وكانت أعلى فقرتين هما:

- 1- فقرة رقم (4) وهي تفخر العائلة بعمل ابنها داخل المركز، وقد جاءت بوزن نسبي (72.370)، وهي بدرجة كبيرة وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على هذه الفقرة أى أن وجود العاملين فى المراكز الصحية له تأثير اجتماعى ومفخرة اجتماعية، وتعزو الباحثة ذلك إلى صفات الشعب الفلسطيني وتفضيل الحقل الطبي عن أى حقول أخرى.
- 2- فقرة رقم (6) تواصل من الإدارة مع الموظفين العاملين من ناحية التوجيهات، والإشراف الدائم وقد جاءت بوزن نسبي (63.556) ، وهي بدرجة متوسطة، وهذا يعني أن هناك موافقة من قبل أفراد العينة على هذه الفقرة، وهذا يدل على وجود نظام اشراف وتوجيه معمول به فى وزارة الصحة، وتعزو الباحثة ذلك لأهمية متابعة العاملين فى كافة المناطق وتوجيههم حسب خطط موضوعة واستراتيجيات وسياسات معمول بها وذلك لرفع الروح المعنوية لدى العاملين ورفع كفاءتهم العملية.

وكانت أدنى فقرتين هما:-

- 1- فقرة رقم (2) يوجد تكافؤ فى الإنتاج بين المراكز الصحية، وقد جاءت بوزن نسبي (52.444)، وهي بدرجة متوسطة، قيمة (f) الجدولية (2.680) و هي أكبر من قيمة (f) المحسوبة (2.622) وهذا يعنى عدم موافقة أفراد العينة على هذه الفقرة ،حيث لا يوجد تكافؤ فى الإنتاج من وجه نظر العاملين وذلك يرجع لسوء توزيع المراكز الصحية، وعدم التخطيط فى توزيع القوى العاملة، وتعزو الباحثة ذلك لوجود مراكز عشوائية ليس لها أى فائدة ووجود تنوع فى مستويات المركز، حيث توجد مراكز ذات مستوى ثانٍ ومراكز ذات مستوى رابع فلا يوجد تناسب فى المستويات يؤدي إلى عدم وجود تناسب فى توزيع القوى العاملة. والسبب الرئيس يكمن فى عدم توفر الوقود الصناعي لتشغيل المراكز الصحية بالقدر المطلوب مما يؤثر على حجم العمل وبالتالي على كفاءة الإنتاج (أبو سمان، 2016/8/10: "مقابلة").

- 2- فقرة رقم (3) تقوم الإدارة بتحفيز الأفراد مادياً ومعنوياً وذلك بنشر نتائج أبحاثهم ودراساتهم العلمية والتكنولوجية، وقد جاءت بوزن نسبي (44.593) ،وهي بدرجة قليلة، وحيث أن قيمة (f) الجدولية (2.680) و هي أكبر من قيمة (f) المحسوبة (2.230) وهذا يعنى موافقة أفراد العينة على هذه الفقرة وهذا يدل على عدم وجود مركز أبحاث لدى الوزارة، وتعزو الباحثة ذلك لإفتقار الوزارة لمراكز أبحاث، وأيضاً عدم وجود متخصصين فى مجال الأبحاث الصحية، حيث أن المشرف على ذلك هو تنمية القوى البشرية التى لا تقوم بنشر

أبحاث ودراسات العاملين في الوزارة، ولكن العاملين هم من يقومون بالبحث عن مراكز تقوم بنشر أبحاثهم ودراساتهم على نفقتهم الخاصة.

علاقة الصراع التنظيمي بالإنتاجية.

❖ إجابة السؤال الثالث من أسئلة الدراسة والتحقق من صحة فرضيتها:

ينص السؤال على ما يلي: هل يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع الصراع التنظيمي، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة؟

ولإجابة على هذا السؤال تم صياغة الفرضية التالية:

يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع الصراع التنظيمي، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة، وتم التحقق من صحة هذه الفرضية عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.12): معاملات ارتباط بيرسون بين الصراع التنظيمي وبين الإنتاجية:

م	المحور	معامل الارتباط	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
1	العوامل الفنية.	0.495	0.000	دالة
2	العوامل الشخصية.	0.530	0.000	دالة
3	العوامل العامة.	0.477	0.000	دالة
	الإنتاجية	0.855	0.000	دالة

قيمة ر عند درجة حرية 286 ومستوى دلالة 0.195 = (0.05).

قيمة ر عند درجة حرية 286 ومستوى دلالة 0.254 = (0.01).

وقد تبين من الجدول السابق أن : معاملات ارتباط بيرسون بين الصراع التنظيمي ، وبين الإنتاجية دالة، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين واقع الصراع التنظيمي، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة ، وتتفق هذه الدراسة مع نتائج دراسة: (اللوح 2008)،(وشاح،2010) ، حيث أظهرت هذه الدراسات وجود علاقة بين أسباب الصراع التنظيمي، حيث أنه إذا لم يتم استخدام أى أسلوب من أساليب السيطرة على الصراع يؤدي ذلك إلى علاقة عكسية.

وبالتالي تستنتج الباحثة قبول الفرضية التي تنص على أنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع الصراع التنظيمي، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة،

ويتفرع من الفرضية الرئيسية السابقة الفرضيات الفرعية التالية:

يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع صراع علاقات العمل، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة، وتم التحقق من صحة هذه الفرضية عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.13): معاملات ارتباط بيرسون بين صراع علاقات العمل وبين الإنتاجية

م	المحور	معامل الارتباط	قيمة Sig.	مستوى الدلالة
1	العوامل الفنية.	0.307	0.000	دالة
2	العوامل الشخصية.	0.456	0.000	دالة
3	العوامل العامة.	0.292	0.000	دالة
	الإنتاجية.	0.407	0.000	دالة

قيمة ر عند درجة حرية 286 ومستوى دلالة $0.195 = (0.05)$.

قيمة ر عند درجة حرية 286 ومستوى دلالة $0.254 = (0.01)$.

وقد تبين من الجدول السابق أن : معاملات ارتباط بيرسون بين صراع علاقات العمل وبين، الإنتاجية دالة، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين واقع صراع علاقات العمل وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة.

***واتفقت هذه الدراسة مع دراسة: (plowan,2005) التي بينت أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ ، بين واقع صراع علاقات العمل، حيث أن نمط علاقات العمل مهمل وأن هناك دور مهما للإدارة العليا في احتواء الصراع، بينما كان دور الذكور مسيطراً في حين أن دور الإناث كان تجنب للصراع وهذا يؤكد وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين علاقات العمل والإنتاجية.**

***واختلفت هذه الدراسة مع باقى الدراسات: بأنه لا توجد علاقة إحصائية بين علاقات العمل ومستوى الإنتاجية.**

وبالتالي تستنتج الباحثة قبول الفرضية التي تنص على أنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع صراع علاقات العمل، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة

يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع صراع المعلومات، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة، وتم التحقق من صحة هذه الفرضية عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.14): معاملات ارتباط بيرسون بين صراع المعلومات وبين الإنتاجية:

م	المحور	معامل الارتباط	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
1	العوامل الفنية.	0.434	0.000	دالة
2	العوامل الشخصية.	0.433	0.000	دالة
3	العوامل العامة.	0.366	0.000	دالة
	الإنتاجية.	0.483	0.000	دالة

قيمة ر عند درجة حرية 286 ومستوى دلالة $0.195 = (0.05)$.

قيمة ر عند درجة حرية 286 ومستوى دلالة $0.254 = (0.01)$.

وقد تبين من الجدول السابق أن : معاملات ارتباط بيرسون بين صراع المعلومات، وبين الإنتاجية دالة، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين واقع صراع المعلومات وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة، ولا يوجد تطابق أوتباين في النتائج التي توصلت إليها الدراسة مع الدراسات الأخرى وتعزو الباحثة ذلك لمتغيرات الدراسة، وأيضاً لمكان عمل الدراسة ولكن هناك دراسات تناولت صراع المعلومات من منحنى آخر وهو غموض الدور والذي بدوره ينعكس على أداء العاملين وبالتالي يكون سبباً في انخفاض إنتاجيتهم.

***واتفقت هذه الدراسة مع دراسة: (عبيد، 2011)،** حيث بينت هذه الدراسة وجود علاقة بين غموض الدور (صراع المعلومات) وارتفاع مستوى الصراع التنظيمي في مستشفى رفديا.

***واختلفت هذه الدراسات مع باقى الدراسات:** التي بينت عدم وجود علاقة بين صراع المعلومات والذي بدوره ينعكس على كفاءة الأداء

وبالتالي تستنتج الباحثة قبول الفرضية التي تنص على أنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع صراع المعلومات، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة،

يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع صراع المصالح، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة، وتم التحقق من صحة هذه الفرضية عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.15): معاملات ارتباط بيرسون بين صراع المصالح وبين الإنتاجية:

م	المحور	معامل الارتباط	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
1	العوامل الفنية.	0.382	0.000	دالة
2	العوامل الشخصية.	0.319	0.000	دالة
3	العوامل العامة.	0.407	0.000	دالة
	الإنتاجية.	0.440	0.000	دالة

قيمة ر عند درجة حرية 286 ومستوى دلالة 0.195 = (0.05).

قيمة ر عند درجة حرية 286 ومستوى دلالة 0.254 = (0.01) .

وقد تبين من الجدول السابق أن : معاملات ارتباط بيرسون بين صراع المصالح، وبين الإنتاجية دالة، وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين واقع صراع المصالح وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة.

*وبالتالي تستنتج الباحثة قبول الفرضية التي تنص على أنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع صراع المصالح، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة،

يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع صراع البنية ، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة، وتم التحقق من صحة هذه الفرضية عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون، كما هو مبين في الجدول التالي:

وتم التحقق من صحة هذه الفرضية عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.16): معاملات ارتباط بيرسون بين صراع البنية وبين الإنتاجية:

م	المحور	معامل الارتباط	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
1-	العوامل الفنية.	0.411	0.000	دالة
2-	العوامل الشخصية.	0.428	0.000	دالة
3-	العوامل العامة.	0.469	0.000	دالة
	الإنتاجية.	0.519	0.000	دالة

قيمة ر عند درجة حرية 286 ومستوى دلالة 0.195 = (0.05).

قيمة ر عند درجة حرية 286 ومستوى دلالة 0.254 = (0.01).

معاملات ارتباط بيرسون بين صراع البنية وبين الإنتاجية مرتفعة، وهذا يدل على وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين واقع صراع البنية وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة، أي أنه كلما كان هناك صراع هيكل تنظيمي ارتفعت مستويات الإنتاجية أي أن صراع البنية ذو قيمة تنافسية تعمل على ارتفاع معدلات الإداء.

وبالتالي ترى الباحثة قبول الفرضية التي تنص على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع صراع البنية ، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة،

*وتتفق هذه الدراسة مع نتائج الدراسة التالية دراسة: (طه، 2013) بأنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع صراع البنية ، حيث تبين أن عدم مرونة الهيكل التنظيمي يعمل على عدم قدرة الإتصال والتوافق بين العاملين وبالتالي عدم إتاحة الفرصة للعاملين للحوار والإفتتاح، وهذا ينعكس بالسلب على إنتاجية العاملين.

وتختلف هذه الدراسة مع نتائج الدراسات التالية: (عمار، 2006) بعدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين واقع صراع البنية ، حيث بينت تلك الدراسات بأن الصراع ليس سبباً في انخفاض الإنتاجية، ولكن يمكن أن يكون هناك متغيرات أخر هي السبب في خفض القدرة الإنتاجية.

يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين واقع صراع القيم، وبين مستوى الإنتاجية، وتم التحقق من صحة هذه الفرضية عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.17): معاملات ارتباط بيرسون بين صراع القيم وبين الإنتاجية:

م	المحور	معامل الارتباط	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
1	العوامل الفنية.	-0.058	0.343	غير دالة
2	العوامل الشخصية.	-0.060	0.329	غير دالة
3	العوامل العامة.	-0.097	0.111	غير دالة
	الإنتاجية.	-0.086	0.161	غير دالة

قيمة ر عند درجة حرية 286 ومستوى دلالة 0.195 = (0.05).

قيمة ر عند درجة حرية 286 ومستوى دلالة 0.254 = (0.01).

وقد تبين من الجدول السابق أن : معاملات ارتباط بيرسون بين صراع القيم، وبين الإنتاجية غير دالة، وهذا يدل على عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين واقع صراع القيم، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة ، وترى الباحثة أنه كلما ارتفع مستوى الصراع التنظيمي في وزارة الصحة، كلما أدى ذلك إلى تدني في مستوى الإنتاجية بمعنى أن العلاقة بين الصراع التنظيمي والإنتاجية علاقة عكسية.

*وبشكل عام وفي النهاية ترى الباحثة بقبول الفرضية التي تنص على عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين واقع صراع القيم، وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة أي أن صراع القيم بحد ذاته لا يؤثر في الإنتاجية كنمط من أنماط الصراع التنظيمي.

❖ نتائج السؤال الرابع ومناقشتها:

ينص السؤال على ما يلي: هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)

لواقع الصراع التنظيمي على مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة؟

وللإجابة على هذا السؤال تم صياغة الفرضية التالية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) لواقع الصراع التنظيمي على مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة. وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام تحليل الانحدار الخطي (Linear Regression Analysis) كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.18): تحليل الانحدار الخطي

م	المتغيرات المستقلة	معامل الانحدار	قيمة "T"	قيمة "Sig."	الدلالة
1-	المتغير الثابت	0.414	1.711	0.088	غير دالة
2-	صراع علاقات العمل	0.186	3.233	0.001	دالة
3-	صراع المعلومات	0.307	4.561	0.000	دالة
4-	صراع المصالح	0.181	4.705	0.000	دالة
5-	صراع البنية	0.260	5.059	0.000	دالة
6-	صراع القيم	0.107-	2.538-	0.012	دالة
معامل التحديد - (0.447) = معامل التحديد المعدل (0.436) =					

قيمة "T" الجدولية عند درجة حرية 268 ومستوى دلالة 1.980 = (0.05) .

*معامل التحديد = (0.447)، ومعامل التحديد المعدل = (0.436)، أي أن ما نسبته (43.60%) من التغيير في مستوى الإنتاجية يعود للتغيير في المتغيرات المستقلة سابقة الذكر في الجدول، والنسبة المتبقية (56.40%) تعود للتغيير في عوامل أخرى.

ومن الجدول أعلاه تستنتج الباحثة بأن تقبل الفرضية التي تنص على أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) لواقع الصراع التنظيمي على مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة. تحليل فقرات الإستبانة: لتحليل فقرات الاستبانة تم استخدام اختبار t للعينات الواحدة، حيث تعتبر الفقرة ايجابية بمعنى أن أفراد العينة يوافقون على محتواها إذا كانت قيمة (t) المحسوبة أكبر من الجدولية، والتي تساوي (1.980) أو القيمة الإحتمالية (sig) أقل من (0.05)، الوزن النسبي أقل من (60%) وتكون آراء العينة محايدة إذا كانت القيم الإحتمالية (sig) أكبر من (0.05).

