

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:

أطروحة

مقدمة لنيل شهادة

دكتوراه الطور الثالث في: علوم التسيير

تخصص: تسيير عمومي

العنوان

أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في الجزائر دراسة ميدانية على عينة من

مؤسسات الخدمات الصحية بالمسيلة

من إعداد:

الطالب: قويدري ابراهيم عبد الحكيم

تاريخ المناقشة: 2024/02/18

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	المؤسسة	الصفة
برحومة عبد الحميد	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد بوضياف المسيلة	رئيسا
زاوش رضا	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد بوضياف المسيلة	مشرفاً ومقرراً
بلواضح الجيلاني	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد بوضياف المسيلة	مشرفاً مساعداً
زريق عمر	أستاذ محاضر أ	جامعة محمد بوضياف المسيلة	ممتحن
براهيمي نادية	أستاذ محاضر أ	جامعة محمد بوضياف المسيلة	ممتحن
علاوي عبد الفتاح	أستاذ محاضر أ	جامعة البرج	ممتحن
بن حاج منير	أستاذ التعليم العالي	جامعة سطيف	مدعوا

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"(رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ
وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي
بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ) " (19).

سورة النمل

الإهداء

إلى أبي وأمي

إليكما أولا وأخيرا دائما وأبدا

أمي التي لا يمكن للأرقام أن تحصي فضائلها

وأبي الذي علمني معنى الكفاح ليمهد لي طريق العلم

إلى كل أفراد العائلة الطيبة أهدي هذا العمل

عبد الحكيم

شكر وتقدير

بسم الله والحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه، والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء والمرسلين
محمد عليه الصلاة والسلام وعلى آله وصحبه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين.

يطيب لنا في البداية أن نرفع خالص شكرنا وتقديرنا لمن تفضل بالإشراف على هذه الأطروحة
ولم يبخل علينا بدعمه وتوجيهاته الأستاذ السيد: زاوش رضا

كما نشكر الأستاذ مساعد المشرف السيد: بلواضح جيلاني على متابعته ونصائحه القيمة لي
طيلة المشوار الدراسي.

كذلك لا يفوتني أن أتوجه بالشكر الخاص مسبقا لأعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة
هذه الرسالة .

وخالص الشكر والتقدير لكل أساتذة كلية العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
بجامعة المسيلة

وأتقدم بوافر التقدير وعظيم الامتنان لموظفي المؤسسات الصحية العمومية بولاية المسيلة
وخاصة الطاقم الإداري للمؤسسات محل الدراسة

الملخص

هدفت هذه الدراسة لمعرفة أثر تمكين العاملين بأبعاده (الحرية والاستقلالية، المشاركة بالمعلومات، فرق العمل، التحفيز) على جودة الخدمات الصحية في الجزائر، ومن أجل ذلك تم تصميم استبانة لغرض جمع البيانات مكونة من 45 فقرة وزعت بشكل عشوائي على عينة من موظفي الخدمات الصحية بولاية المسيلة تقدر بـ (214) مفردة.

وقد تم التحقق من صحة الفرضيات باتباع المنهج الوصفي التحليلي باستخدام برنامج SPSS لتحليل بيانات الاستبانة، وتوصلت الدراسة لوجود أثر إيجابي بين أبعاد تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية، وقد كان لكل من بعد المشاركة بالمعلومات وبعد تحفيز العاملين الأثر الأكبر في تحقيق جودة الخدمات.

أما فيما يخص الفروق في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة التي تعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة المهنية، السلك)، فقد خلصت الدراسة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بإستثناء المتغير التعريفي السلك الذي كان به فرق معنوي، ويرجع لفئة السلك الطبي الذي يؤثر تأثيرا مباشرا على اتجاه إجابات أفراد عينة الدراسة.

الكلمات المفتاحية: تمكين العاملين، الجودة، الخدمات الصحية، مؤسسات الخدمات الصحية بالمسيلة.

. Abstract

This study aimed to find out the effect of employees empowerment with its dimensions (freedom, independence, sharing of information, work teams, motivation) on the quality of health services in Algeria, for this purpose a questionnaire consisting of 45 items was designed and distributed to a random sample of 214 individuals in the state of M'sila.

The validity of the hypotheses was verified by following the descriptive analytical approach using the SPSS program to analyze the questionnaire data, and the study concluded that there is a positive effect between the dimensions of employees empowerment and the quality of health services, both dimensions of sharing information and motivating employees had the greatest impact on achieving quality services.

With regard to the differences in the level of direction of the answers about the sample, which is attributed to the personal variables (sex, age, educational qualification, professional experience, and rank), the study concluded that there were no statistically significant differences, except for the introductory variable, which was "rank", it has a significant difference, and is due to the category of the medical corps, which directly affects the direction of the responses of the study sample

Keywords: Employees empowerment, The quality, Health services, Health service establishments of Msila

Résumé

Cette étude visait à connaître l'effet de l'autonomisation des employés avec ses dimensions (liberté, indépendance, partage de l'information, équipes de travail, motivation) sur la qualité des services de santé en Algérie, à cet effet, un questionnaire composé de 45 items a été conçu et distribué à un échantillon aléatoire de 214 individus dans la Wilaya de M'sila.

La validité des hypothèses a été vérifiée en suivant la méthode descriptive en utilisant le programme SPSS pour analyser les données du questionnaire, et l'étude a conclu qu'il existe un effet positif entre les dimensions de l'autonomisation des employés et la qualité des services de santé, et les dimensions partage d'information et la motivation des employés ont eu le plus grand impact sur l'obtention de services de qualité.

Et ce qui concerne les différences de niveau d'orientation de les réponses sur cet échantillon qui sont attribuées aux variables personnelles (sexe, âge, diplôme, expérience professionnelle et la division), l'étude a conclu qu'il n'y avait pas de différences statistiquement significatives excepte la variable "la division", qu'elle est liée au corps médical, qui affecte directement l'orientation des réponses de l'échantillon d'étude

Mots-clés: Autonomisation des employés, la qualité, Services de santé, Établissements de santé de Msila.

فهرس المحتويات

	شكر وتقدير
	الإهداء
	ملخص
II	فهرس المحتويات
VI	قائمة الأشكال
VII	قائمة الجداول
X	قائمة الملاحق
ب-ق	مقدمة
الفصل الأول: تمكين العاملين	
02	تمهيد الفصل الأول
03	المبحث الأول: ماهية تمكين العاملين
03	المطلب الأول: مفهوم وأهمية تمكين العاملين
08	المطلب الثاني: مبادئ و مراحل تمكين العاملين
10	المطلب الثالث: مزايا وخصائص تمكين العاملين
14	المطلب الرابع: عوامل نجاح و فشل تمكين العاملين
17	المبحث الثاني: أبعاد تمكين العاملين
17	المطلب الأول: الحرية والاستقلالية
19	المطلب الثاني: المشاركة بالمعلومات

22	المطلب الثالث: فرق العمل
27	المطلب الرابع: تحفيز العاملين
31	المبحث الثالث: آليات التمكين
31	المطلب الأول: أساليب التمكين المعاصرة
32	المطلب الثاني: مستويات التمكين
34	المطلب الثالث: متطلبات التمكين
35	المطلب الرابع: ثقافة العمل في المنظمات الممكنة
37	خلاصة الفصل الأول
الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية	
39	تمهيد الفصل الثاني
40	المبحث الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية
40	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية
45	المطلب الثاني: خصائص الخدمات الصحية وأنواعها
50	المطلب الثالث: أهمية وأهداف جودة الخدمات الصحية
54	المطلب الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية
58	المبحث الثاني: رواد وآليات الجودة
58	المطلب الأول: رواد وجوائز الجودة
73	المطلب الثاني: نشأة إدارة الجودة الشاملة وأدواتها

79	المطلب الثالث: نظام الجودة العالمي الإيزو 9000
84	المطلب الرابع: متطلبات إدارة جودة الخدمات الصحية
88	المبحث الثالث: النظام الصحي في الجزائر
88	المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر
97	المطلب الثاني: تمويل وتقييم النظام الصحي في الجزائر
100	المطلب الثالث: المشاكل التي تواجه النظام الصحي بالجزائر
104	المطلب الرابع: حلول مقترحة للمشاكل الصحية بالجزائر
107	المبحث الرابع: أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية
107	المطلب الأول: الحرية والإستقلالية وأثرها على جودة الخدمات الصحية
108	المطلب الثاني: المشاركة بالمعلومات وأثرها على جودة الخدمات الصحية
109	المطلب الثالث: فرق العمل وأثره على جودة الخدمات الصحية
111	المطلب الرابع: التحفيز وأثره على جودة الخدمات الصحية
114	خلاصة الفصل الثاني

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية لأثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية	
116	تمهيد الفصل الثالث
117	المبحث الأول: التعريف بأداة الدراسة
117	المطلب الأول: متغيرات أداة الدراسة
121	المطلب الثاني: مصداقية الإستبيان
122	المطلب الثالث: التقنيات المستخدمة في تحليل البيانات الإحصائية
124	المبحث الثاني: الإطار المنهجي للدراسة الميدانية
124	المطلب الأول: أنموذج ومنهج الدراسة
126	المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة
130	المطلب الثالث: ثبات وصدق أداة الدراسة
138	المبحث الثالث: عرض وتحليل بيانات الدراسة
138	المطلب الأول: التحليل الوصفي للنتائج الديمغرافية
141	المطلب الثاني: التحليل الوصفي لنتائج المتوسطات الحسابية
150	المطلب الثالث: إختبار الفروض ومناقشة النتائج
169	خلاصة الفصل الثالث
171	الخاتمة
175	المصادر و المراجع
194	الملاحق

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
و	أنموذج الدراسة	01
52	أهداف الجودة	(1، 2)
65	أنواع متطلبات العملاء لنموذج كانوا	(2، 2)
76	مخطط السبب والنتيجة	(3، 2)
85	دورة شيوارت ديمنج للتحسين المستمر	(4، 2)
124	أنموذج الدراسة	(1-3)
132	التوزيع الطبيعي لجودة الخدمات الصحية	(2-3)

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
11	مزايا تمكين العاملين	(1، 1)
43	مفهوم جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر مرضى مستشفى مدينة بوسعادة	(1، 2)
49	أنواع الخدمات الصحية	(2، 2)
69	فئات جائزة الملك عبد العزيز للجودة	(3، 2)
70	معايير جائزة الملك عبد العزيز للجودة	(4، 2)
72	معايير جائزة الجزائر للجودة	(5، 2)
73	المنظمات الفائزة بجائزة الجزائر للجودة سنة 2022	(6، 2)
87	المقارنة بين الطريقة الأمريكية واليابانية في عمليات التحسين	(7، 2)
91	تطور الموارد البشرية للفترة 1963 إلى 1973	(8، 2)
92	تطور الموارد البشرية للفترة 1974 إلى 1988	(9، 2)
93	تطور المنشآت القاعدية الصحية للفترة 1974 إلى 1988	(10، 2)
94	تطور الموارد البشرية للفترة 1989 إلى 2019	(11، 2)
96	تطور المنشآت القاعدية الصحية للفترة 1989 إلى 2020	(12، 2)
99	متوسط العمر في الجزائر	(13، 2)
99	بعض الأمراض ذات التبليغ الإجباري	(14، 2)
100	معدل الوفيات في الجزائر	(15، 2)

100	نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي لكل 100 ألف مولود حي)	(2، 16)
103	نسبة الإيرادات في ميزانية المؤسسة العمومية الإستشفائية بوسعادة لسنة 2022	(2، 17)
118	بعض المنح والعلاوات المتعلقة بالوظيف العمومي	(3-1)
119	الأبعاد المستخدمة في إعداد الاستبانة	(3-2)
120	درجات الموافقة	(3-3)
122	نوع علاقة الارتباط	(3-4)
127	الإحصائيات خاصة بالاستبيانات الموزعة على المؤسسات محل الدراسة	(3-5)
127	الإحصائيات الخاصة بمجموع إستمارات الاستبيان	(3-6)
128	درجة التشبع لجميع المؤشرات	(3-7)
130	معامل ألفا كرومباخ	(3-8)
130	معامل ألفا كرومباخ للأبعاد	(3-9)
131	قياس الثبات بالتجزئة النصفية	(3-10)
131	التوزيع الطبيعي لمتغيري الدراسة	(3-11)
132	الإتساق الداخلي لبعء الحرية والاستقلالية	(3-12)
133	الإتساق الداخلي لبعء المشاركة بالمعلومات	(3-13)
133	الإتساق الداخلي لبعء فرق العمل	(3-14)
134	الإتساق الداخلي لبعء التحفيز	(3-15)
134	الإتساق الداخلي لبعء الملموسية	(3-16)

135	الإتساق الداخلي لبعء الاعتماءية	(17-3)
135	الإتساق الداخلي لبعء الاستجابة	(18-3)
136	الإتساق الداخلي لبعء التعاطف	(19-3)
136	الإتساق الداخلي لبعء الضمان	(20-3)
137	الإتساق البنائي لأبعاد الإستبانة	(21-3)
138	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	(22-3)
139	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئة العمرية	(23-3)
139	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي	(24-3)
140	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية	(25-3)
140	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السلك (الصنف)	(26-3)
141	توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعء الحرية والاستقلالية	(27-3)
142	توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعء المشاركة بالمعلومات	(28-3)
143	توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعء فرق العمل	(29-3)
144	توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعء التحفيز	(30-3)
145	توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعء الملموسية	(31-3)
145	توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعء الاعتماءية	(32-3)
146	توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعء الاستجابة	(33-3)
147	توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعء التعاطف	(34-3)

148	توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعد الضمان	(35-3)
149	توجهات أفراد عينة الدراسة نحو كل من تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية	(36-3)
150	نموذج الإنحدار للفرضية الرئيسية الأولى	(37-3)
151	اختبار أنوفا للفرضية الرئيسية الأولى	(38-3)
151	اختبار الفرضية الرئيسية الأولى معنوية معالم النموذج	(39-3)
153	نموذج الإنحدار للفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الأولى	(40-3)
153	اختبار أنوفا للفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الأولى	(41-3)
153	اختبار الفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الأولى معنوية معالم النموذج	(42-3)
155	نموذج الإنحدار للفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الأولى	(43-3)
155	اختبار أنوفا للفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الأولى	(44-3)
156	اختبار الفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الأولى معنوية معالم النموذج	(45-3)
157	نموذج الإنحدار للفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الأولى	(46-3)
157	اختبار أنوفا للفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الأولى	(47-3)
158	اختبار الفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الأولى معنوية معالم النموذج	(48-3)
159	نموذج الإنحدار للفرضية الفرعية الرابعة من الفرضية الرئيسية الأولى	(49-3)
159	اختبار أنوفا للفرضية الفرعية الرابعة من الفرضية الرئيسية الأولى	(50-3)
160	اختبار الفرضية الفرعية الرابعة من الفرضية الرئيسية الأولى معنوية معالم النموذج	(51-3)
161	اختبار Levene لتجانس المتغيرات الشخصية	(52-3)

162	اختبار N – Way ANOVA لتحليل الفروق بين أفراد عينة الدراسة في مستوى جودة الخدمات الصحية تعزى للمتغيرات التعريفية	(53-3)
163	أقل فرق معنوي (LSD) بين الأوساط الحسابية للمتغير التعريفي السلك	(54-3)
164	نتائج اختبار Independent-samples T-test للمتغير التعريفي الجنس	(55-3)
165	اختبار ANOVA لتحليل التباين لمتغير العمر	(56-3)
165	اختبار ANOVA لتحليل التباين لمتغير المؤهل العلمي	(57-3)
166	اختبار ANOVA لتحليل التباين لمتغير الخبرة المهنية	(58-3)
167	نتائج اختبار ANOVA لتحليل التباين لمتغير السلك	(59-3)
168	اختبار LSD للمقارنات البعدية للمتغير الشخصي السلك	(60-3)

فهرس الملاحق

رقم الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
195	الاستبانة	01
199	قائمة بأسماء محكمي الاستبانة	02
200	الجداول المستخرجة من برنامج SPSS بعد تفريغ البيانات	03

مقدمة

مقدمة

يشهد العالم اليوم تطورات كبيرة ومتسارعة في شتى المجالات بسبب التقدم العلمي والتكنولوجي، وأصبح لزاما على المنظمات اليوم من أجل بقائها واستمرارها في هذا العالم المليء بالمنافسة الشديدة، مواكبة هذه التطورات ومسايرتها فالمنظمات اليوم وخاصة الخدمية عليها تقديم خدمات تنافس المنظمات العالمية في ظل هذا الإنفتاح الكبير وغياب الحدود وسهولة التنقل، فالمنظمات الصحية في مواجهة حقيقية مع التحديات المستقبلية وعليها التحسين من جودة الخدمات التي تقدمها، وفي كل ما يستوجب ترقية الصحة بصفة عامة ويزيد من ثقة المرضى اتجاه ما تقدمه هذه المنظمات من خدمات صحية تراعي معايير الصحة و الأمان.

ومن أجل الرفع من جاهزية هذه المنظمات أمسى اعتماد أنظمة الجودة ضرورة تهدف إلى تحسين الخدمات الصحية، فالإهتمام بموضوع الجودة في الخدمات الصحية ليس كغيرها من الخدمات بإعتبارها تتعلق بحياة الإنسان، مما يستوجب عليها الصرامة في تطبيق البرامج والإجراءات المصممة لرعاية المرضى، وهذا لا يتأتى إلا بوجود عمال متمكنين في أعمالهم ذوي خبرة ومهارة من أجل تحقيق أفضل النتائج، ويعد مصطلح تمكين العاملين من المفاهيم الحديثة في الفكر الإداري المعاصر التي تسعى من خلاله المنظمات مشاركة العاملين فرديا أو على شكل فرق في اتخاذ القرارات والتحول من المنظمات القديمة ذات التسيير الهرمي الى المنظمات الحديثة الممكنة، وبالتالي العمل على منحهم المزيد من الحرية والاستقلالية في أداء أعمالهم دون موافقات مسبقة، ومشاركتهم المعلومات وتشجيع مبادراتهم مما يشعرهم بالسيطرة على أنشطتهم الخاصة والإستجابة السريعة لتغيرات المحيط.

من هذا المنطلق تظهر أهمية العنصر البشري في تحقيق جودة الخدمات الصحية، فقد شهدت الجزائر في السنوات الأخيرة عديد المشاكل في قطاع الخدمات الصحية على مستوى القطاع العام والخاص، الأمر الذي دفعها إلى البحث عن أساليب حديثة لتحسين جودة خدماتها، ولعل أهم هذه الأساليب الإهتمام بالموارد البشري الذي تحدثنا عليه سابقا وتوفير الجو المناسب له، فالمنظمة لا تستطيع لوحدها أن تزدهر إلا بمساعدة القوى العاملة، فالعنصر البشري هو عصبها، والاستثمار فيه يؤدي إلى تحقيق أهدافها والتقليل من حودث العمل في مواجهة التحديات وتحويل المعوقات إلى فرص، فالإهتمام بالموارد البشري أصبح يفرض نفسه أكثر فأكثر نتيجة للدور الذي يلعبه في نجاحها، وتمكينها من التكيف مع مستجدات المحيط المتقلبة، لذلك قمنا بهذه الدراسة التي تتمحور حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في الجزائر وانطلاقا من ذلك قمنا بطرح الاشكالية التالية:

أولاً: إشكالية الدراسة

ما أثر تمكين العاملين بأبعاده على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة؟

ولمعرفة الفروق في اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تم طرح التساؤل الرئيسي الثاني:

هل توجد فروق في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى إلى المتغيرات الشخصية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة المهنية، السلك)؟
وتتمثل الأسئلة الفرعية فيما يلي:

هل يوجد تأثير للحرية والإستقلالية على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة؟

هل يوجد تأثير للمشاركة بالمعلومات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة؟

هل يوجد تأثير لفرق العمل على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة؟

هل يوجد تأثير للتحفيز على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة؟

هل توجد فروق في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل الجنس؟

هل توجد فروق في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل العمر؟

هل توجد فروق في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي؟

هل توجد فروق في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل الخبرة المهنية؟

هل توجد فروق في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل السلك؟

ثانيا: فرضيات الدراسة

من خلال الاشكالية المطروحة يمكن طرح الفرضيات التالية

الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين بأبعاده على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

ويمكن تقسيم الفرضية الرئيسية الأولى إلى الفرضيات الفرعية التالية:

الفرضية الفرعية الأولى: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للحرية والاستقلالية على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

الفرضية الفرعية الثانية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للمشاركة بالمعلومات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

الفرضية الفرعية الثالثة: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لفرق العمل على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

الفرضية الفرعية الرابعة: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحفيز على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

الفرضية الرئيسية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى إلى المتغيرات الشخصية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة المهنية، السلك) عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

تتفرع الفرضية الرئيسية الثانية إلى الفرضيات الفرعية التالية:

الفرضية الفرعية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل الجنس عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

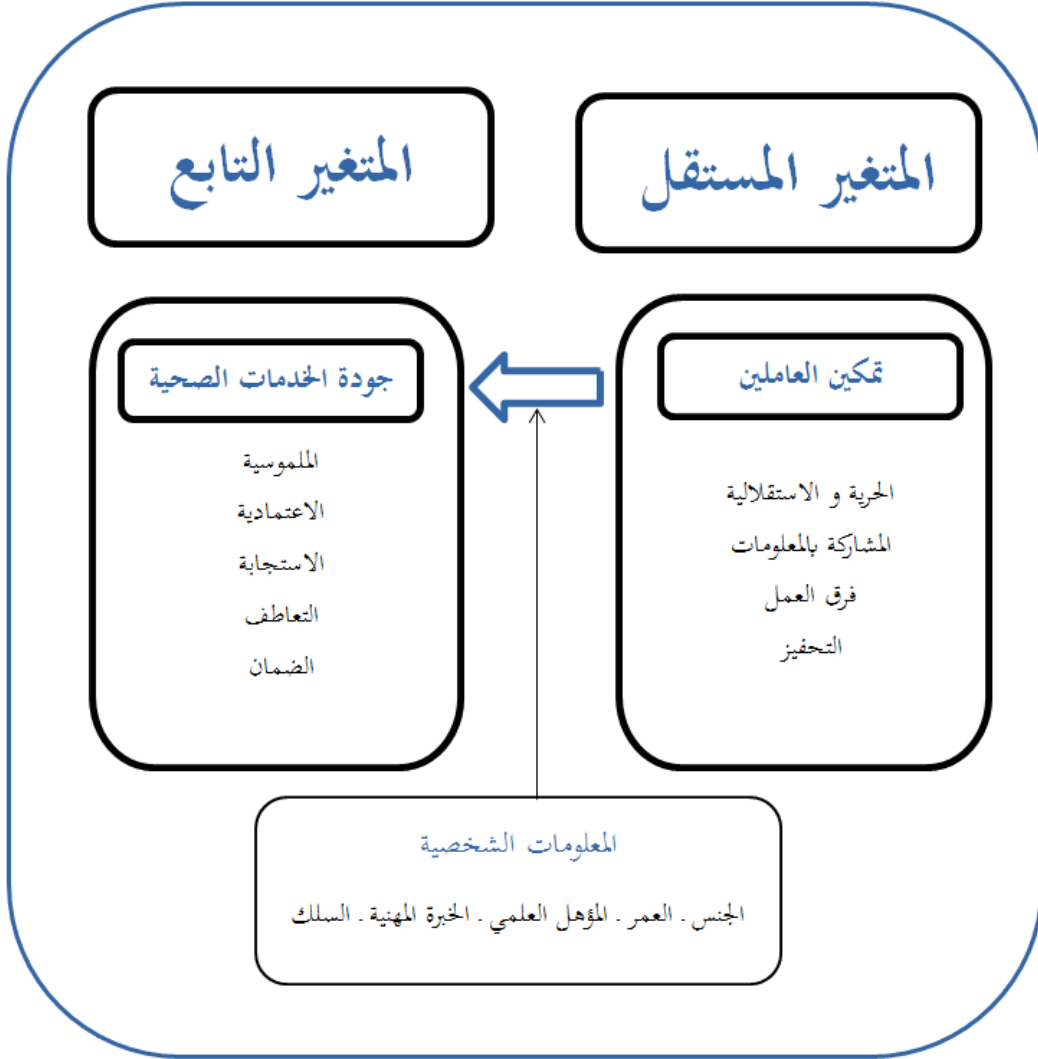
الفرضية الفرعية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل العمر عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

الفرضية الفرعية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

الفرضية الفرعية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل الخبرة المهنية عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

الفرضية الفرعية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل السلك عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

في دراستنا هذه سوف نعتمد على مستوى الدلالة 0,05، فعند مستوى الدلالة 0,05، يتأكد الباحث بنسبة 95 بالمائة من صحة الفرضيات وبالتالي نسبة الخطأ لا تتعدى 5 بالمائة.



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على الدراسات السابقة.

رابعاً: أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة في المواضيع التي تناولتها والتي تعتبر معاصرة تتعلق بالموارد البشري وهو تمكين العاملين ودوره في المؤسسات الخدمية، وموضوع جودة الخدمات الصحية التي تتميز بحساسيتها وملاستها لكل العائلات والأفراد، ويمكن أن نوجز جزءاً من أهميتها في مجموعة من النقاط كما يلي:

1. أهمية العنصر البشري ودوره في المؤسسات الخدمية.
2. الدور الكبير الذي تلعبه الجودة في المنافسة.
3. أهمية القطاع المستهدف وهو القطاع الصحي لأنه من القطاعات الحساسة وملاسته كل العائلات الجزائرية.
4. تساهم هذه الدراسة بإثراء المكتبات الجامعية بمعلومات حديثة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في الجزائر.
5. يتميز متغيري البحث كونهما من المتغيرات الحديثة وأكثرهما قيمة في القرن الواحد والعشرين في ظل اقتصاد المعرفة.
6. النتائج المتوقعة من هذا البحث ستساهم في زيادة الاهتمام بالتمكين في المؤسسات الصحية.
7. الفائدة التي يمكن أن يتحصل عليها مدراء المؤسسات ومتخذي القرار من نتائج الدراسة.

خامساً: أهداف الدراسة

على ضوء الاشكالية المطروحة نهدف من خلال دراستنا هذه إلى تحديد أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية، كما نسعى إلى تحقيق جملة من الأهداف كما يلي:

1. عرض وتقديم مفاهيم نظرية حول كل من تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية؛
2. لفت انتباه المسؤولين في المؤسسات محل الدراسة لأسلوب تمكين العاملين كأسلوب عصري ناجح؛
3. تسليط الضوء على مدى تطبيق المؤسسات محل الدراسة لأسلوب تمكين العاملين وذكر معوقاته؛
4. التعرف على مستوى تمكين العاملين ومستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة؛
5. تقديم دراسة إحصائية حول الأثر الذي يلعبه تمكين العاملين بأبعاده على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة؛
6. توضيح العلاقة بين كل من تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة؛

7. التعرف على ما إذا كان هناك فروق في رؤية العاملين حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات

الصحية تعزى للمتغيرات الشخصية في المؤسسات محل الدراسة؛

8. تقديم اقتراحات واقعية حول الموضوع في ظل النتائج المتوصل إليها.

سادسا: أسباب اختيار الموضوع

الرغبة في معالجة موضوع له علاقة بالخدمة الصحية.

اطلاعي على بعض المشاكل في القطاع الصحي واعتقادي بأن المورد البشري مقصر فيها.

سابعا: حدود الدراسة الميدانية

تنحصر هذه الدراسة ضمن الحدود التالية:

الحدود الزمانية: قمنا بتوزيع استبيان على مجموعة من المؤسسات في الفترة الممتدة من 01 جانفي 2023 إلى

30 مارس 2023.

الحدود المكانية: تقتصر هذه الدراسة على عينة عشوائية من العاملين في مؤسسات الخدمات الصحية العمومية

بولاية المسيلة.

ثامنا: المنهج المستخدم في الدراسة

نستخدم في البحث المنهج الوصفي التحليلي وذلك باستخدام مجموعة من المراجع والمصادر المتمثلة في

الكتب، المجلات، الملتقيات و المؤتمرات، كما تم إعداد استبيان إنطلاقا من الدراسات السابقة وتحليله بواسطة

برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS20.

تاسعا: الدراسات السابقة

الدراسات العربية التي تناولت المتغير المستقل تمكين العاملين.

1. دراسة (العتيبي، 2013) رسالة ماجستير بعنوان: أثر تمكين العاملين على تحسين أداءهم الوظيفي دراسة

ميدانية على وزارات دولة الكويت ، ولتحقيق أهداف الدراسة تم توزيع استبانة على 221 موظف في

الوزارات، وخلصت لوجود أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين بأبعاده (المشاركة بالمعلومات، فرق

العمل، تحفيز العاملين، الإتصال الفعال) على تحسين كفاءة أداءهم الوظيفي في حين تبين عدم وجود أثر

لتفويض السلطة وتأهيل العاملين على تحسين كفاءة أدائهم الوظيفي، أيضا وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين بالأبعاد (المشاركة بالمعلومات، تحفيز العاملين، فرق العمل، الاتصال الفعال) على زيادة رضا المراجعين في حين تبين عدم وجود أثر لتفويض السلطة وتأهيل العاملين على زيادة رضا المراجعين، كذلك وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين بالأبعاد (تأهيل العاملين، المشاركة بالمعلومات، تحفيز العاملين، فرق العمل، الاتصال الفعال) على سرعة إنجاز المعاملات في حين تبين عدم وجود أثر لتفويض السلطة على سرعة إنجاز المعاملات.

