

الفصل الرابع عشر
التغيير التنظيمي وعلاقته
بإدارة الجودة الشاملة في
المنظمات الصحية

obeikandi.com

الفصل الرابع عشر التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

أولاً- التغيير التنظيمي وإدارة التغيير:

التغيير ظاهرة اقتصادية اجتماعية سياسية مركبة تتعدى أهميتها وتتجاوز حدود ما يحققه في الحاضر وتمتد إلى المستقبل. من المنطق أن التغيير يمس كل من العمل الذي تقوم به المنظمات وكيفية القيام به على حد سواء. وفي ظل التحولات والتغيرات التي تعرفها بيئة الأعمال فإن أساليب إدارة تنظيمية جديدة تفرض نفسها لتجنب الجمود التنظيمي وهو أحد أبرز العوائق التي تواجه التغيير.

1- ماهية التغيير والتغيير التنظيمي:

لعل من أكثر الأمور صعوبة وتعقيداً تلك التي تواجهها المنظمات هي تلك المتعلقة بالتجديد والتغيير؛ فالمنظمات تواجه تغيرات مستمرة في البيئة أو القطاع الذي تعمل فيه، بعض هذه التغيرات تكون بمثابة رد فعل أو استجابة للتهديدات البيئية الخارجية وبعضها يكون استجابة لاستثمار الفرص البيئية.

أ- تعريف التغيير والتغيير التنظيمي:

لا يوجد حتى الآن تعريف جامع وشامل محدد للتغيير التنظيمي. لذلك، سيتم استعراض عدد من المفاهيم بهدف الوصول إلى ملامح عامة للتغيير التنظيمي:

هو عملية لازمة وضرورية للمنظمات طالما أنها تعمل في بيئة تتصف طبيعتها بالتغيير المستمر والسريع في القوى المؤثرة فيها، والتي يصعب التنبؤ بها والتحكم فيها لذلك فإن الطريق الصحيح للارتقاء بمستوى الأداء في المنظمات هو التغيير والابتكار للتكيف مع البيئة المحيطة؛

هو عملية طبيعية تقوم على عمليات إدارية معتمدة، ينتج عنها إدخال تطوير بدرجة ما على عنصر أو أكثر، يمكن رؤيته كسلسلة من المراحل

التي من خلالها يتم الانتقال من الوضع الحالي إلى الوضع الجديد (١)؛
هو إدخال تعديلات مدروسة بعد التعرف على البيئة الخارجية للتعرف على
التغيرات التي طرأت على تلك البيئة، كذلك دراسة البيئة الداخلية للمنظمة
للتعرف على المشاكل التي تتطلب التدخل. ويمكن أن يكون التعديل في أي
عنصر من عناصر المنظمة سواء رسالة المنظمة، الإستراتيجية، الأهداف،
الهيكل التنظيمي، التكنولوجيا، الأفراد أو أن يتم التعديل في جميع عناصر
المنظمة ويكون في هذه الحالة تغييراً شاملاً (٢)؛

هو عبارة عن تغيير موجه ومقصود وهادف يسعى لتحقيق التكيف
البيئي (الداخلي والخارجي) بما يضمن الانتقال إلى حالة تنظيمية أكثر قدرة
على حل المشكلات؛

هو مجهود طويل المدى لتحسين قدرة المنظمة على حل المشاكل،
وتجديد عملياتها على أن يتم ذلك من خلال إحداث تطوير شامل في المناخ
السائد في المنظمة، مع التركيز خاصة على زيادة فعالية جماعات العمل
فيها (٣).

يمكن استخلاص على ضوء التعاريف السابقة أن:

لب عملية التغيير التنظيمي مرتبط بسلوك الفرد وسلوك جماعة العمل
(البيئة الداخلية والخارجية). ويكون الهدف من تنفيذ التغيير هو حل
مشاكلها باستمرار وفقاً للمتغيرات البيئية الاقتصادية منها أو الفنية أو
التقنية.

بد أهمية التغيير:

إن تصاعد معدل التغيير أدى إلى وجود حاجة متزايدة لإعادة التنظيم
وعلى المنظمات أن تكون مجهزة للتأقلم الفوري مع الظروف المتغيرة بشكل
مستمر. التغيير شديد الأهمية، فهو ظاهرة اقتصادية اجتماعية سياسية تتعدى
أهميتها وتتجاوز حدود ما يحققه في الحاضر وتمتد إلى المستقبل ويمكننا
الإحاطة ببعض جوانب هذه الأهمية (٤):

- ١- الحفاظ على الحيوية الفاعلة: يعمل التغيير على تجديد الحيوية داخل المؤسسات والمنظمات والدول؛
- ٢- تنمية القدرة على الابتكار: يعمل التغيير على تنمية القدرة على الابتكار في الأساليب، وفي الشكل وفي المضمون؛
- ٣- إزكاء الرغبة في التطوير والتحسين والارتقاء: يعمل التغيير على تفجير المطالب وإزكاء الرغبات وتنمية الدافع والحافز نحو الارتقاء والتقدم؛
- ٤- التوافق مع متغيرات الحياة: حيث يعمل التغيير على زيادة القدرة على التكيف والتوافق مع متغيرات الحياة؛
- ٥- الوصول إلى درجة أعلى من القوة في الأداء والممارسة.

جد أنواع التغيير:

يمكن تصنيف التغيير الذي تتبناه المنظمات الصحية بثلاثة أنواع كما يلي(٥):

١_ تغيير فني: وهو تغيير ينصب على الوسائل وليس الغايات ويختلف هذا التغيير في تكلفته وأثره على المنظمة فعلى سبيل المثال فإن قرار تغيير جهاز تصوير شعاعي بأخر ذو قدرة إنتاجية اعلي تضمن كلفة قليلة للمنظمة واثر قليلا أيضا بينما نجد إن قرار إنشاء وحدة لجراحة القلب أو لغسيل الكلي في المستشفى يتضمن كلفة عالية للمنظمة إضافة إلى تأثيره على الكثير من الأنشطة كمنشاط التمريض والمختبر والأشعة والهندسة والصيانة وغيرها وبالرغم من اختلاف القرارين في الكلفة والأثر فكلاهما يمثل تغييرا في الأهداف الأساسية للمنظمة.

٢_ تغيير تعديلي: وهو تغيير في الغايات وليس الوسائل؛ حيث ينصب على أهداف المنظمة دون تغيير في الوسائل الجوهرية. فقرار المستشفى مثلا بإنشاء برنامج للرعاية الصحية الممتدة للمنازل لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة أو قرار المستشفى بأن تصبح مركزا للتعليم الطبي والصحي هما مثالين للتغيير التعديلي حيث إن التكنولوجيا اللازمة لتنفيذ هذين القرارين

(الوسائل) موجودة أصلا لدى المنظمة وكل ما تم تغييره هو إعادة النظر في أهداف المنظمة وتركيزها وعلى ذلك فالقرار هنا استعمال التكنولوجيا الموجودة في المنظمة لتقديم خدمة لم تكن موجودة

٣_ التغيير التكيفي: ويتضمن تغيرا في كلا من الوسائل والغايات معا . وهذا النوع لا يحدث في المنظمة الصحية بشكل متكرر وعندما يحدث فإنه يتضمن تعديل جوهري في توجه المنظمة (الغايات والأهداف) وبذلك ينطوي على تغيرات في الوسائل التي من خلالها تحقق المنظمة أهدافها المعدلة. والمثال التقليدي لهذا النوع من التغيير والذي تنادي به منظمة الصحة العالمية هو قرار المستشفى العام أو مستشفى المجتمع المحلي بتقديم خدمات صحية وقائية للمجتمع المحلي. فالمستشفيات عادة لا تقدم مثل هذه الخدمات ويقتصر اهتمامها على ما يعرف بطب الأزمات وعلى الأمراض والإعاقات التي يتم إحضارها إلى المستشفيات.

فمثل هذا القرار يتضمن تعديل جوهري في أهداف المنظمة وينطوي على تغيير في الوسائل حيث لا بد من امتلاك الوسائل لتحقيق هذا الهدف مثل توظيف عناصر بشرية غير موجودة أصلا أو إعادة تحديد ادوار ومهام ومسؤوليات العاملين فيها.

د- خصائص عملية التغيير والعوامل المؤثرة:

تتأثر عملية التغيير بالعديد من العوامل والتي لا بد من الإشارة إلى أهمها: (٦)

تتأثر عملية التغيير بالمثير للتغيير. ويحدث المثير للتغيير عندما يتم إدراك تناقض أو اختلاف بين ما تفعله المنظمة بالمقارنة مع ما يعتقد المماركون في التنظيم (العاملين وأصحاب المصالح والمتعاملين مع المنظمة) عما يتوجب على المنظمة عمله وهذا التناقض يخلق فجوة في الأداء؛

تسلسل مراحل التغيير وترابطها المنطقي والمنظم. فمراحل التغيير متسلسلة بشكل منطقي ومنظم حيث لا يمكن البدء بمرحلة لاحقة إلا إذا

تحققت المرحلة السابقة مما يجعل التنفيذ عرضة لاحتمالية عدم التقدم إلى مرحلة اللاحقة من العملية؛

الطبيعة التفاعلية لمراحل عملية التغيير بمعنى أن كل مرحلة لاحقة مشروطة ومعتمدة على سابقتها. أي أن الاحتضان مثلاً مشروط بالتنفيذ، والتنفيذ مشروط باتخاذ قرار حول ما يجب عمله وهذا بدوره مشروط بإدراك الحاجة للتغيير؛

الطبيعة المعقدة والتفاعلية للعديد من العوامل المؤثرة على عملية التغيير والتي قد تسهل أو تعيق عملية التغيير. فالبناء التنظيمي السائد وهو من النوع العضوي (المرن) الذي يسمح بالتغيير ويسهله أم من النوع التقليدي الجامد الذي لا يتقبل التغيير ويعرقله ودرجة المركزية والرسمية في الاتصالات والتنسيق ومدى تواجد الموارد المطلوبة للتغيير. إن جملة هذه العوامل تؤثر على إمكانية تحريك التغيير عبر المراحل المشار إليها؛

إن عملية التغيير عملية متجددة ومستمرة. فالمنظمات الصحية تعمل ضمن بيئة متحركة (غير مستقرة) وهذا يجعل التغيير التنظيمي عملية مستمرة وتحتاج إلى تقييم مستمر ينتج عن وعي دائم لأي تناقض بين ما تعمله المنظمة وما يتوجب عليها عمله. وهكذا تبدأ عملية التغيير وتتجدد بشكل مستمر ضمن سياق بيئي متحرك ومتغير باستمرار.