*المتغيرات ذات دلالة إحصائية هي: (صراع علاقات العمل، صراع المعلومات، صراع المصالح، صراع البنية، صراع القيم)، أي أنها تؤثر في مستوى الإنتاجية.
*المتغيرات ليست ذات دلالة إحصائية هي: (المتغير الثابت)، أي أنها لا تؤثر في مستوى الإنتاجية.

*معادلة الانحدار هي: مستوى الإنتاجية = 0.414 + 0.186 * (صراع علاقات العمل) + 0.307 * (صراع المعلومات) + 0.181 * (صراع المصالح) + 0.260 * (صراع البنية) - 0.107 * (صراع القيم).

*نتائج السؤال الخامس ومناقشتها:

ينص السؤال على ما يلي: هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغيرات: (الجنس، المحافظة، العمر، المسمى الوظيفي، المهنة الأساسية، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخدمة)؟

وللإجابة على هذا السؤال تم صياغة الفرضية الرئيسية التالية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغيرات: (الجنس، المحافظة، العمر، المسمى الوظيفي، المهنة الأساسية، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخدمة)، وتتفرع من هذه الفرضية الرئيسية الفرضيات الفرعية التالية:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغير الجنس، وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار T-Test كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.19): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير الجنس (ذكور - إناث):

م	المحور	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "T"	قيمة Sig."	مستوى الدلالة
1	صراع علاقات العمل.	ذكر	154	3.088	0.450	-1.060	0.290	غير دالة
		أنثى	116	3.147	0.463			
2	صراع المعلومات.	ذكر	154	3.187	0.442	0.501	0.616	غير دالة
		أنثى	116	3.161	0.393			
3	صراع المصالح.	ذكر	154	2.965	0.658	-0.661	0.509	غير دالة
		أنثى	116	3.020	0.694			
4	صراع البنية.	ذكر	154	2.996	0.554	-0.145	0.884	غير دالة
		أنثى	116	3.006	0.557			
5	صراع القيم.	ذكر	154	3.038	0.574	1.692	0.092	غير دالة
		أنثى	116	2.919	0.569			
	الصراع التنظيمي.	ذكر	154	3.079	0.317	0.144	0.886	غير دالة
		أنثى	116	3.073	0.320			

*قيمة "T" الجدولية عند درجة حرية (268) وعند مستوى دلالة 1.980 = (0.05) .

وقد تبين من الجدول السابق أن : قيمة "T" المحسوبة أقل من قيمة "T" الجدولية في جميع المحاور، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغير الجنس، وتعزو الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير الجنس، إلى التقارب بين نسبة الذكور والإناث وأن الجنس كمتغير تابع لا يؤثر في واقع الصراع التنظيمي.

ونستنتج من الجدول السابق أنه يجب قبول الفرضية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغير الجنس، حيث أن الجنس كمتغير ليس له أثر واضح في الصراع التنظيمي.

***واتفقت هذه الدراسة مع الدراسات التالية:** (البياتي، 2012)، دراسة(عمار، 2006) ، بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول واقع الصراع التنظيمي تُعزى لمتغير الجنس، حيث أثبتت هذه الدراسات بأن الجنس كمتغير لا يؤثر في الصراع التنظيمي.

وتختلف هذه الدراسة مع الدراسات التالية: (العتار، 2010) ،حيث بينت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول واقع الصراع التنظيمي تُعزى لمتغير الجنس حسب تصور أفراد العينة لإستراتيجيات الصراع.

***لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغير العمر، وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA ، كما هو مبين في الجدول التالي:**

جدول (5.20): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير العمر:

م	المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
1	صراع علاقات العمل	بين المجموعات	0.822	3	0.274	1.324	0.267	غير دالة
		داخل المجموعات	55.081	266	0.207			
		المجموع	55.904	269				
2	صراع المعلومات	بين المجموعات	0.074	3	0.025	0.138	0.937	غير دالة
		داخل المجموعات	47.624	266	0.179			
		المجموع	47.698	269				
3	صراع المصالح	بين المجموعات	2.384	3	0.795	1.770	0.153	غير دالة
		داخل المجموعات	119.471	266	0.449			
		المجموع	121.856	269				
4	صراع البنية	بين المجموعات	0.270	3	0.090	0.290	0.833	غير دالة
		داخل المجموعات	82.420	266	0.310			
		المجموع	82.690	269				
5	صراع القيم	بين المجموعات	1.238	3	0.413	1.256	0.290	غير دالة
		داخل المجموعات	87.373	266	0.328			
		المجموع	88.611	269				
	الصراع التنظيمي	بين المجموعات	0.077	3	0.026	0.250	0.861	غير دالة
		داخل المجموعات	27.124	266	0.102			
		المجموع	27.201	269				

*قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية 3، (266 وعند مستوى دلالة 2.680 = (0.05)

وقد تبين من الجدول السابق أن: قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في جميع المحاور، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تعزى لمتغير العمر، وهذا يدل على أن نسبة تواجد الفئة العمرية الشابة قليلة جداً وهذا بدوره ينعكس على خلفيتهم الثقافية والإدارية، وأنه يمكن الإستخدام الأمثل للكفاءات والقدرات نحو التوجيه الصحيح للعمل.

***واتفقت هذه الدراسة مع دراسة:** (اللوحي، 2008) حيث بينت هذه الدراسة بأنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية حول واقع الصراع التنظيمي تُعزى لمتغير العمر، حيث أن العمر كمتغير لا يؤثر في الصراع وكانت مستوياته منخفضة وأن الصراعات ليس لها أي انعكاسات.

***واختلفت هذه الدراسة مع دراسة** (عبد الواحد، 2008)، حيث بينت هذه الدراسة بأن الصراع التنظيمي يتأثر بالمتغيرات الشخصية ومنها متغير العمر.

وبالتالي تستنتج الباحثة بأنه يجب قبول الفرضية التي تنص على أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة الباحثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير العمر.

***لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة الباحثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي.** وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.21): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المسمى الوظيفي:

م	المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة Sig. ""	مستوى الدلالة
-1	صراع علاقات العمل.	بين المجموعات	0.344	3	0.115	0.550	0.649	غير دالة
		داخل المجموعات	55.559	266	0.209			
		المجموع	55.904	269				
-2	صراع المعلومات.	بين المجموعات	0.364	3	0.121	0.683	0.563	غير دالة
		داخل المجموعات	47.334	266	0.178			
		المجموع	47.698	269				
-3	صراع المصالح.	بين المجموعات	4.519	3	1.506	3.415	0.018	دالة
		داخل المجموعات	117.336	266	0.441			
		المجموع	121.856	269				
-4	صراع البنية.	بين المجموعات	0.081	3	0.027	0.087	0.967	غير دالة
		داخل المجموعات	82.609	266	0.311			
		المجموع	82.690	269				
-5	صراع القيم.	بين المجموعات	1.295	3	0.432	1.315	0.270	غير دالة
		داخل المجموعات	87.316	266	0.328			
		المجموع	88.611	269				
-6	الصراع التنظيمي.	بين المجموعات	0.177	3	0.059	0.582	0.628	غير دالة
		داخل المجموعات	27.023	266	0.102			
		المجموع	27.201	269				

*قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (3)، (266 وعند مستوى دلالة 2.680 = (0.05).

وقد تبين من الجدول السابق أن : قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في جميع المحاور، ويتضح الفرق فقط في محور صراع المصالح، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي. قيمة "F" المحسوبة أكبر من قيمة "F" الجدولية في محور صراع المصالح، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي.

ولإيجاد الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي ، وتم استخدام اختبار LSD ، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.22): الفروقات بين المجموعات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المسمى الوظيفي

في محور صراع المصالح

المسمى الوظيفي	مدير وحدة	مدير دائرة	رئيس قسم	رئيس شعبة
مدير وحدة.	1			
مدير دائرة.	0.600*	1		
رئيس قسم.	0.112	0.488*-	1	
رئيس شعبة.	0.138	0.462*-	0.026	1

وقد تبين من الجدول السابق أنه : يوجد فروقات بين مجموعة مدير دائرة ومجموعة مدير وحدة ولصالح مجموعة مدير دائرة، ويوجد فروقات بين مجموعة رئيس قسم ومجموعة مدير دائرة ولصالح مجموعة مدير دائرة، ويوجد فروقات بين مجموعة رئيس شعبة ومجموعة مدير دائرة ولصالح مجموعة مدير دائرة. وتعزو الباحثة وجود فروق ولصالح صراع المصالح تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي، و ذلك بسبب أن المدراء لديهم رؤية مختلفة حول تأثير المصالح أكثر من غيرهم و يرجع ذلك إلى الخبرة التي يملكونها في المؤسسة الصحي.

وترى الباحثة بأنه يجب قبول الفرضية القائلة بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي.

*واتفقت هذه الدراسة مع دراسة: (عبدالواحد، 2008) (Brower et al., 2002)، (عبيد، 2011) بوجود فروق ذات دلالة إحصائية حول واقع الصراع التنظيمي تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي، حيث أنه كان للإدارة العليا دوراً مهماً في نموذج احتواء الصراع طبقاً للمسمى الوظيفي الذين يمتلكونه.

*واختلفت هذه الدراسة مع دراسة: (اللوح، 2008) (طه، 2013) والتي بينت أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الصراع التنظيمي والرضا الوظيفي تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي.

*لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المهنة الأساسية، وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.23): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المهنة الأساسية:

م	المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة Sig.***	مستوى الدلالة
-1	صراع علاقات العمل.	بين المجموعات	0.975	5	0.195	0.937	0.457	غير دالة
		داخل المجموعات	54.929	264	0.208			
		المجموع	55.904	269				
-2	صراع المعلومات.	بين المجموعات	2.531	5	0.506	2.959	0.013	دالة
		داخل المجموعات	45.167	264	0.171			
		المجموع	47.698	269				
-3	صراع المصالح.	بين المجموعات	1.723	5	0.345	0.757	0.581	غير دالة
		داخل المجموعات	120.133	264	0.455			
		المجموع	121.856	269				
-4	صراع البنية.	بين المجموعات	1.468	5	0.294	0.954	0.446	غير دالة
		داخل المجموعات	81.222	264	0.308			
		المجموع	82.690	269				
-5	صراع القيم.	بين المجموعات	2.604	5	0.521	1.599	0.161	غير دالة
		داخل المجموعات	86.006	264	0.326			
		المجموع	88.611	269				
-6	الصراع التنظيمي.	بين المجموعات	0.726	5	0.145	1.448	0.207	غير دالة
		داخل المجموعات	26.474	264	0.100			
		المجموع	27.201	269				

*قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (5، 264) وعند مستوى دلالة 2.290 = (0.05).

وقد تبين من الجدول السابق أن: قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في جميع المحاور، باستثناء محور صراع المعلومات، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغير المهنة الأساسية. قيمة "F" المحسوبة أكبر من قيمة "F" الجدولية في محور صراع المعلومات، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغير المهنة الأساسية.

ولإيجاد الفروقات بين المجموعات في الصراع التنظيمي تُعزى لمتغير المهنة الأساسية ، وتم استخدام اختبار LSD، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.24): الفروقات بين المجموعات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المهنة الأساسية

في محور صراع المعلومات

المهنة الأساسية	طبيب	طبيب أسنان	ممرض	صيدلي	إداري	أخرى
طبيب	1					
طبيب أسنان	0.057-	1				
ممرض	0.142	0.199	1			
صيدلي	0.095	0.152	0.047-	1		
إداري	0.044	0.100	0.099-	0.052-	1	
أخرى	0.230*	0.287*	0.087	0.135	0.186*	1

وقد تبين من الجدول السابق أنه: يوجد فروقات بين مجموعة أخرى ومجموعة طبيب، ولصالح مجموعة أخرى، يوجد فروقات بين مجموعة أخرى ومجموعة إداري، ولصالح مجموعة أخرى، وتعزو الباحثة وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير المهنة الأساسية، و لصالح مجموعة المهن الأخرى أنهم ينتمون إلى العمل الإداري أكثر من العمل المهني، فهم بعيدون عن الحقل الصحي، حيث إن معظمهم ينتمون إلى فئة أخرى، ويعتبرون أقل أهمية من الطبيب، لأنه حسب تركيبة المجتمع الفلسطيني يعتبر الطبيب في المركز الأول.

*وانفقت هذه الدراسة مع دراسة: (أبو سنيّة، 2012) والتي بينت أنه يوجد فروق ذات

دلالة إحصائية بين المجموعات حول مستوى الصراع التنظيمي ، تعزى للمهنة الأساسية .

*اختلفت هذه الدراسة مع دراسة: (أبو عساكر، 2008) والتي بينت عدم وجود فروق

تُعزى لمتغير المهنة الأساسية، حيث بينت بهذه الدراسة عدم وجود أي تأثير لأي من المستويات الإدارية أو التخصصات الوظيفية على الإلتزام الوظيفي والذي يتأثر بالصراع التنظيمي.

وبالتالي ترى الباحثة قبول الفرضية القائلة بأنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المهنة الأساسية، حيث أن المهنة الأساسية ليس لها أي تأثير في الصراع التنظيمي. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المؤهل العلمي. وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.25): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي

م	المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة Sig. ^{***}	مستوى الدلالة
-1	صراع علاقات العمل.	بين المجموعات	0.626	3	0.209	1.004	0.392	غير دالة
		داخل المجموعات	55.278	266	0.208			
		المجموع	55.904	269				
-2	صراع المعلومات.	بين المجموعات	0.066	3	0.022	0.124	0.946	غير دالة
		داخل المجموعات	47.632	266	0.179			
		المجموع	47.698	269				
-3	صراع المصالح.	بين المجموعات	0.423	3	0.141	0.309	0.819	غير دالة
		داخل المجموعات	121.433	266	0.457			
		المجموع	121.856	269				
-4	صراع البنية.	بين المجموعات	1.045	3	0.348	1.135	0.335	غير دالة
		داخل المجموعات	81.644	266	0.307			
		المجموع	82.690	269				
-5	صراع القيم.	بين المجموعات	4.584	3	1.528	4.838	0.003	دالة
		داخل المجموعات	84.026	266	0.316			
		المجموع	88.611	269				
-6	الصراع التنظيمي.	بين المجموعات	0.076	3	0.025	0.247	0.863	غير دالة
		داخل المجموعات	27.125	266	0.102			
		المجموع	27.201	269				

*قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (3) ، (266 وعند مستوى دلالة 2.680 = (0.05).

وقد تبين من الجدول السابق أن : قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في جميع المحاور، باستثناء محور صراع القيم، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المؤهل العلمي. قيمة "F" المحسوبة أكبر من قيمة "F" الجدولية في محور صراع القيم، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المؤهل العلمي.