2. دراسة (السالم، 2015) رسالة ماجستير، هدفت هذه الدراسة للتعرف على أثر تمكين العاملين على الفاعلية التنظيمية في الجامعات الخاصة على أربع جامعات خاصة، تم اختيار عينة قصدية منها تقدر بـ 191 فرد، وتوصلت الدراسة لمجموعة من النتائج منها وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين على الفاعلية التنظيمية في الجامعات الخاصة الأردنية، أيضا وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين على تحقيق الأهداف في الجامعات الخاصة الأردنية، أيضا وجود أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد تمكين العاملين على التكيف التنظيمي في الجامعات الخاصة الأردنية، و بناء على النتائج قدمت مجموعة من التوصيات منها العمل على توسيع السلطة وتفويضها وتوسيع المشاركة في اتخاذ القرارات، و العمل على تقليل المركزية في الجامعات الخاصة بما يضمن عدم الرجوع للإدارة المركزية في بعض المواقف.

3. دراسة (ساخي، 2016)، رسالة ماجستير بعنوان: تمكين العاملين وعلاقته بجودة الحياة الوظيفية في ضوء الثقة التنظيمية كمتغير وسيطي، كانت الاشكالية كالتالي: ما حجم العلاقة بين تمكين العاملين وجودة الحياة الوظيفية في وجود الثقة التنظيمية كمتغير وسيطي؟، من أهم النتائج المستخلصة: أن مستوى التمكين في مديرية الحماية المدنية لولاية وهران يعد منخفضا، وذلك وفق إجابات أفراد العينة المستجوبة، كذلك توفير وتفعيل نظام الاتصال، والتواصل بين إدارة المديرية والعاملين فيها، بحيث يكون الاتصال والتواصل في كلا الاتجاهين ما يسمح بتبادل الآراء والرؤى، أيضا تشجيع العمل الجماعي، والفرقي عن طريق تعميم مفهوم وأهمية فرق العمل المدارة ذاتيا وتفعيل استخدامها، وهذا يعمل على ترسيخ المسؤولية الجماعية، كما أظهرت النتائج أن الأبعاد المكونة للتمكين السائدة في مديرية الحماية المدنية لولاية وهران هي على التوالي، حسب متوسطاتها الحسائية: بعد مجال حرية التصرف، بعد مجال التأثير، بعد الفاعلية الذاتية، بعد مجال أهمية العمل، وأخيرا من أهم التوصيات: اعتبار استراتيجية التمكين جزءا لا يتجزأ من الاستراتيجيات الخاصة بالتنمية وتطوير الموارد البشرية في المديرية.

4. دراسة (بوزيان، 2017) أطروحة دكتوراه بعنوان: تمكين العاملين لتحقيق ثقافة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية الجزائرية، تمثلت أهداف الدراسة في توضيح دور تمكين العاملين في تحقيق ثقافة الجودة الشاملة على مجموعة من المؤسسات الصناعية، تحددت أبعاد تمكين العاملين بأربعة أبعاد كمايلي: (المرونة التنظيمية، الفعالية الذاتية، معنى العمل، التأثير في اتخاذ القرار)، حيث تم اختيار أربع مؤسسات صناعية جزائرية من القطاع العام والخاص كان عدد أفراد العينة هو 187 فرد، وتوصلت الدراسة لوجود إرتباط إيجابي قوي بين أبعاد تمكين العاملين وعناصر ثقافة الجودة الشاملة في المؤسسات محل الدراسة بنسب مختلفة، وأوصت الدراسة بضرورة تشجيع العاملين في المستويات الدنيا على تحمل المسؤوليات من أجل إرساء ثقافة الجودة الشاملة.

5. دراسة (دايرة، 2018) أطروحة دكتوراه بعنوان: تمكين العاملين بأبعاده كمدخل لتنمية الإبداع في المؤسسة دراسة حالة مؤسسة فريتال لصناعة الأسمدة البتروكيمياوية في الجزائر، هدفت هذه الدراسة لإبراز دور تمكين العاملين بأبعاده (بيئة التمكين متمثلة في: ثقافة التمكين، القيادة الداعمة، العمل الجماعي ومظاهر التمكين متمثلة في: المشاركة، الالتزام التنظيمي، التعلم التنظيمي) في تنمية الإبداع في مؤسسة فريتال بواسطة استبيان تم توزيعه على عينة مقدره بـ 88 فرد، وتوصلت الدراسة لوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تمكين العاملين ببعديه بيئة التمكين ومظاهر التمكين والإبداع وهي علاقة إيجابية متوسطة، ومن أهم التوصيات حث الأفراد على تحمل مسؤوليات أكبر لتنشيط الإبداع.

6. دراسة (شاطر، 2018) أطروحة دكتوراه بعنوان: استراتيجية تمكين العاملين في تنمية الإبداع الإداري في المؤسسة الإقتصادية دراسة حالة شركة كوندور بروج بوعريرج، هدفت هذه الدراسة لمعرفة دور استراتيجية التمكين بأبعاده (المشاركة بالمعلومات، الاستقلالية وحرية التصرف، فرق العمل المدارة ذاتيا) في تنمية الإبداع الإداري وأيضاً معرفة ما إذا كانت هناك فروق في آراءهم تعزى لخصائصهم الشخصية والوظيفية، تم اختيار عينة عشوائية بسيطة من المؤسسة قدرها 146 فرد، وتوصلت الدراسة لوجود أثر إيجابي لأبعاد تمكين العاملين مجتمعة في الإبداع الإداري، أما بالنسبة لبعد الحرية والاستقلالية فليس له أثر ذو دلالة إحصائية، كما تبين عدم وجود فروق في إجابات آراء العينة تعزى لخصائصهم الشخصية والوظيفية.

7. دراسة (شمامي، 2019) أطروحة دكتوراه بعنوان: أثر تمكين العاملين على تحسين الأداء في المنظمة دراسة ميدانية على العاملين في البنك الوطني الجزائري والقرض الشعبي لولاية الجزائر، حيث هدفت الدراسة لتحليل أثر تمكين العاملين على تحسين الأداء في المنظمة وقدرت العينة العشوائية بـ 322 وخلصت لوجود مستوى مرتفع لكل من المتغيرين، تمكين العاملين والأداء وإلى وجود إرتباط طردي قوي

بين أبعاد تمكين العاملين مجتمعة (المشاركة بالمعلومات، الحرية والإستقلالية، فرق العمل الموجه ذاتيا)، على تحسين الأداء، كما لا توجد فروق ذات دلالة احصائية لآراء العينة تعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس، السن، المؤهل العلمي).

8. دراسة (بوسنة، 2021) أطروحة دكتوراه بعنوان: دور استراتيجية التمكين في تحسين الأداء الوظيفي دراسة على عينة من العاملين في القطاع الفندقي بمدينة قسنطينة، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع اعتماد استراتيجية التمكين في تسيير العاملين بالقطاع الفندقي لمدينة قسنطينة في تحسين الأداء الوظيفي، بواسطة استبانة تم توزيعها على 180 عامل، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود علاقة إرتباط ذات دلالة إحصائية بين أبعاد استراتيجية التمكين و الأداء الوظيفي في القطاع الفندقي، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لآراء عينة الدراسة تعزى للمتغيرات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الخبرة الوظيفية)، ومن بين التوصيات العمل على حث العاملين على تحمل مسؤوليات إضافية عبر توفير الحوافز المناسبة.

9. دراسة (زرقي، 2022) أطروحة دكتوراه بعنوان: مساهمة التمكين الإداري بأبعاده (تفويض السلطة، المشاركة بالمعلومات، الاتصال، فرق العمل، التدريب، التحفيز) في تحقيق الإبداع لدى العاملين بالمؤسسة الإقتصادية في المركب المنجمي للفوسفات ولاية تبسة، هدفت الدراسة لمعرفة مساهمة التمكين الإداري في تحقيق الإبداع لدى العاملين في المركب المنجمي للفوسفات في ولاية تبسة، على عينة مقدرة بـ 295 فرد، وتوصلت الدراسة لوجود مستوى مرتفع للتمكين في المركب ومستوى مرتفع جدا من الإبداع في هذه المؤسسة ووجود علاقة إرتباطية وأثر ذو دلالة إحصائية بين أبعاد تمكين العاملين على الإبداع.

الدراسات العربية التي تناولت المتغير التابع جودة الخدمات الصحية.

1. دراسة (حمود، 2019) أطروحة دكتوراه بعنوان: إشكالية ضمان جودة الخدمات الصحية في الجزائر، كانت الاشكالية فيها: ما هي آليات ضمان جودة خدمات الرعاية في مختلف مستويات عرض، إنتاج وتمويل المنظومة الصحية الجزائرية العمومية والخاصة؟ وللإحاطة بكل جوانب الاشكالية تم التطرق في فصول الدراسة إلى دور القوانين في حفظ التوازن بين المصلحة الاقتصادية والمنفعة العمومية لهذه الخدمات والإجابة على كل التساؤلات المتعلقة بالقياس والتقييم ودورها في إعداد برامج التحسين المستمر لضمان الجودة الصحية على كل مستويات المنظومة الصحية، وقد تم اقتراح

اليتين لمعايير داخلية لتقييم الأداء وأخرى خارجية لمعايير الإعتماد كآلية لضمان الجودة في الخدمات الصحية.

2. دراسة (بلعرج، 2016)، أطروحة دكتوراه بعنوان: دور سياسات التسويق الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية على عينة من المرضى المعالجين في المصحات الخاصة لولاية عنابة، هدفت هذه الدراسة لمعرفة دور سياسة مزيج التسويق الصحي مجتمعة ومنفردة في تحسين جودة الخدمات الصحية وكذا معرفة أهمية سياسات التسويق الصحي ومدى توافره ومستوى جودة الخدمات الصحية، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة تم توزيع استبيان على 172 فرد من المرضى من ثماني مصحات في ولاية عنابة، وقد توصلت الدراسة لوجود مستوى مرتفع من عناصر المزيج التسويقي الصحي باستثناء سياسي التسعير والترويج التي كانتا متوسطتين، ووجود علاقة إرتباطية قوية بين سياسات التسويق الصحي وجودة الخدمات الصحية، وحُتمت الدراسة بمجموعة من الاقتراحات أهمها ضرورة الاستعانة بالأساليب والتوجهات التسويقية الحديثة.

3. دراسة (قبة، 2016)، أطروحة دكتوراه بعنوان: تحديث تسيير المؤسسات الإستشفائية العمومية وعلاقته بجودة الخدمات الصحية، حاولت هذه الدراسة توضيح العلاقة بين عصرنه تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية وتحقيق جودة الخدمات الصحية وذلك من خلال استبيان موجه لمسيري الخدمات الصحية قدر عددهم ب19 فرد، وبينت هذه الدراسة أن نظام التسيير المعتمد في مؤسسة الصحة ببوفاريك لا يتصف بمميزات الحداثة كما توصلت لوجود علاقة بين جودة الخدمات الصحية ونظام التسيير المعتمد.

4. دراسة (زديرة، 2017)، أطروحة دكتوراه بعنوان: دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية، هدفت هذه الدراسة لإظهار دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية، على عينة من مقدمي الخدمة بلغت 718 فرد، موزعة على ثلاثة مؤسسات استشفائية، حيث خلصت لتوفر أربعة أبعاد من أبعاد الجودة الخمسة واختلفت آراءهم حول بعد الملموسية.

5. دراسة (زان، 2017)، أطروحة دكتوراه بعنوان: الجودة في الخدمات الصحية، تناولت هذه الدراسة موضوع جودة الخدمة التي تقدمها المؤسسات الصحية من زاوية المقارنة بينها، حيث تم استقصاء آراء عينة من المرضى المتواجدين في عدد من المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة قصد معرفة انطباعاتهم حول الخدمات الصحية المقدمة، وتقييمهم لمستوى الجودة باستعمال خمسة

أبعاد(المللموسية، الاعتمادية، الضمان، الاستجابة، التعاطف)، وقد تبين بعد تحليل نتائج الاستبيانات أن مستوى الرضى عن الخدمات في المؤسسات الصحية الخاصة أعلى منه في المؤسسات العمومية الاستشفائية، إلا أن القطاع الخاص يشهد نقائص هو الآخر وتجاوزات أثرت على الدور المرجو منه ضمن المنظومة الصحية، كما تمكنت الدراسة من معرفة أسباب تفوق قطاع معين دون الآخر، منها أسباب اضطرارية وأخرى تفضيلا للجودة وعموما تتأثر بخصائص شخصية وظروف المرضى وخلصت لوجوب تكاتف الجهود من أجل حماية الأهداف الجماعية المتعلقة بالصحة والمتمثلة في العدالة وتحقيق الرضا الشعبي عن المنظومة الصحية.

6. دراسة (براهيمي، 2017)، أطروحة دكتوراه بعنوان: قياس الأداء المؤسسي بالمستشفيات العامة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة، هدفت هذه الدراسة لمعرفة أداء مقدمي الخدمة الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية والتعرف على آليات قياس الأداء المتبعة في المؤسسات العمومية الاستشفائية ولتحقيق أهداف الدراسة تم توزيع استبيان على مقدمي الخدمة قدرت بـ 201 فرد، في مجموعة من المؤسسات العمومية الاستشفائية، وتوصلت الدراسة إلى أن الفروق بين مقدمي الخدمة تؤول أساسا لطبيعة العمل أكثر منه من الخبرة، كما توصلت الدراسة أيضا إلى أن المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر لا تتبنى أي مؤشرات لقياس الأداء ماعدا المؤشرات الكمية التي تستخدمها في تقاريرها.

7. دراسة (خامت، 2020)، أطروحة دكتوراه بعنوان: الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمات الصحية دراسة مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة في الجزائر، هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على دور مقدمي الخدمة في الخط الأمامي في تحسين جودة الخدمات الصحية عبر اختبار أثر الرضا من خلال دراسة مقارنة بين مؤسسات عمومية وأخرى خاصة، وإبراز الاختلاف بين القطاعين، وتم ذلك من خلال توزيع استبيان على عينتين قصديتين قدرت بـ 200 فرد، من مقدمي الخدمات و300 زبون، وهذا على مؤسسة عمومية وعدد من المؤسسات الخاصة في ولاية البويرة، وبعد تحليل البيانات تبين وجود أثر للرضا الوظيفي بدلالة أبعاده على مستوى جودة الخدمة الصحية مع تفوق المؤسسات الخاصة في مستويات الخدمات الصحية وفي مستوى الرضا الوظيفي.

الدراسات العربية التي تناولت المتغيرين.

1. دراسة (سلخانة و بن عيشاوي، 2017) مقالة بعنوان: أثر تمكين العاملين على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع الخاص حالة عيادة الرمال بالوادي، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر تمكين العاملين على تحسين جودة الخدمة الصحية في القطاع الخاص، حيث تم توزيع استبيان على 58 عامل في عيادة الرمال بالوادي وخلصت الدراسة على أن المستشفى يطبق عملية تمكين العاملين بصورة مرتفعة، وهذا ما انعكس على جودة الخدمات المقدمة للمرضى والمستفيدين من خدماته.

2. دراسة (كواديك، 2021)، أطروحة دكتوراه بعنوان: تمكين العاملين وأثره في تحقيق جودة الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية دراسة تحليلية للفترة (2008-2018)، هدفت الدراسة لقياس أثر تمكين العاملين على تحقيق جودة الخدمة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية في الفترة (2008-2018)، تمثلت عينة البحث بـ 435 عاملا من 13 مؤسسة عمومية محل الدراسة، توصلت فيها إلى أن القطاع العام والخاص خلال الفترة المدروسة لم يستطع تحقيق التغطية الصحية لكونه يعاني من نقص في الموارد البشرية والأجهزة الطبية، كما لا يوجد اهتمام بمنهج تمكين العاملين فكل أبعاد تمكين العاملين جاءت في مستوى متوسط، في حين جاءت أبعاد جودة الخدمات الصحية في مستوى مرتفع ما عدا بعد الملموسية الذي سجل مستوى متوسط، أما أهم التوصيات فأوصت بضرورة الاهتمام أكثر بمنهج تمكين العاملين.

3. دراسة (نجيب، 2021)، مقالة بعنوان: أثر تمكين العاملين على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع الخاص في الجمهورية اليمنية دراسة حالة: المستشفى الأوروبي، هدفت هذه الدراسة لمعرفة مستوى تمكين العاملين ودوره في تحسين جودة الخدمة الصحية في العاصمة صنعاء بالجمهورية اليمنية، عن طريق توزيع استبيان على عينة من مقدمي الخدمة تقدر بـ 110، وأظهرت النتائج بوجود أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين بأبعاده الثلاثة (العمل الجماعي، المشاركة بالمعلومات، الاستقلالية في اتخاذ القرارات) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفى الأوروبي، وبناء على تحليل النتائج تبين أن المستشفى يطبق أسلوب تمكين العاملين بصورة مرتفعة وهذا ما انعكس على جودة الخدمة المقدمة للمرضى.

الدراسات الأجنبية.

1. دراسة (w.howard & thomas foster, 1999): مقالة بعنوان تأثير ممارسات الموارد البشرية على التمكين وتصورات الموظفين لالتزام الإدارة بالجودة، حيث افترضت هذه الدراسة أن بعض ممارسات إدارة الموارد البشرية تؤسس لتمكين العاملين و أن الزيادة في التمكين سوف تكون مرتبطة بشكل إيجابي لتصورات التزام القيادة لضمان الجودة باستخدام نمذجة المعادلات الهيكلية المتعددة المراحل، حيث تم اختبار هذه الفرضيات على البيانات التي تم جمعها داخليا من 529 موظفا في شركة تصنيع عالية التقنية و مشهورة، وخلصت لنتائج تشير لدعم هذه التوقعات المتعلقة بطرق زيادة تكامل إدارة الموارد البشرية و ممارسات إدارة الجودة.

2. دراسة (AL omari, Alomari, & Aljawarneh, 2020) مقالة بعنوان دور التمكين في تحسين العملية الداخلية ورضا العملاء والتعلم والنمو، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور التمكين في تعزيز أداء شركة سيفوي في الأردن على عينة عشوائية تقدر بـ 260 موظف من 510 موظف، باستخدام نموذج المعادلة الهيكلية (SEM). استخدم المؤلفون استراتيجية وصفية تنبؤية لتحديد مستويات تمكين شركة Safeway. ولتقييم دور التمكين والأداء، تم تصميم استبيان وتعميمه ثم فحص البيانات باستخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية وتحليلات الانحدار الخطي المتعدد، احتل التمكين وأبعاده (التفويض، السلطة، التواصل الفعال، تدريب الموظفين) من وجهة نظر عمال شركة سيفوي مرتبة عالية في هذا الاستطلاع، كما تم رفع مستوى الأداء وأبعاده من وجهة نظر عمال شركة Safeway، كما تشير النتائج إلى أن كلا المجموعتين من ذوي الخبرة أظهرتا اختلافات كبيرة فيما يتعلق بتمكينهما وأدائهما لكل مشاهدة، مما يعني أن الموظفين الذين لديهم أقل من خمس سنوات من الخبرة الوظيفية كانوا أكثر عرضة لإدراك القوة والأداء بشكل إيجابي، في ضوء هذه النتيجة اقترح المؤلفون على شركة Safeway زيادة وتحسين أدائها للحصول على رضا العملاء من خلال تشجيع الموظفين على تزويد الشركة بالتغذية الراجعة التي تعمل على تحسين الخدمات المقدمة للعملاء.

3. دراسة (Winnie & Busisiwe, 2019) مقالة بعنوان: تحديات تحسين الجودة في الرعاية الصحية في جنوب إفريقيا بعد الفصل العنصري: مراجعة نقدية، هدفت هذه الدراسة إلى تحديد التحديات في الممارسات العملية والتي تضر بالجودة في قطاع الخدمات الصحية، بما في ذلك

الاستراتيجيات الحكومية لتحسين جودة الخدمة الصحية، حيث تعاني جودة الخدمة الصحية في جنوب إفريقيا من عديد المشاكل بسبب التحديات المختلفة التي تؤثر سلبا على الجودة، إن تحسين جودة الرعاية يعني أخطاء أقل وتقليل التأخير في تقديم الرعاية وتحسين الكفاءة، وزيادة حصة السوق وانخفاض التكلفة، وتسبب انخفاض جودة الرعاية الصحية في فقدان ثقة الجمهور في المنظومة الصحية لجنوب إفريقيا، وتضمنت هذه الدراسة البحث في الأدبيات السابقة من خلال قواعد البيانات التالية: EBSCOhost و Google و Google Scholar و Science Direct، وعلاوة على ذلك، استخدمت المواقع الشبكية للحصول على وثائق السياسات الخاصة بمنظمات مثل الإدارة الوطنية لمنظمات الصحة في جنوب أفريقيا ومنظمة الصحة العالمية، حيث تم اختيار أربعة وسبعين مقالة، تحدد هذه المقالات المشاكل التي تواجه تقديم الرعاية الجيدة والاستراتيجيات المستخدمة لتحسين الخدمات الصحية في جنوب أفريقيا، وكشفت النتائج أن هناك العديد من برامج تحسين الجودة التي تم الشروع فيها وتكييفها وتعديلها ثم اختبارها لكنها لم تسفر عن المستوى المطلوب في تقديم خدمة عالية الجودة حسب الرغبة، ونتيجة لذلك تواجه حكومة جنوب أفريقيا تحديا يتمثل في ضمان أن تنفيذ المعايير الأساسية الوطنية سيحقق النتائج الصحية المرجوة، لأن تحقيق نظام دائم لتحسين الجودة في الرعاية الصحية يبدو أنه يمثل تحديا شاقا.

4. دراسة (Karaca & Durna, 2019) مقالة بعنوان: رضا المريض عن جودة الرعاية التمريضية، هدفت هذه الدراسة إلى تقييم رضا المرضى على جودة الرعاية التمريضية وفحص العوامل المرتبطة بها، وهي دراسة استقصائية وصفية، تألفت فيها العينة من 635 مريضا خرجوا من مستشفى خاص واحد في تركيا حيث مكثوا في المستشفى لمدة ليلتين على الأقل، باستخدام استبيان "رضا المرضى على جودة الرعاية التمريضية"، ويتكون المقياس من 19 عنصرا متعلق بمجموعة واسعة من أنشطة التمريض بما في ذلك اهتمام الممرضات واللفظ والاحترام والمجاملة والمهارات والكفاءة وهو مصمم لتسجيل الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والتاريخ الطبي بين 1 يناير و31 مايو 2015، واقتصرت العينة على المرضى من وحدات الجراحة العامة والتوليد والوحدات الطبية الداخلية، وخلصت الدراسة إلى أن المرضى كانوا أكثر رضا عن "الاهتمام والرعاية من قبل الممرضات" وأقل رضا عن "المعلومات التي أعطيت لهم". ووصف المرضى (63.9%) الرعاية التمريضية المقدمة أثناء العلاج في المستشفى بأنها ممتازة، المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 35 عاما، والمتزوجين، وخريجي الكليات أو الجامعات، الذين عولجوا في

وحدات الجراحة والتوليد وأمراض النساء، والمرضى الذين ذكروا أن صحتهم ممتازة ودخلوا المستشفى مرة واحدة أو خمس مرات على الأقل كانوا أكثر رضا عن الرعاية التمريضية وفقا لهذه الدراسة.

5. دراسة (Manzoor, Wei, Hussain, Asif, & Ali Shah, 2019) مقالة بعنوان: رضا

المريض عن خدمات الرعاية الصحية تطبيق سلوك الطبيب كمشرف، هدفت هذه الدراسة إلى تحديد رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية وتشمل سلوك الطبيب بين رضا المرضى وخدمات الرعاية الصحية المقدمة، وتسعى الدراسة إلى قياس خدمات الرعاية الصحية مثل الرعاية المختبرية والتشخيصية والرعاية الصحية الوقائية والرعاية السابقة للولادة، في قطاعات الصحة العامة في باكستان، وكان السكان المستهدفون مرضى من قسم العيادات الخارجية في ثلاثة مستشفيات عامة من باكستان، حيث تم اختيار عينة مكونة من 290 مشارك من السكان المستهدفين، تم حساب مقاييس الموثوقية باستخدام ألفا كرونباخ، وتم جمع نتائج الدراسة باستخدام الانحدار لاستكشاف رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية، وما إذا كان سلوك الطبيب له دور في رضا المرضى أم لا، وتؤكد النتائج الرئيسية لتحليل الانحدار أن خدمات الرعاية الصحية مثل الرعاية المختبرية والتشخيصية والرعاية الصحية الوقائية والرعاية السابقة للولادة، لها تأثير كبير وإيجابي على رضا المرضى على وجه التحديد، كما تشير الدراسة إلى أن سلوك الطبيب يلعب دورا كبيرا في تأثير خدمات الرعاية الصحية على رضا المرضى وقد كانت الآراء العامة حول مستوى رضا المرضى عن توافر الخدمات الصحية في المستشفيات جيدة، وكانت درجة الرضا مُرضية فيما يتعلق بالرعاية المختبرية والتشخيصية، والرعاية الصحية الوقائية، وخدمات الرعاية السابقة للولادة.

عاشرا: التعليق على الدراسات السابقة.

أوجه الشبه مع الدراسة الحالية

1. تتفق هذه الدراسة مع الدراسات السابقة في تناولها موضوع تمكين العاملين في الجانب النظري.
2. تتفق هذه الدراسة مع الدراسات السابقة في تناولها لموضوع جودة الخدمة الصحية في الجانب النظري.
3. تتفق هذه الدراسة مع العديد من سابقتها في المنهج المستخدم.

حادي عشر: موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.

1. تناولت العديد من الدراسات السابقة تمكين العاملين بعدة نماذج مختلفة وتأتي دراستنا لاقتراح نموذج معدل، يبين أهمية تمكين العاملين بأبعاده مجتمعة ومنفردة في تحسين جودة الخدمات الصحية.
2. تختلف هذه الدراسة عن سابقتها في الحيز المكاني والزمني لها.
3. وصف للمشاكل الحديثة التي تواجهها هذه المؤسسات الصحية ومحاولة لتقديم حلول تتماشى مع التطورات الحالية.

ثاني عشر: التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة.

لتحقيق أكبر فائدة قمنا بوضع تعريفات إجرائية لمصطلحات الدراسة هذه التعريفات مستوحات من دراسات سابقة، و التي لها علاقة بأداة الدراسة.

1. **تمكين العاملين:** هو مفهوم حديث يعني إعطاء العاملين حرية أكبر واستقلالية في اتخاذ القرارات المتعلقة بمهامهم، كما تتيح لهم الوصول للمعلومات التي من شأنها تسهيل اتخاذ القرارات، وتختلف أبعاده من دراسة لأخرى كما يتضمن تحفيز العاملين وتثبيعهم على العمل ضمن فرق؛
2. **الحرية والاستقلالية:** إعطاء العاملين الحرية في تنفيذ مهامهم واتخاذ القرارات والاستقلالية في اختيار وسائل العمل؛
3. **المشاركة بالمعلومات:** توفير المعلومات الضرورية التي تسهل اتخاذ القرارات وتسهيل الوصول إليها؛
4. **فرق العمل:** مجموعة من الأفراد يشكلون وحدة تنظيمية من أجل التعاون على حل المشاكل وتحقيق الأهداف المرجوة؛
5. **التحفيز:** مكافأة تهدف لتحفيز العامل مقابل الجهد المبذول لتحقيق أهداف المنظمة، قد يكون التحفيز نقدي مثل المكفآت المادية، أو تحفيز معنوي مثل شهادات التقدير؛
6. **جودة الخدمة الصحية:** تحقيق رضا المريض؛
7. **الاعتمادية:** قدرة مقدم الخدمة ودرجة الاعتماد عليه في إنجاز الخدمة التي وعد بها؛
8. **الملموسية:** تعبر عن العناصر المادية مثل المباني و التجهيزات وكذا مظهر العاملين؛
9. **الاستجابة:** وتعني سرعة الإنجاز والرد على طلبات الزبائن وحسن التعاون؛

10. الضمان: ويطلق عليه أيضا بعد الأمان وتعني مدى الثقة التي يظهرها العاملون من خلال معرفتهم

العالية وقدرتهم على تقديم الخدمة للمريض؛

11. التعاطف: إظهار العناية الخاصة والانتباه والعمل على إيجاد الحلول بطرق إنسانية.