♦ محددات التغيير:

للتغيير محددات عدة نذكر منها الاتجاه والمدى والمساحة والعمق

والزمن:

١- اتجاه التغيير: قد يكون التغيير بناءً أو هداماً فالأول اتجاهه إيجابي ومنشود أما الثاني فاتجاهه سلبي وغير مرغوب.

٢- مدى التغيير: قد يكون التغيير واسع المدى بحيث يتناول أكثر من متغير في وقت واحد وقد يكون محدوداً يتناول متغير واحد فقط.

٣- مساحة التغيير: قد يغطي التغيير مساحة واسعة من المتغيرات التي تؤثر في

بعضها البعض وكلما كانت مساحة التغيير أكبر كلما كان التغيير أشمل وأوسع وأكبر تأثيراً.

٤- عمق التغيير: قد يكون التغيير سطحياً وبذلك لا يكون حقيقياً وفعالاً بل تغييراً في الشكل دون المضمون وقد يكون التغيير عميقاً وبذلك يكون مفيداً وفعالاً.

٥- الزمن: قد يكون التغيير سريعاً تتقبله المجتمعات وقد يكون بطيئاً، لا بد أن يكون الزمن لإحداث التغيير مناسباً لقدرات المجتمعات على استيعاب التغيير.

وتعمل محددات التغيير في منظومة متشابكة ومتفاعلة ومتناغمة فلا يمكن أن يكون التغيير بناءً وشاملاً في مجتمع ما إذا كان محدود المدى والمساحة والعمق والزمن. لذا لكي يكون التغيير بناءً وشاملاً لا بد أن يكون واسع المدى والمساحة عميق التأثير وفي زمن ملائم لحدوثه واستيعابه. (٧) ٢-

إدارة التغيير

تعتبر إدارة التغيير من التوجهات الحديثة في الإدارة في معظم المنظمات نتيجة للتغيرات السريعة في بيئة المنظمة، وفي هذا المجال لا بد من التمييز بين التغيير كظاهرة وإدارة التغيير كمنهج له قواعد وأسس وأصول.

١- تعريف إدارة التغيير:

تتشرك اليوم كل المنظمات في خاصية أساسية ألا وهي حاجتها (في ظلّ محيط اقتصادي وسياسي يتغير بشكل مستمر وحتمي) إلى الانخراط في مخطّط تغيير مستمر، فالمنظمة التي لا تدرج التغيير ضمن إستراتيجية التنمية التي تعتمد عليها محكوم عليها بالفشل، ولهذا فإن استيعاب التغيير وإدارته من أبرز محاور الإدارة الحديث. فعملية التغيير تشمل فضلاً عن الجوانب المادية والتنظيمية على جوانب إنسانية وسلوكية قد تكون أكثر أهمية من الجوانب الأخرى.

من هذا المنطلق ظهرت إدارة التغيير كأسلوب إداري حديث والتي

تعرف على أنها:

- حركة تفاعل لا تحدث عشوائياً ، ولكي تكون فاعلة لا بد أن تتجه نحو هدف محدد وواضح وإعداد إستراتيجية مسبقة لعملية التغيير، ولا بد من مشاركة فعلية للعمال جنباً إلى جنب مع الإدارة في اتخاذ القرارات الخاصة بهذه العملية وإبداء رأيهم أو اعتراضهم والاستماع إليهم باستمرار، وهذا بدوره يتطلب التهيئة الذهنية للموظفين والتدريب المستمر للموظفين؛

- تعني الكيفية التي تتعامل بها المنظمات مع التغيير وتشمل (التغيير في القيادة، تركيبة المنظمة، المساهمين في العمل..)، أو هي المعنى الإيجابي للاستجابة نحو التغيرات الحاصلة والمؤثرة على نشاط المؤسسة وسلوك أفرادها، بمعنى عقلنة التغيير وتوجيهه نحو الأفضل بما تتطلبه الحكمة وعملية التطور والتنمية؛

- الجهاز الذي يحرك الإدارة والمؤسسة لمواجهة الأوضاع الجديدة وإعادة ترتيب الأمور بحيث يمكن الاستفادة من عوامل التغيير الإيجابي، وتجنب أو تقليل عوامل التغيير السلبي، أي أنها تعبّر عن كيفية استخدام أفضل الطرائق اقتصاداً وفعاليتها، لإحداث التغيير لخدمة الأهداف المنشودة، فالتغيير لا يعني مجرد أخذ وضع معين يختلف عن وضع سابق بأي شكل بل يعني التغيير (التطور والخطوات المتسارعة والمدروسة والانفتاح الإيجابي والخطط البتاء للوصول إلى الهدف). (٨)

بخصائص إدارة التغيير

هناك مجموعة هامة من الخصائص تتصف بها إدارة التغيير، لذلك

من المهم التعرف على هذه الخصائص من خلال معرفة جوانبها المتعددة: (٩)

- الإستهدافية: هذا يعني إن إدارة التغيير لا تتحرك عشوائياً، إنما على أساس غاية مرجوة وأهداف محددة ومقبولة من قوى التغيير؛

- الواقعية: بمعنى ارتباط إدارة التغيير بالوقائع العملي للمشروع، أي أن يتم في

إطار إمكانياته وموارده وظروفه التي يمر بها حتى يمكن تنفيذه بسهولة ويسر؛

- التوفيقية: تعني هذه الخاصية مدى التوافق بين عملية التغيير وبين رغبات وحاجات وتطلعات القوى المختلفة لعملية التغيير؛

- الفعالية: يتعين إن نكون إدارة التغيير فعالة، من خلال المرونة في التحرك والقدرة على التأثير في الآخرين وتوجيههم، أي رصد قوى التغيير والتعامل معها وبها لتحقيق أهداف التغيير؛

- المشاركة: تحتاج إدارة التغيير إلى تفاعل كافة الأطراف إيجابيا، من خلال المشاركة الواعية للقوى صاحبة المصلحة في التغيير مع قادة التغيير، وذلك لتفادي معارضة أو مقاومة التغيير وضمان سيرورته وفق المعايير المحددة؛

- الشرعية: بمعنى مصداقية إدارة التغيير المدعومة بالشرعية القانونية والأخلاقية في أن واحد، أي تعديل القواعد والقوانين التي تتعارض مع التغيير وعدم تعارض إدارة التغيير مع الأخلاق والأعراف السائدة وغيرها؛

- الإصلاح: هذا يعني أن نجاح إدارة التغيير مرتبطا بإصلاح العيوب والإختلالات الموجودة، سواء على مستوى الأفراد أو الجماعات أو على مستوى المنظمة؛

- الكفاءة: بصفة خاصة الكفاءة جانب مهم في إدارة التغيير، حيث يجب إن يخضع كل قرار وكل تصرف لاعتبارات التكلفة والعائد.

- إن نجاح إدارة التغيير مرتبط إلى حد بعيد بتوفر الخصائص السابقة، كما هناك من يضيف خاصيتين عمليتين لهذه الخصائص، وهما:

- القدرة على التطوير والابتكار: بمعنى العمل على إيجاد قدرات تطويرية أفضل مما هو قائم أو معروف أو مستخدم حاليا؛

- القدرة على التكيف السريع مع الأحداث: تعني هذه الخاصية القدرة على التكيف واستيعاب ضغط الأحداث السريعة العاصفة التي تجتاح الكيان الإداري، أي أن تتوافق وتتكيف معها، تسيطر عليها وتتحكم في اتجاهها

ومسارها ، كذلك تقود وتصنع الأحداث بذاتها .

جـ مبادئ إدارة التغيير :

تتمثل مبادئ إدارة التغيير والأداء فيما يلي: (١٠)

- جعل نتائج الأداء الهدف الأساسي لإحداث التغيير في المهارة والسلوك ، فقليلون هم الذين يتغيرون من أجل التغيير ، ولكنهم سوف يتغيرون عندما يعتمد أداء مؤسساتهم وإسهامهم الشخصي في النتائج على هذا التغيير ، لذلك يجب التأكد بأن كل فرد يعطي اهتماما مستمرا لنتائج الأداء المترتبة على جهوده لكي يتعلم المهارات والسلوكيات والعلاقات المرتبطة بالعمل؛

- العمل باستمرار على زيادة عدد الأفراد الذين يشاركون الإدارة المسؤولة في إحداث التغيير ، إذ لا يستطيع الفرد أن يغير سلوك فرد آخر ، وبالتالي يجب أن يتحمل الأفراد بأنفسهم مسؤولية إحداث تغيير سلوكهم ، ومن خلال ذلك يمكن تشكيل مجموعة متماسكة تجعل من التغيير والأداء واقعا ملموسا ويتطلب ذلك الاهتمام المستمر بمن يهمهم التغيير أكثر ، وما هي المهارة والسلوك والعلاقات التي يجب أن يتعلموها؛

- التأكد بأن كل فرد يعرف دائما مدى تأثير أدائه وتغييره على أداء ونتائج المؤسسة ككل ، ومساعدته باستمرار على ربط جهوده بالصورة العامة للمؤسسة؛

- وضع الأفراد في مواقف تساعد على التعلم عن طريق الفعل ، وتوفير الدعم والمعلومات في الوقت الذي يحتاجونه ، فتغيير السلوك والمهارة ليس عملا سلبيا ، فالأفراد يتعلمون من خلال الفعل والبحث والنجاح وال فشل ، فيجب توفير مناخ والتزامات الأداء التي تعطي الأفراد فرصة لكي يعيشوا تجربة التغيير مع توفير المعلومات والتدريب والنصح والتدعيم؛

- استخدام أداء الفريق لدفع التغيير ، فلا يوجد ما هو أقوى وأحسن من فرق العمل للارتقاء بالأداء ومهارة التغيير؛

- التركيز على ما يقوم به الأفراد وليس ما يملكونه من سلطة اتخاذ القرار ،

ف عندما يعتمد أداء المؤسسة على السلوكيات والمهارات الجديدة، فإن الأفراد فقط هم القادرون على تحقيق ذلك عن طريق تغيير أسلوبهم في العمل.

ويبدأ التغيير الناجح بتغيير مواقف الأفراد والذي يؤدي إلى تغيير سلوكهم ، وعندما يتكرر هذا التغيير بواسطة العديد منهم سوف تكون النتيجة النهائية تغييرا ناجحا

٣- مقاومة التغيير وسبل علاجها:

العامل البشري مهم جدا في دفع التغيير في المنظمات، كما له تأثير مهم أيضا في التصدي للتغيير، فالأفراد الذين يخافون من المجهول الذي يحمله لهم التغيير يقاومون التغيير رغبة في الاستقرار والأمن .