ولإيجاد الفروقات بين المجموعات في الصراع التنظيمي تُعزى لمتغير المؤهل العلمي، وتم استخدام اختبار LSD، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.26): الفروقات بين المجموعات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي

في محور صراع القيم

المؤهل العلمي	دبلوم فأقل	بكالوريوس	ماجستير	دكتوراة
دبلوم فأقل.	1			
بكالوريوس.	0.312*	1		
ماجستير.	0.179	0.133-	1	
دكتوراة.	0.132	0.180-	0.047-	1

وقد تبين من الجدول السابق أنه : يوجد فروقات بين مجموعة بكالوريوس ومجموعة دبلوم فأقل، ولصالح مجموعة بكالوريوس، وهذا يدل على أن نسبة كبيرة من أفراد العينة من حملة البكالوريوس وهذا يدل على أن وزارة الصحة تقوم بتعيين العاملين فيها ممن يحملون شهادات عالية وليس متدنية كحملة الدبلوم فأقل.

وتستنتج الباحثة من ذلك بعدم قبول الفرضية التي تنص بأنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المؤهل العلمي.

***واتفقت هذه الدراسة مع دراسة:** (طه، 2013)، (وشاح، 2010)، حيث بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول واقع الصراع التنظيمي تُعزى لمتغير المؤهل العلمي، ولصالح فئة البكالوريوس. وتعزو الباحثة ذلك إلى تأثير الصراع التنظيمي على المؤهل العلمي لحملة

البكالوريوس إلى تطلع هذه الفئة إلى المناصب العليا، وعدم رضاهم عن الإدارة الحالية، وتعطي نفسها الحق في الإدارة من الإدارة الموجودة حالياً.

***اختلفت هذه الدراسة مع الدراسات التالية:** (دراسة اللوح، 2008) (عمار، 2006) (بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول واقع الصراع التنظيمي تُعزى لمتغير المؤهل العلمي.

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير عدد سنوات الخدمة. وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.27): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير عدد سنوات الخدمة:

م	المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة Sig. ""	مستوى الدلالة
-1	صراع علاقات العمل.	بين المجموعات	1.080	3	0.360	1.747	0.158	غير دالة
		داخل المجموعات	54.824	266	0.206			
		المجموع	55.904	269				
-2	صراع المعلومات.	بين المجموعات	0.864	3	0.288	1.637	0.181	غير دالة
		داخل المجموعات	46.834	266	0.176			
		المجموع	47.698	269				
-3	صراع المصالح.	بين المجموعات	0.811	3	0.270	0.594	0.619	غير دالة
		داخل المجموعات	121.045	266	0.455			
		المجموع	121.856	269				
-4	صراع البنية.	بين المجموعات	2.004	3	0.668	2.202	0.088	غير دالة
		داخل المجموعات	80.686	266	0.303			
		المجموع	82.690	269				
-5	صراع القيم.	بين المجموعات	1.522	3	0.507	1.550	0.202	غير دالة
		داخل المجموعات	87.088	266	0.327			
		المجموع	88.611	269				
-6	الصراع التنظيمي.	بين المجموعات	0.827	3	0.276	1.780	0.146	غير دالة
		داخل المجموعات	26.374	266	0.099			
		المجموع	27.201	269				

*قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (3) ، (266 وعند مستوى دلالة 2.680 = (0.05).

وقد تبين من الجدول السابق أن: قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في جميع المحاور، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغير عدد سنوات الخدمة. وتعزو الباحثة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المبحوثين تُعزى لمتغير سنوات الخبرة، وهذا يدل على أن أفراد العينة من أصحاب المسميات الإشرافية هم .

***واتفقت هذه الدراسة مع الدراسات التالية:** (اللوح، 2008) (الجعافرة، 2013) ، بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للصراع التنظيمي، حيث بينت هذه الدراسات بأن الصراعات التنظيمية ليس لديها أي انعكاسات على الرضا الوظيفي في جامعتي الأزهر والإسلامية وأيضاً بالنسبة لمدرء المدارس تعزى للخبرة حيث أن الخبرة تعمل على تقليل حدة الصراع وتحديه إلى صراع ايجابي.

واختلفت هذه الدراسة مع دراسة: (Plowen,2005) بوجود فروق ذات دلالة احصائية حول واقع الصراع التنظيمي تُعزى لمتغير سنوات الخدمة، حيث بينت هذه الدراسة مدى الإدارة العليا إعتماًداً على الخبرة والتخطيط الإستراتيجي لحل مشاكل المنظمة.

وبالتالي تستنتج الباحثة قبول الفرضية التي تنص على أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغير عدد سنوات الخدمة.

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المحافظة. وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.28): الفروقات في الصراع التنظيمي بالنسبة لمتغير المحافظة:

م	المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
-1	صراع علاقات العمل.	بين المجموعات	1.480	4	0.370	1.801	0.129	غير دالة
		داخل المجموعات	54.424	265	0.205			
		المجموع	55.904	269				
-2	صراع المعلومات.	بين المجموعات	1.153	4	0.288	1.641	0.164	غير دالة
		داخل المجموعات	46.546	265	0.176			
		المجموع	47.698	269				
-3	صراع المصالح.	بين المجموعات	0.146	4	0.037	0.080	0.989	غير دالة
		داخل المجموعات	121.709	265	0.459			
		المجموع	121.856	269				
-4	صراع البنية.	بين المجموعات	2.082	4	0.521	1.711	0.148	غير دالة
		داخل المجموعات	80.608	265	0.304			
		المجموع	82.690	269				
-5	صراع القيم.	بين المجموعات	2.053	4	0.513	1.571	0.182	غير دالة
		داخل المجموعات	86.558	265	0.327			
		المجموع	88.611	269				
-6	الصراع التنظيمي.	بين المجموعات	0.713	4	0.178	1.783	0.132	غير دالة
		داخل المجموعات	26.488	265	0.100			
		المجموع	27.201	269				

*قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (4)، (265 وعند مستوى دلالة 2.45 = 0.05).

وقد تبين من الجدول السابق أن: قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في جميع المحاور، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المحافظة. وتعزو الباحثة بأنه لا توجد فروق تُعزى

لمتغير المحافظة إلى طبيعة الإنسان الفلسطيني وثقافته وأن الصراع التنظيمي ليس له تأثيرٌ على مستوى محافظات غزة، لأن المدراء يتمتعون بالعقلانية والرشد والقدرة على السيطرة والتحكم في مجريات الأحداث على مستوى محافظات غزة.

* ولم تتفق هذه الدراسة مع أي دراسة: بأن المكان له أثر في الصراع التنظيمي حيث يرجع ذلك إلى أسباب أخرى.

وتستنتج الباحثة من ذلك بقبول الفرضية التي تنص بأنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة الباحثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغير المؤهل العلمي.

❖ الإجابة عن السؤال السادس من أسئلة الدراسة والتحقق من صحة فرضياتها.

ينص السؤال على ما يلي: هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة الباحثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغيرات: (الجنس، المحافظة، العمر، المسمى الوظيفي، المهنة الأساسية، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخدمة)؟ وللإجابة على هذا السؤال تم صياغة الفرضية الرئيسية التالية:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة الباحثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغيرات: (الجنس، المحافظة، العمر، المسمى الوظيفي، المهنة الأساسية، المؤهل العلمي، عدد سنوات الخدمة).

وتتفرع من هذه الفرضية الرئيسية الفرضيات الفرعية التالية:

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة الباحثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغير الجنس. وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار T-Test كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.29): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير الجنس:

م	المحور	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "T"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
1	العوامل الفنية.	ذكر	154	2.903	0.526	-0.289	0.773	غير دالة
		أنثى	116	2.922	0.555			
2	العوامل الشخصية.	ذكر	154	3.075	0.620	-2.183	0.030	دالة
		أنثى	116	3.248	0.676			
3	العوامل العامة.	ذكر	154	2.794	0.614	-2.624	0.009	دالة
		أنثى	116	3.003	0.691			
	الإنتاجية.	ذكر	154	2.913	0.492	-1.977	0.049	دالة
		أنثى	116	3.038	0.538			

*قيمة "T" الجدولية عند درجة حرية (268) وعند مستوى دلالة 1.980 = (0.05)

وقد تبين من الجدول السابق أن: قيمة "T" المحسوبة أكبر من قيمة "T" الجدولية في جميع المحاور، باستثناء محور العوامل الفنية، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغير الجنس، ولصالح الإناث. قيمة "T" المحسوبة أقل من قيمة "T" الجدولية في محور العوامل الفنية، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظات غزة تُعزى لمتغير الجنس. تعزو الباحثة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط المبحوثين حول مستوى الإنتاجية تُعزى لصالح الجنس، ولصالح الإناث.

***واتفقت هذه الدراسة مع (أبو شرح، 2010) بعدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية حول**

مستوى الإنتاجية تعزى لمتغير الجنس، حيث أنه لا تأثير لمتغير الجنس على مستوى الإنتاجية

***واختلفت هذه الدراسة مع الدراسات التالية: دراسة (هنية، 2005)، (حويحي، 2008)**

بوجود فروق ذات دلالة إحصائية حول مستوى الإنتاجية تُعزى لمتغير الجنس، حيث أشارت النتائج إلى توافق تام في وجهات النظر لكلاً من الجنسين.

وتستنتج الباحثة عدم صحة الفرضية التي تنص على أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول مستوى إنتاجية وزارة

الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير الجنس وبالتالي رفض هذه الفرضية وهذا يدل على أن الجنس عامل مهم في تحديد مستويات الإنتاجية .

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير العمر. وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA ، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.30): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير العمر

م	المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
-1	العوامل الفنية.	بين المجموعات	0.670	3	0.223	0.771	0.511	غير دالة
		داخل المجموعات	77.047	266	0.290			
		المجموع	77.717	269				
-2	العوامل الشخصية.	بين المجموعات	0.149	3	0.050	0.117	0.950	غير دالة
		داخل المجموعات	113.221	266	0.426			
		المجموع	113.370	269				
-3	العوامل العامة.	بين المجموعات	1.167	3	0.389	0.905	0.439	غير دالة
		داخل المجموعات	114.372	266	0.430			
		المجموع	115.539	269				
-4	الإنتاجية.	بين المجموعات	0.345	3	0.115	0.431	0.731	غير دالة
		داخل المجموعات	70.967	266	0.267			
		المجموع	71.312	269				

*قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (266,3) وعند مستوى دلالة $(0.05) = 2.680$.

وقد تبين من الجدول السابق أن قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في جميع المحاور، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسطات استجابة المبحوثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير العمر. وتعرزو الباحثة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير العمر أن الإنتاجية تمثل كلا الجنسين وأن كليهما يعمل، ولصالح المؤسسة الصحية.

*واتفقت هذه الدراسة مع دراسة: (حويحي، 2008) ،حيث بينت هذه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول مستوى الإنتاجية تُعزى لمتغير العمر وهذا يدل على أن متغير العمر يلعب دوراً مهماً في فاعلية الأداء.

*واختلفت هذه الدراسة مع دراسة: (أبو شرح: 2010) حيث بينت هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير العمر وذلك بين فاعلية نظام الحوافز وإنتاجية الموظف.

لايوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي. وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.31): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير المسمى الوظيفي:

م	المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
-1	العوامل الفنية.	بين المجموعات	3.059	3	1.020	3.633	0.013	دالة
		داخل المجموعات	74.658	266	0.281			
		المجموع	77.717	269				
-2	العوامل الشخصية.	بين المجموعات	0.757	3	0.252	0.596	0.618	غير دالة
		داخل المجموعات	112.613	266	0.423			
		المجموع	113.370	269				
-3	العوامل العامة.	بين المجموعات	0.843	3	0.281	0.652	0.582	غير دالة
		داخل المجموعات	114.695	266	0.431			
		المجموع	115.539	269				
-4	الإنتاجية.	بين المجموعات	1.381	3	0.460	1.751	0.157	غير دالة
		داخل المجموعات	69.931	266	0.263			
		المجموع	71.312	269				

*قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (266,3) وعند مستوى دلالة (0.05) = (2.680)

وقد تبين من الجدول السابق أن: قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية (2.680) في جميع المحاور، باستثناء محور العوامل الفنية، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول

مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي. قيمة "F" المحسوبة أكبر من قيمة "F" الجدولية في محور العوامل الفنية، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي. ولإيجاد الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي تم استخدام اختبار LSD، كما هو مبين في الجدول.

جدول (5.32): الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير المسمى الوظيفي في محور العوامل الفنية:

المسمى الوظيفي	مدير وحدة	مدير دائرة	رئيس قسم	رئيس شعبة
مدير وحدة.	1			
مدير دائرة.	0.143	1		
رئيس قسم.	-0.231	-0.375*	1	
رئيس شعبة.	-0.224	-0.368*	0.007	1

وقد تبين من الجدول السابق أنه : يوجد فروقات بين مجموعة رئيس قسم ومجموعة مدير دائرة ولصالح مجموعة مدير دائرة. يوجد فروقات بين مجموعة رئيس شعبة ومجموعة مدير دائرة ولصالح مجموعة مدير دائرة.

* واتفقت هذه الدراسة مع الدراسات التالية:-

دراسة (الحلايبي، 2013) (أبو شرح، 2010) بوجود فروق ذات دلالة إحصائية حول مستوى الإنتاجية تُعزى لمتغير المسمى الوظيفي ولصالح رئيس قسم.

* واختلفت هذه الدراسة مع دراسة: (هنية، 2005) بأنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للمتغيرات الشخصية.

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المهنة الأساسية. وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA ، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.33): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير المهنة الأساسية:

م	المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
-1	العوامل الفنية.	بين المجموعات	1.980	5	0.396	1.381	0.232	غير دالة
		داخل المجموعات	75.737	264	0.287			
		المجموع	77.717	269				
-2	العوامل الشخصية.	بين المجموعات	1.729	5	0.346	0.818	0.538	غير دالة
		داخل المجموعات	111.641	264	0.423			
		المجموع	113.370	269				
-3	العوامل العامة	بين المجموعات	4.104	5	0.821	1.945	0.087	غير دالة
		داخل المجموعات	111.434	264	0.422			
		المجموع	115.539	269				
-4	الإنتاجية.	بين المجموعات	2.227	5	0.445	1.702	0.134	غير دالة
		داخل المجموعات	69.085	264	0.262			
		المجموع	71.312	269				

قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (5، 264) وعند مستوى دلالة $2.290 = (0.05)$.

وقد تبين من الجدول السابق أن :

- قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في جميع المحاور، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسطات استجابة الباحثين حول واقع مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المهنة الأساسية.

***واتفقت هذه الدراسة مع دراسة: (أبو فزع، 2015)، (وشاح، 2010)** بوجود فروق ذات دلالة إحصائية حول مستوى الإنتاجية تعزى لمتغير المهنة الأساسية، وتعزو الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الباحثين حول واقع الإنتاجية تُعزى لمتغير المهنة الأساسية.

واختلفت هذه الدراسة مع دراسة: (حويحي، 2008)، بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المهنة الأساسية.