ثالث عشر: هيكل الدراسة

لمعالجة الإشكالية المطروحة قمنا باعتماد خطة عمل تتكون من ثلاثة فصول مترابطة كما يلي:

تطرقنا في الفصل الأول إلى الإطار النظري للمتغير المستقل للدراسة وهو تمكين العاملين حيث قسمنا هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث كل مبحث به أربعة مطالب، المبحث الأول يتناول مفاهيم التمكين وأهميته وخصائصه وأخير المزايا والمعوقات التي تحد من فاعلية التمكين، وفي المبحث الثاني تطرقنا لأبعاد تمكين العاملين الأربعة (الحرية والاستقلالية، المشاركة بالمعلومات، فرق العمل، التحفيز)، حيث قمنا بعرض مفاهيم لهذه الأبعاد، أما المبحث الأخير لهذا الفصل فتطرقنا فيه لآليات التمكين بدءا من أساليبه كأسلوب القيادة وأسلوب تمكين الفريق والتحفيز، ثم مستوياته التي تختلف من منظمة لأخرى ومتطلباته التي تأتي في مقدمتها الرؤية الواضحة وهي الخطوة الأولى نحو التمكين وأهينا المبحث بالحديث عن العمل في المنظمات الممكنة التي تتيح الحرية التامة للعاملين.

أما الفصل الثاني فتطرقنا فيه للمتغير التابع المتمثل في جودة الخدمات الصحية، حيث قسمنا هذا الفصل إلى أربعة مباحث تناولنا في المبحث الأول مفاهيم حول جودة الخدمات الصحية من تعريفات وخصائص ثم خصصنا المبحث الثاني للجودة وروادها وتحدثنا عن جائزة الجزائر للجودة كما خصصنا مطلباً لمعايير الإيزو 9000، أما المبحث الثالث فخصصناه للنظام الصحي الجزائري وتطوره منذ الإستقلال سنة 1962 إلى يومنا هذا عبر مراحل، وأهينا المبحث بالمشاكل التي يعاني منها النظام الصحي الجزائري والحلول المقترحة إنطلاقاً من مقابلات ميدانية، وأخيرا المبحث الرابع الذي تم فيه إبراز العلاقة بين المتغيرين إنطلاقاً من دراسات جزائرية حديثة تتناول أبعاد تمكين العاملين.

وآخر فصل يتمثل في الدراسة الميدانية التي تناولنا فيها ثلاثة مباحث، خصص المبحث الأول

لأداة الدراسة وكيفية إعدادها، ثم الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، وأخيرا عرض وتحليل نتائج الدراسة

الفصل الأول:

تمكين العاملين

يعتبر مصطلح تمكين العاملين من المصطلحات الحديثة التي ظهرت كنتيجة لتطور الفكر الإداري عبر العديد من المدارس، فالإهتمام بالموارد البشري هو السبيل الوحيد نحو نجاح أو فشل المنظمة، لذا كان لابد من تمكينه بتوفير كل ما يحفز وييسر عمله ويساهم في تحقيق أهداف المنظمات التي يعملون بها، وهذا ما يسمح بتعظيم مزايا المنظمات على المدى الطويل ومن هذا المنطلق خصصنا الفصل الأول لدراسة المتغير المستقل المتمثل في تمكين العاملين، حيث قمنا بتقسيم الفصل إلى ثلاث مباحث كما يلي:

المبحث الأول تناولنا فيه ماهية تمكين العاملين بدءا بجذور نشأته وأهميته ثم أهم التعاريف التي يمتاز بها، والمراحل والمبادئ التي تحكمه، وأيضا خصائص ومزايا التمكين وأنهيينا المبحث بالعوامل المساعدة في نجاحه، أما المبحث الثاني فتطرقنا فيه إلى أبعاد تمكين العاملين وفق النموذج التالي (الحرية والاستقلالية، مشاركة بالمعلومات، فرق العمل، التحفيز)، وهو نموذج بلانشارد وزملاءه (Blanchard et al. 1999) مضافا إليه بعد التحفيز لما له من أهمية تفتقدها الكثير من المنظمات الجزائرية

أما المبحث الأخير فتناولنا فيه آليات التمكين التي تبدأ بأساليب التمكين المختلفة التي منها القيادة وأسلوب تمكين الفريق وأسلوب التحفيز، ويمكن أن نشير بأن تمكين الفرد هو مجرد ذاته تحفيز، ثم مستوياته التي تختلف من منظمة لأخرى حسب رغبة الإدارة العليا، فالمنظمات التي لديها مستوى كبير من التمكين يطلق عليها المنظمات المستوية أو المفلطحة، وأخير تطرقنا لثقافة العمل في المنظمات الممكنة وما تتطلبه من مهارات عالية.

المبحث الأول: ماهية تمكين العاملين

قمنا بتقسيم هذا المبحث إلى أربعة مطالب تناولنا في المطاب الأول ماهية تمكين العاملين بدءا بجذوره التاريخية وأهميته ثم أهم التعاريف لهذا المصطلح، أما المطلب الثاني فتطرقتنا فيه إلى مزايا وخصائص التمكين وخصصنا مطلباً لشرح سبل نجاح التمكين و عوامل فشله مع الإشارة لأسباب المنظمة وراء تمكين العاملين وأهيننا المبحث بسبل المحافظة عليه.

المطلب الأول: مفهوم وأهمية تمكين العاملين

إن أول استخدام مصطلح التمكين كان في القرآن الكريم قبل أكثر من 1400 سنة، حيث ذكرت كلمة التمكين في عدة سور (ملحم، 2009، صفحة 312)، في حين أن التمكين **Empowerment** لم يرد هذا المصطلح في اللغة الإنجليزية قبل سنة 1979 وبالضبط في الموسوعة البريطانية **Britannica** و أيضا الموسوعة الأمريكية **Encarta** (عبد الله، 2019، صفحة 6،7).

وقد ذكر في مواضع عديدة في القرآن الكريم في أكثر من آية، قال الله تعالى: (وكذلك مكنا ليوسف في الأرض)، سورة يوسف الآية 56؛ أي: " مكناه في أرض مصر فجعلناه على خزائنها، وصاحب الأمر والنهي فيها، ومعنى التمكين: التمليك، وهو أن لا ينازعه منازع فيما يراه ويختاره" (الدره، 2009، صفحة 612).
وتعني: " مكنا له في الأرض " أي: أقدرنه على ما يريد برفع الموانع، هذا معنى التمكين من الشيء" (الواحدي، 1430 هـ، صفحة 157).

وأيضاً قوله تعالى: " إنا مكنا له في الأرض وآتيناه من كل شئ سبباً"، سورة الكهف الآية 84.

وأيضاً قوله تعالى (الذين ان مكناهم في الارض اقاموا الصلوة)، سورة الحج، الآية 41؛ أي: " المراد من هذا التمكين السلطنة ونفاذ القول على الخلق" (الرازي، صفحة 41).

أما في المنظمات الغربية فقد تطور هذا المفهوم عبر العديد من الأفكار لمدارس مشهورة اهتمت بالجانب الإنساني التي من أشهرها نظرية ماسلو للحاجات، أما الدول العربية فكانت تحت وطأة الاستعمار العسكري والثقافي، والجزائر من بين هذه الدول التي عانت من وحشية الإستعمار وقد تحدث المفكر الكبير مالك بن نبي عن بعض الطرق الخبيثة التي كان يمارسها الاستعمار الفرنسي حيث يتم توجيه التلاميذ الممتازين في الجزائر نحو التمهيين أو التخصصات العلمية وكان يمنع عليهم دراسة العلوم الإجتماعية وقد أشار المفكر في كتابه "مذكرات شاهد للقرن" بمحاولته التسجيل في معهد الدراسات الشرقية بفرنسا إلا أنه رفض رغم توفره للشروط حيث نصحه مدير المعهد بهدوء، بعدم جدوى أية محاولات مستقبلية فالأمر لا يخضع لمقياس علمي، وإنتهى به المطاف لدراسة الهندسة الكهربائية.

أولاً: التعريف اللغوي

التمكين لغة حسب ما ورد في معجم لسان العرب بمعنى القدرة " تقول العرب: إن بني فلان لذو مكنة من السلطان، أي تمكن " (ابن منظور، صفحة 4250).

وأيضاً "مكن تمكيناً له في أمر: جعل له عليه قدرة وسلطاناً" (الحمصي و ضناوي، 2015، صفحة 979).

أما في اللغة الإنجليزية فمصطلح **Empower** يعني منح السلطة أو الحرية لفعل شيء ما، كما هو في قاموس كامبريدج الإلكتروني.

Empower: "to give someone official authority or the freedom to do something"
(dictionary cambridge)

ثانياً: التعريف الإصطلاحي

كما يمكن استعراض مفاهيم تمكين العاملين كما وردت في الأدبيات المتخصصة للمدة من عام 1988 إلى 2022 كما يلي:

يعرفه (Conger j and Caning R, 1988) بأنه " تنشيط العاملين وحثهم على تحمل المسؤوليات والتي تظهر في الكفاية والثقة في القدرة على أداء المهام، والشعور بالقدرة على التأثير في العمل، وحرية الاختيار في كيفية أداء المهام والشعور بمغزى العمل " (عباس، 2011، صفحة 35).

أما بون ولاور (Bowen and Lawler,1992) فيعرف التمكين بأنه " المشاركة بالمعلومات مع العاملين في الخط الأول بخصوص أداء المنظمة والمعلومات الخاصة بالمكافآت المرتبطة بأداء المنظمة وكذلك المعرفة التي تمكن الأفراد من فهم الأداء المنظمي والمشاركة فيه مع منح العاملين قوة اتخاذ القرارات المؤثرة على التوجه المنظمي " (السعد، منهل، و العبادي، 2012، صفحة 216).

ويرى (Bowen and Lawler,1995,73) الذي أشار إليه ملحم (ملحم، 2009، صفحة 6) بأن التمكين " يتمثل في إطلاق حرية الموظف، وهذه حالة ذهنية وسياق إدراكي لا يمكن تطويره بشكل يفرض على الانسان من الخارج بين عشية وضحاها، التمكين حالة ذهنية داخلية تحتاج إلى تبني وتمثل لهذه الحالة من قبل الفرد، لكي تتوافر له الثقة بالنفس والقناعة بما يمتلك من قدرات معرفية تساعده في اتخاذ قراراته واختيار النتائج التي يريد الوصول إليها".

أما (Shacketor, 1995: 130) فيرى أن التمكين هو " فلسفة إعطاء مزيد من المسؤوليات وسلطة اتخاذ القرار للأفراد في المستويات الأدنى " (عباس، 2011، صفحة 34).

وأشار (Spreitzer, 1996, 504-483) أن التمكين يتضمن ممارسات عديدة كإثراء الوظيفية وخلق العمل واستقلالية فرق العمل، وأضاف أن التمكين هو حالة ذهنية داخلية تحتاج إلى تبني واستعداد من قبل الفرد لكي تتوفر له القدرة والثقة بالنفس والقناعة بما يمتلك من قدرات معرفية تساعده في اتخاذ قراراته واختيار النتائج التي يريد الوصول إليها" (المعاني، 2008، صفحة 17).

وينظر إليه (Ginnodo, 1997) بأنه " قيام كل من المديرين والموظفين بحل المشاكل بعد أن كانت تقليدياً مقصورة على المستويات العليا في المنظمة" (العتيبي س.، 2005، صفحة 46).

كما يعبر عنه (Ivancevich et al., 1997,219) بأنه " العملية التي يساعد بها المدراء الآخرين لاكتساب واستخدام القوة التي يحتاجونها لاتخاذ القرار الذي له تأثير عليهم وعلى العمل" (الدوري و صالح، 2009، صفحة 27).

أما (Daft,2001,502) فأنتقل في تعريفه للتمكين بأنه " القوة بوصفها أداة الربط بين الرئيس والمؤوس في تنفيذ المهام في المنظمات، فيرى أن التمكين هو محاولة نشر ومشاركة القوة في كل مكان في المنظمة" وقد أشار (Daft,2001,504) إلى أن هناك أربعة عناصر تمكن الموظف وهي: المعلومات، المعرفة، القوة، المكافأة. (البناء و الخفاجي، 2014، صفحة 35)

وعرفه (مصطفى، 2004، 4) بأنه "من خلال التمكين يمكن الاستفادة من الطاقات الكامنة الموجودة لدى العاملين والتي تظهر على شكل ابتكارات جديدة وابداعات، ما يساعد في تأهيل الصف الثاني من العاملين ليحل مكان الصف الأول مستقبلاً" (المعاني، 2008، صفحة 17).

أما (العتيبي، 2004، 6) فيعرفه بأنه نقل المسؤولية والسلطة بشكل متكافئ من المديرين الى المرؤوسين، ودعوة صادقة للموظفين من أجل المشاركة في سلطة اتخاذ القرار، ليصبح المرؤوس مسؤولاً عن جودة ما يقرر أو ما يؤديه من أعمال، وأيضا المشاركة في المعلومات والمعرفة وفي تحليل المشكلات وصنع القرارات مما يؤدي إلى نقل السيطرة من الرئيس إلى الموظف نفسه. (المعاني، 2008، صفحة 18).

أما العديلي (2008) فعرفه بأنه عملية إتاحة الفرصة للآخرين لزيادة قدراتهم الفردية والجماعية وتقديم أفضل ما لديهم في مجال المشاركة بالمعلومات والقرارات وكل ما يتعلق بمهامهم الإدارية واشعارهم بالملكية للوظيفة من أجل التطور والإبداع. (السالم، 2015، صفحة 14).

أما (ملحم، 2009، صفحة 7) فيعرفه بأنه " إعطاء الإنسان الأقرب للمشكلة مسؤولية كاملة وحرية للتصرف في المشكلة لأنه أو لأنها أقرب الناس للمشكلة وأكثرهم احتكاكا وتأثيرا بمشكلته أو مشكلتها"

ويرى ماهر (2010) أن التمكين " هو أسلوب يعتمد على ثقة الإدارة في الإدارة الأدنى منها من خلال تفويضها مزيد من الصلاحيات في أداء العمل ومزيد من المعلومات، وإعطاءها مزيد من الصلاحيات التخطيطية والتنظيمية والتنفيذية والرقابية" (الجهني، القحطاني، مرسي، الشمالان، و الرشيدى، 2018، صفحة 1967).

أما (المهيرات، 2010، صفحة 15) يعرفه بأنه " عملية اكتساب القوة اللازمة لاتخاذ القرارات والإسهام في وضع الخطط خاصة تلك التي تمس وظيفة الفرد واستخدام الخبرة الموجودة لدى الأفراد لتحسين أداء المنظمة".

أما كل من (البنا و الخفاجي، 2014، صفحة 25) فيعرف التمكين بأنه " عملية إعطاء الموظفين القوة لاتخاذ القرارات بشأن عملهم، كاستراتيجية تهدف إلى تحرير الطاقات الكامنة لدى الأفراد، وإشراكهم في عمليات بناء المنظمة".

وقد خلص (قاسمي، 2017، صفحة 305) بأن التمكين " استراتيجية تهدف إلى تحرير الطاقة الكامنة لدى الأفراد وإشراكهم في عمليات بناء المنظمة باعتبار نجاح المنظمة يعتمد على توافق حاجات الأفراد مع رؤية المنظمة وأهدافها البعيدة".

أما (معمر قوادري، 2020، صفحة 464) فخلصت إلى أن التمكين هو " أسلوب إداري حديث يقوم على إطلاق حرية الفرد وتفويضه الصلاحيات الكافية ومنحه الإستقلالية في ممارسة الوظيفة والفرصة للمشاركة في المعلومات واتخاذ القرارات، ومنحه الثقة لإبراز قدراته وخبراته في تحمل مسؤولية العمل".

ويعرفه (بونار، 2021، صفحة 172) بشكل عام بأنه " غرس الإيمان لدى العامل بقدرته على تنفيذ العمليات المكلف بها واتخاذ القرارات المناسبة لتطور المنظمة، ويفوق تفويض بعض السلطات لممارستها لمنح العامل القدرة على اتخاذ قرارات في مجال يتقنه ويمكنه من الإبداع فيه عبر نوع من الحرية دون الرجوع إلى المسؤول وفق شروط معينة"

أما (بجاز، 2022، صفحة 328) فيخلص في دراسته بأنه " عملية منح السلطة للأفراد والعمل على تحميلهم المسؤولية في اتخاذ القرارات ذات الصلة بأعمالهم دون الرجوع إلى المستويات العليا".

ويرى الباحث من خلال التعاريف السابقة أن تمكين العاملين هو إعطاء القوة للعاملين عن طريق منحهم حرية واستقلالية في اتخاذ القرارات المتعلقة بأعمالهم المباشرة ومشاركتهم المعلومات والمعرفة اللازمة لاتخاذ هذه القرارات، كما يتضمن ممارسات مثل تشجيع فرق العمل وحريتها ومنح المكافآت المرتبطة بأداء المنظمة وبالتالي مزيد من السيطرة.

يرى العديد من الباحثين (جرادات وآخرون) أن سبب الاهتمام المتزايد بتمكين العاملين هو اتجاه المنظمات نحو إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management)، وهذا عن طريق نشر ثقافة الجودة المتمثلة في مشاركة جميع العاملين في إدارة المنظمة وفي التطوير المستمر لها و المساهمة في اتخاذ القرارات التي يتحملون مسؤوليتها من أجل الحصول على الأفكار والحلول الإبداعية التي تعد ضرورية لزيادة الفعالية الإنتاجية ومحاولة توظيف أقصى طاقات موظفيها لتحسين أداء المنظمة وتحقيق رضا الزبائن، إن تمكين العاملين عامل مهم يدفع العاملين للقيام بالعمل بأقصى جهد وأكثر احترافية، كما يعزز شعورهم بالرضى وبأهمية ما يقومون به (المحمدي، 2021، صفحة 414).

كما لا يمكن تجاهل دور وأهمية تمكين العاملين في نجاح وتنفيذ الهندسة الإدارية، حيث يتم تحويل العاملين مسؤوليات ذات علاقة مباشرة بعملهم في المستويات الدنيا وبالتالي الابتعاد عن النمط البيروقراطي (خليل، 2014، صفحة 378).

أما الدوري (2004) فيشير إلى أن أهمية التمكين تكمن في شعور العاملين بالمسؤولية وحس عال بالملكية، فاستراتيجية التمكين تعني منح مزيد من الصلاحيات في تنفيذ المهام ضمن فرق عمل، وبالتالي زيادة وتشجيع العمل التعاوني الأمر الذي يؤدي إلى سرعة التنفيذ وجودة العمل مما يزيد من رضا العاملين عن إنجازاتهم (السعد م.، صفحة 216).

كما يجعل المنظمات غاية في المرونة ويرفع من مقدرتها على التعلم والتكيف مع محيطها لتلبية حاجيات زبائنها، مما يرفع من مستوى منافستها وتميزها، فقد أشار (Daft) بأن العديد من المدراء البارزين يرون أن التخلي عن السلطة المركزية يزيد من سرعة ومرونة المنظمة في بيئة تتميز بالمنافسة العالية والتطور التكنولوجي المتجدد (عبد القادر و العزاوي، صفحة 344).

إن التغيير في أساليب العمل أصبح أكثر إلحاحا بسبب التنمية المتسارعة والتطور المتسارع في التكنولوجيا، وبالتالي التأكيد أكثر على المرونة والجودة في إنتاج السلع وتقديم الخدمات، إن عصر العولمة والانفتاح فرض حتمية التغيير بقوة، والانتقال من المنظمات ذات الهياكل الهرمية إلى بناء أكثر انفتاح ومرونة لمواكبة الظروف العالمية ولتحقيق الكفاءة والفاعلية للنمو والإزدهار من خلال تمكين العاملين (الحراشنة والهيثي، 2006)، (المهيرات، 2010، صفحة 20)، وباختصار يعتقد الباحث بصحة ما قاله كل من (Brown and Harvey, 2006, 241) أن أهمية تمكين العاملين تكمن في الفرق بين الفشل والنجاح على المدى الطويل (المعاني، 2008، صفحة 21).

إن هذا الموضوع غاية في الأهمية في زمن العولمة وثورة المعلومات وغيرها من عديد المستجدات العصرية التي لا تنتظر الإنسان الذي يفكر ببطء فموضوع التمكين مرتبط بمجموعة من القضايا المهمة في مقدمتها اللامركزية الإدارية وإعادة الهندسة والهيكلة والجودة الشاملة وعمل الفريق و المؤسسة المتعلمة وغيرها من المفاهيم التي لها علاقة

بموضوع التمكين، و هذه العلاقة عادة ما تكون سببا أو نتيجة (السيد، 2016، صفحة 9) فالعنى العام للفرضية الرئيسية المطروحة في دراستنا هو أن هناك أثر لتمكين العاملين على جودة الخدمة الصحية وبالتالي أثر على استمرارية ونجاح المنظمة.

المطلب الثاني: مبادئ ومراحل عملية التمكين الفعال

في هذا المطلب سوف نتطرق لعدة مبادئ لتمكين العاملين على المنظمة التركيز عليها والمراحل اللازمة لتنفيذها.

الفرع الاول: مبادئ عملية تمكين العاملين

هناك سبع مبادئ على المنظمة التركيز عليها للتغلب على عوائق التمكين والتي تحول دون تمكين العامل حسب (Ye ji, 2012) التي أشارت إليها دراسة (هوارى و شرع، الصفحات 116 - 118):

أولاً: التمكين هو توسيع السلطة وليس تضييقها: أي أنه ليس تنازل للسلطة، بل مشاركة تؤدي إلى تأثير يشمل جميع أنحاء المنظمة، وبالتالي فرصة للموظف لإثبات قدراته من خلال ممارسة دور القائد في المجال المحدد له؛

ثانياً: تحديد نطاق ومحتوى العمل الممكن: وتعني تحديد نطاق المسؤولية من أجل إزالة الإرتباك حول حجم الحرية الممنوحة، وبالتالي فهم أكثر للمسؤوليات والأهداف التي يجب تحقيقها؛

ثالثاً: فهم وتطوير قدرات الموظف: المنظمات تحتاج إلى فهم أعمق حول قدرات الموظف قبل تمكين الموظفين، إن معرفة نقاط القوة والضعف يحول دون فشل المنظمة في عملية تمكين موظفيها؛

رابعاً: مساعدة الموظفين على تنفيذ تجربة الإنجازات الصغيرة: منح الموظفين مسؤوليات في وقت مبكر يساعد في زيادة الثقة وفي تراكم الخبرات، مما يجعل الموظف في المستقبل أكثر فهما لواجباته؛

خامساً: منح الإستقلالية في مجال العمل: يعتبر تحفيز على المبادرة وعدم إنتظار التوجيهات والتعليمات؛

سادساً: اسأل أسئلة مفتوحة واسمع عن قرب: يعتبر الاستماع للموظفين بعناية، والاهتمام لمقترحاتهم مهم حيث يشعرون بأن آراءهم مسموعة ومحترمة؛

سابعاً: تقديم ردود فعل إيجابية: إعطاء ردود فعل إيجابية مثل الثناء والشكر يعزز الثقة لدى الموظفين على عكس الردود السلبية التي تجعل الموظف حذر في التعبير عن أفكاره وتقديم مقترحاته.

وقد اعتقد ستير (Stirr, 2003) أن التمكين يتكون من سبعة مبادئ مستمدة من أحرف كلمة **Empower** حيث يمثل كل حرف من هذا المصطلح مبدأ وهي (المهيرات، 2010، الصفحات 31-32):

1. **Education** (التعليم): التعليم يؤدي إلى زيادة فاعلية العاملين، الأمر الذي يؤدي لنجاحها؛

2. **Motivation** (الدافعية): من خلال فرق العمل، يمكن تشجيع العاملين لتقبل فكرة التمكين؛
3. **Purpose** (الغرض): وتعني وجود فهم واضح لفلسفة المنظمة ومهمتها وأهدافها؛
4. **Ownership** (الملكية): يمكن أن تكون المسؤولية ممتعة إذا تم تشجيع الأفراد على ممارسة السلطة على أعمالهم؛
5. **Willingness to Change** (الرغبة في التغيير): البحث عن طرق جديدة للعمل تؤدي بالمنظمة إلى إيجاد حلول خلاقية لزيادة الأداء؛
6. **Ego Elimination** (نكران الذات): لا بد أن يتميز المدراء بنكران الذات، والإبتعاد عن النمط القديم للإدارة المتمثل في حب السيطرة من أجل إنجاح برامج التمكين؛
7. **Respect** (الاحترام): يشكل الاحترام فلسفة جوهرية في المنظمة، فعدم التمييز بين العاملين يؤدي إلى تحقيق النتائج المرجوة.

الفرع الثاني: مراحل عملية تمكين العاملين.

حدد الجميلي عشر مراحل أو خطوات لتنفيذ عملية تمكين العاملين تتمثل في (أحمد و علي، 2013، الصفحات 168-169):

1. تحديد الأسباب الدافعة للتغيير، مما يساعد على التقليل من درجة الغموض وعدم التأكد؛
2. التغيير في سلوك المدراء من أجل التخلي عن السلطة للمرؤوسين (يعتبر جوهر التمكين)؛
3. تحديد القرارات والمهام التي يشارك فيها المرؤوسين؛
4. تكوين فرق العمل، حيث كلما زاد حجم المنظمات أصبح من المستحيل الاعتماد على الجهود الفردية؛
5. المشاركة في المعلومات وتبادل المعرفة بين المرؤوسين والعاملين في المنظمة؛
6. اختيار الأفراد المناسبين الذين تتوفر فيهم القدرات والمؤهلات والمهارات؛
7. توفير التكوين والتدريب من أجل الرفع من قدرات ومهارات العاملين؛
8. تسهيل الاتصال لتوصيل التوقعات وتوضيح الجوانب المتعلقة بواجبات ومتطلبات العاملين من قبل الإدارة؛
9. وضع برامج للمكافآت والتقدير مرتبط بأهداف المنظمة ويكون مقابل التميز في الأداء؛
10. عدم استعجال النتائج، فالتمكين عملية شاملة تتضمن جميع الأطراف في المنظمة.

ووصف (Gotesch and Davis, 1997,185) الذي أشار إليه (الدوري و صالح، 2009، صفحة 96) بأن مراحل عملية التمكين تمر عبر الخطوات التالية:

1. تهيئة البيئة الداخلية للمنظمة التي تدعم التمكين وإزالة العوائق والأسباب التي تعيق سبيلها؛
2. صياغة الأهداف وتحديد برامج زمنية لها؛
3. توفير التسهيلات المادية في محيط العمل؛

4. اعتماد آليات وخطط التطبيق و العمل على التحسين و التقويم المستمر من أجل التطوير.

وفي الأخير يمكن أن نلخص هذه الخطوات في هذه المراحل الأساسية:

1. تهيئة البيئة القانونية داخل المنظمة التي تسمح للمديرين بنقل صلاحياتهم للموظفين قانونيا؛
2. توفير شبكة اتصالات داخل المنظمة من أجل مشاركة المعلومات والخبرات؛
3. وضع منهجية للعمل ضمن فرق عمل تملك صلاحيات لتنفيذ مخرجاتها؛
4. وضع نظام للحوافز مرتبط بالتنتائج المرجوة والأهداف المسطرة.

المطلب الثالث: مزايا وخصائص تمكين العاملين

يحقق التمكين مزايا عديدة للمنظمة وللعاملين فيها حيث نشير في البداية لأهم هذه المزايا حسب بعض الباحثين، ثم نتطرق لخصائص التمكين التي من أهمها زيادة التماسك بين الأقسام والوحدات.

الفرع الأول: مزايا تمكين العاملين

يرى (جاد الرب، 2008، الصفحات 60-61) أن مفهوم التمكين يحقق مزايا عديدة لكل من العاملين والمنظمة معا، وبالطبع تمتد الآثار الايجابية إلى العملاء والموردين وغيرهم، حيث يمكن أن نذكر أهم المزايا كما يلي:

1. اتخاذ قرارات فعالة من طرف العاملين بناء على معلومات وبيانات حقيقية في بيئة العمل المباشرة أو في مكان صنع القرار؛
2. سرعة اتخاذ القرار والاستخدام الرشيد للوقت من قبل الإدارة العليا، حيث سيتم حل العديد من المشكلات على المستوى التشغيلي للعاملين؛
3. الاستفادة من خبرة ومهارات العاملين لتمكينهم من التفكير والإبداع ومواجهة تحديات صنع القرار وحل المشكلات على المستوى التنفيذي، بطريقة توضح للإدارة العليا أنهم جديرون بالثقة وأكثر قدرة على تحمل المسؤولية؛
4. تعظيم استخدام البيانات والمعلومات على مستويات التشغيل المختلفة، فالتمكين يتطلب نظام معلومات مدعم بأنظمة للتغذية المرتدة عن القرارات التي تم اتخاذها، فهو بمثابة نظام وخبرة؛
5. إسعاد العاملين وزيادة مستوى رضاهم والفخر والإعتزاز بمهامهم وتكليفهم بالمهام الجديدة، وأيضا شعورهم بأداء أعمال ذات مغزى ومعنى؛
6. يساعد التمكين على خلق شعور بالانتماء والالتزام تجاه المنظمة، فالقبول والانتماء من الاحتياجات الانسانية الأساسية التي يتم تلبيتها من خلال التمكين؛
7. يثير التمكين التحدي لدى العاملين، ويساعد على إشراك العاملين في تحديد مصيرهم الخاص بأداء العمل بحرية ونشاط، كما يبني الثقة ويحسن التواصل بين الإدارة والعاملين؛

8. يؤدي التمكين إلى بناء وتأهيل المساعدين الذين سيتولون المناصب والمواقع القيادية في المنظمة مستقبلا.