أ-مقاومة التغيير:

أظهرت المشاهدات والتجارب أن الأفراد في المؤسسة قد يقاومون التغيير الذي تزمع الإدارة إدخاله أو إحداثه، وقد تنصب مقاومتهم على نوع التغيير أو حجمه أو كيفية تطبيقه أو توقيت إدخاله. وتعتبر مقاومة التغيير من المشاكل أو المعوقات الرئيسية التي تواجه عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة، حتى وإن أدى التغيير إلى التحسين. وتتكون هذه المقاومة من صعوبات حقيقية وأخرى مدركة أو تخيلية، حيث يقاوم الأفراد التغيير للعديد من الأسباب أهمها:

- الخوف، فأول شيء يفعله الأفراد عندما يسمعون بالتغيير، أنهم يحولونه إلى اهتمام شخصي، ويتساءلون عن كيفية تأثير التغيير عليهم؛
- أن التغيير، يعني أداء الأشياء بشكل مختلف وإيجاد معرفة جديدة ومعلومات إضافية يجب تعلمها وتطبيقها، مما يجعل الأفراد يدركون فقد السيطرة على ما يؤدونه من عمل؛
- القلق من عدم القدرة على أداء الأشياء الجديدة؛
- أن التغيير قد يعني مزيدا من أعباء العمل؛
- الاستياءات الماضية وعدم التفكير والتخطيط للمستقبل؛

- عدم الثقة في إدارة الجودة الشاملة؛
- عدم الرغبة في تحمل المسؤولية والالتزام. (١١)

بـ علاج مقاومة التغيير:

- لا شك أنّ قدرة الإدارة على التغلب مبكراً على المقاومة يساعد على إزالة الكثير من الخوف والقلق المصاحب لعملية التغيير، إن ما تحتاج المؤسسة القيام به هو توقع المقاومة وتحديد العوامل التي تؤدي إلى هذه المقاومة وتحديد أنسب الطرق للتغلب عليها والتي نذكر منها:
- إشراك الأفراد العاملين في التغيير؛
- بناء منظومة اتصالات متطورة تمد العاملين بالمعلومات الحقيقية بشكل دائم؛

- عدم تجاهل عادات وقيم العمل الحالية لدى العاملين؛
- رفع الروح المعنوية وإشعال الحماس نحو التغيير؛
- الاهتمام بالتنظيمات النقابية والتنظيمات غير الرسمية وكسب تأييدها وثقتها؛

- اعتماد البرامج التدريبية؛
- واستخدام أسلوب حل المشاكل والاهتمام بالابتكار والإبداع.

ثانياً: أبرز الإستراتيجيات المعتمدة في عمليات التغيير التنظيمي:

- أدت التطورات المتلاحقة والسريعة إلى ظهور استراتيجيات حديثة للتغيير أثبتت فعاليتها في زيادة كفاءة وإنتاجية المنظمات، من بين هذه الاستراتيجيات: إستراتيجية الجودة الشاملة، إستراتيجية إعادة الهندسة، وإستراتيجية تخفيض العمالة.

١- إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة:

- هي فلسفة إدارية ومدخلاً استراتيجياً ووسيلة لإدارة التغيير تهدف إلى نقل المنظمات المعاصرة من أنماط وتفكير وممارسات عدت صالحة لبيئة ومطلبات ماضية، إلى أنماط تفكير وممارسات تتلاءم مع البيئة والمطلبات

المعاصرة والمستقبلية.

وتعتمد إدارة الجودة الشاملة على المبادئ على المبادئ الآتية:

- التركيز على العمل؛

- التحسين المستمر؛

- التعاون الجماعي بدلا من المنافسة؛

- الوقاية بدلا من التفتيش؛

- المشاركة الكاملة؛

- اتخاذ القرار بناء على الحقائق (١٢)

٢. إستراتيجية إعادة البناء التنظيمي (الهندرة):

يعبر مفهوم إعادة البناء التنظيمي عن منهج راديكالي للتطوير والتحسين، يمكن من خلاله الربط بين تكنولوجيا المعلومات والعمليات المتعلقة بمجال أعمال معين، وبما يؤدي إلى إعادة تصميم جذري للعمليات، ويعرفها صاحب المفهوم مايكل هامر (Michel Hammer) بأنها: "عملية التفكير بشكل جذري وإعادة تصميم العمليات في مجال أعمال معين بغرض إحداث تحسينات جذرية في المقاييس الحيوية والهامة للأداء مثل: التكلفة، الجودة، الخدمة والسرعة". (الهندرة مشتق من كلمتي هندسة وإدارة) تركز إستراتيجية إعادة البناء التنظيمي في إحداث التغيير على جملة من المرتكزات نوجزها في (١٣):

التفكير بطريقة جديدة:

حيث يجب أن يتغير نسق التفكير ومنهجيته بالنسبة لقيادي المؤسسة ويرتكز هذا النسق التفكير الجديد على جملة من المبادئ:

- التخلي على الافتراضات المسبقة؛
- طرح الطرق والأساليب القديمة في التفكير؛
- التخلي عن الأفكار الحالية؛
- ووضع الفضل في الاعتبار .

-إعادة تصميم العمليات:

المقصود بالعملية وفق هذا المنظور هي جملة الأنشطة التي تعالج مدخلا واحدا أو عددا من المدخلات للحصول على مخرجات محددة، نلاحظ أنها تركز على عنصر مهم يختلف عن المداخل الأخرى في التغيير، والتي تركز بشكل خاص على تغيير وظيفي وإعادة توزيع للموارد والمهام أو تغييرات في الهياكل أو تغييرات سلوكية تركز على برامج التدريب والتنمية الإدارية...

-الابتكار والتجديد:

ترتكز المداخل الأخرى على التحسين والتعديل الجزئي على مستوى الكيانات أو إضافة شيء أو حذف آخر، دون تغييرات كبيرة أما منهج إعادة الهندسة الإدارية فيتضمن ترك الوضع الحالي تماما، وإتباع أسلوب جديد مبتكر يتوقع منه أن يحدث طفرة واسعة وشاملة.

-اعتماد تكنولوجيا وتنظيما متقدمين:

يعتمد التغيير المعتمد على إستراتيجية إعادة البناء التنظيمي استخدام آلات جديدة، تطوير أساليب إنتاج جديدة، تقديم تشكيلة منتجات مبتكرة، وبالتالي تقديم خدمات متجددة للزبون .

-التركيز على تكنولوجيا المعلومات:

وذلك بالتركيز على تطوير أساليب الحفظ والاسترجاع أفضل لاتخاذ القرارات، اعتماد شبكات اتصال كثيفة، تحسين التفاعل بين الإنسان والآلة، تشكيل قاعدة بيانات، والإدارة الفعالة للمعلومة.

٣ إستراتيجية تخفيض حجم العمالة:

تقوم هذه الإستراتيجية على حذف بعض المستويات الإدارية وتقليص عدد العمال غير الأكفاء لتخفيض تكاليف التشغيل من خلال تحقيق ميزة التكلفة الأقل. تستمد هذه الإستراتيجية أهميتها من كونها تسمح ب:

- ١- قدرة المنظمة على الاستجابة لمتغيرات بيئتها أكثر؛
- ٢- التركيز على برامج التنمية الإدارية لرفع مهارات العمال؛
- ٣- تخفيض التكاليف وتحقيق ميزة التكلفة الأقل؛
- ٤- وتقوية المركز المالي للمؤسسة. (١٤)

وفيما يلي نستعرض من خلال هذا الجدول مقارنة بين الاستراتيجيات الثلاث:
جدول: مقارنة بين استراتيجيات التغيير

إستراتيجية تخفيض العمالة	إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة	إستراتيجية إعادة الهندسة	الوصف
- تعبر عن الرغبة في التغيير السريع مقابل اتجاهات سلبية لدى الأفراد نحو هذا التغيير - التخلص من العمالة الزائدة وغير الفاعلة	- تعبر عن الرغبة في التغيير البطيء مقابل اتجاهات إيجابية لدى الأفراد نحو هذا التغيير - تغيير بطيء ومستمر للعمليات	- تعبر عن الرغبة في التغيير السريع مقابل اتجاهات ايجابية لدى العاملين نحو هذا التغيير - تغيير سريع وضروري للعمليات الإستراتيجية والجوهرية وللنظم والسياسات	
يساعد التخلص من العمالة غير الفاعلة على الحماية من الفشل	للتغيير البطيء نتائج إيجابية على المنظمة	للتغيير السريع نتائج إيجابية على المؤسسة	الافتراض
- الإبقاء على العمالة الجيدة بالمنظمة يجنبها الخسائر كرواتب العاملين غير الفاعلين - تقليص الفجوة	- توفير معالجة متأنية للعمليات التي تحتاج إلى التحسين - توفير خدمة متميزة للزبون	- المعالجة السريعة للمشاكل الجذرية للمنظمة يجنبها الفشل - توفير خدمة إستراتيجية جديدة	نقط القوة

للزبائن - دمج وظائف وعمليات في عملية ووظيفة واحدة	- اهتمام وعناية زائدة بالأفراد ماديًا ومعنويًا	بين المستويات الإدارية مما يسهل عملية الاتصال
نقاط الضعف	- التغيير المفاجئ والسريع والجذري غير المدرّوس قد يعود على المنظمة بالفشل وبالتالي الشعور الإحباط لدى الجميع	- آثار سلبية من الناحية الاجتماعية، الاقتصادية، والسياسية، ... - انعكاسات سلبية على معنويات العاملين - شعور العاملين بعدم الأمن الوظيفي
النتيجة	النجاح في إستراتيجية إعادة الهندسة يوفر ميزة تنافسية للمنظمة.	النجاح في إستراتيجية الجودة الشاملة يوفر للمنظمة ميزة تنافسية ورضا الزبائن والأفراد.

المصدر: آمال عياري ورجم نصيب، الاستراتيجيات الحديثة للتغيير كمدخل لتعزيز القدرات التنافسية للمؤسسات الجزائرية، الملتقى الدولي حول تنافسية المؤسسات الاقتصادية وتحولات المحيط، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، ٢٩ - ٣٠ أكتوبر ٢٠٠٢، ص ٢١.