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المؤهل العلمي. وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA ، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.34): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي:

م	المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
-1	العوامل الفنية.	بين المجموعات	1.388	3	0.463	1.612	0.187	غير دالة
		داخل المجموعات	76.329	266	0.287			
		المجموع	77.717	269				
-2	العوامل الشخصية.	بين المجموعات	0.514	3	0.171	0.404	0.750	غير دالة
		داخل المجموعات	112.856	266	0.424			
		المجموع	113.370	269				
-3	العوامل العامة.	بين المجموعات	0.952	3	0.317	0.736	0.531	غير دالة
		داخل المجموعات	114.587	266	0.431			
		المجموع	115.539	269				
-4	الإنتاجية.	بين المجموعات	0.782	3	0.261	0.983	0.401	غير دالة
		داخل المجموعات	70.530	266	0.265			
		المجموع	71.312	269				

*قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (266,3) عند مستوى دلالة $2.680 = (0.05)$.

وقد تبين من الجدول السابق أن : قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في جميع المحاور، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المؤهل العلمي. وتعزو الباحثة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول واقع الإنتاجية تُعزى لمتغير المؤهل العلمي أي أن متغير المؤهل العلمي لا يؤثر بدرجة كبيرة على الإنتاجية.

***واتفقت هذه الدراسة مع دراسة:** (حويحي، 2008) (الحلايبة، 2013) حيث بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تُعزى لمتغير المؤهل العلمي، وهذا يدل على أن هذا المتغير لا يؤثر في مستوى الإداء والإنتاج.

*واختلفت تلك الدراسة مع دراسة: (أبو شرح،2010) : بوجود فروق ذات دلالة إحصائية واقع مستوى الإنتاجية تُعزى لمتغير المؤهل العلمي أى أن المؤهل يؤثر تأثير قوى في مستوى الإنجاز وسرعة وإنتاجية الموظف وأيضاً الحافز الذي يلعب دوراً مهماً.

*لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير عدد سنوات الخدمة. وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA ، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.35): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير عدد سنوات الخدمة:

م	المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
-1	العوامل الفنية.	بين المجموعات	4.200	3	1.400	5.066	0.002	دالة
		داخل المجموعات	73.516	266	0.276			
		المجموع	77.717	269				
-2	العوامل الشخصية.	بين المجموعات	1.638	3	0.546	1.300	0.275	غير دالة
		داخل المجموعات	111.732	266	0.420			
		المجموع	113.370	269				
-3	العوامل العامة.	بين المجموعات	4.393	3	1.464	3.504	0.016	دالة
		داخل المجموعات	111.146	266	0.418			
		المجموع	115.539	269				
-4	الإنتاجية.	بين المجموعات	2.789	3	0.930	3.609	0.014	دالة
		داخل المجموعات	68.523	266	0.258			
		المجموع	71.312	269				

قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (3، 266) وعند مستوى دلالة 2.680 = (0.05) .

وقد تبين من الجدول السابق أن: قيمة "F" المحسوبة أكبر من قيمة "F" الجدولية في جميع المحاور، باستثناء محور العوامل الشخصية، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير عدد سنوات الخدمة. قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في محور العوامل الشخصية، وهذا يدل على عدم وجود

فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير عدد سنوات الخدمة. ولإيجاد الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية تُعزى لمتغير عدد سنوات الخدمة تم استخدام اختبار LSD ، كما هو مبين في الجداول التالية:

جدول (5.36): الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير عدد سنوات الخدمة في محور العوامل الفنية:

عدد سنوات الخدمة	أقل من 25 سنة	من 25 أقل من 30 سنة	من 30 أقل من 35 سنة	35 سنة فأكثر
أقل من 25 سنة.	1			
من 25 أقل من 30 سنة.	0.179	1		
من 30 أقل من 35 سنة.	0.230	0.051	1	
35 سنة فأكثر.	0.383*	0.204*	0.153	1

وقد تبين من الجدول السابق أنه : يوجد فروقات بين مجموعة 35 سنة فأكثر ومجموع أقل من 25 سنة، ولصالح مجموعة 35 سنة فأكثر. يوجد فروقات بين مجموعة 35 سنة فأكثر ومجموعة من 25 أقل من 30 سنة، ولصالح مجموعة 35 سنة فأكثر. وتعزو الباحثة ذلك إلى أن الذين لديهم سنوات خبرة كبيرة يمتلكون خبرة فنية وعملية أكثر ممن تقل أعمارهم عن ذلك.

جدول (5.37): الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير عدد سنوات الخدمة في محور العوامل العامة

عدد سنوات الخدمة	أقل من 25 سنة	من 25 أقل من 30 سنة	من 30 أقل من 35 سنة	35 سنة فأكثر
أقل من 25 سنة.	1			
من 25 أقل من 30 سنة.	0.068	1		
من 30 أقل من 35 سنة.	0.147-	0.215-	1	
35 سنة فأكثر.	0.161	0.093	0.308*	1

وقد تبين من الجدول السابق أنه : يوجد فروقات بين مجموعة 35 سنة فأكثر ومجموعة من 30 أقل من 35 سنة، ولصالح مجموعة 35 سنة فأكثر وتعزو الباحثة ذلك لتأثير عنصر العمر حيث يلعب دوراً مهماً، ويؤثر بشكل أكبر من الذين يكونون في عمر أقل من ذلك،

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة: (علي، 2007)، بوجود فروق ذات دلالة إحصائية حول واقع مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير العوامل العامة تكمن في متغير سنوات الخدمة، حيث أنه كلما زادت سنوات الخدمة لدى أفراد العينة كان لديهم القدرة على الإنجاز وتسهيل العمل أكثر من الذين لا يمتلكون سنوات خبرة فلا توجد لديهم مهارات فنية.

* واختلفت هذه الدراسة مع الدراسات السابقة: بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية حول مستوى الإنتاجية تُعزى لمتغير العوامل الفنية، وهذا يدل على تأثير متغير سنوات الخبرة على الإنتاجية وعلى سرعة الإنجاز والأداء في الأعمال حيث اختلفت الفئة العمرية في هذه الدراسة لأنه لربما أنها اقتصرت على المسميات الإشرافية، وهذا يدل على أن العاملين في وزارة الصحة يمتلكون خبرة واسعة في المجال الصحي. وعملية.

جدول (5.38): الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير عدد سنوات الخدمة في مجموع محاور الإنتاجية ككل:

عدد سنوات الخدمة	أقل من 25 سنة	من 25- أقل من 30 سنة	من 30- أقل من 35 سنة	35 سنة فأكثر
أقل من 25 سنة.	1			
من 25- أقل من 30 سنة.	0.088	1		
من 30- أقل من 35 سنة.	0.018	0.070-	1	
35 سنة فأكثر.	0.231*	0.143	0.213*	1

وقد تبين من الجدول السابق أنه : يوجد فروقات بين مجموعة 35 سنة فأكثر ومجموعة من-30 أقل من 35 سنة ولصالح مجموعة 35 سنة فأكثر. وتغزو الباحثة بوجود فروقات ذات دلالة إحصائية ولصالح فئة 35 سنة فأكثر يرجع إلى أن الذين يمتلكون سنوات خدمة أعمارهم متوسطة بينما الذين لا يمتلكون سنوات خبرة أعمارهم تتراوح (30-25) ، ولديهم القدرة على العطاء والعمل أكثر من غيرهم.

*واتفقت هذه الدراسة مع دراسة: (هنية، 2005) ،حيث بينت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حول واقع مستوى الإنتاجية تُعزى لمتغير عدد سنوات أى أن متغير يؤثر في الإنتاجية، حيث بينت الدراسة أن أفراد العينة لديهم سنوات خبرة مرتفعة، وتعتبر هذه النتيجة ركيزة أساسية تساعد في الحصول على نتائج جيدة للدراسة، أما بالنسبة للذين لديهم خدمة أقل من 5 سنوات

فنسبتهم كانت قليلة، وهذا يدل على عدم قدرة الحكومة على التوظيف والتعيين وذلك بسبب العجز المالي لديها.

لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المحافظة. وتم التحقق من صحة هذه الفرضية باستخدام اختبار One-Way ANOVA ، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.39): الفروقات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير المحافظة:

م	المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "F"	قيمة "Sig."	مستوى الدلالة
-1	العوامل الفنية.	بين المجموعات	0.501	4	0.125	0.430	0.787	غير دالة
		داخل المجموعات	77.216	265	0.291			
		المجموع	77.717	269				
-2	العوامل الشخصية.	بين المجموعات	4.966	4	1.241	3.035	0.018	دالة
		داخل المجموعات	108.404	265	0.409			
		المجموع	113.370	269				
-3	العوامل العامة.	بين المجموعات	2.683	4	0.671	1.575	0.181	غير دالة
		داخل المجموعات	112.855	265	0.426			
		المجموع	115.539	269				
-4	الإنتاجية.	بين المجموعات	1.787	4	0.447	1.703	0.150	غير دالة
		داخل المجموعات	69.525	265	0.262			
		المجموع	71.312	269				

قيمة "F" الجدولية عند درجة حرية (4، 265) وعند مستوى دلالة $2.450 = (0.05)$.

وقد تبين من الجدول السابق أن قيمة "F" المحسوبة أقل من قيمة "F" الجدولية في جميع المحاور، باستثناء محور العوامل الشخصية، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير المحافظة.

قيمة "F" المحسوبة أكبر من قيمة "F" الجدولية في محور العوامل الشخصية، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير

المحافظة. وإيجاد الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية تُعزى لمتغير المحافظة تم استخدام اختبار LSD ، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (5.40): الفروقات بين المجموعات في الإنتاجية بالنسبة لمتغير المحافظة في محور العوامل

رفح	خانيونس	الوسطى	غزة	الشمال	المحافظة
				1	الشمال.
			1	0.110-	غزة.
		1	0.033-	0.143-	الوسطى.
	1	0.085-	0.118-	0.228-	خانيونس.
1	0.271-	0.356*-	0.389*-	0.499*-	رفح.

وقد تبين من الجدول السابق أنه : يوجد فروقات بين مجموعة رفح ومجموعة الشمال، ولصالح مجموعة الشمال، ويوجد فروقات بين مجموعة رفح ومجموعة غزة، ولصالح مجموعة غزة، ويوجد فروقات بين مجموعة رفح ومجموعة الوسطى، ولصالح مجموعة الوسطى وتعزو الباحثة وجود فروقات بين المجموعات تُعزى لمتغير المحافظة أن محافظة رفح لا يوجد بها مراكز صحية بنفس عدد المراكز الموجودة في المناطق الأخرى وأن طبيعة العاملين محدودة ولا يوجد بها مسميات إشرافية كثيرة، وأنها تفتقد للكثير من الخدمات الحيوية.

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة: (الأحمدى، 2009) (هنية، 2005) حيث كشفت هذه الدراسات عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول واقع مستوى الإنتاجية تُعزى لمتغير المحافظة، وكان عدد 8 مراكز يتوفر فيها الكفاءة الإنتاجية العالية.

5.3 نتائج الدراسة وتوصياتها

5.3.1 أولاً- النتائج:

مقدمة:

يتناول هذا الفصل أبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، ومن ثم تقديم بعض التوصيات والمقترحات، وبعد ذلك وضع خطة تنفيذية للتوصيات التي تم الخروج بها.

النتائج:

❖ أولاً - نتائج متعلقة بالمتغير المستقل الصراع التنظيمي:

إن واقع الصراع التنظيمي في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة في محافظات قطاع غزة جاء بوزن (61.528) أى بدرجة موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة.

- 1- بلغت نسبة صراع المعلومات (63.519) وجاءت في المرتبة الأولى
 - 2- بلغت نسبة صراع علاقات العمل(62.269) وجاءت في المرتبة الثانية.
 - 3- بلغت نسبة صراع البنية (60.007) وجاءت في المرتبة الثالثة.
 - 4- بلغت نسبة صراع المصالح(59.778) وجاءت في المرتبة الرابعة.
 - 5- بلغت نسبة صراع القيم (59.741) وجاءت في المرتبة الخامسة.
- 1- نمط المعلومات: حاز هذا النمط على نسبة (63.519) أى بدرجة متوسطة من قبل أفراد العينة.

*حازت فقرة الخلل في كمية المعلومات ونوعها يؤثر فى صنع القرارات،على وزن نسبي (76.815)، أى بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة. وقد تم التوصل إلى نقاط الضعف في هذا

النمط وهي كالتالي:

أ.توفر نظام اتصال يسمح بحرية تدفق المعلومات في كلا الإتجاهين.

ب.قدرة الموظفين على توصيل المعلومات بالطرق الصحيحة، وفي الوقت المناسب.

- 2- نمط علاقات العمل: حاز هذا النمط على نسبة (62.269) أى بدرجة متوسطة من قبل أفراد العينة.

*حازت فقرة يوجد تداخل في فهم العاملين للوصف الوظيفي على وزن نسبي(72.593) أى بدرجة كبيرة وقد تم التوصل إلى نقاط الضعف في هذا النمط وهي كالتالي:

- أ. فهم العاملين لمعني الوصف الوظيفي.
 ب. تقدير الوزارة لدور العاملين وأدائهم، ووجود تحيز في التقدير بشكل لا يتسم بالعدل.
 ج. تعارض أهداف المؤسسة مع الأهداف الشخصية للعاملين ورؤيتهم في الوصول إلي ما يصبوا إليه.

3- نمط صراع البنية: حاز هذا النمط على (60.007) أى بدرجة متوسطة من قبل أفراد العينة
 *حازت فقرة يلعب القرب من صانعي القرار دوراً في النفوذ والقوة داخل المركز، على وزن نسبي (70.815) وهي بدرجة كبيرة من قبل أفراد العينة. وقد تم التوصل إلى نقاط الضعف في هذا النمط وهي كالتالي:

أ. منح بعض الموظفين سلطات أكثر من غيرهم، يعمل على فرض النفوذ، و الإستغلال داخل بيئة العمل.

ب. إجراء التغييرات الجوهرية في الهيكل التنظيمي وأيضاً الأنظمة والسياسات المعمول بها.

ج. توزيع المهام و المسئوليات على العاملين في مراكز الرعاية الأولية.

4- نمط صراع المصالح : حاز هذا النمط على نسبة (59.778) ، وكان هناك عدم موافقة من أفراد العينة على هذا البعد.

*حازت فقرة يوجد لدى العاملين الرغبة الفعالة فى المشاركة في صنع القرارات، على وزن نسبي (72.296) أى بدرجة كبيرة.

وقد تم التوصل إلى نقاط الضعف في هذا النمط وهي كالتالي:

أ. اشراك العاملين في عملية اتخاذ القرارات.

ب. اهتمام الوزارة بحاجات ورغبات الموظفين وتلبية احتياجاتهم قدر الإمكان.

ج. دعم الإدارة قدرة الموظف ، وتوفير الموارد الكافية والمناخ الملائم لتنميتها

5- نمط صراع القيم: حاز هذا النمط على نسبة (59.741) وكان هناك عدم موافقة من أفراد العينة على هذا البعد.