وقد أشارت دراسة لـ (بوسنة و بوشريية، 2020، صفحة 429) على دور التمكين في تحقيق التميز المنظمي، حيث أجريت هذه الدراسة على مجموعة من الوكالات التجارية في الجزائر، وتوصلت على أن التمكين يساعد المنظمة في الحفاظ على أفضليتها ومكانتها وتميزها حاضرا ومستقبلا كما يجعل منها منظمة قادرة على خلق قيمة لجميع الأطراف.

أما دراسة (Brwen,Schneider,1993) فدللت على أن الزبائن الذين كانوا يتعاملون مع موظفين يتمتعون بمستويات عالية من التمكين كانوا يعبرون عن مستويات عالية من الرضا، وهذا يدل على علاقة طردية بين رضا الزبائن والتمكين لدى الموظفين (المهيرات، 2010، صفحة 38)؛ كما أن ارتفاع مستوى الرضا الوظيفي للعاملين حسب (الشهيري، 2016، صفحة 397) يعني:

1. التقليل من نسب الغياب في العمل؛
2. ارتفاع مستويات الطموح والرغبة في العمل لدى العاملين؛
3. انخفاض معدلات دوران العمل في المنظمات؛
4. التحسين من الجودة، وزيادة الانتاجية؛
5. تكوين علاقات عمل قوية وخاصة مع المشرفين؛
6. مستوى عال من الولاء التنظيمي.

وبالنسبة للنقطة الأخيرة المتعلقة بالولاء التنظيمي، فقد أشارت دراسة جزائرية لـ (حصباية و بورقية، 2020، الصفحات 140-139) في ولاية الجلفة، على أن تمكين العاملين يؤثر وبشدة في تعزيز أو تقليل الولاء التنظيمي للموظفين وبيّنت الدراسة أن الرواتب والحوافز لها الأثر الأكبر بالإضافة الى تفويض وتدريب العاملين لتحقيق أقصى ولاء تنظيمي، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها أيضا أن الولاء التنظيمي لدى الموظفين يزيد من أداء المنظمة ككل.

وترى (البارودي، الصفحات 141-140) أن تمكين العاملين يعتبر استراتيجية تنفيذ كل من المنظمة والفرد كما هو مبين في الجدول رقم(1،1)، على النحو التالي:

جدول رقم (1، 1): مزايا تمكين العاملين.

بالنسبة للفرد	بالنسبة للمنظمة
إشباع حاجات الأفراد من التقدير وإثبات الذات	ارتفاع الإنتاجية
إرتفاع مقاومة الفرد لضغوط العمل	التقليل من الغياب ودوران العمل

تحسين جودة المنتجات والخدمات	زيادة الرضا الوظيفي للأفراد
زيادة تنافسية المنظمة	زيادة الدافعية الذاتية للفرد
تشجيع التعاون على حل المشكلات	تنمية الشعور بالمسؤولية
تشجيع الإبداع	ربط المصالح الفردية مع مصالح المنظمة

المصدر: منال أحمد البارودي، التمكين الإداري كمدخل لنجاح الموظف والمؤسسة، ص 140-141.

وقد أضاف (المحمدي، 2021، الصفحات 425-424) مزايا بالنسبة للزبائن فقد ذكر بأن الكثير من أدبيات الفكر الإداري أشارت إلى أن الزبائن الذين تعاملوا مع موظفين متمكنين في وظائفهم أبدوا مستويات عالية من الرضا على الخدمات المقدمة لهم، أي أن هناك علاقة طردية بين تمكين العاملين ورضا الزبائن، وتزيد أهمية هذا التمكين في المؤسسات الخدمية كالفنادق والمطاعم والمحلات التجارية، المستشفيات و البنوك التي تتطلب السرعة في تقديم الخدمة والإنجاز، وهذا يعني أن تمتع الموظف بمستوى عالي من التمكين يؤدي إلى المرونة العالية وسرعة التكيف في إنجاز المعاملات للزبائن، فالسرعة تعتبر بند مهم من بنود الجودة وهي على علاقة مباشرة بموضوع مهم في العلاقات التسويقية يعرف بـ التسويق بالعلاقات (Relationship Marketing).

كما يزيد التمكين من قدرة المدير على اكتشاف المواهب والعاملين ذوي القدرات العالية، ويميزهم عن ذوي القدرات الضعيفة أو المتكاسلين، ومع قيام المدراء بعملية التفويض الفعال وتلاشي مفاهيم قديمة مثل دور المدراء بالتخطيط والعمال بالتنفيذ، تؤدي إلى التقليل من ضغوط العمل كالرقابة والإشراف على المدراء (الشباب و أبو حمور، 2014، صفحة 226).

وقد ذكر (الطوخي، 2002) الذي أشار إليه (طه، 2013، الصفحات 43-42) مزايا متنوعة عند تطبيق استراتيجية تمكين العاملين يمكن إيجازها فيما يلي:

1. تؤدي بالمنظمة لتصبح أكثر استجابة للسوق ولاحتياجات الزبائن؛
2. التقليل من المستويات الإدارية في الهياكل التنظيمية وبالتالي السرعة في اتخاذ القرارات و الفعالية في عملية الاتصالات؛
3. التقليل من المستويات الإدارية يؤدي إلى تخفيض التكاليف؛
4. إهتمام الإدارة العليا بالأمور الإستراتيجية وترك القضايا اليومية للعاملين الممكنين؛
5. تمكين العاملين يؤدي إلى فائض في العاملين يمكن الإستفادة منهم في فتح وحدات جديدة؛
6. ظهور حلول إبداعية وأفكار خلاقة نتيجة إطلاق قدرات الأفراد وضمأن وصول أفكارهم ومقترحاتهم لمتخذي القرار؛

7. زيادة الرضا الوظيفي والانتماء الوظيفي؛

8. تمكين العاملين يوفر مناخ تنظيمي إيجابي لإدارة الجودة الشاملة.

ومن كل ما سبق يمكن أن نلخص هذه المزايا التي ذكرها الباحثون في مجموعة من العناصر الأساسية:

1. تمكين العاملين يساعد على اتخاذ القرارات بفعالية وسرعة أكبر.

2. التوظيف الجيد للخبرات والمهارات والاستغلال الأمثل للبيانات والمعلومات المتاحة.

3. زيادة تنافسية المنظمة والمرونة في مواجهة تقلبات الأسواق.

4. زيادة الأفكار الإبداعية والحلول الخلاقة.

5. زيادة الرضا الوظيفي والإحساس بالولاء والانتماء للمنظمة.

6. إشباع حاجات الفرد الشخصية مثل التقدير والإعتراف بالذات.

الفرع الثاني: خصائص تمكين العاملين

توجد العديد من الخصائص حسب (Kabeer, 1999) والتي التي أشار إليها (المهيرات، 2010، صفحة 29) منها:

- ✓ التمكين فعل إيجابي يؤدي ويتضمن اكتساب القدرة على التواصل واكتساب القدرات الاجتماعية والعمل على الرفع من مهارات العاملين؛
- ✓ التمكين لا يكون من خارج المنظمة بل هو عملية إدارية تنمو من الفهم الذاتي للأفراد وظروفهم الاجتماعية وكيفية تعاملهم مع الفرص المتاحة؛
- ✓ يتضمن التمكين معنى التشاركية فالعاملين يصبحون منغمسين أكثر بفاعلية في بيئتهم مما يؤدي إلى زيادة التماسك الاجتماعي بين الأقسام والوحدات الممكنة سواء كانت أفراداً أم فرق عمل أو مجتمعات محلية؛
- ✓ يتشابه التمكين مع مفاهيم عدة أبرزها: المسؤولية، الفاعلية.

المطلب الرابع: عوامل نجاح وفشل عملية تمكين العاملين

تتألف المجتمعات من ثقافات مختلفة تؤثر على سلوكيات الأفراد، حيث يرتبط التنفيذ الفعال لتمكين العاملين بثقافة المنظمة، نذكر في بداية هذا المطلب مجموعة من العوامل التي تساعد في نجاح التمكين، كما نشير أيضا إلى المعوقات التي تحد منه وجب مراعاتها.

الفرع الأول: عوامل نجاح عملية تمكين العاملين

أشار **Malak and Kurstedt (1996)** أن مستوى تمكين العاملين يرتبط بشكل قوي بثقافة المنظمة ويرى الباحثان أن الإدارة تدفع بالمشاركة خطوة أبعد لكي يندمج الفرد في ثقافة المنظمة ويتخذ قرارات تتميز بالاستقلالية، كما يرى **Honold (1997)** أن مستوى التمكين سيتفاوت من منظمة لأخرى بناء على ثقافة المنظمة وبنائها التنظيمي، كما يؤكد **Foster fishman and Keys (1995)** ذلك بأن جهود العاملين قد يحكم عليها بالفشل إذا لم تكن ثقافة المنظمة ملائمة، فيجب على الإدارة أن تكون مستعدة للسماح للعاملين بالتحكم أكبر في عملهم عن طريق السماح لهم للوصول إلى المصادر (الأموال، الأفراد، التكنولوجيا، الوقت) (طه، 2013، صفحة 436).

إن التنفيذ الفعال لتمكين العاملين يتطلب ثقافة تنظيمية جديدة مساندة للتمكين وتأخذ هذه الثقافة اتجاهات وسلوكيات الأفراد بعين الاعتبار، فقد أشار **Hofstede (1990)** أن المجتمعات تتألف من ثقافات متعددة الأبعاد (طه، 2013، الصفحات 438 - 440):

1. التفاوت في السلطة: وتعني إلى أي مدى يقبل الأفراد أن القوة موزعة بشكل متباين بين مختلف مستويات الهيكل التنظيمي ومدى احترام الأفراد لهذا الهيكل وأشار إلى أن المجتمعات ذات الثقافة المنخفضة في التفاوت في السلطة يعتقدون بأهمية المشاركة في السلطة بين الرئيس والمرؤوس، أما الأفراد في المجتمعات التي تتمتع بثقافة عالية في التفاوت في السلطة يعتقدون أنه يجب على الفرد أن يتبع تعليمات وأوامر رئيسه ووفقا لتصنيف **Hofsted** المنظمات في المجتمعات ذات الثقافة العالية في التفاوت في السلطة مثل الفلبين، فنزويلا، سنغافورة، وبعض الدول الإسلامية يفضل فيها أسلوب المركزية في اتخاذ القرار والمركزية في الهياكل التنظيمية فالمديرين في تلك المنظمات قد يشعرون بعدم ارتياحهم في حالة تبني التمكين لأنه من الممكن أن يؤدي إلى غياب الإحترام للسلطة الرسمية للمديرين، والموظفين يشعرون بعدم الإرتياح عند اتخاذ القرارات دون الرجوع للمديرين وهذا الشعور يوجد بيئة لا تساعد في التمكين وبالتالي فشل التمكين، أما المنظمات في المجتمعات التي تتميز بثقافة منخفضة في التفاوت في السلطة كالسويد والنمسا والولايات المتحدة الأمريكية وأستراليا فالأغلب أن تبني المنظمات الأسلوب المركزي وتمكين العاملين.

2. تجنب الغموض: وتعني إلى أي مدى يشعر الأفراد بالحاجة لتجنب المواقف الغامضة وإلى أي مدى يمكن إدارة تلك المواقف من خلال التزود بالتعليمات الواضحة والأنظمة والأفكار الجديدة، في المجتمعات التي تأتي

في مرتبة عالية من تجنب الغموض مثل البرتغال اليابان، اليونان، الأرجنتين، بلجيكا تشيلي، وبعض الدول الإسلامية يشعر الأفراد في هذه الدول في ظل غياب السياسات والإجراءات والهياكل بعدم الرغبة في الحصول على درجة عالية من الصلاحيات وبالتالي يؤدي بالمنظمات أن تتبنى قيم موجهة وبناء ميكانيكي جامد وهذا لا يساعد على إيجاد بيئة مناسبة للتمكين، على العكس من المجتمعات التي تأتي في مرتبة متدنية من حيث تجنب الغموض مثل هونج كونج، السويد، سنغافورة، بريطانيا، الولايات المتحدة الأمريكية في هذه الدول يشعر الأفراد يشعرون بعدم الإرتياح من الأنظمة الصارمة ويرغبون في الحصول على التمكين والمرونة في اتخاذ القرارات بأنفسهم فالمنظمات في تلك الدول لديها فرص أكبر في تنفيذ التمكين وهي على الأرجح تتبنى هياكل تنظيمية مرنة؛

3. الفردية أو الجماعية

4. الذكورية أو الانثوية

أشار أيضا (العتيبي س.، 2020، صفحة 34) إلى جملة من المقترحات التي تساعد في نجاح عملية التمكين وهي:

1. التركيز على البناء التنظيمي المرن؛
2. تطبيق مفهوم القيادة التحويلية؛
3. تشجيع التعلم الذاتي؛
4. حرية تبادل المعلومات؛
5. التقليل من نظام التوجيه والتحكم؛
6. تحديث أنظمة المكافآت؛
7. الإهتمام بالتدريب الخاص بالقيادات الإدارية.

وقد اقترح (Nwokah and Ezirim,2010) خمسة مكونات لنجاح التمكين هي (جلاب و الحسيني، 2013، صفحة 112):

1. التحسين المستمر لرأس المال الفكري؛
2. تحويل العاملين لحملة أسهم؛
3. المشاركة الصريحة والمفتوحة للمعلومات المتعلقة بأداء الأعمال مع كل العاملين؛
4. التركيز على الهياكل المسطحة أو الأفقية بدل الهياكل الهرمية؛
5. تغيير الهرمية في الهياكل التنظيمية لفرق العمل.

الفرع الثاني: المعوقات التي تحد من تمكين العاملين

هناك العديد من المعوقات والعوامل التي تحد من عملية تمكين العاملين بالشكل الفعال وجب مراعاتها ووضعها في الحسبان، ومن بين هذه المعوقات (الشياب و أبو حمور، 2014، صفحة 2012):

1. إساءة استخدام عناصر القوة الممنوحة للعاملين؛
2. زيادة العبء والمسؤولية على العاملين بالأخص إذا كانوا غير قادرين عليها؛
3. عدم التركيز على النجاح الجماعي والتركيز على النجاح الشخصي وتفضيله؛
4. زيادة التكاليف التي تتحملها المنظمة مع زيادة التدريب والتعليم؛
5. زيادة الوقت المطلوب لأداء العمل الجماعي وعمل اللجان؛
6. إقبال الأفراد على المفاهيم النظرية أكثر من إقبالهم على الموضوعية والتطبيق الفعال؛
7. نشوء صراعات بين العاملين بسبب العمل الجماعي؛
8. إتخاذ القرارات وفق مصالح وأسس شخصية وليست على أسس منطقية؛
9. إتخاذ قرارات خاطئة بسبب نقص المعرفة الكاملة؛
10. البناء الهرمي والمركزية الشديدة، وخوف الإدارة العليا من فقدان سلطة إتخاذ القرار؛
11. عدم الرغبة في التغيير، وخوف الإدارة الوسطى من فقدان سلطتهم.

وقد أشار أيضا (العتيبي س.، 2020، صفحة 33) إلى بعض المعوقات التي قد تواجه المنظمات العربية ومن تلك المعوقات مايلي:

1. الهيكل التنظيمي الهرمي؛
2. المركزية الشديدة في المنظمات العربية؛
3. تخوف الإدارة العليا من فقدان السلطة؛
4. مقاومة التغيير؛
5. خوف الإدارة الوسطى من فقدان السلطة؛
6. خوف العاملين من المساءلة وبالتالي الهروب من المسؤولية؛
7. الهيكل التنظيمي والإجراءات الصارمة التي لاتشجع على الإبداع؛
8. صعوبة الحصول على المعلومات؛
9. عدم وجود نظام عادل للتحفيز والمكافآت؛
10. تفضيل أسلوب الإدارة التقليدية؛
11. غياب برامج تدريبية أو ضعفها وعدم انسجامها مع الأهداف؛
12. غياب الثقة؛

كما أضاف (الزبيدي، حافظ، و عباس، 2015، الصفحات 240-239) بعض المعوقات التي تحد من تطبيق تمكين العاملين بفعالية، يجب أخذها في الحسبان ومرعاتها وهي:

1. إساءة استخدام عوامل القوة الممنوحة للموظفين؛
2. زيادة المسؤولية والعبء على العاملين الغير القادرين عليها؛
3. تركيز بعض العاملين على نجاحهم الشخصي وتفضيلها على نجاح الجماعة؛
4. زيادة تكاليف المنظمة نتيجة تعليم و تدريب الأفراد؛
5. زيادة الوقت لأداء فرق العمل؛
6. حدوث صراعات نتيجة العمل الجماعي والنزاعات بين العاملين؛
7. عدم قدرة بعض العاملين على اتخاذ القرارات؛
8. اتخاذ القرارات أحيانا على أسس ومبررات شخصية.

المبحث الثاني: أبعاد تمكين العاملين

تختلف أبعاد التمكين من دراسة لأخرى، وفي هذه الدراسة سوف نعتمد على نموذج بلانشارد وزملاءه، (Blanchard and al,1999)، الذي يعتمد عليه الكثير من الباحثين منهم دراسة (الدوري وصالح،2009)، (شاطر،2018)، وقد أضفنا إليها بعدا آخر، وهو بعد التحفيز لما له من أهمية كبيرة وقوة دافعة نحو تمكين الموظف، وبالتالي يصبح النموذج يتكون من أربعة أبعاد هي: (الحرية والاستقلالية، المشاركة بالمعلومات، فرق العمل، التحفيز) نوجزها في المطالب الموالية.

المطلب الاول: الحرية والاستقلالية

تتجه المنظمات اليوم على مستوى العالم إلى الرفع من مهارات ومعارف العاملين بها لتعظيم أرباحها، الأمر الذي يمهد لمنحهم مزيد من الحرية والإستقلالية التي تعتبر حافزا نحو الإبداع ومدخلا نحو تمكين العاملين وفي هذا المطلب سوف نتطرق إلى مفهوم كل من الحرية والإستقلالية والصعوبات التي تعيق تطبيق هذا البعد.

الفرع الاول: مفهوم الحرية و الإستقلالية

تساهم الحرية في التغيير وتعمل على الابتعاد عن المركزية وإعطاء العاملين الفرصة لتنفيذ المهام بأسلوبهم الخاص وبالتالي الحرية في اتخاذ القرار، وهذا بدوره ينمي الحافز الذاتي للعامل، ويؤدي إلى توليد أفكار وطرق جديدة لتنفيذ المهام (أبو هتلة، 2010، صفحة 35).

إن الحرية التي يعمل في ظلها العاملون لا يمكن أن تتحقق بدون الإستقلالية وهذه الإستقلالية لا تتضح إلا من خلال تحديد الحدود حيث تُعد عاملا مهما في تمكين العاملين وتمنحهم سعة في تنفيذ المهمات التي يمارسونها،

وقد أشارت دراسة (الملوك، 68، 2002) أن هناك ثلاث أنواع من حرية التصرف وهي الروتينية والخلاقة وأخير المقيدة، فالروتينية تتعلق بالأعمال المتكررة التي تواجه العاملين من حين لآخر، أما الخلاقة فهي تخص المهام التي لا تتكرر أمام العاملين وتستوجب حلول خلاقة، وأخيرا حرية التصرف المقيدة والتي تعني النوع السلبي منها (الدوري و صالح، 2009، صفحة 84).

ولعل المنطق في استراتيجية التمكين أن تكون هذه الحرية في حدود رؤية المنظمة ورسالتها كما لا تتعارض مع الأطر الإرشادية التي تبين حرية التصرف (الدوري و صالح، 2009، الصفحات 85-84)، وقد أشار (Wilkinson.1998.44)، أن الإستقلالية تعني إلغاء دور المشرفين وبالتالي إعطاء صلاحيات واسعة كإعادة هيكلة العمل واستحداث فرق عمل وإعادة توزيع المهام فيما بينهم، أما (الملوك، 68، 2002)، فيرى أن الإستقلالية تعني أن الأفراد هم الذين يقررون تفاصيل خطوط الإنتاج ومعايير مجموعات العمل وتقسيم المهام وتحسين الأهداف (الدوري و صالح، 2009، صفحة 85).

الفرع الثاني: الصعوبات التي تعيق منح الإستقلالية

أهم الصعوبات التي تواجه عملية منح الموظف الإستقلالية في اتخاذ القرار حسب (قرازة، العجلوني، فضة، و جرادات، 2013، الصفحات 70-71):

1. اعتقاد بعض المديرين بأن العملية ليست فعالة؛
2. عدم استقرار المدراء في مناصبهم لفترات طويلة؛
3. حب السيطرة عند بعض المدراء البيروقراطيين؛
4. الأسلوب الإداري المتبع والمفضل من قبل المدير؛
5. عدم رغبة الأفراد في تحمل المسؤولية وهروبهم منها؛
6. صغر حجم المنظمة؛
7. عدم توفر الخبرة الكافية لممارسة بعض المهام.

الفرع الثالث: الظروف التي تبرر الاتجاه نحو اللامركزية

هناك ظروف تبرر تطبيق اللامركزية وإعطاء مرونة في تفويض اتخاذ القرارات ذكرها (مُجّد، 2008، صفحة 227):

1. استقرار العمل واطمئنان العاملين للعمل الروتيني؛
 2. وجود مسائل محددة بقواعد لا تتأثر بالقواعد الشخصية؛
 3. التشتت الجغرافي لوحدة النشاط؛
 4. مهارات العاملين وتمكنهم من أعمالهم وثقة المدراء فيهم وفي قراراتهم.
- يتضح من خلال ما سبق أن الحرية هي إعطاء العاملين الحرية في التصرف حول المشكلات التي تواجههم وكيفية التعامل معها وإيجاد الحلول المناسبة، أما الإستقلالية فهي تشير إلى نوع من السعة قبل حدوث المشكلة في اختيار أدوات ووسائل العمل، ويصعب تطبيق هذا البعد كلما كان حجم المنظمات أصغر، كما لا بد أن تتوفر ثقافة التمكين في المنظمات التي تريد تمكين عاملها.

المطلب الثاني: المشاركة بالمعلومات

تعتبر المعلومات مصدر من مصادر القوة في المنظمات المعاصرة، والحصول عليها يكتسي طابعا استراتيجيا، فتزويد المرؤوسين بالمعلومات يعتبر أمرا ضروريا لأداء أعمالهم، فحصولهم على المعلومات الضرورية يولد لديهم شعور وإحساس بالتمكن، ومن ثم ينعكس بصورة إيجابية على أعمالهم ويزيد من ثقتهم وتحكمهم في وظائفهم (المكاوي، 2012، صفحة 129)، وفيما يلي نتطرق لمفهوم هذا البعد و كيفية تطبيقه في نظام إدارة الجودة ثم إعتبرات استخدامه وتحليله.

الفرع الأول: مفهوم المشاركة بالمعلومات

يرى (ياسين، 2007) أن المشاركة بالمعلومات تعني عملية التبادل المستمر لأصول المعرفة الصريحة والضمنية (عبد الغفار، صفحة 160).

في حين يعرفه (البنا و الخفاجي، 2014، صفحة 26) بأنه " حصول الفرد على المعلومات الكافية حول المنظمة وأداءها، والتي تساعد في اتخاذ القرار، وتبادله هذه المعلومات مع الآخرين في العمل".

أما (المحمدي، 2021، صفحة 445) فيعتقد أنه من أجل تمكين المرؤوسين من اتخاذ قرارات صائبة فإنهم بحاجة إلى معلومات حول منظماتهم ووظائفهم، إن تسهيل الوصول ومشاركة هذه المعلومات تساعد على فهم كيفية القيام بالوظائف والإسهام في تحقيق أهداف المنظمة.

الفرع الثاني: تطبيق نظام المعلومات ومشاركتها في إدارة الجودة

لتطبيق نظام الجودة لابد من القيام بعدة إجراءات تتعلق بالثقافة وجمع المعلومات واستخدامها ويمكن توضيح ذلك كما يلي (عبد العظيم، 2008، صفحة 136):

1. بناء الثقة بين جميع العاملين وتبادل البيانات والمعلومات في تطبيق النظام وأيضا الأفكار من خلال المقابلات وورش العمل والتقارير وغيرها؛
2. تحليل كل المواقف التي تعرضت لها المنظمة، سواء في حالات النجاح أو الإخفاق بموضوعية، وتشجيع روح المنافسة وتبادل الآراء والأفكار؛
3. نقل الخبرات والمهارات لمختلف المستويات الإدارية واسترجاعها وكتابة التقارير، وخاصة فيما يتعلق بجمع المعلومات والبيانات وتحليلها وفهرستها، والتدريب على الوسائل المهمة في تطبيق نظام الجودة؛
4. تحليل البيانات واستخدامها في القرارات والأنشطة الإقتصادية أو الخدمية في الوقت المناسب؛
5. توفير تكنولوجيا المعلومات في المنظمة واستخدامها من خلال شبكة معلومات داخلية لدعم استراتيجية إدارة المعرفة.

الفرع الثالث: تحليل واستخدام المعلومات

من أجل الإستخدام الأمثل للمعلومات عند تحليلها وجب مراعاة بعض الإعتبارات التي نوجزها فيما يلي (عبد العظيم، 2008، الصفحات 137-138):

1. سهولة الوصول للأشخاص المسؤولين عن نظام المعلومات وكل من يتعامل مع الموردين أو الزبائن؛
2. تحديث البيانات وحمايتها من التلف أو الإهدار المتعمد للوثائق التي تحتوي على المعلومات؛
3. اشراك جميع العاملين وإعلامهم بالموضوعات والإستفسارات والأسئلة الهامة التي تقدم للجهات المعنية، بهدف منع التكرار والإستفادة وتوفير المعلومات لجميع الأقسام؛
4. خلال تدفق المعلومات في نظام إدارة المعلومات في المنظمة، وجب وضع نظام لقياس صلاحية المعلومات في ضوء معايير الجودة؛
5. تدريب العاملين على مهارات استخدام البيانات على أجهزة الكمبيوتر وتعديلها وسرعة استرجاعها؛
6. استخدام تكنولوجيا المعلومات ورفع كفاءة العاملين بإستمرار على ما يستجد من تلك الوسائل والبرامج.

إن هذا العصر يسمى بعصر المعلومات وعصر التغيير، والمنظمات اليوم عامة أو خاصة مبنية على تبادل المعلومات فهي المقياس لقوة المنظمة، فمن يمتلك المعلومة في الزمن المناسب والمكان المناسب يمتلك القوة والمال ويستطيع السيطرة على السوق فمهما كانت نوعية هذه المعلومات سواءا متعلقة بالموردين أو الزبائن أو السوق أو المنتجات وحتى معلومات حول الموظفين المتمكنين في بعض المجالات تعتبر هذه المعلومات سلاح يُسهل تحقيق أهداف المنظمات ويوصلها للريادة، إن البيانات الضخمة التي يتم تبادلها اليوم تستدعي أجهزة وأدوات وبرمجيات خاصة تسهل حفظها وتنظيمها وتحليلها والرجوع لها عند الحاجة، وأهم عنصر هنا هو العنصر البشري المتحكم في هذه التقنية ويدعى محلل البيانات (طيبي، 2010، صفحة 13).

فإن كان المديرون يريدون فعلا نجاح المنظمة وتحقيق التفوق التنافسي فإن عليهم الإعتراف أولا بأن العنصر البشري هو العنصر المهم في هذا التفوق، وإذا صح هذا الأمر فإن عليهم أيضا الإعتراف بحق الموظفين في المعلومة التي تعتبر حتمية في زمن المعلوماتية وهذا لتمكينهم من أداء مهامهم التي تساهم في تحقيق هذا التفوق، وقد يخفي المدراء المعلومات خوفا من تسربها للمنافسين، لكن الحقيقة أن هذه المعلومات يعرفها المنافسون وهي لا تخفى إلا على موظفي المنظمة الذين هم بأمر الحاجة إليها من أجل التصرف الصحيح والقيام بأعمالهم كما ينبغي (السيد، 2016، صفحة 294).

الفرع الرابع: المعلومة أهم متطلبات المنظمات العصرية

يمكن أن نتطرح التساؤل التالي: ماهي المتطلبات الأساسية التي يجب توفرها في المنظمات العصرية لخوض رحلة عصر المعرفة؟، بصفة عامة لكي تتأهب منظمات الأعمال لدخول الواقع العالمي الجديد التي أصبحت فيه جزءا لا يتجزء من

المنظومة العالمية لا بد أن تطور من نشاطها ليتناسب مع متطلبات هذا العصر، لقد أصبحت الأساليب القديمة غير مجدية نتيجة لارتفاع معدلات التغير التكنولوجي والحاجة إلى السرعة وإلى توليد المعلومات بشكل يساعد في تطوير المنتجات والخدمات المقدمة وفق ما يطلبه السوق (زايد، 2003، صفحة 76).