ثالثا: إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية كمدخل للتغيير:

تحتل الخدمات الصحية مكانة بارزة في اهتمامات الجميع نظرا لأهميتها في الحفاظ على سلامة الإنسان وزيادة قدرته على البناء والتنمية، وهي في هذا المعنى تمثل أهم ما يمكن أن يقدم للإنسان صانع الحياة

والتطور، ولا يماثلها في ذلك إلا الغذاء والتعليم فهي وان كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها أيضا تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية...

١- مفهوم جودة الخدمة الصحية:

يمثل مفهوم الجودة بشكل عام القدرة على الاستجابة لتوقعات الزبائن وذلك فيما يتعلق بخصائص السلعة أو الخدمة وهي كما عرضها Coyle بقوله ((إنها الإرضاء المتواصل لمتطلبات وتوقعات الزبائن)) إلا أن إعطاء تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية ليس سهلا لكونها خدمة غير ملموسة شأنها في ذلك شأن بقية الخدمات الأخرى ولعدم وجود معايير نمطية للحكم على جودة الخدمة كما هو الحال في السلع، لذا أصبح تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لأراء مختلفة منها رأي الطبيب والمريض وإدارة المستشفى فكل من هؤلاء رأيهم الخاص بمفهوم جودة الخدمة الصحية وهي آراء لانعكس بالضرورة اتجاها متماثلا. فجودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة،، إما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة إما من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة الصحية وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية.

ومن وجهات النظر الأخرى المتعددة حول مفهوم جودة الخدمة الصحية تحتل وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة أهمية بالغة حيث إن مستوى تلك الجودة يعتمد إلى حد كبير على إدراك المريض وتقييمه لها وبالتالي ستكون الخدمة الصحية ذات جودة اعلي لو جاءت متلائمة مع توقعات المرضى ولبت احتياجاتهم وفي هذا المعنى عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها

((تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفرض عنها قياسا بما هو متوقع)) (واستنادا لذلك حرصت المؤسسات الصحية على تلبية توقعات المرضى بشأن خدماتها وذلك من خلال التعرف على المعايير التي يستند إليها العملاء من المرضى في الحكم على جودة خدماتها . وقد قدم عدد من الباحثين Zeithaml&Bither, Gronroos و Cronin&Tylor) مجموعة من المعايير التي تستخدم من قبل المستفيدين من الخدمة بصورة عامة والصحية بصورة خاصة للحكم على جودتها وهي:

الاعتمادية: وتشير إلى قدرة ما للخدمة: مة على أدائها بشكل يمكن الاعتماد عليها وبدرجة عالية من الدقة؛

مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة: ويتحدد ذلك بمدى قدرة مقدم الخدمة على الإجابة على الأسئلة التالية:

هل الخدمة تتوفر في الوقت الذي يريده الزبون؟

هل الخدمة متوفرة في المكان الذي يرغبه الزبون؟

كم من الوقت يحتاج الزبون للانتظار للحصول على الخدمة؟

هل من السهولة الوصول إلى مكان تلقي الخدمة؟

الآمان: وتستخدم كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة؛

المصداقية: وهي درجة الثقة بمقدم الخدمة وبما يقوله؛

الاستجابة: قدم الخدمة لحاجات الزبون ومدى تفهمه لمشاعره وتعاطفه مع مشكلته؛

الاستجابة: وتعني قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة في أن يكون دائما في خدمة الزبائن.(١٦)

٢- قياس جودة الخدمة الصحية:

تقاس جودة الخدمة الصحية بتوافر الأبعاد الخمسة التي توصل إليها؛

وهذه الأبعاد هي: (١٧)

١- الجوانب الملموسة، وتشمل المتغيرات الآتية:

- جاذبية المباني والتسهيلات المادية؛
- التصميم والتنظيم الداخلي للمباني؛
- حداثة المعدات والأجهزة الطبية؛
- ومظهر الأطباء والعاملين.

٢- الاعتمادية، وتشمل المتغيرات الآتية:

- الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة؛
- الدقة وعدم الخطأ في الفحص أو التشخيص أو العلاج؛
- توافر التخصصات المختلفة؛
- الثقة في الأطباء والأخصائيين؛
- الحرص على حل مشكلات المريض؛
- والاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.

٣- الاستجابة، وتشمل المتغيرات الآتية:

- السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة؛
- الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال؛
- الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض؛
- الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى؛
- وإخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها منها.

٤- الأمان، ويشمل المتغيرات الآتية:

- الشعور بالأمان في التعامل؛
- المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء؛
- الأدب وحسن الخلق لدى العاملين؛
- استمرارية متابعة حالة المريض؛
- سرية المعلومات الخاصة بالمريض؛

- ودعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

٥-التعاطف، ويشمل المتغيرات الآتية:

- تفهم احتياجات المريض؛
 - وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين؛
 - ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة؛
 - العناية الشخصية بكل مريض؛
 - تقدير ظروف المريض والتعاطف معه؛
 - والروح المرحة والصداقة في التعامل مع المريض.
- ٣-إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية:

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثا نسبيا في القطاعات الصحية ويستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال ديمينغ وجوران وكروزبي، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها القطاع الصحي.

وتعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها عملية تركز على منع وقوع الأخطاء أو الاختلافات في مستوى وأسلوب تقديم الخدمة بالقضاء على مسببات هذه الأخطاء واختلافات مسبقا. وتعرف أيضا على أنها إطار تنظيمي تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات والمخرجات) لتحسينها بشكل مستمر. (١٨)

لا يوجد إطار موحد لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة إلا أن هناك شبه إجماع بين الباحثين والمفكرين في هذا المجال على أن ذلك يتضمن توفير العناصر التالية (١٩)

١- مساندة ودعم الإدارة العليا: حيث مسؤولية الجودة بالدرجة الأولى تقع على عاتق الإدارة العليا وهم مسئولون عن توفير المصادر التي تهدف إلى تعليم

وتدريب العاملين وتقديم التسهيلات لهم، وتمثل الإدارة القدوة والمثل الأعلى للالتزام بمبادئ وأهداف التحسين، إذ لا بد أن يكون لها الإصرار على استمرار عملية التحسين، والقضاء على مقاومة العاملين للتغيير.

٢- الاهتمام بالمستفيدين: وذلك بهدف إرضاء المستفيد من الخدمة الصحية على اعتبار أنه محور إدارة الجودة الشاملة وضرورة الاتصال معه في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقييم.

٣- مشاركة العاملين: وتعني ضرورة مشاركة كافة العاملين في جهود تحسين الجودة وإدارتها وتفويض اتخاذ القرارات والسلطات والمسؤوليات لهم، وتشجيع الثقة والإبداع والمجازفة لدى كافة الموظفين.

٤- بناء فرق العمل: إن كافة جهود إدارة الجودة الشاملة لا يمكن تحقيقها إلا من جلال العمل الجماعي وتكوين فرق العمل المؤقتة والدائمة في التنظيم.

٥- تدريب العاملين: إن حالات الإبداع والتميز في العمل تعتمد على القوى البشرية المؤهلة، ومن هنا فإن تدريب تلك القوى بصورة مستمرة لإكسابهم المهارات والمعارف اللازمة للارتقاء في الأداء أمر على جانب كبير من الأهمية.

٦- احترام وتقدير العاملين: وتعني وجود اتصال واحترام متبادل بين العاملين بغض النظر عن مستواهم الوظيفي، وضرورة تقييم أداء العاملين بصورة موضوعية لترسيخ مبدأ مكافأة التميز والإبداع حيث يتطلب مفهوم إدارة الجودة الشاملة تغيير الثقافة السائدة في المؤسسة.

٤ شروط نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية:

- ١- ضرورة تحقيق إنجازات وتحسينات في النتائج الصحية؛
- ٢- التحسينات الصحية عملية مستمرة، تحقق تطوير في الفعالية الصحية وكفاءة الرعاية الصحية؛
- ٣- تؤثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على أساليب منظومة جودة الرعاية الصحية؛

٤- يجب التركيز على النتائج غير المقبولة في المنظومة الصحية حيث تمثل الأولوية الأولى في الرقابة على الجودة الصحية؛

٥- ويجب أن يلعب التعليم الطبي المستمر وتكنولوجيا الإدارة الدور الأساسي في منظومة جودة الرعاية الصحية.(٢٠)

الخاتمة:

تحاول المنظمات باختلاف نشاطاتها وأعمالها وحرصا على تحقيق التنافسية والديمومة على إجراء التغييرات لمواجهة الضغوط الناجمة عن البيئة الخارجية أو تلك الناجمة عن البيئة الداخلية. لكن غالبا ما يلاقي هذا الطموح للتغيير مقاومة أو مخاوف ولهذا لا بد أن يعالج هذا التخوف بإتباع إستراتيجية ملائمة للتغيير.

إن الجودة في مجال الرعاية الصحية تعني إرضاء المرضى وذويهم من خلال تلبية متطلبات العلاج وتأمين العناية المناسبة للمريض وحسن التعامل مع المريض وزواره .

ولا بد لمقدمي الرعاية الصحية من مهنيي الرعاية الصحية أن يكونوا مثقفين جيداً ومدربين جيداً على مواجهة التحديات اليومية المتمثلة في تلبية احتياجات وتطلعات عملائهم. فالرعاية الصحية مجال معقد، وما لم تتوافر للعاملين الصحيين ثقافة تقنية جيدة، فإن فرصتهم تضعف في التمتع بثقة مراجعيهم. ومن ثم، فلا بد للجودة في الرعاية الصحية أن تكون مقترنة بقدرات ومؤهلات تقنية رفيعة المستوى.

ومن المهم أن ندرك أن الجودة في الرعاية الصحية هي عملية وليست برنامجاً. إذ ينبغي بدؤها، وتقديمها، وتقييمها، وتحسينها، ورصدها باستمرار، حتى بعد شفاء المريض من مرضه.

من الأمتع تقديم الرعاية في بيئة مقبولة من الناحية الجمالية. ولا ريب أن مرفق الرعاية الصحية الذي يُعنى بتوفير أسباب الراحة للمتعاملين معه وإمتاعهم كما يُعنى بعافيتهم، هو مرفق جيد. وهذا البُعد القيم، بُعدُ الإمتاع، سواء

تمثل في نظافة المرفق، أو زخرفته، أو خدمته، من شأنه، ولو بقليل من الاهتمام به، أن يعزّز جودة الرعاية الصحية.