وقد تم التوصل إلى نقاط الضعف في هذا النمط وهي كالتالي:-

أ. مناخ العلاقات الإنسانية داخل بيئة العمل غير كافٍ

ب. الأعمال الموكلة للعاملين تتسم أحياناً بالصعوبة والتعقيد.

ج. توزيع الموارد داخل التنظيم لا يتم حسب الأولويات، ولكن هناك تفضيل دائرة عن أخرى

❖ ثانياً - نتائج متعلقة بالمتغير التابع الإنتاجية:

أن واقع الإنتاجية في مراكز الرعاية الأولية في وزارة الصحة بقطاع غزة جاءت بوزن نسبي (59.338) أى بدرجة موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة.

1- بلغ بعد العوامل الشخصية (62.988).

2- بلغ بعد العوامل الفنية (58.217).

3- بلغ بعد العوامل العامة (57.677).

1- بعد العوامل الشخصية: حاز هذا البعد على نسبة (62.988) أى بدرجة موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة.

*حازت فقرة أخذ بعين الاعتبار سمعة المركز الذي انتمي إليه على وزن نسبي (77.852)أى بدرجة موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة . وقد تم التوصل إلى نقاط الضعف الموجودة في هذا البعد وهي كالتالي:

أ. نظام العلاوات والمكافآت المعمول فيه في الوزارة لا يتسم بالعدالة والموضوعية.

ب. لا يتم التركيز على مبدأ الجدارة والاستحقاق في الترقية.

2- بعد العوامل الفنية: حاز هذا البعد على نسبة (58.217) أى بدرجة موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة.

*حازت فقرة تؤدى التكنولوجيا المستخدمة إلى تقليل الوقت والجهد على نسبة (70.296) وهي بدرجة موافقة كبيرة من قبل أفراد العينة. وقد تم التوصل إلى نقاط الضعف الموجودة في هذا البعد وهي كالتالي:

أ. التكنولوجيا الموجودة فى وزارة الصحة لا تف بالعرض المطلوب، حيث إن الأجهزة المستخدمة ليست جديدة العهد.

ب.النقص الحاد في كميات الأدوية ، وانتظام تدفقها باستمرار .

ج. الاستقرار الوظيفي، وضمانات العمل، و الأمن والسلامة المهنية غير كافية.

3- بعد العوامل العامة: حاز هذا البعد على نسبة (57.677) أى بدرجة موافقة متوسطة من قبل أفراد العينة.

*حازت فقرة تفخر العائلة بعمل ابنها داخل المركز على نسبة (72.370)، وهي بدرجة كبيرة.

وقد تم التوصل إلى نقاط الضعف الموجودة في هذا البعد وهي كالتالي:

1. تواصل الإدارة مع الموظفين العاملين من ناحية التوجيهات والإشراف والمتابعة.
2. تحفيز العاملين مادياً ومعنوياً، ونشر نتائج الأبحاث والدراسات العلمية والتكنولوجية لهم.
3. التكافؤ في الإنتاج بين مراكز الرعاية الصحية ووجود مراكز رعاية أولية ليس لها أهمية، ويمكن الإستغناء عنها.

❖ ثالثاً- النتائج المتعلقة بالفرضيات:

1- الفرضية المتعلقة بالعلاقة بين المتغير المستقل والتابع

أ- حيث أثبتت النتائج صحة الفرضية الأولى بأنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين واقع الصراع التنظيمي وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة.

ب- معاملات ارتباط بيرسون بين الصراع التنظيمي وبين الإنتاجية مرتفعة وهذا يدل على وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين واقع الصراع التنظيمي وبين مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة.

ت- الفرضية المتعلقة بواقع الصراع التنظيمي على مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة، حيث تم التحقق من صحة الفرضية باستخدام تحليل الإنحدار الخطي، والذي أثبت بأنه "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) لواقع الصراع التنظيمي على مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة، حيث أظهرت النتائج:

- أن ما نسبته (43.60%) من التغيير في مستوى الإنتاجية يعود للتغيير في المتغيرات المستقلة.

2- فرضيات الفروق المتعلقة بالمتغير المستقل (الصراع التنظيمي):

- حيث أثبت النتائج صحة الفرضية بأنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغيرات: (الجنس، المحافظة، العمر، عدد سنوات الخدمة).

- ولكن أثبت النتائج عدم صحة الفرضية، حيث أظهرت النتائج بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغيري: المهنة الأساسية، ولصالح فئة أخرى، والمسمى الوظيفي، ولصالح مدير دائرة، والمؤهل العلمي، ولصالح فئة بكالوريوس.

3- فرضيات الفروق المتعلقة بالمتغير التابع الإنتاجية:

- حيث أثبت النتائج صحة الفرضية بأنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير العمر.

- ولكن أثبت النتائج عدم صحة الفرضية بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات استجابة المبحوثين حول واقع مستوى إنتاجية وزارة الصحة الفلسطينية بمحافظة غزة تُعزى لمتغير الجنس ولصالح الإناث، ولمتغير عدد سنوات الخدمة ولصالح فئة "35" فأكثر، والمسمى الوظيفي ولصالح مدير دائرة، وبتغير المحافظة، ولصالح رفح.

5.3.2 ثانياً- التوصيات

بناءً على ما تم التوصل إليه من نتائج في هذه الدراسة، فقد خرجت الباحثة بالتوصيات

التالية:

إعتماداً على وجود علاقة بين الصراع التنظيمي بأنماطه: (المعلومات، علاقات العمل، البنية، والمصالح) والإنتاجية توصي الباحثة المدراء في وزارة الصحة الفلسطينية بالتالي:

1- العمل قدر الإمكان على إدارة الصراعات التنظيمية بكفاءة عالية قبل انتشارها وتطورها، واتخاذ الإستراتيجيات المناسبة من قبل الإدارة العامة للرعاية الأولية للحد من الصراع. القيام بدورات تدريبية في مجال الإدارة للعاملين في الرعاية الأولية، والعمل على تعميق مفهوم الوصف الوظيفي للعاملين فيها.

- 2- العمل على اتباع سياسة الثواب، والعقاب التي تعمل على رفع كفاءة وفاعلية العاملين، حيث التطابق والتباين في الأداء يلعب دوراً مهماً في التحفيز، والرضا الوظيفي للعاملين
- 3- وإشراك العاملين في عملية اتخاذ القرارات والاهتمام بحاجات ورغبات الموظفين وتلبية احتياجاتهم وذلك بقدر الإمكان، تعديل الأنظمة والسياسات الإدارية المعمول بها في وزارة الصحة وضرورة وجود هيكل تنظيمي موحد للعاملين في وزارة الصحة.
- 4- تصميم نظام فعال للحوافز والمكافآت لمكافأة المتميزين من العاملين، بحيث تلبي الحوافز المادية والمعنوية احتياجات العاملين الخاصة، و اتباع أسلوب عادل في توزيع الموارد المادية والبشرية وفقاً للاحتياجات المطلوبة مع الأخذ بعين الاعتبار عدم تفضيل دائرة عن أخرى، والعمل على إيجاد مناخ ملائم للعلاقات الإنسانية داخل بيئة العمل.
- 5- إتباع سياسة تعيين بعيدة كل البعد عن الاعتبارات السياسية والحزبية، وغيرها وأن يكون هناك إحلال و إبدال للقيادات التقليدية.
- 6- والتركيز على إنتقاء الموظفين الذين لديهم المهارات والقدرات الإبداعية لتولي مناصب قيادية وتوزيع المهام وفقاً للكفاءات التي يمتلكها العاملين، واعتماد سياسة حكيمة لتعليمه و تكوينه المستمر.
- 7- العمل على تحديث الأجهزة التكنولوجية والمعدات الطبية ذات الجودة العالية وتوفير النواقص فيها لتواكب عصر التكنولوجيا والإنترنت، وتوظيف التكنولوجيا وشبكات الإتصال الحديثة للتواصل العلمي والمعرفي والعمل على إعادة توزيع الموارد الصحية والتي من أهمها القوي البشرية في مراكز الرعاية الصحية والنظر في امكانية تقليص المراكز الصحية التي لا تخدم كثافة سكانية عالية و تقدم خدمات موازية لمراكز الرعاية الأولية بوكالة الغوث الدولية.

ثالثاً: الخطة التنفيذية

م	التوصية	آلية التنفيذ	الجهة المسؤولة عن التنفيذ	المدة الزمنية
1	العمل قدر الإمكان على إدارة الصراعات التنظيمية بكفاءة عالية قبل انتشارها وتطورها، واتخاذ الإستراتيجيات المناسبة من قبل الإدارة العامة للرعاية الأولية للحد من الصراع. القيام بدورات تدريبية في مجال الإدارة للعاملين في الرعاية الأولية، والعمل على تعميق مفهوم الوصف الوظيفي للعاملين فيها.	اتخاذ استراتيجيات مناسبة وتعميق مفهوم الصراع التنظيمي تنفيذ دورات تدريبية للعاملين	الإدارة العامة للرعاية الأولية وحدة التخطيط ورسم السياسات	على مدار العام
2	العمل على اتباع سياسة الثواب، والعقاب التي تعمل على رفع كفاءة وفاعلية العاملين،	للمكافآت تقييم الموظفين والإعلان عن نتائج التقييم (نصف سنوي - سنوي)	الإدارة العامة للشئون الإدارية وحدة التخطيط ورسم السياسات ديوان الموظفين العام	شهري
3	إشراك العاملين في عملية اتخاذ القرارات والاهتمام بحاجات ورغبات الموظفين وتلبية احتياجاتهم وذلك بقدر الإمكان، تعديل الأنظمة والسياسات الإدارية المعمول بها في وزارة الصحة وضرورة وجود هيكل تنظيمي موحد للعاملين في وزارة الصحة.	دمج الموظفين في هيكل تنظيمي واحد التعاون المشترك ما بين ديوان الموظفين ووزارة الصحة الإستعانة بالخبراء وذوى الكفاءات عند اعداد الهياكل التنظيمية.	الإدارة العامة للرعاية الأولية ديوان الموظفين العام وزارة المالية تتمية القوى البشرية	على مدار العام
4	تصميم نظام فعال للحوافز والمكافآت لمكافأة المتميزين من العاملين، بحيث تلبى الحوافز المادية والمعنوية احتياجات العاملين الخاصة، و اتباع أسلوب عادل فى توزيع الموارد المادية والبشرية وفقاً للاحتياجات المطلوبة مع الأخذ بعين الاعتبار عدم تفضيل دائرة عن أخرى، والعمل على إيجاد مناخ ملائم للعلاقات الإنسانية داخل بيئة العمل.	توفير بند مكافآت الدعم المعنوى للعاملين تحسين علاقات العمل والزيارات العائلية اعداد دروات تدريبية داخلية توفير مناخ جيد للعاملين الثقة بالعاملين وبأفكارهم القيام بدورات ادارية لتعميق مفهوم الوصف الوظيفي	الإدارة العامة للرعاية الأولية تتمية القوى البشرية وزارة المالية	على مدار العام

5	إتباع سياسة تعيين بعيدة كل البعد عن الاعترافات السياسية والحزبية، وغيرها وأن يكون هناك إحلال و إبدال للقيادات التقليدية.	اختيار الموظفين حسب مسابقات للمتقدمين للقيادات والمناصب العليا زيادة حماس العاملين مكافأة المتميزين فى العمل تفعيل آلية الإتصال توفير البنية المناسبة لتعزيز روح الفريق والعمل الجماعى تسجيل أنواع الأداء المتميز تحديد ميزانية للمكافآت تقييم الموظفين والإعلان عن نتائج التقييم (نصف سنوى - سنوى)	ديوان الموظفين العام شؤون الموظفين تنمية القوى البشرية	نصف سنوى
6	التركيز على إنتقاء الموظفين الذين لديهم المهارات والقدرات الإبداعية لتولي مناصب قيادية وتوزيع المهام وفقاً للكفاءات التي يمتلكها العاملين، واعتماد سياسة حكيمة لتعليمه و تكوينه المستمر.	اختيار الموظفين حسب مسابقات للمتقدمين للقيادات والمناصب العليا	ديوان الموظفين العام شؤون الموظفين تنمية القوى البشرية الإدارة العامة للرعاية الأولية وحدة التخطيط ورسم السياسات	على مدار العام
7	العمل على تحديث الأجهزة التكنولوجية والمعدات الطبية ذات الجودة العالية وتوفير النواقص فيها لتواكب عصر التكنولوجيا والإنترنت، وتوظيف التكنولوجيا وشبكات الإتصال الحديثة للتواصل العلمي والمعرفي والعمل على إعادة توزيع الموارد الصحية والتي من أهمها القوى البشرية في مراكز الرعاية الصحية والنظر في امكانية تقليص المراكز الصحية التي لا تخدم كثافة سكانية عالية و تقدم خدمات موازية لمراكز الرعاية الأولية بوكالة الغوث الدولية.	ادخال التكنولوجيا التي تتناسب مع التطور التكنولوجى عقد دورات تدريبية عند ادخال الكولوجيا ربط الأقسام والوحدات بشبكة واحدة	وحدة تكنولوجيا المعلومات فى وزارة الصحة	على مدار العام

رابعاً - الدراسات المقترحة:

إن كل بحث يضيء الطريق أمام بحوث ودراسات أخرى، لذا فإنني أسأل الله أن يكون هذا البحث شمعة تضيء الطريق أمام الباحثين، وعليه وفي ضوء توصيات هذه الدراسة فإن الباحثة تقترح إجراء الدراسات التالية:

1. سياسة العقاب والثواب وأثرها في فاعلية الأداء لدى العاملين في القطاع الصحي.
2. الإحترق الوظيفي وأثره على أداء العاملين في القطاع الصحي.
3. الدورات التدريبية وأثرها على كفاءة العاملين في القطاع الصحي.

المصادر والمراجع

المراجع والمصادر

أ. المصادر: القرآن الكريم.

ب. المراجع:

أولاً الكتب:-

1. الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي (2011). العوامل المؤثرة في اتخاذ القرار الإداري في المؤسسات الصحية.
2. أحمد عرفة؛ سمية شلبي. (2002). نحو نظرية لزيادة الإنتاجية: الفلسفات والتتابعات لتحسين الجودة الإنتاجية. مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.
3. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (2012). مشروع التماسك الاجتماعي. دليل المجتمع المحلي للحد من النزاعات والتنمية الحساسة للنزاعات، نسخة تجريبية.
4. الباقي، صلاح الدين محمد (2003). السلوك التنظيمي - مدخل تنظيمي معاصر. دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
5. الباقي، صلاح الدين محمد (2001). السلوك التنظيمي. ط1، الدار الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
6. الباقي، صلاح الدين محمد (2001). قضايا إدارية معاصرة. الدار الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
7. بدر، سعد عيد (1992). الايديولوجيا ونظرية التنظيم: مدخل نقدي". دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
8. تركي، مصطفى أحمد (1986). بحوث في السلوك التنظيمي في البلاد العربية. دار القلم للنشر والتوزيع، ط1، الكويت.
9. الجامعة الهولندية (2010). إدارة العمليات الإنتاجية. كلية الإقتصاد والعلوم الإدارية.
10. جواد، شوقي (2000). سلوك تنظيمي، ط1، دار الحامد، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
11. جاد الرب، سيد (2008). الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية. مطبعة العشري.
12. جاد الرب، سيد (2009). "مؤشرات ومعايير قياس وتقييم الأداء، دار النهضة العربية، القاهرة.