بصفة عامة يمكن تحديد أهم المتطلبات لمواجهة الظروف العالمية الجديدة الناتجة عن التحول إلى عصر المعرفة كما يلي (زايد، 2003، الصفحات 77-99):

1. إعادة صياغة مهمة المنظمات: كيف يمكن لتلك المنظمات مواجهة التغيرات المعرفية مع القدرة على أداء وظائفها بإستغلال الموارد المتاحة؟، إن نجاح المنظمات يتوقف بدرجة كبيرة على قدرتها على تحديد المهمة التي تتناسب ومتطلبات عصر المعرفة وبالتالي عليها أن تبدأ بصياغة المهمة الأساسية وأن تسعى لامتلاك الموارد التنظيمية المناسبة و عليها أن تسعى للحصول على إبداعات ومساهمات كل فرد داخل المنظمة ومشاركة الأفراد الرؤية المستقبلية؛

2. تكوين المنظمات القابلة للتعلم: من أجل تدعيم فرص نجاحها في التعامل مع المتغيرات ومتطلبات عصر المعرفة، عليها أن تدرك أن المنظمة لن تتقدم إلا إذا تعلمت شيئاً جديداً، وأن عملية التعلم لا تعني فقط اكتساب المعرفة بل ضرورة تطبيقها والإستفادة منها فإكتساب المعرفة شرط ضروري ولكنه غير كافي لحدوث التعلم، ومن خصائص المنظمة القابلة للتعلم:

أ. تطبيق الأسلوب العلمي؛

ب. تجربة أساليب عمل جديدة؛

ت. التعلم من الخبرة الذاتية؛

ث. الأداء المقارن والتعلم من ممارسات الغير المتميزة؛

ج. نقل المعرفة بسرعة إلى الواقع الإداري.

3. تنمية قدرات المدير العصري: يجب على المدير العصري أن يزرع قيم العمل الإيجابية لدى مرؤوسيه وأن يقنعهم بقبول أهداف المنظمة خلال الفترات القادمة وأن يتمتع برؤية مستقبلية واضحة يستطيع من خلالها أن يعظم العائد المتوقع منه، بالإضافة للدور القيادي، والمقدرة على شحذ هم المرؤوسين وتشجيعهم.

4. تدعيم مفاهيم التجديد والإبتكار: يجب أن تتمتع إدارة الموارد البشرية بالحيوية من أجل غرس مفاهيم التجديد والإبتكار في المرؤوسين وهي أقدر الجهات على التأثير من أجل إحداث تطوير حقيقي في أداء الموظفين، ولا نقصد هنا الجانب المادي فقط المتمثل في تقديم منتج أو خدمة جديدة بل أيضاً الجانب الذهني في توليد النمط الفكري الجديد وبالتالي على القائد أن يحافظ على مجموعة من القيم والمعايير من أجل دفع العاملين نحو التجديد والإبتكار دون أن يعاقبهم على المحاولات الغير ناجحة.

5. تنمية رأس المال الفكري: إن الموارد البشرية هي المصدر الأساسي لمنظمات الأعمال العصرية لتحقيق التقدم المنشود فهي أهم الأصول في المنظمة وهي القادرة على استيعاب الفلسفات و المفاهيم والأفكار الجديدة

والمقصود برأس المال الفكري هو ناتج التفاعل بين المكتسبات والمعارف لدى الموارد البشرية والتي تلعب دورا مهما في تحسين كفاءة المنظمات فهو مقدار التراكم المعرفي الناتج عن التفاعل ما بين رأس المال البشري ورأس المال الهيكلي المتمثل في الاجهزة والحاسبات الإلكترونية، ويصعب تقييم رأس المال الفكري لأنه غير ملموس ويصعب تحديده ومع ذلك فإن فرص نجاح المنظمة يتوقف إلى حد كبير على قدرتها في معرفة رأس المال الفكري والعمل على تعظيمه والإستفادة منه إلى أقصى درجة.

الفرع الخامس: عمال المعرفة

يعرف عامل أو موظف المعرفة نفسه ويعرف نقاط قوته وضعفه ومن سماته الثقة بنقاط قوته والإعتراف وإدراك نقاط ضعفه، ربما من أجل معالجتها والتقليل من مخاطرها، عمال المعرفة يعرفون ما يريدون جيدا حيث يُمكنهم أن يرفضوا عروض عمل لا تُوافق قدراتهم أو ميولهم والعكس صحيح، فيمكن هؤلاء أن يحددو طريقة العمل وكيفية إنجاز المهام وشكل العلاقات والنتائج التي يمكن أن يصلوا إليها ووقت تقديم تلك النتائج، فهم يعرفون أنفسهم جيدا ويحدث هذا مع فئة قليلة من الأفراد الذين يمتلكون أنفسهم ولا يمكن لأحد أن يمتلكهم، لكن غالبية العمال تحدد لهم كيفية العمل وتفصيله وكل شيء سواء كان مناسباً لهم أم لا، فهم يقبلون بكل شيء، لكن عامل أو موظف المعرفة يتساءل دائما: ما الأشياء التي يمكنني المساهمة بها؟ ما هي طريقة الأداء المناسبة لي؟ كيف يمكنني أن أقدم أفضل ما لدي؟ ما هي قيمي؟ ما هي النتائج التي يمكن أن تصنع فروقا حقيقية؟ وقد ذكر بيتر دراكر قصة حدثت مع موظف تنطبق عليه مواصفات عامل أو موظف المعرفة في أحد المستشفيات التي كانت تعاني تدهورا كبيرا في غرفة الطوارئ فقد قرر هذا الموظف الجديد أن يصنع فرقا جوهريا خلال سنتين في غرفة الطوارئ التي كانت تحت مسؤوليته، فقام بما يلي: أوجب على أي مريض عند دخوله الطوارئ أن يتم عرضه أولا على أحسن ممرض خلال دقيقة واحدة من دخوله، وبعد عام من هذا التغيير أصبح هذا النموذج مطبقا في جميع أقسام المستشفى، وبعد سنتين تم تطبيقه في كل مستشفيات الولايات المتحدة الأمريكية وكان عبارة عن عملية تحويلية رائعة (السيد، 2016، الصفحات 317-316).

المطلب الثالث: فرق العمل

في هذا المطلب سوف نتعرف على مفهوم فرق العمل وأهميتها كما سنتناول أيضا أنماط فرق العمل في المنظمات وقيمة العمل الجماعي وخصائص الفرق المتميزة.

الفرع الأول: تعريف فرق العمل

يعرف هارفي وبروين **Harvey and Brown (2005)** الفريق بأنه "مجموعة من الأفراد يملكون مهارات متكاملة يعتمد الواحد فيهم على الآخر لإنجاز هدف مشترك، أو أداء مجموعة من الأهداف التي يملكونها والتي هم مسؤولون عنها بشكل مشترك" (جرادات، المعاني، و الصالح، صفحة 102).

أما (بن يحيى و بلقرع ، 2021، صفحة 211) فيرون أن فرق العمل هي "مجموعة من الأفراد يجتمعون لأداء مهمة معينة وهذا بغية تحقيق أهداف مسطرة"

ويعرفه (عميرة و بن مُجَّد، 2022، صفحة 319) بأنه "عدد محدد من الأفراد يتفاعلون مع بعضهم البعض في جو عمل محفز، ويسعون لتحقيق هدف أو جملة من الأهداف المشتركة بحيث يكون مجموع أداءهم أكبر من مجموع الأداء الفردي".

كما يعرفه (عيسى و مهيري، 2022، صفحة 965) على أنه "وحدة تنظيمية مكونة من عدد محدود من الأفراد، يسودهم التعاون والتضامن والتكامل فيما بينهم، في ظل الشعور بالوحدة والمسؤولية الاجتماعية، ويسعون لتحقيق هدف محدد مشترك من خلال عمل مشترك".

وتعتبر فرق العمل الخيار الأنسب في حل العديد من المشاكل والقضايا المعقدة التي تؤثر على سير المنظمة، ومنها التخطيط الشامل للموارد وتوظيفها ورسم الاستراتيجيات حول الخدمات المقدمة لتطويرها و دراسة الأسواق الجديدة فالفرق يعبر عن تفكير شريحة واسعة من الشركاء (كوسلر و كاناغا، 2009، صفحة 12)

الفرع الثاني: أنماط الفرق Broad Team Types

أما أنواع الفرق فقد تم تحديدها من قبل العديد من الباحثين (Torrington and Hall,1998,377)، (Robbins, 2003,260)، (الطائي وقداة، 2007، 269)، (جلاّب، 2011، 347-345) الذي أشار إليها (الزبيدي، حافظ، و عباس، 2015، الصفحات 67-69) كما يلي:

1. فرق الوظائف المشتركة المهام

أعضاء هذه الفرق يجتفون بأدوارهم داخل المنظمة إضافة لدورهم في الفريق، وهم من المستوى الهرمي نفسه حيث كل عضو يستثمر مهاراته وخبرته من وظيفته الأساسية لصالح الفريق لإيجاد لغة مشتركة تقضي على الحدود بين الأقسام حيث يتم جمعهم لإنجاز مهمة محددة.

2. الفرق الوظيفية: تتمثل هذه الفرق بالموظفين الذين يعملون يوميا معا والتي أحيانا ما تكون موجودة في الأقسام التشغيلية في المنظمة؛

3. فرق حل المشكلات: تتكون من عدد من الأفراد يتراوح عددهم ما بين خمسة وإثنا عشر فرد من القسم نفسه يجتمعون لمناقشة أساليب تحسين الجودة وبيئة العمل؛

4. فرق العمل المدارة ذاتيا: يتراوح عددها ما بين خمسة أفراد وعشرين فرد من ذوي المهارات المتعددة من أجل تقديم خدمة أو منتج، يتم الإشراف عليها من قبل مسؤول يتم إختياره من قبل أعضاء الفريق؛

5. الفرق الافتراضية: مجموعة من الأفراد المنفصلين جغرافيا يتم ربطهم باستعمال الانترنت لإنجاز هدف محدد، تقوم هذه الفرق بجميع المهام التي تقوم بها باقي الفرق من اتخاذ القرارات ومشاركة المعلومات، وبإمكانهم ربط أعضاء المنظمة بأعضاء جدد من منظمات أخرى؛
6. حلقات الجودة: مجموعات صغيرة تعمل على حل المشكلات ذات الصلة بالعمل حيث تجتمع لمدة ساعة في الأسبوع وبشكل تطوعي؛
7. فرق تحسين العملية: تعمل على تطوير العملية بصورتها الشاملة أما أفرادها فهم من جميع المستويات؛
8. فرق تحسين الجودة: مجموعة من الأفراد يلتقون بصورة منتظمة وهم ينتمون لجميع المستويات الإداريين والغير إداريين، تهدف لإيجاد طرق لتحقيق الجودة الحقيقية؛

الفرع الثالث: الخصائص المميزة للفرق الناجحة

قالت أليكس ساندي بينتلاند في دراسة حول فرق العمل الناجحة، أن السبب وراء التميز والنتائج الممتازة لبعض الفرق، هو أنماط التواصل، مما يعزز فرضية أن بناء الفريق هو فن وليس علم، لكن الدراسة أثبتت عكس ذلك ففي مختبر معهد ماساتشوستس MIT حددت صفات تتصف بها الفرق عالية الأداء وهذه الصفات هي (التمتع بطاقة كبيرة، والقدرة الإبداعية، والإلتزام المشترك) وهذه الصفات قابلة للقياس والتقدير الكمي، ولعل الأهم أنه يمكن تدريب فرق العمل على تقوية هذه الصفات، وقد قامت بدراسة مجتمعات مختلفة تتضمن فرق إبداعية وأخرى في المستشفيات والمصارف وفي مراكز الاتصالات وغيرها، حيث تم تجهيز أعضاء الفرق بمجسات إلكترونية لجمع البيانات حول سلوكهم الفردي في التواصل كلغة الجسد ومدة المحادثات وقوة الصوت وأشياء أخرى واستطاع الباحثون التنبأ بأي الفرق التي يبرز أداءها بمجرد النظر إلى البيانات، وحتى من غير مقابلة أفرادها وخلصت الدراسة لحقيقة مدهشة وهي أن ذكاء الأفراد وموهبتهم ليست السبب في نجاح الفرق بالدرجة الأولى بل بالطريقة التي يتواصلون بها، واعتبرت أنماط التواصل ذات أهمية نفسها للعوامل الأخرى مجتمعة، ولاحظوا أن الفرق عندما تخطط لسلوكها في التواصل، ثم يتم إدخال تعديلات عليها فإنها تحسن من أدائها وتقربها من المثالية (مجموعة مؤلفين، صفحة من 07 إلى 10).

وتكشف البيانات التي جمعتها الباحثة أثناء الدراسة أن الفرق القوية تتشارك بعض الخصائص المميزة وهي (مجموعة مؤلفين، صفحة 14):

1. كل فرد في الفريق يتحدث ويصغي بمقدار متساوي تقريبا، ومعظم المداخلات قصيرة ولطيفة؛
2. تتخلل المحادثات داخل الفريق النشاط والحيوية، وهم في مواجهة بعضهم البعض؛
3. المحادثات داخل الفريق مع جميع الأطراف وليس مع قائد الفريق فقط؛
4. هناك أحاديث جانبية داخل الفريق، وقد يبدو أنه من غير المنطقي القول بأن هذه التفاعلات الجانبية تسهم في تحسين الأداء، لكن الدراسة والبيانات التي تم جمعها أثبتت غير ذلك؛

5. وجود استراتيجيات دورية، وهي فرصة للاستكشاف خارج الفريق حيث يعودون بمعلومات جديدة؛

الفرع الرابع: الحجم الأمثل لفريق العمل Optimal Team Size

يرى (أبو النصر، 2015، صفحة 61) أن اختلاف حجم فرق العمل متوقف على عدة عوامل منها درجة صعوبة الأهداف المسطرة وطبيعة المهام المطلوبة والوقت المتاح لإنجاز هذه المهام، وأيضا درجة سرية المهمة المطلوب إنجازها، وعُدّد بناء على مجموعة من الدراسات مجموعة من النقاط منها:

1. كلما زاد حجم الجماعة قل تفاعل الأعضاء مع بعضهم؛
2. إذا كان حجم الفريق يتراوح بين 4 و6 أعضاء أعطى فرصة أكبر للتفاعل؛
3. كلما كان عدد الفريق أقل كلما زادت درجة تماسكه؛
4. درجة الرضا الوظيفي للفرق الصغيرة أكبر مقارنة بالفرق الكبيرة؛
5. نسبت التغيب تزداد كلما زاد حجم الفريق.

كما تسلط الباحثة (ريبيكا إم سوندروز)، على ظاهرة تراجع الأداء التي تصادفها الكثير من الفرق، حيث بعد السنة الأولى من بداية عمل الفريق يصل إلى "كارثة منتصف عمر الفريق"، ويبدأ الأعضاء بالتأخر عن الاجتماعات أو الإمتناع عن الحضور وتظهر عليهم تشتت الإنتباه حتى لو تمكن الفريق من تحقيق بعض الأهداف فإنها لا تضاهي منجزات العام الأول، وتشير بأن هذه المشكلة طبيعية ويمكن اتخاذ خطوات تمنع حدوث هذا التراجع في الأداء منها تعليم الأعضاء مهارات جديدة، تحديد أهداف جديدة، وتغيير المهام بشكل دوري كذلك تسليط الضوء على نقاط قوة الفريق وكل هذا من شأنه إعادة شحن الفريق بالطاقة (مطبوعات كلية هارفرد لإدارة الأعمال، 2011، الصفحات 21-22)

الفرع الخامس: مكافأة الفريق وتعويض جهوده

تلعب طريقة تعويض الفريق دورا حاسما في تحسين إنجازه، وتصريف النزاع في قنوات ايجابية وتقليل الفجوة بين الأجيال، وعليه يجب أن تتجاوز أبعاد العلاوات والزيادة في الرواتب لتناسب احتياجات الفرق المختلفة فيصف (لورين غاري) في مقالته " كيف تعوض جهود الفريق"، نظاما للتعويض وفق نمط تنظيم الفريق المعني، فعند استخدام التنظيم الوظيفي (الفريق الذي يوجد جنبا إلى جنب مع الهيكل التنظيمي)، يوصي بإستخدام نظام المكافآت الإضافية مثل المشاركة في الأرباح وتوزيع الأرباح على الفريق وفق صيغة متفق عليها، أما فرق المصفوفة (تتكون من أفراد ذو اختصاصات مختلفة يعملون لتنفيذ مشروع منفصل لمدة زمنية طويلة)، في هذه الحالة يقترح أن يكون التعويض مقترن بإكتمال مهام الفريق، أما فرق العمليات (وحدات تدار ذاتيا يعمل أفرادها بدوام كامل لإنتاج سلعة أو تقديم خدمة معينة)، في هذه الحالة تستخدم الحوافز المعدة للفرق مثل مكافآت الفريق عند إثبات جدارته، أو زيادة الرواتب أو العلاوات (مطبوعات كلية هارفرد لإدارة الأعمال، 2011، الصفحات 24-25).

وكما هو الحال في كرة القدم كذلك في عالم الأعمال مهما بلغت كفاءة الفريق والتزاماته يستبعد استمراره في تحقيق مستويات عالية من النجاح لمدة طويلة ما لم يتم تعويض الأفراد، وتحتاج المنظمة لنظام مكافآت فاعل يدمج الجوائز النقدية و الغير نقدية، وتقتصر العديد من الأبحاث التي تناولت هذا الموضوع ضرورة معاملة الأفراد معاملة جماعية، إذا أرادتم أن يسلكوا سلوك فريق واحد ومن الصعب على أي خبير وضع نظام أو آلية للشركات لتعويض ومكافأة فرقها وهذا للاختلاف بين الأنظمة التعويضية المتبعة في المنظمات (مطبوعات كلية هارفرد لإدارة الأعمال، 2011، الصفحات 163-164).

الفرع السادس: معوقات بناء فرق العمل

تتجسد أهم التحديات التي تواجه المنظمات اليوم في تحدي سد الفجوة بين متطلبات المنظمة ومهارات الموظفين من جهة وبين التحكم في التقنيات المتطورة من جهة أخرى، ويلعب القائد أو المدير دورا مهما في تطوير العلاقة بين الرؤساء والمرؤوسين والتي تعتبر الحجر الأساس لنجاح أسلوب فرق العمل، ويمكن أن نوجز المعوقات التي تعيق أسلوب فرق العمل المختلفة في المنظمات التي ذكرها (مُجَّد، 2011، 27-29) والتي أشار إليها (الزبيدي، حافظ، و عباس، 2015، الصفحات 73-76) كما يلي:

أ. المعوقات التنظيمية وتتجسد فيما يلي:

1. المعوقات الثقافية: إذا طغت الثقافة الفردية والتركيز على الإنجاز الشخصي والتنافس على ثقافة المناخ التنظيمي عندها يكون الحديث عن أسلوب فرق العمل كمفهوم سطحي، فإيمان القادة بمنهجية وأسلوب فرق العمل يؤدي إلى خلق دافع للبحث بجدية عن المنافع، ومن ثم تحديد الأهداف التي يمكن إنجازها من خلال أسلوب فرق العمل، والعكس من ذلك إفتقار القادة لهذا الأمر يعني ثقافة تنظيمية تمنع العمل وفق فرق عمل؛
2. التركيز على إنجاز العمل: يعني قبول الوظيفة كما هي بدون النظر للمشاعر والعلاقات الإنسانية للأفراد، فتتجز الأعمال كما هي بشكل جماعي أو فردي وبصرف النظر عن أي شيء يمكن أن يحقق ويزيد من فعالية فرق العمل؛
3. ضعف التفكير الاستراتيجي: يميز التفكير الإستراتيجي بين النتيجة والسبب بما يسهل تحديد المشكلات التي تواجهها المنظمة، والأسباب الرئيسية لها، كما يؤدي للوصول إلى أفكار جديدة بعيدة عن الطرق القديمة؛
4. الهيكل التنظيمي: عندما يكون الهيكل التنظيمي هرمي يعني العديد من المستويات، وبالتالي عمل الفريق يكون صعبا ويؤدي إلى تعقيد نشاطاته؛
5. نظم الحوافز والمكافآت: إذا تم تركيزها على الفردية أدت إلى التنافس وقد تؤثر بشكل كبير في أسلوب فرق العمل وتعوق تقدمه؛

ب. المعوقات الفردية ويمكن تحديد أهمها كما يلي:

1. معتقدات قائد الفريق: تلعب مهارات قائد الفريق ومعتقداته دورا هاما في عملية بناء الفريق، فقد يعود القادة أحيانا للعمل وحدهم بمجرد التعرض للضغوط من أجل الحرص على عامل الوقت والمحافظة على الكفاءة المطلوبة لإنجاز العمل؛
2. المهارات: تعتبر بعض المهارات ضرورية من أجل بناء فريق عمل قوي من هذه المهارات مهارات العمل ضمن فريق و مهارات التفكير الإستراتيجي، ومهارات تعزيز الانتماء للفريق؛
3. المكان: يعتبر العمل في مكان واحد هو الوضع المثالي ويسهل تبادل المعلومات والأفكار، إن البعد المكاني يؤثر سلبا على التعاون بين أعضاء الفريق؛
4. عدد أعضاء الفريق: يتراوح عدد أعضاء الفريق ما بين ثلاثة وثمانية مع ملاحظة أن أي زيادة في العدد تؤدي إلى التقليل من الوقت المتاح لكل عضو من أجل المناقشة وتحد من فاعليته داخل الفريق وكل نقص في العدد من شأنه أن يؤثر سلبا على الأفكار والرؤى المختلفة.

المطلب الرابع: تحفيز العاملين

تعتبر الأبعاد التي تم شرحها سابقا من حرية واستقلالية في العمل والمشاركة بالمعلومات والعمل ضمن فرق عوامل أساسية لتمكين العاملين في المنظمات، أما التحفيز فهو بعد مهم يكمل الأبعاد السابقة فالتمكين يحتاج إلى من يتحمل المسؤولية في العمل ويشارك في اتخاذ القرارات وهو مسؤولية يحاسب فيها على النتائج ويشارك فيها المخاطر وبالتالي لا بد من نظام للحوافز مرتبط بأداء الممكن من العاملين، وهذا يؤدي إلى المنافسة بين العاملين نحو من يقدم أحسن، وسنحاول في هذا المطلب تعريف التحفيز و ذكر أنواعه وأهميته و شروطه نجاحه.

الفرع الأول: مفهوم التحفيز

قال رسول الله ص " (من أتى إليكم معروفا فكافئوه، فإن لم تجدوه فادعوا الله له حتى تعلموا أن قد كافأتموه)". أخرجه أبو داود رقم (5109)، (أبي داود، 1996، صفحة 334).

كما قال عليه الصلاة والسلام " أعط الأجير أجره قبل أن يجف عرقه " رواه أبو هريرة رقم (2158)، (البيهقي، 1989، صفحة 320).

يعتبر التحفيز المحرك الأساسي لمعظم سلوكيات الأفراد العاملين، ولهذا الأهمية إهتم الإسلام به لما له من سحر على العامل وتحفيز له على العمل بجد أكثر ورضا، قال رسول الله ﷺ: (يقول الله عز وجل: من جاء بالحسنة فله عشر أمثالها أو أزيد..). رواه مسلم رقم (2687)، (مسلم، 2006، صفحة 1238).

ومن تعاريف الباحثين نذكر:

تعريف (بن الدين و بن جدو، 2022، صفحة 73) على أنه "أسلوب إداري تقوم به المؤسسة للتأثير على السلوك الإنساني للأفراد العاملين بالشكل الذي يجعلهم يحققون مستويات أعلى من الأداء".
أما (بن التومي و شالي، 2022، صفحة 12) فتم تعريفه بأنه "المنحى التنظيمي الخاص بالمؤسسة في كيفية التأثير على مواردها البشرية باستعمال مختلف أنواع الحوافز لتفعيل أدائه حتى تحقق أهداف المؤسسة".
ويرى (بن حميدة، 2018، صفحة 475) أن التحفيز "عبارة عن مؤثرات خارجية تثير دافعية الفرد إلى الإنجاز وتشجعه على القيام بأداء أفضل، والحوافز تتكامل مع المؤثرات الخارجية لتشكيل أهم محددات السلوك وتوجهه في الاتجاه الإيجابي".

الفرع الثاني: تعريف الدوافع

يرى (الويشي، 2013، صفحة 71) أن الدوافع "عبارة عن مجموعة الرغبات والحاجات الفطرية والقوى الداخلية المحركة والموجهة للسلوك الإنساني نحو أهداف معينة، فهي كل ما ينشئ السلوك الإنساني ويحافظ عليه أو يغير اتجاه السلوك وشدته وطبيعته".

تعتبر الدوافع أحد الأساسيات في السلوك الإنتاجي للأفراد، وتقوم وجهات نظر المدراء الخاصة بالدوافع على فرضيات يتم وضعها وفقا للأهداف التي يتوقعون بأن الأفراد سوف ينجزونها كعاملين، حيث أن هناك علاقة وثيقة بين دوافع الإنسان وإشباع حاجاته، فالدوافع تدفعه لسلوك معين يتجسد في نشاط معين، الأمر الذي يؤدي لإشباع حاجاته، فالسلوك الإرادي الواعي تحركه أسباب معينة (الزبيدي، حافظ، و عباس، 2015، الصفحات 195-196).

الفرع الثالث: أهمية الحوافز و أهدافها

تظهر أهمية الحوافز في مختلف المستويات على النحو التالي (المغربي، 2016، الصفحات 298-300):

على المستوى الفردي تتجلى بالإعتراف بقيمة ما ينجزه العامل من جهد وإخلاصه للعمل، ويحتل التعويض المالي مكانة كبيرة في جو العمل حتى يتمكن الأفراد من إشباع حاجاتهم المادية مما يمكنهم من الإبداع والحرص على التقدم في العمل، وهي أداة تغذية مرتدة لنتائج أفعال العاملين فالتعويض المالي يحتل مكانة هامة لمعظم الأفراد، أما على مستوى المجموعات فيعتبر تشجيع على المنافسة بين العاملين وإثارة حماسهم كما تنمي روح المشاركة والتعاون بين المجموعات، ويزداد شعورهم بالأهمية عند اقتناع الإدارة بأراءهم ووجهات نظرهم، أما على مستوى المنظمة فهي تساهم في التكيف مع متطلبات البيئة الداخلية والخارجية من جميع النواحي الاقتصادية والاجتماعية والحكومية كما تؤثر على أنشطة الموارد البشرية، ومنها تحليل الوظائف والاستقطاب وتقييم الأداء.

ويرى (المغربي، 2016، الصفحات 301-300) أن النظام الجيد للحوافز من شأنه أن يحقق مجموعة من

الأهداف كما يلي:

1. زيادة الإنتاجية و الرفع من جودة المنتجات؛
2. تخفيض الفاقد من الموارد البشرية أو أي موارد أخرى في المنظمة؛
3. إشباع حاجات العاملين، وخصوصا الشعور بالتقدير والاحترام؛
4. إشعار العاملين بروح العدالة داخل المنظمة؛

5. تنمية روح التعاون والتضامن بين العاملين؛

6. ربط أهداف المؤسسة بأهداف العاملين بالمنظمة.

كما يمكن أن نضيف الدور الذي يلعبه النظام الجيد للحوافز في بقاء الموظفين الممتازين وعدم مغادرة منظماتهم، وزيادة ولائهم لها، وبالتالي عدم تعريض أسرار المنظمة للمنافسين.

الفرع الرابع: الشروط التي يجب توفرها في نظام الحوافز

يشير (الويشي، 2013، صفحة 76) إلى عدة نقاط يجب توفرها في نظام الحوافز من أجل فعاليتها، حيث تعتبر العدالة في توزيعها والكفاية من أهم الشروط الأساسية على أن تمتاز بالاستمرارية في منحها أي طيلة عقد العمل وأن تكون ضمن تطلعات وتوقعات العامل وأن ترتبط ارتباطاً مباشراً بدوافعه ومجهوداته.

الفرع الخامس: أشكال وطرق التحفيز

1. الحوافز النقدية: تعتبر من أهم الحوافز التي يسعى العامل لها ولها تأثير كبير في الرضى الوظيفي، وتعتبر الأجور الشهرية في مقدمة الحوافز النقدية تليها مردودية العمل التي تصرف كل ثلاث أشهر في المؤسسات العمومية وفي بعض المؤسسات الإقتصادية تكون ضمن الراتب الشهري وهي متغيرة حسب تقييم المدراء، وأخير الخدمات الإجتماعية التي تقدمها المؤسسة والتي يستفيد منها كل العاملين بدون استثناء وتختلف من مؤسسة لأخرى وفي المؤسسات الصحية العمومية تكون نسبة الميزانية المخصصة للخدمات الإجتماعية في هذه المؤسسات 3 بالمائة من الكتلة السنوية للأجر الخام لتلك المؤسسة بما في ذلك العلاوات والتعويضات، تخصص نسبة 1 بالمائة من هذه النسبة للضمان الإجتماعي وفق المرسوم الرئاسي رقم: 82-179 الصادر سنة 1982، وهو مبلغ قليل لا يرقى لتطلعات الموظفين.