- مناقشة فرضيات البحث:

بالنسبة للفرضية الأولى: إن التغيير التنظيمي يتطلب إتباع المنظمات إحدى الاستراتيجيات الثلاث لمواكبة موجة التطورات؛ حيث يمكن لمنظمات الأعمال أن تتبع إما إستراتيجية الجودة الشاملة، إستراتيجية إعادة الهندسة، أو إستراتيجية تخفيض العمالة.

بالنسبة للفرضية الثانية: تفرض التحديات الحديثة على المنظمات الصحية ترقية خدماتها باستخدام إدارة الجودة الشاملة؛ حيث للوصول لتقوية الخدمات الصحية، لا بد من الاهتمام برأس المال البشري بطرق شتى كالتدريب نشاط لإعداد وتنمية وتطوير قدرات ومهارات ومعارف الأفراد قصد تنمية قدرات رأس المال الفكري، وبذلك تسمح لأعضاء المنظمة لأن يكونوا في حالة من الاستعداد والتأهب بشكل دائم ومتقدم من أجل وظائفهم الحالية والمستقبلية، فالهدف من التدريب ليس فقط توفير الخبرات والمهارات للأفراد ولكن أيضا تنمية الرغبة لاستخدام قدراتهم بدرجة أفضل لتحقيق أهداف معينة؛

وبالنسبة للفرضية الثالث إن الجودة في مجال الرعاية الصحية تعني إرضاء المرضى من خلال تلبية متطلبات العلاج وتأمين العناية المناسبة للمريض. وقد تم تطوير عدة أبعاد أساسية للجودة في الرعاية الصحية وهي تحدد جودة الخدمة وفقاً لإدراك الزبائن.

- نتائج وتوصيات البحث:

من خلال هذه الورقة البحثية استخلصنا النتائج التالية:

- مع بداية القرن الواحد والعشرين أصبح المسؤولين يدركون أن التغيير الدائم أصبح النمط المعتاد للحياة وخاصة في مجال الأعمال وبيئة العمل وأننا نعيش اليوم في عصر التغيير؛

- إن إدارة التغيير تعتمد على التكامل، الشمول، والنظرة المستقبلية، وتتلخص مبادئ التوجيه القائم على التأقلم والتكيف مع البيئة الجديدة في مراعاة كل الظروف والأحوال الطارئة الجديدة التي تتعامل معها أهداف التغيير؛

- إن التغيير ليس غاية في حد ذاته، وإنما ضرورة للانتقال بالمنظمة من وضعها الحالي إلى وضع مستقبلي أحسن مما هي عليه لغرض تحقيق وتعزيز ميزاتھا التنافسية من خلال إستراتيجيات التغيير المناسبة؛

- تعتبر إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة وإستراتيجية إعادة البناء التنظيمي (الهندرة) وإستراتيجية تخفيض العمالة إستراتيجيات حديثة معتمدة في عمليات التغيير التنظيمي؛

- ينظر إلى إدارة الجودة الشاملة على أنها قاطرة عظيمة للتغيير إلى الأفضل؛
- إن وجود إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية لم يعد مجرد نظرية إدارية جديدة وإنما أصبح ضرورة ملحة وذلك لضمان تحسين وتطوير الأداء بصورة مستمرة، وتقديم خدمات صحية متميزة؛

- إن تطبيق إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية ليس بالأمر الهين أو السهل، حيث أن أسلوب العناية بالمريض وتقديم الخدمة الصحية للمواطنين عملية تتطلب إجراءات عديدة وتدخل فئات متعددة ومتباينة من حيث نوع التخصص والمؤهل والثقافة وغيرها، فضلا عن ذلك تطبيق هذه الإستراتيجية سيواجه العديد من الصعوبات والمعوقات التي من شأنها أن تعيقه وتقيدھ وتسهم في عدم نجاحه.

المراجع والهوامش:

١. ١- يحي بروقات عبد الكريم، التغيير في منظمات الأعمال المعاصرة من خلال القرشي، ع م . ٢٠٠٢م "جسيم المخدرات". المدوفر . الدمام . المملكة العربية السعودية.
٢. آل سعود ، س أ س ع . ١٩٨٨م "تعاطي المخدرات في بعض دول مجلس التعاون الخليجي". دار العلم . جدة . المملكة العربية السعودية.
٣. البار ، ع م . ٢٠٠٢م "مشكلة المخدرات و المسكرات نظرة إلى الجذور و استشراف الحلول". دار البشير . جدة . المملكة العربية السعودية.
٤. دراسة ميدانية للجنة الوطنية لمكافحة المخدرات . ٢٠٠١م . "أنواع المخدرات التي يتعاطها الشباب السعودي و أسباب التعاطي". الرياض . المملكة العربية السعودية.
٥. العساف ، ع . ٢٠٠٥م "الجهود المبذولة للحد من مخاطر المخدرات". اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات . الرياض . المملكة العربية السعودية.
٦. الضحيان ، س ض . ٢٠٠٢م "دراسة عن تزايد نسبة الجرائم في النساء السعوديات". اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات . الرياض . المملكة العربية السعودية.
٧. البار ، ع م . ١٩٩٣م "التدخين و أثره على الصحة". الدار السعودية للنشر والتوزيع ، جدة ، المملكة العربية السعودية.
٨. المجلس التنفيذي لدول مجلس التعاون الخليجي . ٢٠٠٠م . تقرير عن أضرار التدخين . الرياض . المملكة العربية السعودية.

٩. جمعية مكافحة التدخين ٢٠٠٣م . تقرير عن أضرار التدخين . الرياض . المملكة العربية السعودية.
١٠. مكي ، س م. ٢٠٠٣م "أنياب المخدرات" . المدوفر . الدمام . المملكة العربية السعودية.
١١. البار ، م ع. ٢٠٠٣م " الموقف الشرعي و الطبي من التداوي بالكحول و المخدرات" . الدار السعودية. جدة. المملكة العربية السعودية.
١٢. الحاضري ، ش.ع. ٢٠٠٠م "الخمرداء وليس دواء" من اصدرات هيئة الإعجاز العلمي في القرآن الكريم والسنة .رابطة العالم الإسلامي . مكة المكرمة. المملكة العربية السعودية.
١٣. القحطاني ، م ص. ٢٠٠٤م " رجال في مصيدة المخدرات " دأر طويق . الرياض . المملكة العربية السعودية.
١٤. القحطاني ، م ص. ٢٠٠٤م " نساء في مصيدة المخدرات " دأر طويق . الرياض . المملكة العربية السعودية.
١٥. وزارة الصحة . ٢٠٠٥م التقرير السنوي عن مرض نقص المناعة المكتسبة. الرياض . المملكة العربية السعودية.
١٦. حسنين ، ع ج. ٢٠٠٦م . تقرير عن استخدام حبوب التخسيس و زيت الحشيش لترويج المخدرات بين الفتيات . الإدارة العامة لمكافحة المخدرات . جدة . المملكة العربية السعودية.
١٧. إدريس، عبد الرحمن، و الغيص، منى راشد؛ إدارة التسويق/ مدخل استراتيجي تطبيقي، الكويت، الفلاح للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، ١٩٩٦م.
١٨. البكري، ثامر ياسر؛ إدارة التسويق، بغداد، مطبعة جامعة بغداد، الطبعة الثانية، ١٩٩٩م.
١٩. البكري، ثامر ياسر؛ التسويق والمسؤولية الاجتماعية، عمان، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، ٢٠٠٠م.

٢٠. السيد علي، محمد أمين؛ أسس التسويق، عمان، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، ٢٠٠٠م.
٢١. - المراسي، سونيا، عبد المجيد اشرف (٢٠١٠): التثقيف الغذائي، ط١، دار النشر، عمان، الاردن.
٢٢. - صابريني، محمد، خليل الخليي، القادري صالح (١٩٨٩): المعلومات الصحية و مصادرها لدى طلبة الصحافة و الإعلام بجامعة اليرموك. جامعة الكويت، المجلة التربوية، ٦م، ٢٠٠٤، ص ٢٥٥ - ٢٧٠.
٢٣. - الطنطاوي، رمضان، (١٩٩٧)، دور مناهج العلوم بمراحل التعليم العام بمصر في تحقيق مفهوم التربية الوقائية للطلاب، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد (٣)، ص ص ١٨١ - ٢٢٤.
٢٤. - العلي، فخري شريف، (٢٠٠١)، مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
٢٥. - القدومي، عبدالناصر عبدالرحيم. (٢٠٠٥). مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية للكرة الطائرة. مجلة العلوم التربوية والنفسية، (كلية التربية) جامعة البحرين، المجلد (٦)، العدد (١)، ٢٢٣ - ٢٦٣.
٢٦. - جاد، خالد (٢٠٠٧) عالج نفسك من ضغط الدم والكولسترول. دار الغد الجديد، القاهرة.
٢٧. - حداد، شفيق (٢٠٠٠): الدليل الغذائي للصحة الجيدة، ط٣، نوفل للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
٢٨. - حمام، فريال، (١٩٩٦)، مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الأول ثانوي وأثره في اتجاهاتهن الصحية في منطقة عمان الكبرى، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، اربد الأردن.

٢٩. - عليوة ، علاء الدين، (١٩٩٩) ، الصحة في المجال الرياضي، منشأة المعارف ، الإسكندرية، مصر.
٣٠. - ظاهر، جعفر (٢٠٠٤) أسس التغذية الصحية، عمان: دار مجدلاوي
٣١. - قنديل عبدالرحمن. (١٩٩٠). التربية الغذائية وتطور الوعي الغذائي لدى أمهات المستقبل. المؤتمر السنوي الثالث للطرف المصري وتثنيته ورعايته، المجلد الثاني، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس ، مصر.
٣٢. - وزارة الصحة (٢٠٠٨) التغذية والصحة، ط١ ، الإدارة العامة للتغذية، المملكة العربية السعودية.
٣٣. - المراسي، سونيا ، عبد المجيد اشرف (٢٠١٠) : التثقيف الغذائي ، ط١ ، دار النشر ، عمان ، الاردن.
٣٤. - صابريني، محمد ، خليل الخليلي ، القادري صالح (١٩٨٩) : المعلومات الصحية و مصادرها لدى طلبة الصحافة و الإعلام بجامعة اليرموك. جامعة الكويت ، المجلة التربوية، م٦ ، ع٢٠ ، ص٢٥٥ - ٢٧٠.
٣٥. - الطنطاوي ، رمضان، (١٩٩٧)، دور مناهج العلوم بمراحل التعليم العام بمصر في تحقيق مفهوم التربية الوقائية للطلاب، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد (٣)، ص ص ١٨١ - ٢٢٤.
٣٦. - العلي ، فخري شريف ، (٢٠٠١)، مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
٣٧. - القدومي، عبدالناصر عبدالرحيم. (٢٠٠٥). مستوى الوعي الصحي ومصادر الحصول على المعلومات الصحية لدى لاعبي الأندية العربية لكرة الطائرة.مجلة العلوم التربوية والنفسية، (كلية التربية) جامعة البحرين، المجلد (٦) ، العدد (١)، ٢٢٣ - ٢٦٣.
٣٨. - جاد ، خالد (٢٠٠٧) عالج نفسك من ضغط الدم والكولسترول. دار الغد الجديد، القاهرة .