13. جلدة، سليم بطرس (2007). إدارة المستشفيات والمراكز الصحية. دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
14. جبر، أحمد؛ عبد المحسن جودة. (1999). السلوك الإنساني في المنظمات. ط1، المنصورة، جمهورية مصر العربية.
15. جرينبرج، جيرالد وروبرت بارون. (2005). إدارة السلوك في المنظمات. "تعريب ومراجعة : رفاعي، رفاعي؛ إسماعيل بسيوني، دار المريخ للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية.
16. حسن، رابوة (2000). إدارة الموارد البشرية. الدار الجامعية للجمع والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
17. الحكاك، حسن (1975). نظرية المنظمة، دراسة علمية في المنظمة والتنظيم. دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
18. خسروف، أيمن محمد كمال (2008). تسويق الخدمات الصحية. بحث الدبلوم التخصصي في إدارة المستشفيات، المركز الدولي الاستشاري للتنمية الاداية ، بريطانيا.
19. خوجة، توفيق (2003). المدخل في تحسين الجودة للرعاية الصحية الأولية. دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
20. درة، عبد الباري (2003). تكنولوجيا الأداء في المنظمات. المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة.
21. ديسلر، جارى (1992). أساسيات الإدارة المبادئ والتطبيقات الحديثة. ترجمة ،عبد القادر محمد عبد القادر، مراجعة درويس مرعي، السعودية، دار المريخ، للنشر
22. الدهان، أميمة (1992). نظريات منظمات الأعمال. مطبعة الصفدي، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
23. دحلان، عبد الله صالح (1415). القيادة الإدارية. (دن)، مكة المكرمة، السعودية.
24. دليل الخدمات الصحية (2011). الإدارة العامة للرعاية الأولية، غزة، فلسطين.
25. رضوان، عبد الفتاح (2012). إدارة النزاعات والصراعات في العمل. ط1، المجموعة العربية للتدريب والنشر.
26. سلطان، محمد سعيد أنور (2004). السلوك التنظيمي. دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية.
27. سونيا، محمد البكري (2000). إدارة الجودة الكلية. القاهرة، الدار الجامعية
28. السلمي، علي (1985). إدارة الأفراد و الكفاءة الإنتاجية. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

29. شاويش، مصطفى (2005). إدارة الموارد البشرية. ط3، دار الشروق للنشر والطباعة، عمان.
30. الشماع، خليل محمد؛ خضير، كاظم محمود (2005). نظرية المنظمة. ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
31. أبو شيخة، نادر أحمد (2000). إدارة الموارد البشرية. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
32. الشرقاوي، علي (2003). إدارة النشاط الإنتاجي (مدخل التحليل الكمي). دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر.
33. الشرقاوي، علي (1990). السياسات الإدارية: تحليل وبناء واختيار وتطبيق الاستراتيجيات في منشآت الأعمال. المكتب العربي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
34. صلاح، ذياب (2010). إدارة خدمات الرعاية الصحية. دار الفكر، عمان.
35. العامري، صالح (2007). الإدارة والأعمال. دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن.
36. الغالبي، حسن؛ ادريس، محمد (2007). الإدارة الاستراتيجية منظور منهجي متكامل. دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
37. العميان، محمود سلمان (2004). السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال". ط2، دار وائل للنشر، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
38. العلي، وجيه (1983). الإنتاجية مفهومها وطرق قياسها والعوامل المؤثرة فيها. دار الطليعة، بيروت.
39. عاشور، أحمد صقر (1990). السلوك الإنساني في المنظمات. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
40. المغربي، عبد الحميد (2002). السلوك التنظيمي. سلوك الأفراد داخل منظمات الأعمال. المكتبة العصرية، المنصورة.
41. العميان، محمود سلمان (2002). السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، ط1، دار وائل للطباعة والنشر، عمان،
42. عبد الباقي، صلاح محمد. (2001). قضايا إدارية معاصرة. الدار الجامعية، مصر 15.
43. عبد الوهاب، أحمد جاد (2000). السلوك التنظيمي، دراسة لسلوك الأفراد والجماعات داخل منظمات الأعمال. ط1، جامعة المنصورة، جمهورية مصر العربية.

44. الغالبي، طاهر؛ ادريس، وائل محمد (2009). أساسيات الأداء وبطاقة التقييم المتوازن. ط1، دار وائل للنشر، عمان.
45. القريوتي، محمد قاسم (2000). السلوك التنظيمي، دراسة السلوك الإنساني الفردي والجماعي في المنظمات الإدارية. دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
46. قاضي، صبحي عبد الحفيظ (1984). سيكولوجية العمل والعلاقات الإدارية. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
47. ماهر، أحمد (2003). السلوك التنظيمي مدخل بناء المهارات، ط8، الدار الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.
48. ملائكة، عبد العزيز محمد. (1989). تنمية مهارات القيادة الإدارية. دار النوابع للنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
48. المغربي، كمال محمد (1995). السلوك التنظيمي مفاهيم وأسس سلوك الفرد والجماعة في التنظيم"، ط2، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
49. نصيرات، فريد (2008). إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
50. هيجان، عبد الرحمن بن أحمد (1999). المدخل الإبداعي لحل المشكلات. أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.

ثانياً- الرسائل العلمية:

1. تلياني، فاطمة (2013). النزاعات وأثرها على أداء الموارد البشرية في المنظومة الصحية الجزائرية. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة قسنطينة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر.
2. حويحي، مروان (2008). أثر العوامل المسببة للرضا الوظيفي على رغبة العاملين في الاستمرار بالعمل دراسة حالة على اتحاد لجان العمل الصحي في قطاع غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
3. حمد، يوسف عبد الله (2010). الصراع في اتخاذ القرار وأثره على الكفاية الإنتاجية. دراسة تطبيقية على الخطوط الجوية السودانية والهيئة العامة للطيران المدني. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان.

4. الخشالي، شاكر جار الله (2004). استراتيجيات إدارة الصراع التنظيمي، وأثرها على إحساس العاملين بفاعلية الإدارة وحدة ايجابية الصراع. دراسة ميدانية على عينة من الشركات الصناعية في الأردن (رسالة ماجستير غير منشورة)، عمان، الأردن .
5. خسرف، أيمن محمد كمال (2008). تسويق الخدمات الصحية. (بحث الدبلوم التخصصي في إدارة المستشفيات)، المركز الدولي الإستشاري للتنمية الإدارية، بريطانيا.
6. جبر، عبد الرحمن (2010). الابداع الإداري وأثره على الأداء الوظيفي، دراسة تطبيقية على مدارس وكالة الغوث الدولية بقطاع غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الاسلامية، غزة، فلسطين.
7. الشايب، أمال (2013). أثر نزاعات العمل الجماعية علي انتاجية المؤسسة الإقتصادية العمومية الجزائرية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة مرياج درقلة، كلية علوم الحقوق والعلوم السياسية، قسم علوم سياسية، الجزائر.
8. الشيخ، خالد بن عبد الرحمن (2001). المتغيرات الشخصية والتنظيمية وعلاقتها بأداء العاملين في الأجهزة الأمنية. (رسالة ماجستير غير منشورة)، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة السعودية.
9. طه، لينا (2013). العلاقة بين بعض المتغيرات التنظيمية والصراع التنظيمي في المستشفيات الحكومية-محافظات غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.
10. عبيد؛ راتب (2011). أسباب الصراع التنظيمي لدى الأطباء العاملين في مستشفى رفيديا الحكومي. (رسالة ماجستير غير منشورة) قسم العلوم الادارية، جامعة النجاح، نابلس، فلسطين.
11. العطار، سلامة إبراهيم (2010). أثر استراتيجيات الصراع التنظيمي في الإغتراب الوظيفي، دراسة تطبيقية على الموظفين العاملين في مراكز الوزارات الأردنية. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة مؤتة، عمان، الأردن.
12. عبيد، عوني (2009). واقع ادارة التغيير وأثرها على أداء العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية. (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التجارة، الجامعة الاسلامية، غزة، فلسطين.
13. عبد الواحد، مؤمن خلف (2008). الأساليب المتبعة في إدارة الصراع التنظيمي داخل المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة من وجهة نظر المدراء. (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

14. أبو عساكر، فوزي(2008). أنماط إدارة الصراع وأثرها على التطوير التنظيمي. دراسة تطبيقية على وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
15. علي، حنان (2007). الصحة والسلامة المهنية وأثرها على الكفاءة الإنتاجية في المؤسسة الصناعية دراسة حالة المؤسسة. (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة قسنطينة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر.
16. العمري، عبد الملك (2006). أثر إدارة الصراع التنظيمي على الرضا الوظيفي. دراسة تطبيقية على وزارة التربية والتعليم في اليمن، (رسالة ماجستير غير منشورة)، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، مصر.
17. عمار، تغريد (2006). أثر بعض المتغيرات الدخيلة على مستوى ضغط العمل لدى الهيئة الإدارية والأكاديمية في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين
18. العتيبي، طارق موسى (2006). الصراعات التنظيمية وأساليب التعامل معها دراسة مسحية لوجهات نظر ضباط المديرية العامة للجوازات بمدينة الرياض. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.
19. العبيدي، عبد الله سعد (2000). الصراع التنظيمي في المؤسسات العامة، دراسة ميدانية استطلاعية لأسبابه وآثاره وسبل إدارته. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.
20. مرزوق، نجلاء(1989). مشكلات قياس كفاءة أداء الخدمات الصحية في المستشفيات. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
21. الفوزان، رشيد(2004). نظم المعلومات الحديثة وأثرها على أداء العاملين. (رسالة ماجستير غير منشورة)، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.
22. فقها، ككتانه؛ وآخرون.(2010). العلاقة بين الجودة والإنتاجية في المستشفيات الصحية العاملة في مدينه نابلس. (بحث تخرج)، كلية الإقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.

23. اللوح، يوسف (2008). الصراعات التنظيمية وانعكاساتها على الرضا الوظيفي. (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
24. هنية، ماجد (2005). العوامل المؤثرة علي إنتاجية العاملين في القطاع الصناعي. (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
25. مطيري، دخيل (2010). أثر جودة الخدمات الإنتاجية والتسويق بالعلاقة على ولاء الزبائن: دراسة تحليلية لآراء عينة من المسافرين على شركة طيران الجزيرة في دولة الكويت"، (رسالة ماجستير غير منشورة) ،جامعة الشرق الاوسط، عمان، الأردن
26. وشاح، رأفت (2010). أثر المناخ التنظيمي على الإبداع لدى العاملين بمجمع الشفاء الطبي. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة ، فلسطين.

ثالثاً - الدوريات:

1. الأحمدى، حنان (2007). التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية. مجلة الإدارة العامة، المجلد 40، العدد 3.
2. الجعافرة، صفاء (2013). أساليب إدارة الصراع التنظيمي وعلاقتها بالإبداع الإداري لدى مديري ومديرات المدارس الحكومية في محافظة الكرك من وجهة نظرهم. مجلة دراسات، العلوم التربوية، المجلد، 40 العدد 2.
3. الجندي، عادل السيد (1998). استراتيجيات إدارة الصراع التنظيمي ودورها في إحداث عملية التطوير والتغيير التربوي داخل النظام المدرسي، مكتبة مجلة كلية التربية، زهران الشرق، جامعة عين شمس، جمهورية مصر العربية، العدد 22، الجزء 2، ص ص-189. 232
4. الحنيطي، محمد فالح (1993). الصراع التنظيمي: أسبابه وطرق إدارته في المؤسسات العامة والخاصة في الأردن، مجلة دراسات في العلوم الإنسانية، عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية، المجلد، 20، العدد 1، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ص ص 60-30
5. الخرب، محمد عبد الله. (2006). الصراعات الشخصية وانعكاساتها على الأمن الوظيفي دراسة مسحية لاتجاهات العاملين في ديوان وزارة التربية والتعليم بمدينة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.
6. ابو رغدة، حسين (2005) . إدارة الصراعات التنظيمية. مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير العدد، 5 .

7. أبو سنيينة؛ وآخرون (2014). مستوى إدارة الصراع التنظيمي لمديري المدارس الثانوية الحكومية وعلاقته بمستوى الولاء التنظيمي للعاملين في محافظة العاصمة عمان، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد 10 ، العدد 1 .
8. العسالي، محمد أديب (2006). واقع ومتطلبات تطوير الواقع الصحي، المؤتمر الوطني للبحث العلمي والتطوير الثقافي ، دمشق ، سوريا
9. الفراء؛ اللوح (2007). تطوير الهياكل التنظيمية للوزارات الفلسطينية في قطاع غزة واثرها على الكفاءة الادارية، مجلة الجامعة الإسلامية. 506. سلسلة الدراسات الانسانية، أثر التنمية البشرية نابلس، م15ع.
- 11-القهوي،ليث(2015).أثر أنماط الصراع على التمكين التنظيمي للعاملين في شركة الفوسفات الأردنية. جامعة الزرقاء،الأردن،مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية ،م،15،ع1ص ص 216-218
- 10.المهدي؛ هيبة (2000). إستراتيجية مقترحة لإدارة الصراع التنظيمي في المؤسسات التعليمية. جامعة عين شمس، جمهورية مصر العربية، مجلة كلية التربية، العدد 24 ، ج 4 ، ص ص 215-260.
- 11.حريم، حسين (2003). إدارة الصراع التنظيمي "دراسة ميدانية على القطاع المصرفي في الأردن". عمان، المملكة الأردنية الهاشمية- المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية، المجلد 6 ، العدد2، ص ص 67-47.
- 12.خرمة، عماد محمد (2000). إدارة الخدمات الصحية في الأردن، حالة دراسية عن خدمات قسم الاشعة في مستشفى جرش المركزي الإداري، الاردن العدد، 83.
- 13.رفاعي، محمد(1980). مشكلة الصراع في التنظيم. مجلة الإدارة، القاهرة، جمهورية مصر العربية، العدد4، ص ص 90 .
- 14.فطر، جميلة؛ محمد،أبو بكر (2015). الصراع التنظيمي وأثره في تحقيق الرضا الوظيفي. مجلة العلوم الاقتصادية جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية الدراسات التجارية مجلد1،العدد16.
- 15.ناصر، عبدالخالق (1995). الرضا الوظيفي وأثره على إنتاجية العمل. مجلة العلوم الاجتماعية، العدد73.
- 16.الديب، مدحت محمد (2000). جوانب في الصراع التنظيمي. المجلة العربية للإدارة، المجلد 11، العدد2، ص ص88-50.