2. الحوافز المعنوية: هناك العديد من الطرق والأشكال منها:

1. الترقية في السلم الوظيفي: تعتبر الترقية في الرتبة من أهم الحوافز المادية والمعنوية في نفس الوقت، فهي تزيد من الراتب وتشعر الموظف بأهميته فالجانب المعنوي لهذه الترقية أكبر، وعلى سبيل المثال الترقية من رتبة تقني إلى تقني سامي أو من رتبة ممرض إلى ممرض رئيسي لها أثر كبير على نفسية الموظف حتى ولو لم يكن لها مقابل مادي كبير، فحسب القانون الأساسي للصحة الجزائري يتم ترقية الموظفين من رتبة لرتبة أعلى بشرط وجود خبرة 10 سنوات على أساس الترقية الإختيارية وفق قائمة التأهيل وهي مرة واحدة خلال مشواره الوظيفي وحسب عدد المناصب إن كان متوفراً بعد ترتيب الموظفين حسب معايير محددة، وبالتالي فهي ليست آلية مما يعني أن الموظف رغم توفره على الخبرة اللازمة للترقية وهي مدة طويلة، إلا أنه من الممكن أن لا يتم ترقيته وحتى إن تم ترقيته فهو يحضى خلال مشواره إلى غاية 60 سنة وهو سن التقاعد الإجباري على ترقية واحدة فقط على أساس التأهيل.

2. الترقيات الدورية: وتعتبر نوع من التحفيز المعنوي خاصة إذا تم اختيار أساتذة ومدربين مشهورين في المواضيع المستهدفة، وهي فرصة لزيادة المعارف لدى العامل وفرصة لتغيير جو العمل وتبادل الخبرات.

3. المشاركة في إتخاذ القرارات: ويكون هذا من خلال حلقات الجودة أو الإجتماعات التي تعقد من أجل حل المشاكل و تطوير وسائل العمل، حيث يساهم العمال بأفكارهم في تحقيق أهداف المنظمة وبالتالي شعور الموظفين بالأهمية عند الأخذ بآراءهم.

4. تقدير مجهودات الموظفين: وعادة ما تكون على شكل شهادات شرفية أو أوسمة نظير الخدمات المقدمة من طرف الموظف أو المسابقات التي تجرى داخل العمل حيث تلعب دورا كبيرا في التحفيز المعنوي ويبقى أثرها مع مرور الوقت.

5. تحسين ظروف العمل: وفي مقدمتها عدم التضيق على العامل خاصة في جانب الغيابات، وتوفير جو مريح في بيئة العمل وتجهيز المكاتب.

إن نجاح جهود التمكين منوط بربط المكافآت والتقدير التي يتحصل عليها العامل بنتائج أدائه في العمل، على المنظمات المعاصرة أن تبني نظام مكافآتها ليتلاءم ورغبتها نحو تفضيل العمل ضمن فرق عمل وهي خطوة ضرورية في رحلة تمكين العاملين والتحول من النظام التقليدي للأجور والمكافآت إلى نظام مرتبط بفرق العمل والأداء المتميز (المكاوي، 2012، صفحة 130).

الفرع السادس: طرق التحفيز الجماعية

تعتمد هذه الطريقة على ما يحققه الفريق من نتائج أكثر من اعتمادها على ما يحققه الفرد ، وتأخذ عدة أشكال تتمثل في (ديسلر، 2012، الصفحات 425-426):

1. توضع معايير أداء لكل عضو من الفريق ثم توزع الأجور بناء على ثلاث خيارات:

أ. إما أن يحصل كل الأعضاء على نفس المعدل وهو أعلى معدل يحققه أحد الأعضاء؛

ب. أو يحصل جميع أعضاء الفريق على أقل معدلات الأداء التي حققها أحد أعضاء الفريق؛

ت. أو يحصل جميع أعضاء الفريق على معدل أداء بناء على متوسط معدلات أداء أفراد الفريق؛

2. توضع معايير الأداء بناء على النتائج النهائية للفريق ككل وبالتالي يحصل كل أعضاء الفريق على أجر

متساوي بناء على معدل أجر القطعة أو على أساس الوقت المعياري؛

3. يتم إعداد مفهوم قابل للقياس يتم بموجبه الإعتماد عليه في قياس أداء المجموعة، مثل معيار إجمالي

ساعات العمل المخصصة في إنتاج منتج ما؛

4. كما أن هناك منهجا أكثر شيوعا يربط ما بين الأداء والأهداف الإستراتيجية للمنظمة، مثل وضع

مجموعة من العاملين ومشاركتهم في الأرباح المحققة للشركة إذا حققت الأهداف بنسبة مائة بالمائة فإن 5

بالمائة من الأرباح توزع على العمال؛

تعتبر القاعدة الأولى الأحسن، وهي تؤكد على عدم التحيز الفردي حيث يتم تحفيز الأفراد بشكل جماعي

وبالتالي تقليل الغيرة وهو أمر مهم ومشجع للتعاون داخل المنظمة، كما تسهل عمليات التدريب ضمن المجموعة حيث

يأمل كل عضو أن يجعل الموظف الجديد فردا مدربا قادرا على القيام بالأعمال الوظيفية، أما عيب هذه الطريقة فتتمثل

في أن ما يحصل عليه الفرد من عوائد مالية قد لا تكون من جهده ومع ذلك تعتبر هذه الطريقة ومعظم طرق التحفيز الجماعية من أحسن الطرق لتحقيق أهداف الفريق.

المبحث الثالث: آليات التمكين

التمكين هو أسلوب إداري معاصر لا بد له من آليات وقد تطرقنا إليها في هذا المبحث حيث أشرنا في البداية إلى أهم الأساليب المعاصرة التي في مقدمتها القيادة ودور القائد والمدير في نجاح عملية التمكين، ثم مستوياته التي تختلف حسب نسبة التمكين، ثم متطلبات التمكين والتي تبدأ بمعرفة رسالة المنظمة وأنهينا المبحث بالحديث عن ثقافة العمل في المنظمات الممكنة التي تتيح الحرية الكاملة للعاملين وفي نفس الوقت تضع الزبائن في أعلى الهرم التنظيمي.

المطلب الأول: أساليب التمكين المعاصرة

أشار (ملحم، 2009، الصفحات 32 - 34) إلى عدة اتجاهات وأساليب في التمكين تناولتها الأدبيات الحديثة وذكر منها:

الفرع الأول: أسلوب القيادة

القيادة من الأساليب الحديثة التي لها أثر كبير في نجاح المنظمة، حيث تركز على دور القائد أو المدير في تمكين العاملين، وهذا الأسلوب يعني نسبة الموظفين إلى المديرين تكون عالية بالمقارنة بالمنظمات التقليدية، حيث تتضمن منح صلاحيات واسعة للموظفين في المستويات الدنيا؛

الفرع الثاني: أسلوب تمكين الأفراد

وتبدأ عندما يقبل الفرد بتحمل المسؤولية والاستقلالية في اتخاذ القرار، وبالتالي تصبح لديه سيطرة أكبر على الوظيفة ومتطلباتها، وبالتالي استثمار مواهبه وما يملكه من معلومات وقدرات يتم توظيفها في تسيير المنظمة؛

الفرع الثالث: أسلوب تمكين الفريق

للعمل الجماعي أهمية كبرى تتجاوز العمل الفردي من حيث السرعة والجودة ويتكامل أعضاء الفريق بتعدد مهارات أفرادهم ومواهبهم مما يقلل الأخطاء، وتعود فكرة العمل الجماعي بظهور دوائر الجودة في فترة السبعينات والثمانينات من القرن الماضي، حيث يزيد العمل الجماعي من تحسين أداء المنظمة ويتطابق مع التغيرات الهيكلية في المنظمات المعاصرة، وتنسجم عمل الفرق مع المنظمات ذات التنظيم المفلطح أو الأفقي، وتتناغم كلما توسع نطاق الإشراف؛

يعود هذا الأسلوب إلى أفكار إدوارد ديمينج (**Edward Deming**) حول الجودة، وأهم مبدأ في إدارة الجودة هو التحسين المستمر في كل أقسام المنظمة حيث يكون هذا التحسين متواصل ويشمل كل مجالات المنظمة، ويشترك فيه جميع العاملين في تحمل المسؤولية مما يتوجب منح العاملين نوع من الحرية والإستقلالية للمشاركة في إتخاذ القرارات؛

الفرع الخامس: أسلوب الأبعاد المتعددة في التمكين

يقول (**Garfield, 1988**) الذي أشار إليه (ملحم، 2009) أنه حتى تكون عملية التمكين فاعلة لا بد أن تقوم على عدة جوانب متعددة هذه الجوانب تشمل: التعليم، القيادة الناجحة، المراقبة، الدعم والتشجيع، الهيكل المناسب حيث تتفاعل كل هذه الجوانب من أجل إنجاح عملية التمكين، فالجميع يبادرون ويعملون بشكل جماعي ويفرق عمل منظمة في إتخاذ القرارات الإستراتيجية، وهذا يعني أن التمكين ليس شعور شخصي بل ينتج بتوفير عدة أسس ومقومات هيكلية وعوامل تنظيمية ملائمة، بالإضافة إلى توفر أسس من الثقة والدعم والتواصل ومشاركة المعلومات لكي يشعر الفرد بشيء من المسؤولية، فكل هذه العوامل تساهم في تمكين الفرد والفريق لقيادة المنظمة. أما الفياض (الفياض، 2005، 46) فقد حدد عدة أساليب تساعد في تحقيق التمكين وهي (عريقات، 2016):

1) الأساليب الهيكلية وتعني تقليل المستويات الإدارية وهذا عن طريق:

اعتماد جماعات عمل أولية في الوحدات التنظيمية؛ تشكيل فريق عمل قادر على مواجهة المعوقات التي تحد من تحقيق الأهداف، تخطيط عمل الفريق وتنظيمه من قبل قائد الفريق وأعضاءه.

2) تفويض بعض المهام للعاملين في مجال التخطيط والتنفيذ والرقابة؛

3) تشخيص المشاكل وتقديم الحلول والبدائل المناسبة ضمن التكاليف المقبولة في المنظمة وقدرات فريق العمل.

المطلب الثاني: مستويات التمكين

يمر التمكين بمستويات عديدة تختلف درجة التمكين فيها من مستوى لآخر وصولاً لدرجة التمكين الفعلي حيث يتحمل العامل كامل المسؤولية ويملك كل القوة والسلطة في إيجاد الحلول وتنفيذها، وفي هذا المطلب سوف نتطرق لهذه المستويات، وفي هذا الصدد قدم (**Burkholder, 2007, 2**) ستة مستويات للتمكين أشارت إليه (شمامي، 2019، الصفحات 26-27) وهي:

المستوى الأول: قم بالبحث، وأنا سوف أقرر (القرار بيد المدير)

يعتبر هذا المستوى هو الأبسط والأساسي حيث يطلب من العامل البحث والإجتهد، وجمع الأخبار لكن القرار النهائي بيد المدير، أي أن القوة والسلطة ليست بيد العامل، وهذا المستوى يتناسب مع العامل الجديد فكل عامل يعمل في مستوى يتناسب مع قدراته وخبرته، ويعتبر هذا المستوى أكثر أمانا بالنسبة للعمال فإن كان هناك أي قرار خاطيء فالمسؤولية تقع على عاتق المدير لأنه يملك سلطة القرار؛

المستوى الثاني: قم بالبحث عن البدائل، اقترح بديل واحد للتنفيذ، لكن أنا من يقرر (المدير)

يعتبر هذا المستوى هو الأشهر فبالإضافة للبحث الذي يقوم به فإنه يسمح للعامل بتقديم اقتراح أو بديل من البدائل للتنفيذ حول النتائج التي تحصل عليها العامل، لكن سلطة القرار مازالت ليست بيده، فالقرار النهائي بيد المدير لكن مكّن العاملين بأن يكون له مساهمة أكبر في هذا القرار عن طريق اقتراح الحلول فهنا يبدأ العامل بتحمل نوع من المسؤولية في الأعمال التي يقوم بها؛

المستوى الثالث: قم بالبحث ثم قرر وانتظر مصادقتي

في هذا المستوى يقوم العامل بالبحث وجمع المعلومات والانتهاؤ بتقديم الحلول لكنها ليست نافذة إلا بعد مصادقة المدير، أي أن العامل يكاد يقوم بكل الأعمال فهو قد قرر البديل الذي سوف يطبق وينتظر فقط الموافقة من المدير التي عادة في هذه الحالة ما يثق في قدرات العامل ومؤهلاته التي مكنته من تولى هذه المهمة؛

المستوى الرابع: قم بالبحث حدد البدائل, قرر ماتريد أن تنفذه, إفعله مالم أقول لا

في هذا المستوى نلاحظ التطور الكبير في التمكين فالعامل الذي يبحث عن المعلومة ويقترح البدائل والحلول هو من يقرر تنفيذها مالم ترفضه الإدارة؛

المستوى الخامس: قم بالبحث حدد البدائل قرر ماتفعله

في هذا المستوى يشعر العاملون بالثقة والقدرة على العمل من تلقاء أنفسهم، ويتحملون المسؤولية حيث تكون هناك نوع من عدم التأكد مما إذا كانوا على درجة كبيرة من التأكد من الأعمال التي قاموا بها؛

المستوى السادس: قم بالبحث، إتخذ ما تراه مناسباً

في هذا المستوى يملك العامل القوة والسلطة لاتخاذ مايراه مناسباً وضروري لتحقيق أهداف الإدارة، حيث لا توجد أي رقابة من أي نوع فالعامل يتحمل كامل المسؤولية عن أية قرارات يتخذها وهو لا يحتاج لأي مصادقة أو موافقة ولا يتعرض لأي رقابة عند التنفيذ.

المطلب الثالث: متطلبات تمكين العاملين

من أجل تطبيق ناجح لعملية التمكين وجب توفير بعض المتطلبات في المنظمة حتى يتسنى تنفيذ برنامج التمكين و الاستفادة الكاملة من تمكين العاملين، ويصبح لدى الأفراد كل ما يحتاجونه لتحمل المخاطر.

وقد حدد كوين و سبريتزر **Quinn and Spreitzer (1997)** أربعة متطلبات أساسية لتنفيذ برنامج متكامل لتمكين العاملين أشار إليها (العتيبي س.، 2005) وهي:

1. الرؤية الواضحة والتحدي

يجب أن يتم دعم رسالة المنظمة بقيم أساسية من أجل إعطاء العاملين مجال وحيز أوسع للقيام بالعمل، وبالتالي ثقة أكبر عند إصدار القرارات، وتمثل هذه الرؤية تحدياً حقيقياً للمنظمات فلكي يكتب النجاح لعملية التمكين لا بد من ربط برنامج التمكين بقيم وأهداف المنظمة، حيث يرى بلوك **Block (1987)** أن الرؤية تمثل الخطوة الأولى للتمكين حيث تزود الموظفين بالإحساس بما سيقومون به، أي أن قرارات الموظفين تصب في اتجاه ماتعتقده الإدارة أنه الاتجاه الصحيح حيث يرغب الأفراد المتمكنين بأن يكونوا على دراية ومعرفة برؤية واستراتيجية المنظمة، وقد أشار كوك **Cook (1994)** أن التمكين يصبح فعالاً عند ربطه بأهداف المنظمة، وبالتالي على المنظمة أن تخلق إجماعاً حول رسالة ورؤية المنظمة للعاملين والقيم والأهداف التي تسعى لتحقيقها، وبدون شك وضوح الرؤية يُكسب العاملين القوة والقدرة على التصرف دون توجيهات أو انتظار أوامر الأمر الذي يؤدي إلى بذل أقصى قدرات الموظفين من أجل تحسين أداء المنظمة، أما لاور **Lawer (1992)** فقد ركز على أهمية اتصال الإدارة العليا بالموظفين لنقل وتوصيل الرؤية والسلوك المرغوب للوصول للأهداف المسطرة (العتيبي س.، 2005، الصفحات 52-51)؛

2. الإنفتاح وفرق العمل

يجب أن يشعر الأفراد بأنهم جزء من ثقافة المنظمة، فالأفراد الممكّنون يعملون سوياً وبشكل جماعي في إيجاد الحلول وفي جو يسوده الإحترام المتبادل لأفكار الجميع المليئة بالثقة، حيث يرى هراري **Harari (1999)**، أن حرية الوصول للمعلومات الحساسة تظهر وتعكس درجة الثقة داخل المنظمة، وبالتالي زيادة حرية الوصول للمعلومات الحساسة والضرورية التي تعتبر أساسية لتمكين العاملين (العتيبي س.، 2005، صفحة 52)؛

3. النظام والتوجيه

الأفراد الممكّنون يتمتعون برؤية واضحة للأهداف، ومعرفة حدود السلطة الممنوحة والمهام والمسؤوليات المخولة لهم، فالأفراد الذين تم تمكينهم يتمتعون بالاستقلالية ومعرفة حدود السلطة، وفي نفس الوقت لديهم أهداف مرتبطة بأهداف المنظمة، حيث يرى كوين و سبريتزر **Quinn and Spreitzer (1997)** أن وجود نظام واضح المعالم يجد من الغموض ومن درجة عدم التأكد، فمعرفة الأفراد اتجاه المنظمة يشعروهم بالقدرة على أخذ المبادرة، وعلى الاستعداد لاتخاذ القرارات أو التأثير لتحسين الأداء (العتيبي س.، 2005، صفحة 52)؛

4. الدعم والشعور بالأمان

يحتاج الأفراد إلى بيئة تشجع على التمكين، فيجب أن تعزز من أجل التعلم والتطوير وأن يشعر الأفراد بدعم اجتماعي من طرف رؤسائهم لتعزيز قدرات المرؤوسين على المبادرة والتفكير لطرح أفكار جديدة ابداعية (العتيبي س.، 2005، صفحة 53).

ويمكن أن نشير أن توجه المنظمات نحو التمكين أو المبررات التي تدفع هذه المنظمات للتوجه التنظيمي نحو التمكين يمكن تلخيصها كما يراها (عارف، 2007) بالآتي (جلاب و الحسيني، 2013، صفحة 47):

1. الثورة التكنولوجية والمعلوماتية؛
2. تغير قيم المجتمعات؛
3. المنافسة الشديدة؛
4. إعادة هيكلة المنظمات؛
5. تلاشي الاعتقاد السائد بأن المدير هو الخبير؛
6. تغير توقعات العاملين؛
7. تغير توقعات المستهلكين.

المطلب الرابع: ثقافة العمل في المنظمات الممكنة

العمل في المؤسسات الممكنة والتي عادة ما تكون مؤسسات ذات هيكل تنظيمي مقلوب يتطلب مهارات خاصة، حيث يتيح هذا النوع من الهياكل حرية تامة للعاملين في إصدار التعليمات والأوامر، فشركة نوردستروم "Nordstrom" يتكون هيكلها التنظيمي من الزبائن أعلى الهرم ثم البائعين ثم المديرين وأخير الإدارة العليا، أي أن الإدارة الوسطى تتكون من المديرين؛ وأول شئ يتسلمه الموظف الجديد في الشركة هو كتيب صغير مكتوب في أعلاه رسالة ترحيبية: " أهلا بك في نوردستروم"، ثم قوانين شركة نوردستروم وهي قاعدة واحدة: " حَكِّمْ نفسك في جميع المواقف التي تواجهها، لا يوجد لدينا أي قوانين أخرى، الرجاء أن تشعر بكل حرية إن كان لديك أي استفسار أن تعود لمديرك في أي وقت من الأوقات"، قد يبدو العمل سهلا في هذه المنظمات لكن الحقيقة عكس ذلك، فالكثير من الموظفين يتركون العمل في بدايته ولا يستطيعون الإستمرار، إن ما تتطلبه هذه المؤسسات من مهارات ليست بتلك السهولة التي يتصورها الموظف العادي، فهذه المؤسسات لا يوجد في أجندتها مجال للمزاح أو الفراغ، إن قيم وأهداف مثل هذه الشركات تحتاج للجد والمثابرة، إنها لا ترحب بمن لا يبادر، كما أن العديد من الموظفين قد يجدون صعوبة في التأقلم مع ثقافة هذه المؤسسات وقيمها التي تحترم الزبون احتراما فوق العادة، إن العديد من هذه المظاهر التي تمتاز بها هذه المنظمات من روح المبادرة والعمل الجماعي والتفكير الخلاق لاتناسب بعض العاملين وبالتالي يكون الباب مفتوحا لهم لمغادرة المنظمة، فهي تحتفظ فقط بمن يتكيف مع هذه القيم والثقافة والمستويات العالية في الأداء (ملحم، 2009، الصفحات 204 - 206).

وتعتبر المعرفة أحد أكثر الموارد استراتيجية وحيوية في القرن الحادي والعشرين, وتنبع هذه الأهمية من كوننا نعيش في عصر المعلوماتية والسرعة، فامتلاك المعلومات ونقلها وتطويرها وتوسيعها ضروري، ومن أهم أسباب أهمية المعرفة في هذه المنظمات (جرادات، المعاني، و الصالح، الصفحات 41-40) مايلي:

- 1) كونها من أكثر الموجودات قيمة في المنظمات المعاصرة وتحقق من جهود العمال المعرفية وإنتاجيتهم؛
- 2) تعتبر الأساس الذي يتبعه الإبداع، والعكس صحيح وعن طريقه تقدم المنظمة منتجات جديدة وعمليات جديدة تساعدها على المنافسة والإستمرارية؛
- 3) يعتبر المورد الوحيد الذي لا يتناقص بالتقدم بل بالعكس يبنى بالتراكم فهو يعتبر قوة وثروة في آن واحد، وهو موجود في عقول العاملين في أي منظمة؛
- 4) يعتبر المحرك الأساسي للنمو الاقتصادي وبالتالي زيادة الإنتاجية، إن المعرفة تولد وتزيد من سرعة الإبداعات التي تحوّل إلى منتجات وعمليات وخطوط إنتاج أو منظمات جديدة.

و يرى (جرادات وآخرون) أن الإهتمام برأس المال البشري من الشروط الأساسية لنجاح أي منظمة، وقدرتها على التنافس والاحتفاظ بمكانتها في السوق، فقيمة رأس المال البشري تتأثر بخصائص عديدة يمتاز بها بعض العاملين، فإضافة للمعرفة، هناك صفة "الريادة" وهو مفهوم استعمل لأول مرة في القرن السادس عشر في فرنسا ويعني المخاطرة وتحمل الصعاب التي رافقت حملات الاستكشاف العسكرية، أما اليوم فمصطلح الريادة يشير إلى الأعمال التي يبدعها أفراد يمتلكون صفات ومشاعر ريادية تؤدي إلى ابتكار أعمال ومشاريع وخدمات متميزة تقدم قيمة مضافة، لقد عرف (برنوطي، 2005) الرائد معتبرا إياه فردا يقيم عملا صغيرا ويجعل منه خلال فترة قصيرة عملا كبيرا وناجحا (جرادات، المعاني، و الصالح، صفحة 284) أما دراسة (1984, Carland and Other) فتعرف الريادة بأنها "مهمة أو منصب مفهوم ضمنا ويقدم الشخص الذي يتولاه أفكارا غير اعتيادية للمنظمة التي يعمل بها، أو تلك التي يتولى إدارتها أو قيادتها" (جرادات، المعاني، و الصالح، صفحة 285).

الخلاصة

إن ما يمكن قوله كْمُحصلة لعناصر الفصل الأول يوجز في أن تمكين العاملين هو مفهوم إداري حديث يتمثل في إعطاء العاملين الحرية في اتخاذ القرارات ومشاركتهم المعلومات حول منظماتهم وكل ما يساعدهم في اتخاذ القرارات، ويرجع سبب اهتمام المنظمات العصرية بتمكين العاملين هو اتجاهها نحو إدارة الجودة وبالتالي ضرورة مشاركة جميع العاملين في تطوير المنظمة وتحقيق رضا الزبائن، ومن مبادئ التمكين توسيع السلطة للموظفين ومساعدتهم في تنفيذ أعمالهم والاستماع لهم وتقييم ردودهم، كما أن مراحل التمكين تبدأ عند رغبة المدراء في التخلي عن جزء من السلطة للعاملين وتسهيل الاتصال من قبل الإدارة، وتكوين فرق العمل ووضع برامج للمكافآت مرتبطة بتحقيق الأهداف مع عدم استعجال النتائج، وكل هذا يزيد من شعور الموظفين بالانتماء والرضا والفخر بأعمالهم والإعتراف بمنظمتهم وتعظيم استخدام البيانات والمعلومات كما أن هناك عوامل تساعد على التمكين من أهمها تشجيع التعلم الذاتي وحرية تبادل المعلومات وتحديث أنظمة المكافآت ومن معوقات التمكين نجد مقاومة التغيير من طرف العاملين وتخوفهم من المساءلة وغياب الثقة، وهناك أبعاد للتمكين اختلف الباحثين حولها اعتمدنا على أربعة أبعاد في هذه الدراسة تمثلت في (الحرية والاستقلالية، المشاركة بالمعلومات، فرق العمل، التحفيز)، أما أساليب التمكين فهي كثيرة منها أسلوب القيادة الذي يركز على دور القائد في تمكين العاملين، وأسلوب تمكين فرق العمل وأسلوب التحفيز الذي يرتبط بدرجة تحمل العاملين للمخاطر ومن أهم متطلبات التمكين الرؤية الواضحة وهي أهم خطوة نحو التمكين تليها الانفتاح وفرق العمل فالأفراد الممكّنون يعملون بشكل جماعي، وأخيراً بيّنا بأن العمل في المؤسسات الممكّنة تحتاج لمهارة كبيرة حيث تتميز تلك المنظمات بمياكل مقلوبة يتحمل فيها الموظفون الممكّنين عواقب اتخاذ القرارات، كما أن العديد من الموظفين قد يجدون صعوبة في التأقلم مع ثقافة تلك المنظمات الممكّنة التي تحترم زبائنهم احتراماً فوق العادة، وتمتاز بالعديد من المظاهر من روح المبادرة والعمل الجماعي والإبداع والتفكير الخلاق وبالتالي قد لا تناسب هذه البيئة بعض العاملين الذين يجدون أنفسهم مجبرين على مغادرة هذه المنظمات، فهي تحتفظ فقط بمن يتكيف مع هذا المستوى العالي من الأداء.

الفصل الثاني:

جودة الخدمات الصحية

تمثل جودة الخدمة الصحية أحد أهم الخصائص المميزة للدول المتقدمة، وقد حاز موضوع الجودة على اهتمام الباحثين في كل المجالات حتى أمسست الجودة عنوان العصر للمنظمات الرائدة والمتميزة.

ولقد خصصنا الفصل الثاني لدراسة الجانب النظري للمتغير التابع "جودة الخدمات الصحية"، حيث قمنا بتقسيمه على النحو التالي:

المبحث الأول تناولنا فيه مفهوم جودة الخدمات الصحية حيث بدأنا بتعريف كل من مصطلحي الجودة والخدمة الصحية ثم تطرقنا لأهميتها وأهدافها ثم خصائصها وأنواعها، وأخيرا الأبعاد المكونة لها.

أما المبحث الثاني فتطرقنا فيه لرواد الجودة ومبادئهم والمراحل التي تمر بها إدارة الجودة، كما تم التطرق لنظام المواصفات العالمية الإيزو، وأخير فوائد الحصول على شهادة الجودة.

أما المبحث الثالث فتناولنا فيه النظام الصحي في الجزائر وتاريخ تطوره منذ الإستقلال 1962 إلى يومنا هذا، وكيفية تمويله والمشاكل التي واجهته وختمنا المبحث بحلول مقترحة انطلاقا من مقابلات مع موظفي هذه المؤسسات الصحية.

وآخر مبحث قمنا فيه بالربط بين متغيري الدراسة حيث خصصنا لكل بعد من أبعاد المتغير المستقل "تمكين العاملين" مطلبا قمنا فيه بعرض أثره ودوره في جودة الخدمات الصحية انطلاقا من العديد الدراسات السابقة.

المبحث الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية

الخدمات الصحية من أهم الخدمات في المجتمع و تعتبر مرآة لرفاهيته، وفي هذا المبحث سوف نتعرف على مفهوم جودة الخدمات الصحية بدءا بتعريف الجودة، ثم ذكر خصائص الخدمات الصحية وأنواعها، كما نشير لأهميتها وأهدافها وأخير نسرد أشهر أبعاد جودة الخدمات الصحية التي يعتمد عليها الباحثين والتي سوف نعتمد عليها في دراستنا هذه.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية

قبل أن نتطرق إلى تعريف جودة الخدمات الصحية لابد أن نعرف الجودة التي تباينت مفاهيم العلماء والمتخصصين حولها، فمنهم من يراها من زاوية الزبون ومنهم من يراها من خلال مقدم المنتج أو الخدمة وهكذا، ثم نتطرق إلى مفهوم الخدمات الصحية لأبرز الباحثين.

الفرع الأول: تعريف جودة الخدمات

أولا: تعريف الجودة

الجودة في اللغة: صفة ما هو جيد (الحمصي و ضناوي، 2015، صفحة 184).

أما لسان العرب: "جاد الشيء جودة أي صار جيدا، وقد جاد جودة وأجاد: أتى بالجيد من القول أو الفعل، ويقال: أجاد فلان في عمله وأجود وأجاد عمله يجود جودة" (ابن منظور، صفحة 720).