٣٩. - حداد، شفيق (٢٠٠٠): الدليل الغذائي للصحة الجيدة، ط٣، نوفل للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان .
٤٠. - حمام ، فريال ، (١٩٩٦)، مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الأول ثانوي وأثره في اتجاهاتهن الصحية في منطقة عمان الكبرى، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة اليرموك، اربد الأردن.
٤١. - عليوة ، علاء الدين، (١٩٩٩) ، الصحة في المجال الرياضي، منشأة المعارف ، الإسكندرية، مصر.
٤٢. - ظاهر، جعفر (٢٠٠٤) أسس التغذية الصحية، عمان: دار مجدلاوي.
٤٣. - قنديل عبدالرحمن. (١٩٩٠). التربية الغذائية وتطور الوعي الغذائي لدى أمهات المستقبل. المؤتمر السنوي الثالث للطفل المصري وتثنته ورعايته، المجلد الثاني، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس ، مصر.
٤٤. - وزارة الصحة (٢٠٠٨) التغذية والصحة، ط١، الإدارة العامة للتغذية، المملكة العربية السعودية.

ثانياً: المراجع الأجنبية

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.
3. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. World Psychiatry 2008;7:185-8.
4. Angermeyer MC. Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. Psychiatrische Praxis 2000;27:327-9.
5. Gibson R. The psychiatric hospital and reduction of stigma. In: Fink PJ, Tasman A (eds). Stigma and mental illness. Washington: American Psychiatric Press, 1992:185-8.
6. Redlich FC. What the citizen knows about psychiatry. Ment. Hyg. 1950;34:64-79.

7. Weinstein RM. Attitudes toward psychiatric treatment among hospitalized patients: a review of quantitative research. *Soc. Sci. Med.* 1981;15:301-14.
8. Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. *Health Affairs* 1992;11:186-96.
9. Arens DA. What do the neighbors think now? Community residences on Long Island in New York. *Commun. Ment. Health J.* 1993;29:235-45.
10. Dear M. Understanding and overcoming the NIMBY syndrome. *Journal of the American Planning Association* 1992;58:288-300.
11. Lauber C, Nordt C, Haker H. et al. Community psychiatry: results of a public opinion survey. *Int. J. Soc. Psychiatry* 2006;52:234-42.
12. Takahashi LM. Information and attitudes toward mental health care facilities: implications for addressing the NIMBY syndrome. *Journal of Planning Education and Research* 1997;17:119-30.
13. Kobau R, Dilorio C, Chapman D et al. Attitudes about mental illness and its treatment: validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. *Commun. Ment. Health J.* 2010;46:164-76.
14. Flaskerud JH, Kviz FJ. Rural attitudes toward and knowledge of mental illness and treatment resources. *Hosp Commun Psychiatry* 1983;34:229-33.
15. Yang LH, Phelan JC, Link BG. Stigma and beliefs of efficacy towards traditional Chinese medicine and Western psychiatric treatment among Chinese-Americans. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology* 2008;14:10-8.
16. Hamre P, Dahl AA, Malt UF. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry* 1994;48:275-81.
17. Schnittker J. Misgivings of medicine?: African Americans' skepticism of psychiatric medication. *J Health Soc Behav* 2003;44:506-24.

18. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in Psychiatric Treatment* 2010;16:53-9.
19. Britten N. Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. *BMJ* 1998;317:963-4.
20. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:553-6.
21. De Toledo Piza Peluso È, Luìs Blay S. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55:16-27.
22. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. *BMC Public Health* 2009;9:1-20.
23. Angermeyer MC, Breier P, Dietrich S et al. Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:855-64.
24. Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:326-36.
25. Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:202-10.
26. Noble LM, Douglas BC, Newman SP. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Soc Sci Med* 2001;52:985-98.
27. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry* 2009;24:225-32.
28. Dahlberg KM, Waern M, Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 2008;8:1-10.

29. Lasoski MC. Attitudes of the elderly toward mental health treatment strategies. *Dissertation Abstracts International* 1984;44:2248b.
30. Hugo CJ, Boshoff DEL, Traut A et al. Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:715-9.
31. Ozmen E, Ogel K, Aker T et al. Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:869-76.
32. Lazaratou H, Anagnostopoulos DC, Alevizos EV et al. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. *Ann Gen Psychiatry* 2007;6:1-7.
33. Zoellner LA, Feeny NC, Cochran B et al. Treatment choice for PTSD. *Behav Res Ther* 2003;41:879-86.
34. Stones CR. Attitudes toward psychology, psychiatry and mental illness in the Central Eastern Cape of South Africa. *South Afr J Psychol* 1996;26:221-5.
35. Wagner AW, Bystritsky A, Russo JE et al. Beliefs about psychotropic medication and psychotherapy among primary care patients with anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2005;21:99-105.
36. Givens JL, Katz IR, Bellamy S et al. Stigma and the acceptability of depression treatments among African Americans and Whites. *J Gen Intern Med* 2007;22:1292-7.
37. Ineland L, Jacobsson L, Renberg ES et al. Attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment – changes over time in a Swedish population. *Nordic Journal of Psychiatry* 2008;62:192-7.
38. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177:396-401.
39. Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A et al. Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:151-8.

40. De Las Cuevas C, Sanz EJ. Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63:1063-7.
41. Croghan TW, Tomlin M, Pescosolido BA et al. American attitudes toward and willingness to use psychiatric medications. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:166-74.
42. Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry* 2003;36:288-91.
43. Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med* 2005;35:1205-13.
44. Angermeyer MC, Held T, Görtler D. Pro and contra: psychotherapy and psychopharmacotherapy attitude of the public. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1993;43:286-92.
45. Pescosolido BA, Perry BL, Martin JK et al. Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatr Serv* 2007;58:613-8.
46. Angermeyer MC, Matschinger H. Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:68-73.
47. Akighir A. Traditional and modern psychiatry: a survey of opinions and beliefs amongst people in plateau state, Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 1982;28:203-9.
48. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. *World Psychiatry* 2008;7:54-7.
49. Balon R, Gregory R, Franchini MD et al. Medical students' attitudes and views of psychiatry: 15 years later. *Acad Psychiatry* 1999;23:30-6.
50. Caldera T, Kullgren G. Attitudes to psychiatry among Swedish and Nicaraguan medical students: a cross-cultural

- study. *Nordic Journal of Psychiatry* 1994;48:271-4.
51. Bulbena A, Pailhez G, Coll J et al. Changes in the attitudes towards psychiatry among Spanish medical students during training in psychiatry. *Eur J Psychiatry* 2005;19:79-87.
52. Creed F, Goldberg D. Students' attitudes towards psychiatry. *Med Educ* 2009;21:227-34.
53. Lau AY, Offord DR. A study of student attitudes toward a psychiatric clerkship. *J Ass Am Med Coll* 1976;51:919-28.
54. Maxmen JS. Student attitude changes during "psychiatric medicine" clerkships. *Gen Hosp Psychiatry* 1979;1:98-103.
55. McParland M, Noble LM, Livingston G et al. The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. *Med Educ* 2003;37:447-54.
56. McParland M, Noble LM, Livingston G. The effectiveness of problem-based learning compared to traditional teaching in undergraduate psychology. *Med Educ* 2004;38:859-67.
57. Balon R. Does a clerkship in psychiatry affect medical students' attitudes toward psychiatry? *Acad Psychiatry* 2008;32:73-5.
58. Brook P, Ingleby D, Wakeford R. Students' attitudes to psychiatry: a study of first- and final-year clinical students' attitudes in six medical schools. *J Psychiatr Educ* 1986;10:151-69.
59. Shelley RK, Webb MG. Does clinical clerkship alter students' attitudes to a career choice of psychiatry? *Med Educ* 1986;20:330-4.
60. Augoustinos M, Schrader G, Chynoweth R et al. Medical students' attitudes towards psychiatry: a conceptual shift. *Psychol Med* 1985;15:671-8.
61. Burch EA, Smeltzer DJ, Chestnut EC. Tutorial teaching of psychiatry – effects on test-scores, attitudes, and career choices of medical students. *J Psychiatr Educ* 1984;8:127-35.
62. Chung MC, Prasher VP. Differences in attitudes among medical students towards psychiatry in one English university. *Psychol Rep* 1995;77:843-7.

63. Das MP, Chandrasena RD. Medical students' attitude towards psychiatry. *Can J Psychiatry* 1988;33:783-7.
64. Holm-Petersen C, Vinge S, Hansen J et al. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2007;33:308-11.
65. Moos RH, Yalom ID. Medical students' attitudes toward psychiatry and psychiatrists. *Ment Hyg* 1966;50:246-56.
66. Oldham JM, Sacks MH, Nininger JE et al. Medical students' learning as primary therapists or as participant/observers in a psychiatric clerkship. *Am J Psychiatry* 1983;140:1615-8.
67. Singh SP, Baxter H, Standen P et al. Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Med Educ* 1998;32:115-20.
68. Sloan D, Browne S, Meagher D et al. Attitudes toward psychiatry among Irish final year medical students. *Eur Psychiatry* 1996; 11:407-11.
69. Wilkinson DG, Greer S, Toone BK. Medical students' attitudes to psychiatry. *Psychol Med* 1983;13:185-92.
70. Wilkinson DG, Toone BK, Greer S. Medical students' attitudes to psychiatry at the end of the clinical curriculum. *Psychol Med* 1983;13:655-8.
71. Reddy JP, Tan SM, Azmi MT et al. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34:505-10.
72. Baxter H, Singh SP, Standen P et al. The attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. *Med Educ* 2001;35:381-3.
73. Burra P, Kalin R, Leichner P et al. The ATP 30 – a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry. *Med Educ* 1982;16:31-8.
74. Sivakumar K, Wilkinson G, Toone BK et al. Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their first post-graduate

year: two-year follow-up of a cohort of medical students. *Psychol Med* 1986;16:457-60.