17. رحيم، أفاضل (1986) . إستراتيجية إدارة الصراع في المنظمات الكبيرة. ترجمة: محمد حامد حسنين، المجلة العربية للإدارة، مجلد 10، عدد1، المنظمة العربية للعلوم الإدارية، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية.
18. الشخص، أديب محمد (1994). إدارة النزاعات في المنظمات. مجلة الإداري، العدد56 ، ص ص98-59.
19. صلاح، محمد نيا ب(2012) . قياس أبعاد جودة الخدمة الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الإقتصادية والإدارية، م 21، ع 11.
20. العديلي، ناصر (1995). السلوك الإنساني، منظور كُلي مقارن، من منشورات معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
21. عساف، عبد المعطي (1999). الاتجاهات الحديثة لتقويم أداء العاملين في الإدارة الحكومية. مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد16 ، العدد1
22. العلق ، بشير؛ وآخرون (2002). استخدام نموذج الفجوات لتفسير العلاقة بين جودة الخدمة المدركة و رضا المستفيد. مع اقتراح عدد من الأساليب لمعالجة الفجوات الإداري، العدد 88، عمان، ص13
23. العلق، بشير (2001). قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين. مؤشر فعال على الأداء الناجح للقيادة الإدارية في المنظمات الخدمي، حالة المختبرات الطبية ومراكز الأشعة في الأردن. المؤتمر العربي الثاني في الإدارة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، ص ص173-195.
24. المعشر، زياد يوسف (2005). الصراع التنظيمي، دراسة تطبيقية لاتجاهات المرؤوسين نحو أساليب إدارة الصراع في الدوائر الحكومية في محافظات الجنوب في الأردن. المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، مطبعة الجامعة الأردنية، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ، مجلد، 1 عدد، 2 ، ص ص68.
25. مهدي، عباس عبد (2005). استراتيجيات إدارة الصراع التنظيمي التي يستخدمها مديرو المدارس، الثانوية في الأردن وعلاقتها بالالتزام التنظيمي للمعلمين. مجلة مؤتة للبحوث والدراسات، مجلد 20 ، عدد2، جامعة مؤتة، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ص ص181-222.

رابعاً - المراجع الأجنبية:

1. Abdel-Razek, W. (2011): "**Factors Affecting the Effectiveness of the Job Performance of the Specialists Working in the Youth Care at Helwan University**", World Journal of Sport Sciences Vol. 4, No. 2, P. 116-125.
2. Bo Carlsson. **The measurement of efficiency in production an application to S Cronin , Jr & Tylor.S**, Measuring Service Quality : Areexamination & Extension, Journal of marketing, No.56,July,1992.
3. Buchanan D. and Huczynski A. (1997), "**Organizational Behavior: An Introductory Text**", 3rd Ed., Prentice Hall, London.
4. Chia-Ming Chang , Chin-Tsuchen,and Cin-Hsien, A Review of Service Quality in Corporate and Recreational Sport : Fitness Programs , The sport Journal ,Vol:5,No.3,
5. Carter, Tony J. D.,(2009). Managers Empowering Employees, American Journal of Economics and Business Administration, Vol. 1, No. 2, 39-44
6. Goncalves K.P, Services Marketing : Astrategic Approach , prentice -Hall, New Jeresy,1998.
7. - Gana, Alimi Baba & Bababe, Fatima Bbkar (2011). "The Effects of Motivation on Workers Performance: A Case Study off
8. Maiduguri Flour Mill LTD. Borno State, Nigeria", University of Maiduguri, Borno State, Nigeria,
9. Cook W. and Hunsaker L. (2001), "**Management and Organizational Behavior**",3rd Ed., McGraw-Hill Co., Inc., New York.
- 10.Coutts, Lary and Schneider, Frank, Police office performance appraisal system :how good are they, Journal of Police Strategies and Management, Vol. 27, No. 9, pp 67-81, (2004) .
- 11.Dessler, G. (2002), **A Framework for Human Resource Management**. (2nd ed). New Jersey: person education.
- 12.David Frew," **How Stress Affects productivity in material management?**" Hospital material management quarterly, Vol. 6, No.4 , May 1985.
- 13.Elg, M, Stenberg, J Kammerlind, P, Tullberg, S, & Olsson,J (2011). **Swedish healthcare management practices and quality improvement work: development trends**. International Journal of Health Care Quality Assurance, 24 (2).
12. Elkahlut ,Gamal & Algaed, Ahmed " **The effect of some Socio-Demographic Factor on Job Stress Level in Nursing Work**" Umm Al-Aura University Journal of Educational & Social Sciences and Humanities, Vol 115 , No.1, Jan.2003.

13. Gray, J.L. and Stark, F.A. (1980). "Organizational Behaviour, Concepts and Applications". (2nd dition). Charles, E. Merrill Publishing Co. Toranto-London- Sydney.
14. Gordan J. (1991), "**A Diagnostic Approach to Organizational Behavior**", 3rd Ed., Allyn and Bacon, Boston.
15. Hersey P and Kenneth HB (1993), "**Management of Organizational Behavior**", Prentice-Hall, New Jersey.
16. Hodje J. and Anthony W. (1979) "**Organization Theory: An Environmental** Liaqu & Schumacher (1995). "**Total Quality Management Challenge to deal with job satisfaction for teacher in Urban School Education Leadership**,50(3).
17. Katz D. and Khan R. (1966), "**The Social Psychology of Organizations**", Wiley, New York Jhon Wiley and sons. Inc.
18. Kelly J. (1974), "**Organizational Behavior**", Homewood, Illinois, Richard, IRWIN, Inc.
19. Kotler, P and Keller, K (2009), Marketing Management,13th edu, Pearson Prentice Hall.
20. Leavitt H. (1964), "Managerial Psychology", University of Chicago, Chicago.
21. Lovelock C., Service Marketing ,3rd ed. ,prentice-Hall, International Edition , New York , 1996 .
22. March J. and Simon H., (1958), "**Organization**", Wiley & Sons, New York.19
23. Meyer, Susan .(2004) **Organizational Response to conflict**
24. **and outcomes**. National Association of Social Workers, 28, 3, PP: 211-314
25. Nakijima , Hiroshi , Better Health: Through better life of Recourses , World Health , The Magazine of (WHO), 50th year , No. 5,9-10,1997. ll,Newyork ,
26. Plowman K. (2005), "**Conflict Strategic Management and Public Relations**", Public Relations Review, Vol. 31, Issue 1, PP. 131-138.
27. Pondy L. (1980), "**Organizational Conflict: Concepts and Models**", Adiministrative Science Quarterly, Vol. 2, No. 12, p.111.
28. Parasuraman, A, Zeithaml, V.A and Berry, (1988), L.L "SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", Journal of Retailing, Vol(64), No(1), Spring VOL.11,No. 1-2,2005.
29. Parasuraman, A, Zeithaml, V.A. and Berry, L.L., (1985) "A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research", Journal of Marketing, Vol(49), April, pp.41-50.

30. Rahim A. (2001), "**Managing Conflict in Organizations**", 3rd Ed., Westport: Greenwood Publishing Group, Inc.
31. Robbins S. (2001), "Organizational Behavior", 9th Ed., Prentice Hall International, Inc., Upper Saddle River, New Jersey
32. Raymond S. (1998), "**Human Resource Management**", 3rd Ed., John Wiley & Sons, Jacaranda Wiley Ltd., New York.
33. Rue L. and Bayers L. (1989) "Management: Theory and Application", 5th Ed., Home wood: Illinions, Richard IRWIN, Inc.
34. Saetang, J., Sulumnad, K., Thampitak, P. and Sungkaew, T. (2010). "**Factors Affecting Perceived Job Performance among Staff: A Case Study of Ban Karuna Juvenile Vocational Training Centre for Boys**", The Journal of Behavioral Science, Vol. 5, No. 1, P. 33-45.
35. Strenberg R. and Dobson D. (1987). "**Resolving Interpersonal Conflicts: An Analysis of Stylistic Consistency**", Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 52, No. 4. American Psychological Association, Inc
36. shou-yih D-Jeffrey A. Alexander **managing hospitals in turbulent times, do organizational changes improve hospital survival, health service**, october (1999)
37. Schermerhorn J., Hunt J. and Osborn R. (2000), "**Organizational Behavior**", 7th Ed., JohnWiley & Sons, Inc., New York
38. Schermerhorn J., Hunt J. and Osborn R. (1998), "**Basic Organizational Behavior**", 2nd Ed., JohnWiley & Sons, Inc., New York.
39. Schermerhorn J., Hunt J. and Osborn R. (2000), "**Organizational Behavior**", 7th Ed., JohnWiley & Sons, Inc., New York.
40. Strenberg R. and Dobson D. (1987), "**Resolving Interpersonal Conflicts: An Analysis of Stylistic Consistency**", Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 52, No. 4, PP. 794-812, American Psychological Association, Inc.
41. Shaikh B.T., & Rabbani , Health Management Information System : A tool to gauge patient satisfaction & Quality of Care, Eastem Mediterranean Health,
42. Shahril Shafie , Dr. Wan Nursofiza , Sudin Haron , A Dopting & 39.
43. WHO (2000), "A selection of important health indicators", World Health Organization, Manila, Philippines. Measuring Customer Service Quality In Islamic Banks : A case Study of Bank Islam Malaysia Berhad , Journal of Management & Islamic Finance Research, Vol.1, No.1, 2004. www.KLbs.com

44. Yamane, Taro (1967). Statistics an introductory analysis 2nd ED, new yourk: harper&row
45. Zeithaml, Valarie A., and Britner M., Services Marketing Integrating Customer, Focus across the Firm, International Edition, McGraw-Hill, New York, 2003
46. Zeithaml, Valarie A., and Britner M., Services Marketing Integrating Customer, Focus across the Firm, International Edition, McGraw-Hill, New York, 2003
47. Hi Tosi, H. Rizzo, J. Carroll, S. 1990). "Managing Organizational Behaviour". (second edition). Harper and Row Publishers, New York.
47. Jabeen, Maimona (2011). "Impact of Performance Appraisal on Employees Motivatioon", The Islamia University of Bahawalpur, Punjab, Pakistan, European Journal of Business and Management Vol 3, No.4,

خامساً - المراجع الإلكترونية:

1. منتدي مجلة الإبتسامة آخر زيارة 2016/1/26
[http:// sayedmobark.yoo7.com/t1973-topic](http://sayedmobark.yoo7.com/t1973-topic)
2. ويكيبيديا (الموسوعة الحرة) آخر زيارة 2016/1/19، ص11.
[https://ar.wikipedia.org/wiki/:](https://ar.wikipedia.org/wiki/)
<http://www.abo.hamza@windows.livw.comm>
3. آخر زيارة 2016/6/15، ص2، ص10.
[http://www.hrdiscussion.com/hr24489.html:](http://www.hrdiscussion.com/hr24489.html)
4. آخر زيارة 2016/6/15، ص10.
5. بوابة معلومات أونروا - مكتب غزة الإقليمي
<http://www.portal.unrwa.ps>
6. آخر زيارة 2016/6/18، ص8.
<http://www.hrdiscussion.com/hr24489.html>
7. آخر زيارة 2016/5/15، ص3.
<http://www.wafa.ps>
8. آخر زيارة 2016/3/15، ص12.
<http://www.hollanduniversity.org>
<http://WWW.MOH.gov.ps/care>
<http://WWW.Gaza.health.org>

سادساً- المقابلات: مقابلة مع كلاً من:

1. مجدى ضهير (2016): " مقابلة أجرتها الباحثة، غزة 2016/8/7م.
2. حسام قويدر (2016): " مقابلة أجرتها الباحثة، غزة 2016/8/10م.
3. نهلة حلس (2016): " مقابلة أجرتها الباحثة، غزة 2016/8/11م.
4. طارق السعافين (2016): " مقابلة أجرتها الباحثة، غزة 2016/8/14م.
5. جهاد مطر (2016): " مقابلة أجرتها الباحثة، غزة 2016/8/15م.
6. محمود حميد. (2016): " مقابلة أجرتها الباحثة ،غزة 2016/8/17م.
7. محمد أبو سمعان. (2016): " مقابلة أجرتها الباحثة ،غزة 2016/8/18م.

سابعاً- التقارير:

1. التقرير السنوى لوزارة الصحة (2014).
2. الإستراتيجية الصحية لوزارة الصحة (2012-2017).
3. التقرير السنوى لدائرة الطب الوقائى(2015).
4. تقرير القوي العاملة للرعاية الأولية (2015).
5. التقرير السنوى لوحدة نظم المعلومات الصحية (2015).
6. التقرير السنوى لوزارة الصحة الفلسطينية (2015).
7. التقرير السنوى لمركز الإحصاء الفلسطيني (2015).
8. خطة العمل لدائرة الطب الوقائى(2014)

الملاحق



أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا - غزة
 ادارة الدولة والحكم الرشيد
 برنامج الدراسات العليا المشترك بين أكاديمية الإدارة والسياسة
 للدراسات العليا وجامعة الأقصى .



ملحق رقم (1): استبانة مقابلة

الأخ/الأخت الكريم/ة

تحية طيبة وبعد،،،

الموضوع اجراء مقابلة

نود إعلامكم بأنه قد تم اختياركم لتكونوا أحد المشاركين في دراستي والتي سنتناول أثر الصراع التنظيمي علي إنتاجية مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة. وهذه الدراسة تعتبر متطلب لنيل شهادة الماجستير في إدارة الدولة والحكم الرشيد من أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا وتهدف الدراسة إلى تحقيق الآتي:

1. التعرف علي مستويات الصراع التنظيمي وأهم أنواعه ومراحله ومصادره في مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية.
 2. التعرف علي مستوي انتاجية مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية.
 3. التوصل إلي أثر أبعاد الصراع علي انتاجية وزارة الصحة.
 4. تقديم توصيات تساعد في تطوير أداء وزارة الصحة الفلسطينية في التعامل مع الصراع التنظيمي في العمل مما له دور ايجابي في رفع الكفاءة الإنتاجية في وزارة الصحة الفلسطينية.
- ونود إعلامكم بان كل المعلومات التي تدلون بها هي معلومات سرية للغاية وستستخدم فقط من أجل البحث العلمي. ولن يتم استخدام أي من المعلومات ضدك بأي شكل من الأشكال.