و اصطلاحا يرجع أصل هذا المصطلح عند الغرب إلى الكلمة اليونانية Qualities وتعني طبيعة الشخص أو الشيء ودرجة صلابته (أبو النصر م.، 2015، صفحة 48)، وقد تعددت التعاريف وتباينت حسب نظر كل باحث لموضوع الجودة، فقد عرفت الجمعية الأمريكية للجودة بأنها (ASQ Website) "The characteristics of a product or service that bear on its ability to satisfy stated or implied needs"

وتعني: "بأنها الأشكال والخصائص الشاملة للخدمة أو المنتج، التي تؤدي إلى إشباع الحاجيات".

أما قاموس كامبريدج (Cambridge Dictionary Website) فيعرفها:

"How good or bad something is" وتعني ما مدى جودة أو سوء شيء ما.

وحسب معيار 9001 و ISO9002 الصادر سنة 1986 فقد عُرِّفت الجودة على أنها "مجموع الخصائص والصفات للسلعة أو الخدمة التي تمنحها القدرة على إرضاء إحتياجات الزبائن الظاهرية أو الخفية" (Guy, 2000, p. 57).

كما عرفها (Joseph Juran) بأنها " Fitness for use or purpose " أي " الملائمة للغرض أو للاستعمال". (Juran, 2005, p. 66).

أما هيئة المواصفات البريطانية (The British Standards Institution (BST) فتُعرّف الجودة بأنها "مجموعة صفات وملامح وخواص المنتج أو الخدمة بما يرضي ويشبع الاحتياجات الملحة والضرورية" (أبو النصر م.، 2015، صفحة 30).

و عرفها العالم (Edward Deming، 1986) بأنها "توقع احتياجات الزبون الحالية والمستقبلية" (الصرن، 2016، صفحة 17).

أما (Kauro Ishikawa) فعرف الجودة بأنها " تلك العملية التي يتسع مداها لتشمل جودة العمل وجودة الخدمة وجودة المعلومة والتشغيل وجودة القسم والنظام وجودة المورد البشري وجودة الأهداف وغيرها" (سعد، 1997، صفحة 72) المشار إليه في (العيشاوي، 2013، صفحة 21).

ويرى (Ph.Crosby, 1979): بأن الجودة هي "المطابقة مع المواصفات" (الحراشنة، 2011، صفحة 25)

أما (Gilmore) فيعرفها بأنها "درجة مطابقة منتج معين لتصميمه أو مواصفاته" (زين الدين، 1996، صفحة 193) الذي أشار إليه (بوهزة و فارس، صفحة 121).

أما فيليب كوتلر أحد رواد التسويق فيعرف الجودة بأنها: " هي مجموع مزايا وخصائص المنتج أو الخدمة التي تملك القدرة على تلبية الاحتياجات المحددة أو الضمنية" (Art Weinstein & william , 1999, p. 64)

وقد حدد (Gravin ،1988) مجموعة من الأبعاد والتي ظهرت في أدبيات الفكر الإداري للوصول للمفهوم المشترك التي يمكن من خلالها الحكم على جودة منتج أو خدمة معينة كمايلي (علوان، 2013، الصفحات 20-22):

1. ملائمة المنتج للاستخدام الذي يرضي المستهلك وفقا لما يريده من مواصفات وهذا يتفق مع تعريف فيجينيوم للجودة والتي تعني تحقيق رغبة المستهلك؛
2. مستوى الأداء: تتعلق بالخصائص الوظيفية للمنتج وتشمل الدقة والقدرة في قياس الخصائص التي تحقق رغبة المستهلك؛
3. المطابقة: أي مدى مطابقته للمواصفات التي يرغبها المستهلك وهو يتفق مع تعريف جوران للجودة " ملائمة المنتج للاستخدام"؛
4. مدخل يعتمد على التصنيع: أي صنع منتجات خالية من العيوب ومطابقتها للمعايير والمواصفات المطلوبة وهو يطابق تعريف الجودة بالنسبة لليابانيين "إعمل الشيء من أول مرة" ، وأيضا مع تعريف كروسي " صفر عيوب"؛

5. القيمة وتحديد الخدمة من خلال عناصر السعر، أي مقارنة خصائص المنتج أو الخدمة مع رغباته وسعر شراؤه.

ويختلف مفهوم الجودة من وجهة نظر الزبون منه عن المصنع، فالزبون يبحث عن تحقيق إشباع معين بالسعر الذي يرغب فيه، أما الصانع فيرى الجودة من عدة نواحي، كالتصميم، الأداء، المطابقة للمعايير المفروضة، العمر الافتراضي.. الخ (العنزي، 2002، صفحة 295) الذي أشار إليه (بولصباغ، 2015، صفحة 13).

في الأخير ومن خلال التعاريف السابقة يرى الباحث أن الجودة هي خصائص تتوفر في المنتج أو الخدمة و تشمل السعر تهدف في الأخير إلى إشباع حاجيات الزبون.

الفرع الثاني : تعريف الخدمات الصحية

عرفها (مدكور، 1997، صفحة 198) بأنها "مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة والأخرى الغير الملموسة والتي تحقق إشباعا ورضا معيناً للمستفيد".

وعرفها (Choi and all, 2005: 142) بأنها: "المنتجات الملموسة وغير الملموسة التي تقدمها المستشفيات والمستوصفات والمراكز الصحية، والعيادات، والجهات ذات العلاقة بغرض المحافظة على سلامة الإنسان الجسمية والعقلية" (بولصباغ، 2015، صفحة 61).

كما عرفها (قطاش، الشاعر، و الصفدي، 2020، صفحة 11) بأنها " مجموع الخدمات والإجراءات والرعاية الصحية الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث أمراض وانتشارها"، وقد عرّفوا أيضا مصطلح الرعاية الصحية بأنها خدمات تقدم من طرف أحد أعضاء الفرق الطبية للأفراد سواء في عيادات خاصة أو المستشفيات الحكومية، أو العناية التمريضية من طرف الممرضين أو التحاليل التشخيصية التي تقدم في المختبر، وقد تكون هذه الخدمات علاجية أو عبارة عن توضيحات ومعلومات عن مرض ما وطرق الوقاية منه.

و تعرّف على أنها خدمات تقدمها منظمات صحية للمجتمع، مثل حملات التطعيم واللقاحات الموسمية والأدوية الضرورية، ورعاية الأمومة والطفولة ورعاية المسنين (مكرم، 152، 2006) المشار إليه في (بولصباغ، 2015، صفحة 60).

واستنادا إلى ما سبق يمكن القول بأن الخدمات الصحية هي خدمات ملموسة وغير ملموسة، فالملموسة تتمثل في التشخيص وتقديم الدواء وإجراء التحاليل بالإضافة إلى الإقامة والتغذية في المراكز الصحية، أما الغير ملموسة

فتمثل في تقديم المشورة والمعلومات والنصائح حول الأمراض وطرق الوقاية منها وكيفية تعامل الطواقم الطبية مع المرضى وإستقبالهم.

الفرع الثالث: تعريف جودة الخدمات الصحية

تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها: " تحقيق احتياجات المريض بتكلفة مقبولة"، وفي تعريف آخر لخيري الصحة العالميين (ميلتون روم وكارلوس مونتويا): إذ يريا بأن الجودة هي " رضا المريض عما قدم له من خدمات صحية والذي يتوقف على مدى التطابق بين مستوى هذه الخدمات من ناحية وتوقعات واحتياجات المريض من ناحية أخرى" (يوسف، 2016، صفحة 256).

ويعرفها عوض خلف العنزي بأنها " كافة الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات أو رغبات صحية لطالبي الخدمة الصحية" (مدحت، صفحة 195).

كما تعني " تعظيم رضا المريض أولا وأخيرا بغض النظر عما إذا كانت مؤسسات الرعاية الصحية تحقق الربح أو الخسارة في تطبيقها لأنظمة وفعاليات الرعاية" (Donabedian،1989) المشار إليه في (العلي، 2010، صفحة 301).

ومن أجل إعطاء مفهوم أكثر دقة مع الواقع قمنا بمقابلة مجموعة من المرضى من أقسام مختلفة في المؤسسة الاستشفائية رزيق البشير مدينة بوسعادة خلال شهر جانفي 2022، وسألناهم عن وجهة نظرهم لمفهوم جودة الخدمات الصحية وكانت إجاباتهم كما في الجدول رقم (1-2):

جدول رقم (2، 1): مفهوم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مرضى مستشفى مدينة بوسعادة.

القسم	المريض	الجنس	السن	مفهوم جودة الخدمة الصحية من وجهة المريض
قسم الاستعجالات	المريض 01	أنثى	51	المعاملة وحسن الاستقبال
	المريض 02	ذكر	42	التشخيص الجيد
قسم الأطفال	أب لطفل عمره 05 سنوات	ذكر	40	عدم التسرع في العلاج
	أم لرضيع مريض	أنثى	37	توفر الطبيب الأخصائي

الاستقبال الجيد وعدم الانتظار كثيرا	30	أنثى	أم لطفل صغير	
عدم تأجيل العمليات الجراحية وتوفيرها وإجرائها حتى في العطل الأسبوعية	55	ذكر	المريض 06	قسم جراحة العظام
توفر الطبيب الماهر	37	ذكر	المريض 07	
توفر الدواء	45	أنثى	المريض 08	قسم الأورام
اتفاق الأطباء حول الطريقة المناسبة للعلاج	39	أنثى	المريض 09	

المصدر: من إعداد الباحث.

من خلال كل ماسبق يرى الباحث أن مفهوم جودة الخدمات الصحية يشمل مجموعة من النقاط المهمة كما يلي:

- (1) المعاملة الحسنة للمريض وحسن استقباله؛
- (2) التشخيص الجيد للحالة وتقديم الاستشارة المناسبة له، حيث يقطع المرضى مسافات طويلة فقط عند سماعهم لطبيب متمكن، ونجد طوابير طويلة لأطباء عامين ليسوا مختصين فقط لتمكنهم من عملهم ودقة تشخيصهم مثل الطبيب العام: إبراهيم لدغم شيكوش في بلدية مجدل ولاية المسيلة؛
- (3) التكلفة المقبولة، فالمريض مستعد بأن يدفع مبالغ مهمة لكن دائما في حدود المعقول فالرواتب في الجزائر عموما منخفضة، وبطاقة الضمان الإجتماعي غير مفعلة في دفع الاستشارات الطبية ويضطر المريض في كل زيارة للطبيب لتحمل تكاليف الكشف رغم وجود التأمين؛
- (4) النظافة التي تشمل نظافة المكان والمعدات.

المطلب الثاني: خصائص الخدمات الصحية وأنواعها

قبل التطرق لخصائص الخدمات الصحية نذكر خصائص الجودة التي هي سبب في رضا الزبون عن الخدمة أو المنتج، هذه الخصائص يمكن تقسيمها إلى الأنواع التالية حسب (هوام جمعة، 379، 2011) (مجموعة من المؤلفين، 2011):

1. الجودة Quality: هي المظهر الوظيفي للمنتج أو الخدمة؛

وهي تعبر عن الإجابات للأسئلة التالية: هل ملمسها جيد؟، هل تعمل بشكل جيد؟، هل تؤدي الغرض المطلوب؟

2. التكلفة Cost: قيمة المنتج أو الخدمة؛

هل تكلفتها معقولة؟، هل جودتها مقارنة بالمنافسين في السوق موثوق منها؟، هل هي قيّمة؟؛

3. الأمان Safetly: وهي أحد أهم الخصائص بالنسبة للجودة، هل المنتجات أو الخدمات آمنة

للمستخدمين؟، هل التراكيب المكونة للمنتج غير مضرّة بالصحة؟، هل هي مطابقة لمواصفات الأمان؟؛

4. التسليم Delivery: وقت التسليم مهم للزبون، فقد يكون الطلب ملح وعاجل لكن التسليم يستغرق

أشهر، لذلك على المنظمة أن تعمل على أن يكون التسليم موافق لرغبات الزبائن.

الفرع الأول: خصائص الخدمات الصحية

تتمتع الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص غيرها من الخدمات وهذه الخصائص تميزها عن غيرها من المنتجات كما يلي (يوسف، 2016، صفحة 230):

✓ اللاملموسية: وتعني عدم إمكانية رؤيتها أو لمسها، وقد تكفي عدة كلمات لتشخيص مرض ما؛

✓ صعوبة الفصل بين إنتاج الخدمة واستهلاكها: أي أن لحظة إنتاجها هي نفسها لحظة إستهلاكها؛

✓ عدم التجانس: صعوبة إعطاء نفس النتائج مع جميع المرضى على الدوام؛

✓ عدم التملك: فالزبون يمكن أن ينتفع منها ولا يستطيع الانتفاع بحق إمتلاكها.

بالإضافة إلى الخصائص التي سبق ذكرها توجد خصائص أخرى تميز الخدمة الصحية عن غيرها حسب (البكري،

2015، صفحة 59) المشار إليه في (الصيرفي، 2016، صفحة 19، 20) منها:

1. تتميز خدمات المستشفيات بكونها عامة تهدف إلى تقديم منفعة عامة للجُمهور؛

2. تتميز بدرجة عالية من الأداء فهي تخضع للرقابة الإدارية الطبية لكونها مرتبطة بحياة الإنسان وليس بأي شيء مادي آخر؛

3. ترتبط مؤسسات الخدمات الصحية وتتأثر بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت عامة أو خاصة؛

4. توزع قوة القرار في المنظمات الصحية بين مجموعة من الإداريين والأطباء على عكس منظمات الأعمال التي يكون فيها القرار بيد فرد واحد أو مجموعة من الأفراد الذين يمثلون قمة الإدارة؛

5. وجوب الإتصال المباشر بين الممرض أو الطبيب أي مقدم الخدمة والمستفيد فلا يمكن حصول الخدمة الصحية إلا بحضور المريض من أجل الفحص والتشخيص أو إجراء التحاليل أو الأشعة؛

6. الصعوبة في تطبيق بعض المفاهيم الاقتصادية المطبقة في الخدمات الأخرى وتطبيقها على الخدمات الصحية بكونها مرتبطة بحياة الإنسان؛

7. عدم التأخر أو الاعتذار للاستجابة للخدمة الصحية لأن ذلك يعتبر إخفاق في المهمة، حيث يستوجب الاستعداد لتقديم الخدمة في ساعات الذروة أو في المناسبات أو المواسم التي يكثر فيها الطلب على الخدمة.

وقد أضاف (مذكور، 1997، صفحة 198) بعض الخصائص منها:

1. أن لكل طبيب أو أخصائي "مقدم الخدمة" تخصص معين في مجال محدد من الخدمات الصحية؛

2. لا يمكن لطبيب واحد أن يعالج أكثر من زبون واحد في نفس الوقت في بعض الحالات، وهي

لا تنطبق على كافة الخدمات الصحية مثل حملات التوعية الصحية.

الفرع الثاني: أنواع المستشفيات

قبل التطرق لأنواع الخدمات الصحية وجب الإشارة لتصنيف المستشفيات التي تختلف حسب الهدف وفيما يلي أهم التصنيفات (جلدة، 2007، الصفحات 41-35):

1. نمط الملكية والإشراف: ويمكن تقسيم المستشفيات حسب هذا المعيار إلى:

أ. مستشفيات حكومية: هي مؤسسات تملكها الدولة وتقوم على رعاية شؤونها ومصالحها ويعتبر هذا النوع من المستشفيات الأكثر انتشارا في العالم خاصة في البلدان الاشتراكية سابقا حيث تقدم خدماتها للمواطنين بشكل مجاني، والكثير من الدول تأخذ على عاتقها مسؤولية بناء المستشفيات، كما يجب الإشارة لنوع من هذه المنظمات، وهي المستشفيات العسكرية التابعة للدولة وتقدم خدماتها لفئة معينة تتمثل في العسكريين وعائلاتهم.

ب. المستشفيات الخاصة: تشمل جميع المستشفيات باستثناء التي تتبع الدولة أو الحكومة المركزية أو المحلية، منها منظمات تعود لأطباء يعملون لحسابهم الخاص، أو مستشفيات دينية، وتنقسم إلى مؤسسات ربحية وأخرى ذات طابع غير ربحي.

2. الربحية Profit يمكن أن نميز بين ثلاث أنواع من المستشفيات:

أ. مستشفيات حكومية لا تهدف للربح وهي مستشفيات تقوم الدولة بتأسيسها من أجل تقديم خدمات طبية للمواطنين مقابل أجور رمزية؛

ب. مستشفيات خيرية طوعية تدار من خلال الجهات الخيرية جمعية أو منظمة دينية ويكون الهدف خدمة الصالح العام دون غرض مادي أو أي فائدة من وراء عملهم؛

ت. مستشفيات تهدف للربح وهي مستشفيات خاصة تعود ملكيتها إلى أفراد أو مجموعة هم على الأغلب من الأطباء، تقوم بتقسيم أرباحها التي تكتسبها من المرضى على مؤسسيها ومالكها وعلى المشاركين فيها، وهي منتشرة بشكل كبير في الدول الرأسمالية؛

3. مدة المكوث Stay Period هذا التصنيف على أساس مدة المكوث في المستشفيات قد تكون المدة طويلة أو قصيرة؛

أ. مستشفيات قصيرة الأمد Short Term Care Hospital وهي مستشفيات يمكث فيها المريض مدة أقل من ثلاثين يوماً ومنها المستشفيات العامة و مستشفيات الولادة والأطفال؛

ب. مستشفيات طويلة الأمد Long Term Care Hospital يكون فيها معدل المكوث أكثر من ثلاثين يوماً وهي متخصصة لمعالجة الأمراض المزمنة مثل مستشفيات الصحة النفسية؛

4. نوع الخدمة Kind of Service حسب نوع الخدمة مؤسسات عامة وأخرى متخصصة كما يلي:

أ. مستشفيات عامة: تعالج فيها جميع أنواع الأمراض الباطنية والنسائية وتجرى فيها العمليات الجراحية؛
ب. مستشفيات متخصصة: تعالج فيها أمراض معينة أو اثنين فقط من التخصص الطبي خاصة تلك التي تحتاج لرعاية مركزة وخاصة، ومن أمثلة المستشفيات المتخصصة:

- مستشفى أمراض القلب؛

- مستشفى الأمراض الباطنية؛

- مستشفى الأمراض العصبية؛

- مستشفى العلاج الطبيعي؛

- مستشفى أمراض الكلى والمسالك البولية؛

- مستشفى أمراض النساء والولادة؛
- مستشفى الأطفال؛
- مستشفى العظام؛
- مستشفى مدمني المخدرات.

هذه المستشفيات المتخصصة قد تكون عامة أو خاصة ومن مميزاتنا أنها تدار بكفاءة عالية وتحتوي على أجهزة حديثة ومتطورة؛

5. حسب الحجم وتصنف حسب هذا المعيار إلى ثلاث أنواع وهي:

- أ. مستشفيات صغيرة الحجم تخدم تجمعات سكانية قليلة عادة عدد الأسر فيها لا يتجاوز 120 سرير؛
- ب. مستشفيات متوسطة الحجم تخدم تجمعات سكانية متوسطة وتتراوح سعتها السريرية ما بين 120 و500 سرير؛
- ت. المستشفيات الكبيرة وهي مستشفيات تتواجد في العواصم ومراكز المدن الكبيرة تحتوي عادة على خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها أغلب المستشفيات تبلغ السعة السريرية فيها أكثر من 1000 سرير.

الفرع الثالث: أنواع الخدمات الصحية

تنقسم هذه الخدمات إلى نوعين خدمات مرتبطة بصحة الفرد وخدمات مساعدة (كوتلر، 2009، صفحة 318،319):

أولاً: خدمات طبية مرتبطة بصحة الفرد وتؤدي عبر الأقسام التالية:

- قسم الأمراض الداخلية Internal medical dept؛
- قسم الأمراض الجراحية Surgery dept؛
- قسم الأطفال Pediatrics dept؛
- قسم التوليد وأمراض النساء Obstetrics and Gynecology؛
- قسم أمراض الرأس؛
- قسم العلاج الطبيعي (المعالجة الفيزيائية) Physical medicine rehabilitation dept؛
- قسم التخدير والإنعاش؛
- قسم الإسعاف والطوارئ Emergency dept؛
- قسم العيادات الخارجية Outpatient dept؛

- طبابة العاملين
- قسم المختبر Laboratory
- قسم الأشعة Radiography dept

ثانيا: خدمات طبية مساعدة وتشمل كل مايتعلق بالرعاية داخل المستشفى وتتضمن:

- خدمات التمريض Nursing services
- خدمات الصيدلية Pharmacy

وحسب أغلب النظم الصحية العالمية تنقسم الخدمات الصحية إلى قسمين (بحار، 2019، صفحة 126) كما في الجدول رقم(2،2)

جدول رقم(2،2): أنواع الخدمات الصحية.

الخدمات الصحية الوقائية	الخدمات الصحية العلاجية
تتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع ويطلق عليها أيضا اسم "الخدمات الصحية البيئية العامة"	تتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة الفرد مباشرة
وتشمل:	تشمل:
<ol style="list-style-type: none"> 1) خدمات التطعيم ضد الأمراض والأوبئة. 2) خدمات رعاية الأمومة والطفولة. 3) خدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض. 4) خدمات الرقابة الصحية على المتاجر ومحلات الحلاقة والتجميل. 5) خدمات الرقابة البيئية على وحدات الانتاج الصناعي والزراعي. 6) خدمات التوعية الصحية. 7) خدمات الحجر الصحي. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) خدمات التشخيص. 2) خدمات العلاج وتشمل العلاج الدوائي المباشر داخل المنزل والخدمات المساندة داخل المستشفيات مثل الرعاية السريرية والتدخل الجراحي.

المصدر: بحار سعد عباس علي، تأثير المزيج الترويجي على الخدمات الصحية، ص126.

و هناك من يصنف خدمات الرعاية الصحية إلى ثلاثة أنواع (غواري، 2020، الصفحات 24-45):

1. **خدمات الصحة العامة:** وهي موجهة نحو المجتمع بهدف حماية صحة أفراد المجتمع وعادة ما تتولى الدولة تقديم هذه الخدمة وتشمل مايلي:
 - أ. خدمات الصحة العمومية من مكافحة الأمراض المعدية والقضاء عليها وحماية الأمومة والطفولة وكذا الاحصاءات ووضع التشريعات والسياسات التي تكفل حفظ الصحة العامة؛
 - ب. خدمات الارتقاء بالصحة وهي خدمات تتعلق بسلوكيات الأفراد وكل مايتعلق بالتغذية الصحية وممارسة الرياضة كما تشمل النظافة الشخصية؛
2. **خدمات الصحة البيئية** وهي موجهة لتوفير البيئة الصحية السليمة، ونظافة البيئة وقضايا السكان وسلامة الهواء ومكافحة الحشرات والقوارض الضارة، ومعالجة المياه والتخلص من النفايات والسيطرة على المواد المشعة؛
3. **خدمات الصحة الشخصية** وهي خدمات تقدم للفرد من قبل جميع المعنيين وتشمل خدمات الرعاية الخارجية التي لا تشمل الإيواء وتقدم في العيادات الخاصة ومراكز العلاج، وخدمات الرعاية الداخلية التي تشمل الإيواء حيث تقتضي بعض الحالات الإقامة بالمستشفى، كما تشمل أيضا خدمات الصحة الوقائية كحملات التطعيم وخدمات التشخيص المبكر لبعض الأمراض، وأيضا خدمات إعادة التأهيل والعلاج طويل الأجل.

المطلب الثالث: أهمية وأهداف جودة الخدمات الصحية

إن العمل على تحقيق الجودة هو أسلوب إداري يهدف إلى تحسين أداء المنظمات من جميع النواحي، وتكمن أهمية الجودة في تقديم خدمات ومنتجات ضمن تطلعات الزبائن وبأقل تكلفة وفي هذا المطلب سوف نتطرق لأهمية جودة الخدمات الصحية كما تناولتها الأدبيات السابقة، وكما يراها بعض الموظفين الذين تمت مقابلتهم، وأخير تحديد الأهداف المرجوة من تحقيق هذه الجودة.

الفرع الأول: أهمية جودة الخدمات الصحية

يرى (حمود خ.، صفحة 78) أنه منذ بداية الثمانينات من القرن الماضي بدأ العديد من الباحثين والاختصاصيين بمختلف توجهاتهم الفكرية بالاهتمام بالفلسفات والمركزات التي استندت عليها التوجهات اليابانية المتعلقة بالجودة والتي أصبحت ملتصقة بالمنتجات اليابانية، حيث تجاوزت الجودة المفاهيم القديمة التي تقترن بالتكاليف التشغيلية الكبيرة فالتجربة اليابانية أكدت على أن تحقيق كل من النوعية والتنافسية العالية يمكن أن يكون بتكاليف أقل عن طريق توظيف واستثمار القدرات والمواهب البشرية في مختلف الأقسام، والمشاركة التعاونية للمعطيات المادية والبشرية في العملية الإنتاجية، حيث تساهم هذه العمليات بصورة لا تقبل الشك على التأثير في العملية الإنتاجية بصورة هادفة لتحقيق الإشباع الأمثل، وكل هذا يحدث من خلال الاستخدام الهادف لإدارة الجودة.

وقد لخص (جاد الرب، 2008، صفحة 310،309) أهمية الجودة في مجموعة من النقاط:

1. زيادة شهرة المنظمة؛
2. تعظيم القوة التنافسية للمنظمة؛
3. زيادة عدد الأسواق وبالتالي تحسين المبيعات؛
4. ضمان الربحية؛
5. تخفيض التكاليف التسويقية؛
6. الجودة العالية تؤدي إلى تخفيض المسؤولية القانونية نتيجة تقليل العيوب والأعطال؛
7. تخفيض التكاليف فالجودة العالية لاتعني بالضرورة تكاليف مرتفعة؛

وتعد الخدمات الصحية أعلى أنواع الخدمات حيث وصل حجم الإنفاق العالمي إلى تريليوني دولار، وتعود هذه الأهمية الكبيرة لعلاقتها بصحة الفرد والمجتمع وهي تعد أحد أهم المعايير المستخدمة في قياس تقدم الشعوب، فالقطاع الصحي يلعب دورا مباشرا في رفاة المجتمع واستقراره لارتباطه بحياة الفرد اليومية، فالمجتمع بحاجة لخدمات صحية يومية مثل خدمات الطوارئ والفحص من أجل ضمان صحته وصحة المجتمع والوقاية من الأمراض، ومن بين المؤشرات الدالة على أهمية القطاع الصحي مؤشر الإنفاق الكلي للصحة (يوسف كافي، 2017، صفحة 100).

كما يمكن توضيح هذه الأهمية التي تتزايد بمرور السنوات في النقاط التالية (يوسف كافي، 2017، صفحة 102،103):

1. تعتبر الصحة الموضوع الأهم الذي يهتم به كل فرد من أفراد المجتمع ويتبادلون حوله النصائح؛
2. الخدمات الصحية تمتاز بتكاليفها الكبيرة، وخاصة العمليات الجراحية وتجهيزاتها المعقدة؛
3. العدد الكبير من العاملين في القطاع الصحي فالمستشفى يحتاج إلى مزيج من العمال الإداريين والأطباء والمرضى بجميع أنواعهم؛
4. تنوع الاختصاصات والمهن والوظائف في القطاع الصحي من اختصاصيين وأطباء عامون، صيدلة وعمال مهنيين، ممرضين، قابلات و متصرفين ومحاسبين... الخ؛
5. كثرة المحتاجين للخدمات الصحية؛
6. الأرباح الكبيرة التي تجنيها هذه المؤسسات من هذا النوع من الخدمات.

الفرع الثاني: أهداف جودة الخدمات الصحية

قبل التطرق لأهداف جودة الخدمات الصحية نقوم بتحديد أهداف الجودة والتي يمكن تقسيمها إلى قسمين حسب (مأمون و الياس، 1999، صفحة 103) المشار إليه في (المحياوي، 2006، صفحة 38):

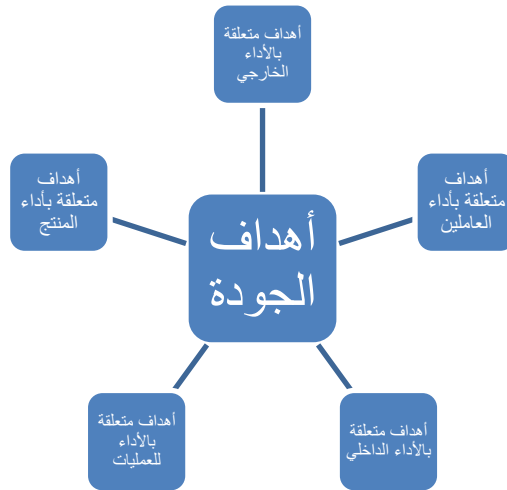
1. أهداف تخدم ضبط الجودة: تتعلق بالموصفات والمعايير التي تعتمدها المؤسسة وتعمل على المحافظة عليها، مثل مواصفات الأمان، العمر الافتراضي .. الخ وهي عملية بعدية، تهدف إلى إجراءات تؤدي إلى تغيرات على مستوى المنتج وإجراءات من أجل التصحيح؛
2. أهداف تحسين الجودة: والغرض منها التقليل من الأخطاء أي أنها عملية على مستوى خطوط الإنتاج قبل إنهاء المنتج، من أجل زيادة رضا العملاء؛

وضمن هذا التقسيم للأهداف بنوعيه، تندرج خمس فئات كما يلي:

1. أهداف الأداء الخارجي للمنظمة المتعلقة بمحيط المؤسسة الخارجي من الأسواق والمجتمع؛
2. أهداف أداء المنتج أو الخدمة و تتناول كل ما يتعلق برضا الزبائن؛
3. أهداف العمليات وتتناول فاعلية العمليات وقابليتها للضبط؛
4. أهداف الأداء الداخلي وتتناول قدرة المنظمة على الاستجابة لتغيرات محيط العمل؛
5. أهداف الأداء للعاملين وتتناول كل ما يتعلق بالموارد البشري من تحفيز وتنمية للمهارات وتطوير العاملين.