75. Araya RI, Jadresic E, Wilkinson G. Medical students' attitudes to psychiatry in Chile. *Med Educ* 1992;26:153-6.

76. Agbayewa MO, Leichner PP. Effects of a psychiatric rotation on psychiatric knowledge and attitudes towards psychiatry in rotating interns. *Can J Psychiatry* 1985;30:602-4.

77. Fischel T, Manna H, Krivoy A et al. Does a clerkship in psychiatry contribute to changing medical students' attitudes towards psychiatry? *Acad Psychiatry* 2008;32:147-50.

78. Galletly CA, Schrader GD, Chestemtan HM et al. Medical student attitudes to psychiatry: lack of effect of psychiatric hospital experience. *Med Educ* 1995;29:449-51.

79. Guttman F, Rosca-Rebaudengo P, Davis H. Changes in attitudes of medical students towards psychiatry: an evaluation of a clerkship in psychiatry. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996;33:158-66.

80. Kuhnigk O, Strebels B, Schilauske J et al. Attitudes of medical students towards psychiatry: effects of training, courses in psychiatry, psychiatric experience and gender. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2007;12:87-101.

81. Muga F, Hagali M. What do final year medical students at the University of Papua New Guinea think of psychiatry. *PNG Med J* 2006;49:126-36.

82. Tharyan P, John T, Tharyan A et al. Attitudes of 'tomorrow's doctors' towards psychiatry and mental illness. *National Medical Journal of India* 2001;14:355-9.

83. Bobo WV, Nevin R, Greene E et al. The effect of psychiatric third year rotation setting on academic performance, student attitudes, and specialty choice. *Acad Psychiatry* 2009;33:105-11.

84. Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. *Med Educ* 1990;24:452-60.

85. Maidment R, Livingston G, Katona C et al. Change in attitudes to psychiatry and intention to pursue psychiatry as a

- career in newly qualified doctors: a follow-up of two cohorts of medical students. *Med Teach* 2004;26:565-9.
86. Ndetei DM, Khasakhala L, Ongecha-Owuor F et al. Attitudes toward psychiatry: a survey of medical students at the University of Nairobi, Kenya. *Acad Psychiatry* 2008;32:154-9.
87. Niaz U, Hassan S, Hussain H et al. Attitudes towards psychiatry in pre-clinical and post-clinical clerkships in different medical colleges of Karachi. *Pak J Med Sci* 2003;19:253-63.
88. Niedermier JA, Bornstein R, Brandemihl A. The junior medical student psychiatry clerkship: curriculum, attitudes, and test performance. *Acad Psychiatry* 2006;30:136-43.
89. Rao NR, Meinzer AE, Manley M et al. International medical students' career choice, attitudes toward psychiatry, and emigration to the United States: examples from India and Zimbabwe. *Acad Psychiatry* 1998;22:117-26.
90. O'Flaherty AF. Students' attitudes to psychiatry. *Irish Med J* 1977;70:162-3.
91. Soufi HE, Raof AM. Attitude of medical students towards psychiatry. *Med Educ* 1991;26:38-41.
92. Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D. The attitudes of Israeli medical students toward residency in psychiatry. *Acad Psychiatry* 2005;29:92-5.
93. Berman I, Merson A, Berman SM et al. Psychiatrists' attitudes toward psychiatry. *Acad Med* 1996;71:110-1.
94. Buchanan A, Bhugra D. Attitude of the medical profession to psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:1-5.
95. Compton MT, Frank E, Elon L et al. Changes in U.S. medical students' specialty interests over the course of medical school. *J Gen Intern Med* 2008;23:1095-100.
96. Eagle PF, Marcos LR. Factors in medical students' choice of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1980;137:423-7.
97. Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;293:1607-10.

98. Gat I, Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D et al. Changes in the attitudes of Israeli students at the Hebrew University Medical School toward residency in psychiatry: a cohort study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007;44:194-203.
99. Koh KB. Medical students' attitudes toward psychiatry in a Korean medical college. *Yonsei Medical Journal* 1990;31:60-4.
100. Laugharne R, Appiah-Poku J, Laugharne J et al. Attitudes toward psychiatry among final-year medical students in Kumasi, Ghana. *Acad Psychiatry* 2009;33:71-5.
101. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2002;36:416-23.
102. Monro AB. The status of psychiatry in the National Health Service. *Am J Psychiatry* 1969;125:1223-6.
103. Neff JA, McFall SL, Cleaveland TD. Psychiatry and medicine in the US: interpreting trends in medical specialty choice. *Sociol Health Illn* 1987;9:45-61.
104. Pailhez G, Bulbena A, Coll J et al. Attitudes and views on psychiatry: a comparison between Spanish and U.S. medical students. *Acad Psychiatry* 2005;29:82-91.
105. Rosoff SM, Leone MC. The public prestige of medical specialties: overviews and undercurrents. *Soc Sci Med* 1991;32:321-6.
106. Singer P, Dornbush RL, Brownstein EJ et al. Undergraduate psychiatric education and attitudes of medical students towards psychiatry. *Compr Psychiatry* 1986;27:14-20.
107. von Sydow K. Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. *Psychotherapeut* 2007;52:322-33.
108. Yager J, Lamotte K, Nielsen A III et al. Medical students' evaluation of psychiatry: a cross-country comparison. *Am J Psychiatry* 1982;139:1003-9.

109. Wigney T, Parker G. Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2008;42:520-5.
110. Lee EK, Kaltreider N, Crouch J. Pilot study of current factors influencing the choice of psychiatry as a specialty. *Am J Psychiatry* 1995;152:1066-9.
111. Creed F, Goldberg D. Doctors' interest in psychiatry as a career. *Med Educ* 1987;21:235-43.
112. Holmes D, Tmuuliel-Berhalter LM, Zayas LE et al. "Bashing" of medical specialities: student's experiences and recommendation. *Fam Med* 2008;40:400-6.
113. Ghadirian AM, Engelsmann F. Medical students' interest in and attitudes toward psychiatry. *J Med Educ* 1981;56:361-2.
114. Samuel-Lajeunesse B, Ichou P. French medical students' opinion of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1985;142:1462-6.
115. Calvert SH, Sharpe M, Power M et al. Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients? *J Nerv Ment Dis* 1999;187:757-61.
116. Feifel D, Moutier CY, Swerdlow NR. Attitudes toward psychiatry as a prospective career among students entering medical school. *Am J Psychiatry* 1999;156:1397-402.
117. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:424-9.
118. Maidment R, Livingston G, Katona M et al. Carry on shrinking: Career intentions and attitudes to psychiatry of prospective medical students. *Psychiatr Bull* 2003;27:30-2.
119. Yellowlees P, Vizard T, Eden J. Australian medical students' attitudes towards specialties and specialists. *Med J Australia* 1990;152:587-8, 591-2.
120. Cutler JL, Harding KJ, Mozian SA et al. Discrediting the notion "working with 'crazies' will make you 'crazy'": addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14:487-502.

121. Cutler JL, Alsector SL, Harding KJ et al. Medical students' perceptions of psychiatry as a career choice. *Acad Psychiatry* 2006;30:144-9.
122. Garfinkel PE, Dorian BJ. Psychiatry in the new millennium. *Can J Psychiatry* 2000;45:40-7.
123. Martin VL, Bennett DS, Pitale M. Medical students' interest in child psychiatry: a clerkship intervention. *Acad Psychiatry* 2007;31:225-7.
124. Syed EU, Siddiqi MN, Dogar I et al. Attitudes of Pakistani medical students towards psychiatry as a prospective career: a survey. *Acad Psychiatry* 2008;32:160-4.
125. Byrne P. Challenging healthcare discrimination. *Advances in Psychiatric Treatment* 2010;16:60-2.
126. Stoudemire A. Quo vadis, psychiatry? Problems and potential for the future of medical student education in psychiatry. *Psychosomatics* 2000;41:204-9.
127. Wigney T, Parker G. Medical student observations on a career in psychiatry. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2007;41:726-31.
128. Arboleda-Flórez J. Considerations on the stigma of mental illness. *Can J Psychiatry* 2003;48:645-50.
129. Arboleda-Flórez J. Mental illness and human rights. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:479-84.
130. Strebel B, Obladen M, Lehmann E et al. Attitude of medical students to psychiatry. A study with the German translated, expanded version of the ATP-30. *Nervenarzt* 2000;71:205-12.
131. Akinyinka OO, Ohaeri JU, Asuzu MC. Beliefs and attitudes of clinical year students concerning medical specialties: an Ibadan medical school study. *Afr J Med Sci* 1992;21:89-99.
132. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Bhaya C et al. Withering before the sowing? A survey of Oman's 'tomorrow's doctors' interest in Psychiatry. *Educ Health (Abingdon)* 2008;21:117.
133. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:307-12.
134. Herran A, Carrera M, Andres A et al. Attitudes toward

psychiatry among medical students – factors associated to selection of psychiatry as a career. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006;16:563.

135. Maric´ NP, Stojiljkovic´ DJ, Milekic´ B et al. How medical students in their pre-clinical year perceive psychiatry as a career: the study from Belgrade. *Psychiatr Danub* 2009;21:206-12.

136. Lambert TW, Turner G, Fazel S et al. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med* 2006;36:679-84.

137. West ND, Walsh MA. Psychiatry's image today: results of an attitudinal survey. *Am J Psychiatry* 1975;132:1318-9.

138. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.

139. van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:363-72.

140. Summerfield D. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? *J Roy Soc Med* 2006;99:161-2.

141. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.

142. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.

143. Nielsen AC III, Eaton JS Jr. Medical students' attitudes about psychiatry. Implications for psychiatric recruitment. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:1144-54.

144. Angermeyer MC, Matschinger H, Sandmann J et al. Die Einstellung von Medizinstudenten zur Behandlung mit Psychopharmaka., Teil 1: Vergleich zwischen Medizinstudenten und Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 1994;21:58-63.