واقبلوا التحية والتقدير

مع تحيات الباحثة

تغريد زامل الوحيدي

أسئلة المقابلة بناء على النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة:

1. ما واقع الصراع التنظيمي في وزارة الصحة الفلسطينية؟
2. لا يتم توفير مناخ مناسب لدعم قدرة الموظف وتمييزها؟
3. لا توجد فرصة لتبادل المعلومات في إدارة المؤسسة حول مشكلات العمل؟
4. هل يسمح نظام العمل المتبع في المؤسسة للموظف بالمشاركة في اتخاذ القرار؟
5. هل هناك تركيز على مبدأ الجدارة والاستحقاق في الترقية والمكافآت؟
6. لا يوجد تكافؤ في الإنتاج بين مراكز الرعاية الأولية؟
7. يتم تفضيل دائرة عن دائرة أخرى لماذا؟.
8. لماذا يتم منح موظفين صلاحيات أكثر من غيرهم؟
9. هل يتم وضع الرجل المناسب في المكان المناسب وهل يكون وفقا للكفاءة والمهنية أم غير ذلك؟
10. هل تقوم الوزارة بتوفير الأجهزة اللازمة للعمل وهل هي حديثة العهد أم لا ؟
11. يتم اتباع سياسة الثواب والعقاب أم لا ؟

ملحق رقم (2): أسماء لجنة التحكيم

مكان العمل	الإسم	م
وزارة الصحة - الرقابة الداخلية	د. رضوان بارود	1
وزارة الصحة - الإدارة العامة للمستشفيات	د. مثقال حسونه	2
وزارة الصحة - وحدة نظم المعلومات الصحية	د. سمير راضي	3
جامعة فلسطين	د. عامر أبو شريعة	4
جامعة الأزهر	د. رامز بدير	5
جامعة القدس	د. جلال شبات	6
منظمة الصحة العالمية	د. محمود ضاهر	7
أكاديمية الإدارة والسياسة	د. نبيل اللوح	8



أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا - غزة
إدارة الدولة والحكم الرشيد
برنامج الدراسات العليا المشترك بين أكاديمية الإدارة والسياسة
للدراسات العليا وجامعة الأقصى



ملحق رقم (3): استبيان بحث ماجستير

الأخ الكريم/ الأخت الكريمة

تحية طيبة و بعد،،،

الموضوع / استبيان بحث ماجستير بعنوان أثر الصراع التنظيمي على انتاجية وزارة الصحة في محافظات غزة (مراكز الرعاية الأولية)

ستقوم الباحثة بإجراء دراسة بوزارة الصحة حول أثر الصراع التنظيمي على انتاجية وزارة الصحة في مراكز الرعاية الأولية في محافظات غزة ، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الدولة والحكم الرشيد، لذا نرجو من سيادتكم الإجابة على فقرات الاستبيان بوضع علامة (X) أمام الإجابة المناسبة لاختيارك، علماً بأن البيانات التي توفرها الاستبانة ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، وستعامل بسرية تامة، والمشاركة طوعية يمكن حق رفض المشاركة وحق الإجابة، وحق الإنسحاب من الدراسة إذا استوجب الأمر ذلك ولن تظهر المعلومات بشكل فردي بل على هيئة جداول.

تعريف مصطلحات الدراسة:

***الصراع التنظيمي:** هو عملية تفاعلية عند عدم الاتفاق أو الاختلاف أو التناظر بين الأفراد والجماعات، أو داخل المنظمات، أو عند تعرض أحد الأطراف إلى أهداف الطرف الآخر ومنعه من إشباع حاجاته وتحقيق أنشطته والتدخل فيها وبخاصة في ظل رغبة الأفراد أو الجماعات في الاستحواذ على موارد مشابهة لحاجة كلٍ منهما، أو عند وجود حق إداري لأيٍ منهما يتعلق بالتفضيل لسلوكٍ إحداهما على الآخر أثناء مشاركتهم بنشاط معين، أو عندما تكون اتجاهاتهم وقيمهم ومعتقداتهم ومهاراتهم متباينة (رحيم:2001)

***انتاجية وزارة الصحة:** هي عبارة عن مجموع الطاقات المادية و البشرية التي تتفاعل فيما بينها وفق تنظيم معين بهدف تصنيع الأشياء المادية التي تلبي حاجات الأفراد و المجتمعات، وهي الميدان الذي يعمل فيه العدد الأكبر من القوة العاملة و مكان تجمع الموارد الإنتاجية و مزجها، و تمارس العملية الإنتاجية على مستوى المؤسسة لتحقيق الوفرة بكفاءة عالية و رغبة في التحسين و التطوير(العلي:1985).

ولكم كل الاحترام والتقدير

الباحثة تغريد زامل الوحيددي

المشرف د. يحيى عوض عابدي

الرقم المتسلسل: _____

البيانات شخصية

الجنس:	() ذكر	() أنثى
العمر بالسنوات:	() أقل من 25 سنة () 25-أقل من 30 سنة () من 30-أقل من 35 سنة () 35 فأكثر	
المسمى الوظيفي:	() مدير وحدة	() مدير دائرة
	() رئيس قسم	() رئيس شعبة
المهنة الأساسية:	() طبيب () طبيب أسنان () ممرض () صيدلي () فني مختبرات () اداري () أخري	
المؤهل العلمي:	() دبلوم فأقل () بكالوريوس () ماجستير () دكتوراه	
سنوات الخدمة:	() أقل من 5 سنوات () 5سنوات- أقل من 10 () 10- أقل من 15 سنة () 15 فأكثر	

أولاً: محاور الصراع التنظيمي:

الرقم	العبارات	لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة
صراع علاقات العمل						
1.	تتأثر العلاقات الشخصية بين العاملين بسبب خلافات العمل.					
2.	نظام الاتصال المعمول به في بيئة العمل يسمح بالاتصال بين كافة العاملين من جميع المستويات.					
3.	تعجبنى السلوكيات الموجودة داخل بيئة العمل.					
4.	تبني مفاهيم خاطئة داخل العمل يؤدي إلي عدم الفهم الصحيح لمشكلات العمل.					
5.	بيئة العمل تشجع العاملون علي فكرة "أنا جميعا في قارب واحد".					
6.	تقدر الوزارة دور العاملين وأدائهم دون تحيز وبشكل عادل.					
7.	أهداف المؤسسة تتعارض مع الأهداف الشخصية للعاملين ورؤيتهم.					

الرقم	العبارات	لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة
8.	يتجنب العاملون مجادلة من يختلفون معهم في الآراء.					
9.	يوجد تداخل في فهم العاملين للوصف الوظيفي.					
10.	يوجد توافق بين الرؤساء والمرؤوسين داخل الإدارات.					
11.	يحاول العاملون تفهم مواقف ووجهات نظر بعضهم البعض.					
صراع المعلومات						
1.	يوجد توافق بين الرؤساء داخل الإدارات.					
2.	توجد فرصة كبيرة لتبادل المعلومات في ادارة المركز حول مشكلات العمل.					
3.	يوجد نظام معلومات جيد في المركز.					
4.	يتم تفسير المعلومات من قبل العاملين كما يجب تفسيرها.					
5.	يوجد أكثر من مصدر لتدفق المعلومات.					
6.	توفر الإدارة نظام اتصال يسمح بحرية تدفق المعلومات في كلا الإتجاهين.					
7.	يوجد عدم معرفة بأهمية المعلومات عند العاملين.					
8.	تتأثر العلاقات بين العاملين ومدرائهم بسبب عدم توفير المعلومات لدى المدراء.					
9.	يؤدي الضغط في العمل إلى التناقض في سير العمل.					
10.	الاستخدام الأمثل من قبل المركز للموارد البشرية والمالية والتقنية يؤدي الى درجه عالية من الكفاءة والإنتاجية.					
11.	يؤدي احتكار المعلومات إلى عدم اتخاذ قرارات صائبة.					
12.	يوجد المام كاف لدى الموظفين بالمعلومات ولديهم القدرة علي توصيلها بالطرق الصحيحة.					
13.	يوجد تضارب أو تناقض في المعلومات المقدمة من قبل العاملين لصانعي القرار داخل المركز.					

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	العبارات	الرقم
					الخلل في كمية المعلومات ونوعها يؤثر في صنع القرارات.	14.
					يتم اتخاذ الإجراءات الضرورية لتجنب الخلل في تدفق المعلومات.	15.
					يتوفر في الوزارة قواعد بيانات متكاملة ومتاحة للإدارات والوحدات والدوائر المختلفة.	16.
صراع المصالح						
					يوجد لدي العاملين الرغبة الفعالة في مشاركة القرارات واتخاذها.	1.
					تدعم الإدارة قدرة الموظف بتوفير الموارد الكافية والمناخ الملائم لتنميتها.	2.
					يتم اتخاذ الإجراءات الضرورية لتجنب صراعات العمل التي لا فائدة منها.	3.
					يتنازل العاملون عن بعض الأشياء مقابل تحقيق نقاط أخرى.	4.
					يغالي العاملون في مطالبهم ومواقفهم حتى يحصلوا على ما يريدون.	5.
					تهتم الوزارة بحاجات ورغبات الموظفين وتساهم في تلبية ذلك قدر الإمكان.	6.
صراع البنية						
					يساعد الهيكل التنظيمي على سهولة الاتصال بين العاملين.	1.
					تقوم الإدارة بتغييرات جوهرية في الهيكل التنظيمي لتحسين الأداء.	2.
					يلعب القرب من صانعي القرار دوراً في النفوذ والقوة داخل المركز.	3.
					تسمح طبيعة الهيكل التنظيمي بتفويض الصلاحيات للعاملين.	4.

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	العبارات	الرقم
					توزع المهام وفقاً للكفاءات التي يمتلكها العاملين.	5.
					أشرف على أعداد كبيرة من الموظفين.	6.
					تتيح الإدارة للعاملين المجال للنقاش والحوار والقدرة على الإقناع.	7.
					يتم منح بعض الموظفين سلطات أوسع من غيرهم.	8.
					تعتمد الإدارة على تفويض السلطة في حل الصراعات والخلافات.	9.
					تعمل الإدارة على التوفيق بين أطراف الصراع لإرضاء الجميع.	10.
صراع القيم						
					لا يوجد مناخ ملائم للعلاقات الإنسانية في البيئة التي أعمل بها.	1.
					هناك خلاف مستمر مع المسؤولين نتيجة القيام بإجراءات لا تتناسب مع ميولهم ورغباتهم.	2.
					هناك تفهم من الإدارة حول أفكارى الشخصية وحول ما يدور في بيئة العمل.	3.
					لا توجد عدالة في توزيع السلطات بين المرؤوسين.	4.
					يوجد تفضيل لإدارة عن إدارة أخرى في توزيع الموارد داخل التنظيم.	5.
					لا توجد مركزية في صنع القرارات داخل المركز.	6.
					تعتبر الأعمال الموكلة إلي أحيانا صعبة ومعقدة.	7.
					الالتزام بالقرارات والقوانين غالبا ما تسبب التوتر في التعامل مع المراجعين.	8.
ثانياً - محاور الإنتاجية						
العوامل الفنية						
					لا يوجد نقص في الأدوية وانتظام تدفقها حسب ما هو مخطط لها.	1.
					أنت راض عن ضمانات العمل من حيث الأمن	2.

الرقم	العبارات	لا أوافق بشدة	لا أوافق	محايد	أوافق	أوافق بشدة
	والسلامة والاستقرار.					
3.	تعمل الإدارة على توفير واستحداث وسائل وتقنيات الاتصال الحديثة باستمرار.					
4.	المهام المطلوبة في العمل واضحة وتتناسب مع ساعات العمل.					
5.	يوجد تناسب بين القوي العاملة ومعدل التغير في العمل.					
6.	حجم العمل لا يعطيني الفرصة للراحة الكاملة.					
7.	يوجد تداخل في الإشراف من قبل الرؤساء.					
8.	توجد خطوط واضحة للسلطة والمسئولية.					
9.	تسعى القيادة الى تغيير الاجهزة التكنولوجية المستخدمة وتطويرها لتواكب التغييرات.					
10.	تؤدي التكنولوجيا المستخدمة إلى تقليل الوقت والجهد.					
11.	تقوم الوزارة بتغيير أساليب تقديم خدماتها للمواطنين باستخدام التكنولوجيا.					
12.	توفر الوزارة قاعدة معلوماتية تُسهل الحصول على المعلومات لكافة العاملين وللجمهور.					
13.	تتوافر لدى الوزارة أساليب تقنية للتنسيق والربط مع الوزارات والمؤسسات الأخرى.					
العوامل الشخصية						
1.	المهام المطلوبة تتناسب مع المستوى المهني وقدرات العاملين.					
2.	أشعر بأن المسئولين عني يتعاملون معي بشكل إنساني مميز.					
3.	أخذ بعين الاعتبار سمعة المركز الذي انتمي إليه.					
4.	أري بأن هناك تركيز علي مبدأ الجدارة والاستحقاق في الترقية والمكافآت.					
5.	نظام العلاوات والمكافآت المعمول فيها في الوزارة يتسم					

أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة	العبارات	الرقم
					بالعدالة والموضوعية.	
					يسمح بالاتصال بين جميع المستويات عبر التسلسل الإداري.	6.
					هنالك فرص للقدرة علي اقتناع رئيسك في اتخاذ القرارات.	7.
					يوجد وضوح في المسؤوليات الموكلة إليك.	8.
					يوفق المدراء في التعامل مع العاملين بين الحزم واللين.	9.
					تعمل الإدارة على توفير وتوزيع الموارد البشرية لإنجاز العمل وتحقيق الأهداف.	10.
					يوجد تكافؤ في الإنتاج بين المراكز الصحية.	11.
					تقوم الإدارة بتحفيز الأفراد مادياً ومعنوياً وذلك بنشر نتائج أبحاثهم ودراساتهم العلمية والتكنولوجية.	12.
					تفخر العائلة بعمل إبنها داخل المركز.	13.
					يوجد توافق وتناسق بين القوي العاملة في المؤسسة الصحية والمجموع الكلي للسكان حسب المحافظات في قطاع غزة.	14.
					يوجد تواصل من الإدارة مع الموظفين العاملين من ناحية التوجيهات والإشراف الدائم.	15.
					تحرص الإدارة على تحديد الاحتياجات التدريبية للعاملين.	16.
					تعمل الإدارة على توفير الموارد اللازمة لتعزيز الأداء.	17.
					تقوم الإدارة بتقييم البرامج التدريبية لتطوير العاملين.	18.
					تسعي الإدارة لإيجاد حلول جذرية للصراعات.	19.
					تفضل الإدارة استخدام المنطق السليم والموضوعية في حل الصراع.	20.

ملحق رقم (4): تسهيل مهمة باحث

www.mpa.edu.ps
info@mpa.edu.ps

أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا
Management & Politics Academy for Postgraduate Studies
مسار الترخيب



الأحد: 07 فبراير 2016
No: MPA, EX, 3381

حُفِظَتْ وَبُورِكَتْ...

الأخ الفاضل/ د. ناصر أبو شعيبان
مدير عام تنمية القوى البشرية
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته...

الموضوع / تسهيل مهمة باحث

تهديكم عاطر تحياتنا الأخوية الصادقة، متمنين من الله العليّ الغدير أن تنعموا بالصحة والسعادة الوفيرة،
تعيد أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، بأن الطالبة: تغريد زامل سظام الوحيدي، برقم
جامعي: 220130003، تخصص: إدارة الدولة والحكم الرشيد، تقوم بإعداد بحث حول (أثر
الصراع التنظيمي على إنتاجية مراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة)، ونظراً لحاجة الباحثة للعديد من
البيانات والبيانات، نرجوا منكم تسهيل مهمتها في الحصول عليها، وتسهيل إعادتها ما يلزم من
مواد ضمن المعمول به لديكم.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،...

رئيسة الأكاديمية
م. محمد إبراهيم المدهون
رئيسة الأكاديمية

نسخة ٢:

- مكتب الطالب -

☎ +970 8 2621838
☎ +970 8 2644470
☎ +970 8 2661245

المسجون - غزة - شارع جمال عبد الناصر (التكاثري)
أرقام الصناديق - بناية رقم 2070/84 - 1421