145. Hillert A, Sandmann J, Angermeyer MC et al. Attitude of medical students to treatment with psychotropic drugs. 2:

- Change in attitude in the course of medical education. *Psychiatr Prax* 1994;21:64-9.
146. Linden M, Becker S. Attitudes and beliefs of medical and psychology students with regard to treatment with psychotropic drugs. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1984;52:362-9.
147. Strebel B, Kuhnigk O, Jüptner M et al. Attitudes of medical students toward psychotherapy as a function of the academic semester, gender and prior experience with psychiatry and psychotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003;54:184.
148. Walter G, McDonald A, Rey JM et al. Medical student knowledge and attitudes regarding ECT prior to and after viewing ECT scenes from movies. *J ECT* 2002;18:43-6.
149. Clothier JL, Freeman T, Snow L. Medical student attitudes and knowledge about ECT. *J ECT* 2001;17:99-101.
150. Gazdag G, Kocsis-Ficzere N, Tolna J. Hungarian medical students' knowledge about and attitudes toward electroconvulsive therapy. *J ECT* 2005;21:96-9.
151. James BO, Omoaregba JO, Olotu OS. Nigerian medical students attitudes to unmodified electroconvulsive therapy. *J ECT* 2009;25:186-9.
152. Abbas M, Mashrai N, Mohanna M. Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy of medical students in the United Kingdom, Egypt, and Iraq: a transcultural perspective. *J ECT* 2007;23:260-4.
153. Gazdag G, Sebestyén G, Ungvari GS et al. Impact on psychiatric interns of watching live electroconvulsive treatment. *Acad Psychiatry* 2009;33:152-6.
154. Kinnair D, Dawson S, Perera R. Electroconvulsive therapy: medical students' attitudes and knowledge. *The Psychiatrist* 2010;34:54-7.
155. Link B, Levav I, Cohen A. The primary medical care practitioner's attitudes toward psychiatry. An Israeli study. *Soc Sci Med* 1982;16:1413-20.
156. Meise U, Günther V. Einstellungen von Ärzten zur Psychiatrie. *Neuropsychiatrie* 1995;Bd.9:157-62.

157. Pro JD, Fortin D. Physicians and psychiatry: physicians' attitudes toward psychiatry. *J Kans Med Soc* 1973;74:367-8.
158. Blumberg P, Flaherty JA. Faculty perceptions of their own speciality. *J Med Educ* 1982;57:338-9.
159. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G et al. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 2004;37:103-9.
160. Spießl H, Riederer C, Fichtner KH. Attitudes towards psychiatry – Changing attitudes by working on psychiatric wards. *Krankenhauspsychiatrie* 2005;16:13-7.
161. Toomey LC, Reznikoff M, Brady JP et al. Attitudes of nursing students toward psychiatric treatment and hospitals. *Ment Hyg* 1961;45:589-602.
162. Harding AV. Nurses' attitudes to psychiatric treatment. *Australasian Nurses Journal* 1980;9:28-30.
163. Clarke L. The effects of training and social orientation on attitudes towards psychiatric treatments. *J Adv Nurs* 1989;14:485-93.
164. Bergman S. Nursing attitudes to psychiatry and geriatrics as preferred work areas with deviant groups. *Isr Ann Psychiatry Rel Disc* 1974;12:156-60.
165. Reznikoff M. Attitudes of psychiatric nurses and aides toward psychiatric treatment and hospitals. *Ment Hyg* 1963;47:360-4.
166. Wood JH, Chambers M, White SJ. Nurses' knowledge of and attitude to electroconvulsive therapy. *J ECT* 2007;23:251-4.
167. Einat H, George A. Positive attitude change toward psychiatry in pharmacy students following an active learning psychopharmacology course. *Acad Psychiatry* 2008;32:515-7.
168. Patel MX, De Zoysa N, Baker D et al. Antipsychotic depot medication and attitudes of community psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:237-44.
169. Patel MX, Yeung FK, Haddad PM et al. Psychiatric nurses' attitudes to antipsychotic depots in Hong Kong and

comparison with London. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:758-66.

170. Mbatia J, Shah A, Jenkins R. Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in Tanzania. *Int J Ment Health Syst* 2009;3:5.

171. Bentley KJ, Farmer RL, Phillips ME. Student knowledge of and attitudes toward psychotropic drugs. *Journal of Social Work Education* 1991;27:279-89.

172. Berg WE, Wallace M. Effect of treatment setting on social workers' knowledge of psychotropic drugs. *Health Soc Work* 1987;12:144-52.

173. Moses T, Kirk SA. Social workers' attitudes about psychotropic drug treatment with youths. *Soc Work* 2006;51:211-22.

174. Gass JP. The knowledge and attitudes of mental health nurses to electro-convulsive therapy. *J Adv Nurs* 1998;27:83-90.

175. Bowers L, Alexander J, Simpson A et al. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* 2004;24:435-42.

176. Waggoner RW, Waggoner RW Jr. Psychiatry's image, issues, and responsibility. *Psychiatric Hospital* 1983;14:34-8.

177. Ben-Noun L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1996;33:167-74.

178. Richardson LA. Seeking and obtaining mental health services: what do parents expect? *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15:223-31.

179. Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF et al. Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethno-cultural backgrounds. *BMC Psychiatry* 2008;8:55.

180. Balch P, Ireland JF, McWilliams SA et al. Client evaluation of community mental health services: relation to

- demographic and treatment variables. *Am J Commun Psychol* 1977;5:243-7.
181. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL et al. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Commun Psychol* 1987;15:275-84.
182. Skuse DH. Attitudes to the psychiatric outpatient clinic. *BMJ* 1975;3:469-71.
183. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S et al. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:482-8.
184. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K et al. Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *J Gen Intern Med* 2006;21:146-51.
185. Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006;2:8.
186. Williams RA, Hollis HM, Benott K. Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* . 1998;37:1301-7
187. McIntyre K, Farrell M, David A. In-patient psychiatric care: the patient's view. *Br J Med Psychol* 1989;62:249-55.
188. Stevens J, Wang W, Fan L et al. Parental attitudes toward children's use of antidepressants and psychotherapy. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19:289-96.
189. Blenkiron P. Referral to a psychiatric clinic: what do patients expect? *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1998;11:188-92.
190. Ingham J. The public image of psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1985;20:107-8.
191. Baumann M, Bonnetain F, Briancon S et al. Quality of life and attitudes towards psychotropics and dependency: consumers vs. non-consumers aged 50 and over. *J Clin Pharm Ther* 2004;29:405-15.

192. Holzinger A, Löffler W, Matschinger H et al. Attitudes towards psychotropic drugs: schizophrenic patients vs. general public. *Psychopharmakotherapie* 2001;8:76-80.
193. van Dongen CJ. Is the treatment worse than the cure? Attitudes toward medications among persons with severe mental illness. *JPsychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997;35:21-5.
194. Wacker HR. Attitude of ambulatory psychiatric patients to psychopharmacologic treatment. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1991;142:77-88.
195. Irani F, Dankert M, Siegel SJ. Patient and family attitudes toward schizophrenia treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2004;6:283-8.
196. La Roche C, Ernst K. The attitude of 200 hospitalized psychiatric patients and their doctors toward treatment. *Arch Psychiatr Nervenkr* 1975;220:107-16.
197. Adams NH, Hafner RJ. Attitudes of psychiatric patients and their relatives to involuntary treatment. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1991;25:231-7.
198. Mezey AG, Syed IA. Psychiatric illness and attitudes to psychiatry among general hospital outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1975;10:133-8.
199. Gynther MD, Reznikoff M, Fishman M. Attitudes of psychiatric patients toward treatment, psychiatrists and mental hospitals. *J Nerv Ment Dis* 1963;136:68-71.
200. Yoash-Gantz RE, Gantz FE. Patient attitudes toward partial hospitalization and subsequent treatment outcome. *Int J Partial Hosp* 1987;4:145-55.
201. Isacson D, Bingefors K. Attitudes towards drugs – a survey in the general population. *Pharm World Sci* 2002;24:104-10.
202. Arshad M, Arham AZ, Arif M et al. Awareness and perceptions of electroconvulsive therapy among psychiatric patients: a cross-sectional survey from teaching hospitals in Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry* 2007;7:27.
203. Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment

- and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:576-84.
204. Hillard JR, Folger R. Patients' attitudes and attributions to electroconvulsive shock therapy. *J Clin Psychol* 1977;33:855-61.
205. Spencer J. Psychiatry and convulsant therapy. *Med J Australia* 1977;1:844-7.
206. Goodman JA, Krahn LE, Smith GE et al. Patient satisfaction with electroconvulsive therapy. *Mayo Clin Proc* 1999;74:967-71.
207. Pettinati HM, Tamburello TA, Ruetsch CR et al. Patient attitudes toward electroconvulsive therapy. *Psychopharmacol Bull* 1994;30:471-5.
208. Kerr RA, McGrath JJ, O'Kearney RT et al. ECT: misconceptions and attitudes. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1982;16:43-9.
209. Lauber C, Rössler W. Involuntary admission and the attitude of the general population, and mental health professionals. *Psychiatr Prax* 2007;34:181-5.
210. Kaltiala-Heino R. Involuntary psychiatric treatment: a range of patients' attitudes. *Nordic Journal of Psychiatry* 1996;50:27-34.
211. Lauber C, Falcato L, Rössler W. Attitudes to compulsory admission in psychiatry. *Lancet* 2000;355:2080.
212. Kane JM, Quitkin F, Rifkin A et al. Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:374-7.
213. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:385-9.
214. Lucksted A, Coursey RD. Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatr Serv* 1995;46:146-52.
215. Morgan SL. Determinants of family treatment choice and satisfaction in psychiatric emergencies. *Am J Orthopsychiatry* 1990;60:96-107.

216. Schwartz HI, Vingiano W, Perez CB. Autonomy and the right to refuse treatment: patients' attitudes after involuntary medication. *Hosp Commun Psychiatry* 1988;39:1049-54.
217. Virrit O, Ayar D, Savas HA et al. Patients' and their relatives' attitudes toward electroconvulsive therapy in bipolar disorder. *J ECT* 2007;23:255-9.
218. Pugh RL, Ackerman BJ, McColgan EB et al. Attitudes of adolescents toward adolescent psychiatric treatment. *Journal of Child and Family Studies* 1994;3:351-63.
219. Sharf BF. Send in the clowns: the image of psychiatry during the Hinckley trial. *Journal of Communication* 1986;36:80-93.
220. Rottleb U, Steinberg H, Angermeyer MC. The image of psychiatry in the "Leipziger Volkszeitung" – historical longitudinal study. *Psychiatr Prax* 2007;34:269-75.
221. Maio G. Zum Bild der Psychiatrie im Film und dessen ethische Implikationen. In: Gaebel W, Möller H-J, Rössler W (eds). *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 2005:99-121.
222. Steger F. From the person to an isolated case: Frank Schmökel in the discourses of power and stigmatization. *Psychiatr Prax* 2003;30:389-94.