والشكل رقم(2-1): يلخص هذه الأهداف

شكل رقم (2، 1): أهداف الجودة.



المصدر: مُجَّد عبد الفتاح الصيرفي، الإدارة الرائدة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص 207.

و يرى (Manochehri,2014) أن أهداف الجودة يمكن حصرها فيما يلي (عياد، 2017، صفحة 15):

1. زيادة قدرة المنظمة على المنافسة؛
2. مرونة المنظمة وقدرتها على تجنب المخاطر المفاجئة، وعلى انتهاز الفرص المتاحة والاستثمارات الواعدة في السوق؛

3. زيادة الإنتاجية؛

4. خلق ثقافة الجودة عند الموظفين؛

5. العمل على التحسين المستمر في جميع الأقسام وكل المستويات؛

6. زيادة ربحية المؤسسة وقدرتها الكلية على النمو.

وهناك من يعتقد أن الهدف من الجودة هو المنتج أو الخدمة فالمنظمات تسعى بكل إمكانياتها لإخراج منتج أو خدمة مميزة تكسب رضا المستفيد، وبالتالي تحقق الأهداف الربحية للمنظمة التجارية، أو الأهداف الاجتماعية بالنسبة للجمعيات الخيرية أو المنظمات الغير ربحية، ومن هذا المنطلق تتحقق أهداف أخرى منها (أبو النصر م.، 2015، صفحة 51):

1. خفض التكاليف: وتعني تقليل الأخطاء وإنجاز الأعمال من أول مرة؛

2. اختصار وقت إنجاز المهمات: وهذا عن طريق التقليل من العمليات؛

3. رفع مستوى العاملين بالمؤسسة: احترام العمل والتدريب المستمر من أجل تحقيق الجودة في كل المراحل؛

4. تكوين بيئة تحافظ وتدعم التطوير المستمر؛

5. تقليل زمن العمل المتكرر، والمهام عديمة الفائدة.

أما بالنسبة لأهداف جودة الخدمات الصحية فيرى كل من (خرمة) و(سعد) و(خوجه) عدة عناصر أشار إليها (السيد ر.، 2016، صفحة 49، 50):

1. ضمان الصحة النفسية والبدنية للمرضى؛

2. تقديم خدمة صحية متميزة تُرضي المريض وتجعله وسيلة تسويقية فاعلة لتلك المنظمة؛

3. قياس ومعرفة آراء المرضى فيما يخص الخدمات الصحية المقدمة لهم، من أجل التخطيط وإعداد البحوث

الإدارية ووضع السياسات المتعلقة بالصحة؛

4. تعزيز وتحسين قنوات الاتصال بين المرضى ومقدمي الخدمة؛

5. زيادة أداء المنظمات في تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية؛

6. الرفع من مستويات الخدمات إلى مستويات أفضل فتحقيق رضا المريض هو الأساس من تطبيق الجودة؛

7. الرفع من معنويات الموظفين عن طريق زيادة الثقة فيما بينهم وتشجيع العمل التنافسي من أجل الحصول

على أفضل النتائج.

وفي مقابلة أجريناها مع أحد موظفي الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية بوسعادة (سبتمبر 2022)، عن أهم أهداف جودة الخدمة الصحية في الجزائر، قال بأن مقدمي الخدمة الصحية في الجزائر يضعون في مقدمة أهدافهم الجانب الإنساني فالاحترافية وتمكن بعض موظفي الصحة من أطباء وأخصائيين وممرضين والعمل لساعات إضافية

ليس لها مقابل مادي في المؤسسات الصحية العمومية وإجراء عدد كبير من العمليات الجراحية لا يؤدي إلى زيادة الرواتب أو المنح للطواقم الطبية بل الأجور ثابتة وبالتالي يعتبر الدافع الإنساني هو الأهم لدى فئة كبيرة من العاملين.

المطلب الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية

هناك تباين في تحديد الأبعاد الأساسية الخاصة بالخدمات بين الباحثين قبل سنة 1985، فعددت الدراسات التي تناولت مفاهيم جودة الخدمات وأبعادها دون أن تتعمق في كيفية قياسها وتقييمها قليل، وتنسب أول محاولة لقياس جودة الخدمات إلى Parasurman et al (1985) عن طريق نموذجهم الشهير Serqual (السيرفكوال) المطور من طرف نفس الباحثين 1988 لقياس ما يعرف بالفجوات الخمس وقد نال قبول معظم الباحثين بسبب مصداقيته في قياس الفجوات ما بين توقعات الزبائن للخدمات وإدراكهم الفعلي للخدمة المحصل عليها ويتضمن هذا المقياس خمسة أبعاد (كورتل، صفحة 226، 227)، وفيما يلي عرض لهذه الأبعاد:

الفرع الأول: بعد الملموسية Tangibles

الملموسية تشير إلى المعدات المادية والبشرية من مواد ومباني ومعدات الاتصالات المستخدمة في تقديم الخدمة الصحية والتجهيزات اللازمة للمرضى بالإضافة للمظهر الخارجي للعاملين وصالات الانتظار كما تشمل على الأدوات المستخدمة في التشخيص، المظهر الخارجي لمقدي الخدمة وأماكن الاستقبال والتي يجب أن تكون نظيفة وأخيرا الوصفات الطبية التي يجب أيضا أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى وكل هذا يساهم في إقبال المرضى وعودتهم لنفس المنظمة الصحية، كما يدخل في هذا البعد الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والبرامج التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والكتب ومظهر المرفق الصحي ونظافته ونظافة الأجهزة والمعدات وحداتها ونظافة العاملين وملابسهم ومظهر الديكور والتصميم الداخلي للمبنى (كافي، 2021، صفحة 245، 246).

إن جاذبية المباني والطابع الجمالي لها ونظافة العمارات تهيء المريض نفسيا و تزيد من رضاه ورضى مرافقيه حيث تلعب الجوانب النفسية دورا مهما في العلاج، كما تشكل الملاحق التي تتبع المباني من موقف للسيارات والمحلات، وتوفر المشروبات والمأكولات الخفيفة والأزهار كلها تساهم في تسهيل تقديم خدمة ذات جودة عالية (حاروش، 2012، صفحة 225).

من هذه التعاريف يمكن أن نلخص بُعد الملموسية في هذه النقاط:

1. التجهيزات والمعدات الطبية مثل أجهزة التنفس والإنعاش والراديو بأنواعه؛
2. الأثاث من مكاتب وخزائن وكراسي حديثة، الديكور وجاذبيته؛

3. الأدوية الضرورية والتحاليل اللازمة لمعظم الأمراض؛
4. المظهر العام للمؤسسة بالإضافة لمرافق المؤسسة مثل: قاعات الانتظار ومكاتب الأطباء والعاملين، المساحات الخضراء، غرف المرضى، الأجهزة الآلية لبيع المشروبات؛
5. نظافة المؤسسة واستخدام أدوات التنظيف والتعقيم، لبس القفازات الطبية؛
6. لباس وهندام الموظفين سواءا بالنسبة للطواقم الطبية أو الإداريين.

الفرع الثاني: بعد الاعتمادية Reliability

تشير إلى مقدرة مقدم الخدمة في تقديم الخدمة التي وعد بها بشكل دقيق يعتمد عليه، وتشمل الاعتمادية مجموعة من الخصائص منها كيفية أداء العامل لوظيفته أثناء العمل في الظروف العادية وفي مدة محددة، وأيضاً أداء العمل بشكل صحيح من المرة الأولى و التي تعتبر الأكثر أهمية من طرف المرضى كما تشمل أيضاً أداء الخدمة كما وعد بها وفي الوقت المحدد (كافي، 2021، صفحة 243).

وتعني أيضاً أن المريض عندما يتوجه للمستشفى في حالة استعجال يعرف جيداً بأن موظفي المستشفى يقدمون الخدمات بالدقة المطلوبة وفي المواعيد وبدون أخطاء سواء في الفحص أو العلاج كما توجد عدة تخصصات مختلفة في حال ما احتاجت حالته الصحية لذلك (حاروش، 2012، صفحة 228).

و يمكن أن نلخص بُعد الاعتمادية في النقاط التالية:

1. الدقة في التشخيص وعدم حدوث أخطاء في تقديم الخدمات الصحية؛
2. الانضباط في المواعيد، و الالتزام بتقديم الخدمات وفق ما هو مخطط له وبدقة؛
3. تسليم نتائج الفحوصات المخبرية أو الأشعة وغيرها من الخدمات وفق الموعد المحدد؛
4. شهرة المنظمة الصحية بثقة المستفيدين من خدماتها.

الفرع الثالث: بُعد الاستجابة Responsiveness

تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعته في الاستجابة لطلبات المرضى والرد على تساؤلاتهم وهي تعني وتعكس رغبة مقدم الخدمة في تقديم المساعدة السريعة للمريض واستعداده لتقديم الخدمة بشكل دائم ولجميع المرضى دون تمييز وهذا من طرف جميع موظفي الخدمات الصحية كما يشمل حسن التعامل والتعاون معهم، ويجب أن تكون الاستجابة في الوقت المناسب، وبالتالي هي تشمل المتغيرات التالية: الاستجابة الفورية والاستعداد الدائم للتعاون مع المريض وأيضاً

الرد السريع لاستفسارات المرضى وشكاويهم ويمكن القول أن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية تعني أن الموظفين قادرين على الاستجابة السريعة في جميع الأوقات لجميع الحالات المرضية فضلا عن المبادرة من أجل مساعدة المرضى والإجابة على استفساراتهم وشكاويهم (كافي، 2021، صفحة 243، 244).

أي أن الاستجابة تشمل:

1. السرعة في تقديم الخدمات للمرضى؛
2. الاستجابة السريعة لشكاوى المرضى واستفساراتهم؛
3. الاستعداد الدائم للطواقم الطبية لتقديم الخدمات للمرضى؛
4. بساطة وسهولة الإجراءات الإدارية.

الفرع الرابع: بُعد التعاطف Empathy

تعني درجة العناية والرعاية الخاصة بالمريض والعمل على إيجاد الحلول المناسبة له بطرق إنسانية، والاهتمام لمشاكله ومدى فهم مقدم الخدمة للمريض، ويشمل هذا البعد خصائص مثل: وجود الثقة واللباقة والاحترام واللطف والتفهم والإصغاء الجيد والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى والاستجابة لهم بود وعطف والإهتمام الشخصي لهم (كافي، 2021، صفحة 246).

وعموما يشمل بعد التعاطف على النقاط التالية:

- ✓ الاهتمام والعناية الشخصية بالمريض؛
- ✓ تفهم ظروف و احتياجات المريض؛
- ✓ وضع المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة؛
- ✓ احترام عادات وتقاليد المجتمع.

الفرع الخامس: بُعد الضمان Assurace

ويقصد به الخصائص التي يتصف بها العاملون أثناء تقديمهم للخدمات من معرفة متخصصة وقدرة عالية على أداء المهام وثقة يشعر بها المريض داخل المستشفى، كما يشمل أيضا بعد الضمان على سمعة ومكانة المستشفى ومدى امتلاكه لطواقم طبية ماهرة (كافي، 2021، صفحة 244، 245)، وبالتالي فهي تشير إلى مدى الثقة

والضمانة التي يمررها وينقلها مقدم الخدمة بشكل مستمر لحين حصول المريض على القناعة أو الإشباع التام نسبيا (عبد الله، 2013، صفحة 123)

ومنه فإن بعد الضمان يحتوي على:

- ✓ مدى مهارة الطواقم الطبية في تأدية مهامهم؛
- ✓ سرية المعلومات المتعلقة بالمريض؛
- ✓ سمعة المؤسسة الصحية؛
- ✓ إحترام خصوصية المريض.

من خلال ما سبق ذكره في هذا المبحث نستنتج أن هدف جودة الخدمة الصحية هي إرضاء المريض من كل النواحي بدءا بتقديم استشارة وعلاج احترافي ضمن تطلعاته مثل ما هو موجود في المستشفيات العالمية وفق تكاليف مقبولة مع حسن التعامل و عدم التمييز بين المرضى، ومن أجل تحقيق هذا الهدف يتم قياس جودة الخدمة الصحية من خلال أبعاد تشمل قياس مدى توفر الأجهزة والمستلزمات المادية، وقدرة العاملين على الاستجابة للحالات الطارئة ومدى الثقة التي ينقلها مقدم الخدمة والتعاطف الذي يبديه اتجاه المرضى،

ويبدأ لغز تمكين العاملين يتضح من خلال العلاقة بين المريض أو العميل وبين مقدم الخدمة فالموظف يمتلك السر في تحسين نوعية الخدمة من خلال كفاءته وأدائه لعمله أو من خلال ابتسامته الجميلة ومودته وحسن تعامله، أو من خلال سرعته في الاستجابة، وقد تكون من خلال أناقته ولباقته ومجاملته وقدرته على إرضاء المريض بتقديم البدائل المناسبة له وتفهم احتياجاته (السيد م.، 2016، صفحة 166)

المبحث الثاني: رواد وآليات الجودة

نتناول في هذا المبحث أبرز فلسفات رواد الجودة وكذا الجوائز التي تمنحها بعض الدول أو الهيئات للمنظمات المتميزة لتشجيعها على الاستمرارية في تقديم خدمات ذات جودة، ولتكون نموذجا للمنظمات الأخرى.

المطلب الأول: رواد الجودة وجوائز الجودة

هناك العديد من النماذج الرائدة التي قام بوضعها عدد من الباحثين والمفكرين في إدارة الجودة، والتي ساهمت نماذجهم في تحسين كل من جودة العمل والمنتج أو الخدمة، وفي هذا المطلب نذكر أشهر رواد الجودة وبعض الجوائز المعتمدة من طرف الدول لتشجيع منظماتها على اعتماد معايير عالمية للجودة والتي منها جائزة الجزائر للجودة.

الفرع الأول: رواد الجودة وفلسفاتهم

أولاً: وليام إدواردز ديمينغ (1900, 1993) William Edwards Deming

ولد يوم 14 أكتوبر سنة 1900 بمدينة **Sioux City**، درس في عدة جامعات منها كولورادو بالولايات المتحدة **University of Colorado, United States** (1924، ماجستير)، جامعة **Yale University** (دكتوراه في الفيزياء الرياضية، 1928)، كما عمل مستشار إحصائي في مكتب الإحصاء الأمريكي (من 1939 إلى 1945)، و كان مستشارا للأعمال وأستاذا للإحصاء في كلية الدراسات العليا لإدارة الأعمال بجامعة نيويورك بالولايات المتحدة **United States, university New York**، وقد تم تعيينه أستاذا متميزا بجامعة كولومبيا **Columbia University United States** عام 1986، في الثلاثينات من القرن الماضي أصبح ديمينغ مهتما بمراقبة الجودة في الصناعة، وقد قام بإسهامات عديدة في تطوير الجودة وتصحيح أسباب العيوب، في عام 1950 دعاه قادة الأعمال اليابانيين إلى اليابان لتعليم المديرين التنفيذيين والمهندسين حول الأساليب الجديدة، وسرعان ما تبنت الشركات اليابانية أساليبه وحققَت نجاحات عظيمة عالميا، وعرفانا به أسس اليابانيون جائزة سنوية تحمل إسمه " جائزة ديمينغ " توفي سنة: 20 ديسمبر 1993 (Britannica's Website).

تعتبر أفكار ديمينج ومبادئه ملهمة للعديد من الباحثين ورجال الأعمال والمسؤولين الإداريين فهي تعبر عن فلسفة جديدة تقوم على المبادئ الآتية (بوحوش، 2006، الصفحات 104-106):

1. تحسين الإنتاج والخدمات والتركيز على تحقيق الجودة فالربح يأتي كنتيجة لتحقيق الجودة؛
2. وضع فلسفة جديدة تقوم على الرغبة المشتركة والعمل المشترك والتعاون لتحقيق الجودة؛

3. تمكين المشرفين وتحسين العمل الإشرافي في خطوط العمل والإنتاج والتخلص من سياسة التفتيش الكامل؛
4. الإهتمام بالزبون بالدرجة الأولى وليس بالربح فقط الذي تحصل عليه المنظمة؛
5. العمل على التحسين المستمر في الإنتاج وتقديم الخدمات من أجل مواكبة التغيرات ومسايرتها؛
6. يعتبر التدريب من أهم مرتكزات الجودة عند ديمينج بشرط أن تكون له صلة مباشرة بالعمل؛
7. تعتبر القيادة أكبر محفز للعمل وهي التي تصنع جميع الاستراتيجيات المتعلقة بالمنظمة؛
8. الابتعاد عن أسلوب التخويف والترهيب لأن الاهتمام بالجودة يتطلب توفير جو من الثقة والأمان؛
9. كسر وإزالة الحواجز بين الإدارات والأقسام والعمل كفريق واحد لتحقيق هدف واحد وهو الجودة؛
10. الابتعاد عن الشعارات والترغيب واستعمال الحوافز والتركيز على الجودة في العمل؛
11. إن الجودة ليس بالعدد على حساب النوعية ولهذا يجب التركيز على الإنتاج وكيفية إرضاء العملاء؛
12. التشجيع على الإبداع والابتعاد عن الضغوط وتوجيه النقد للموظفين؛
13. إعداد برامج تعليمية وتدريبية ومشاركة الموظفين في حلقات الجودة من أجل إتقان العمل؛
14. وضع نظام من أجل متابعة هذه التغيرات من أجل تطبيق الجودة.

ثانياً: جوزيف م جوران Dr. Joseph Moses Juran

ولد في رومانيا سنة 1904 وهاجر إلى مينيسوتا الأمريكية سنة 1912، أظهر الدكتور جوران اهتماماً شديداً بتعلم المهارات وتطويرها، نال في عام 1924 شهادة في الهندسة الكهربائية واشتغل في شركة **Howthorn Workers**، التابعة لشركة **Western Electric**، وفي هذه الشركة بدأ العمل على تقنيات أخذ العينات الإحصائية ومراقبة الجودة، بعد الحرب العالمية الثانية أصبح جوران أستاذاً للهندسة الصناعية في جامعة نيويورك حيث قام بتدريس مراقبة الجودة، وفي عام 1954 قام بمناقشة نظرياته بدعوة من اتحاد العلماء والمهندسين اليابانيين أين قام بتدريس تقنيات إدارة الجودة الخاصة به في اليابان، حيث أصبحت جزءاً لا يتجزأ من الصناعات الهندسية والتصنيعية في البلاد، أسس الدكتور جوران جائزة تسمى جائزة جوران سنة 1979، لتلعب دوراً رئيسياً في تطوير الصناعات اليابانية ومنافستها للصناعات الأمريكية والأوروبية (Juran's Website).

أنشأ الدكتور جوران "مبدأ باريتو" المعروف أيضاً باسم قاعدة 20/80 والمستمدة من ملاحظات الاقتصادي فيلفريدو باريتو حول الأراضي في إيطاليا والتي كانت مملوكة من قبل 20 بالمائة من السكان، حيث أدرك جوران أنه يمكن تطبيقها أيضاً على قضايا الجودة، وصاغ عبارة فصل " القلة الحيوية" عن "الكثيرين المفيدين" في أنشطتهم، بالإضافة لثلاثية جوران المشهورة باسم ثلاثية الجودة وتتكون من (Juran's Website):

- 1) تخطيط الجودة: وهي مرحلة التصميم التي تنشئ من خلالها المنظمة فهما لاحتياجات عملائها المستهدفين وتحدد ميزات ومواصفات المنتج أو الخدمة وتبتكر العمليات التي ستلبي تلك الاحتياجات؛
- 2) مراقبة الجودة: تتضمن عمليات فحص وتفتيش مستمر وتتبع المقاييس لضمان التحكم في العملية وتلبية المواصفات، وحيثما يتم تحديد العيوب يلزم تحديد الأسباب الجذرية لتمكين اتخاذ إجراءات تصحيحية ووقائية؛
- 3) تحسين الجودة: التحسين الخارق يتطلب تحديد المجالات التي يمكن فيها تحسين العمليات وخلق تغيير منظم من أجل تحقيق أداء متميز ومحسن بشكل ملموس

ثالثا: جوزيف فيليب كروسي (1926،2001) Joseph B Crosby

ولد كروسي في ولاية فرجينيا الغربية في عام 1926، تخرج من جامعة ويسترن ريزيرف، بدأ حياته العملية على خط التجميع في شركة كروسلي سنة 1952، ثم انتقل إلى شركة بنديكس في عام 1955، و بعد عامين غادر ليصبح مهندس جودة أول لشركة مارتينز في فلوريدا، حيث طور ونفذ لأول مرة مفهوم صفر عيوب، بعد أن شق طريقه أصبح كروسي في عام 1965 نائب رئيس الشركة ومدير الجودة في شركة " آي تي تي " لمدة 14 عاما، ونتيجة للاهتمام الذي أظهره في كتابه الجودة مجانية، غادر شركة " آي تي تي " لإنشاء شركته الاستشارية " فيليب كروسي أسوشيتس إنكوربوريتد"، وبدأ في تعليم مبادئ الجودة والممارسات المؤسسية على النحو المنصوص عليه في كتابه، في عام 1985 تم طرح شركته مقابل 30 مليون دولار، وفي عام 1991 تقاعد من " فيليب كروسي أسوشيتس " لإطلاق شركة "Career IV Inc"، وهي شركة استشارية تقدم المشورة بشأن تطوير كبار المسؤولين التنفيذيين (British Library's Website).

وفيما يلي نقدم نهجه الأساسي في الجودة مجانا ملخصة في الخطوات التالية (British Library's Website):

1. **إلتزام الإدارة:** يجب الاعتراف بالحاجة إلى تحسين الجودة واعتمادها من قبل الإدارة، مع التركيز على الحاجة لمنع العيوب فتحسين الجودة مساو لتحسين الربح.
2. **فريق تحسين الجودة:** يجب جمع ممثلين من كل قسم أو وظيفة معا لتشكيل فريق تحسين الجودة، يجب أن يكون هؤلاء الأشخاص الذين لديهم سلطة كافية لإلزام المصلحة التي يمثلونها بالعمل.
3. **قياس الجودة:** يجب تحديد حالة الجودة في جميع أنحاء الشركة، حيث يدعو كروسي إلى تفويض هذه المهمة إلى الأشخاص الذين يقومون بهذه المهمة مما يمهّد الطريق لمنع العيوب في العمل.

4. تكلفة تقييم الجودة: ليس قياس مطلقا للجودة؛
5. الوعي بالجودة: يتضمن ذلك من خلال التدريب وتوفير أدلة واضحة على الاهتمام بتحسين الجودة، مما يجعل الموظفين على دراية بالتكلفة التي تتحملها الشركة من العيوب، ويؤكد كروسي أن عملية المشاركة هذه هي الخطوة الرئيسية في نظرتة للجودة.
6. الإجراءات التصحيحية: ستؤدي المناقشة حول المشكلات إلى تسليط الضوء على الحلول وإثارة عناصر أخرى للتحسين، يحتاج الناس إلى رؤية أن المشاكل يتم حلها على أساس منتظم، يجب أن يصبح الإجراء التصحيحي عادة.
7. إنشاء لجنة مخصصة لبرنامج صفر عيوب: صفر عيوب ليس برنامجا تحفيزيا، الغرض منه هو التواصل وغرس فكرة أن الجميع يجب أن يفعلوا الأشياء بشكل صحيح من المرة الأولى.
8. تدريب المشرفين: يجب أن يخضع جميع المديرين لتدريب رسمي على هذه الخطوات قبل تنفيذها، يجب أن يفهم المدير كل خطوة جيدا ليتمكن من شرحها لموظفيه.
9. يوم صفر عيوب: من المهم أن يكون الالتزام ب **Zero Defects** كمييار أداء للشركة له تأثير، وأن يحصل الجميع على نفس الرسالة بنفس الطريقة، يجب أن يترك يوم صفر عيوب انطبعا دائما.
10. تحديد الأهداف: كل مشرف يجعل موظفيه يضعون أهدافا محددة وقابلة للقياس للسعي من أجلها، عادة تشمل هذه الأهداف 30 و 60 و 90 يوما.
11. الخطأ يسبب الإزالة: يطلب من الموظفين وصف أي مشاكل تمنعهم من القيام بعمل خال من الأخطاء في نموذج بسيط من صفحة واحدة، وينبغي الاعتراف بالمشاكل في غضون أربع وعشرين ساعة و هذا يشكل خطوة رئيسية في زيادة ثقتهم في أن مشاكلهم ستعالج.
12. التقدير: من المهم الاعتراف بأولئك الذين يحققون أهدافهم أو يؤديون أعمالا بارزة بجائزة، و ينبغي أن لا يكون هذا التحفيز مادي، فعل الاعتراف هو المهم.
13. مجالس الجودة: يجب أن يجتمع محترفوا الجودة وقادة الفرق بانتظام لمناقشة التحسينات والترقيات لبرنامج الجودة.

14. افعل ذلك مرة أخرى: خلال مسار برنامج نموذجي الذي يستمر من 12 إلى 18 شهرا، سيؤدي الدوران والتغيير إلى تبديد الكثير من العملية التعليمية، من المهم إنشاء فريق جديد من الممثلين وبدء البرنامج من جديد، بدءا من يوم صفر عيوب هذا "البدء من جديد" يساعد الجودة على أن تصبح متأصلة في المنظمة.

رابعا: مالكوم بالدريج (1922، 1987) Malcolm Baldrige

ولد في أوماها، نبراسكا وتخرج من جامعة بيل بدرجة البكالوريوس في عام 1944، بدأ بالدريج حياته المهنية في الصناعة التحويلية في عام 1947 كمسبك في شركة حديد في ولاية كونيتيكت وارتقى إلى رئاسة تلك الشركة بحلول عام 1960، خلال الحرب العالمية الثانية خدم بالدريج في القتال في المحيط الهادئ ككقيب في فرقة المشاة 27، قبل دخوله مجلس الوزراء كان بالدريج رئيس مجلس الإدارة والرئيس التنفيذي لشركة **Inc Scovill Waterbury**، كونيتيكت، بعد انضمامه إلى سكوفيل في عام 1962 ينسب إليه الفضل في قيادة تحولها من مصنع نحاس مضطرب ماليا إلى مصنع متنوع للغاية للسلع الاستهلاكية والسكنية والصناعية، تم ترشيح مالكوم بالدريج ليكون وزيرا للتجارة من قبل الرئيس رونالد ريغان في 11 ديسمبر 1980، وصادق عليه مجلس الشيوخ الأمريكي في 22 يناير 1981، خلال فترة ولايته لعب بالدريج دورا رئيسيا في تطوير وتنفيذ السياسة التجارية للإدارة وتولى زمام المبادرة في حل الصعوبات في نقل التكنولوجيا مع الصين والهند، وعقد بالدريج أول محادثات على مستوى مجلس الوزراء مع الاتحاد السوفيتي منذ سبع سنوات مهدت الطريق لزيادة وصول الشركات الأمريكية إلى السوق السوفيتية، وكان يحظى بتقدير كبير من قبل أبرز قادة العالم، توفي مالكوم بالدريج في 25 يوليو 1987 في حادث روديو في كاليفورنيا، كانت خدمته كوزير للتجارة واحدة من أطول الخدمات في التاريخ، ويقال إنه ربما كان وزير التجارة الأكثر تميزا وواحدا من أكثر المحبوبين، خفض بالدريج الميزانية بأكثر من 30٪ والموظفين الإداريين بنسبة 25٪، ونقل عن بالدريج قوله: "النجاح هو العثور على شيء تحب القيام به حقا والاهتمام به بما فيه الكفاية للقيام بذلك بشكل جيد" (NIST's Website).

تم استخلاص مبادئ مالكوم للجودة من خلال معايير جائزة مالكوم بالدريج الوطنية للجودة (MBNQA)، وهي جائزة أنشأها الكونغرس الأمريكي في عام 1987 لزيادة الوعي بإدارة الجودة وتقدير الشركات الأمريكية الناجحة في تنفيذ أنظمة الجودة، وتعد هذه الجائزة أعلى تكريم رئاسي في أمريكا للتميز في الأداء ويتم اختيار المستفيدين بناء على الإنجاز و التحسين في سبعة مجالات تعرف باسم معايير بالدريج للتميز في الأداء وهي (American Society for Quality's Website)

1. القيادة: كيف تقود الإدارة العليا المنظمة وكيف تقودها داخل المجتمع؛
2. الاستراتيجية: كيف تضع وتخطط المنظمة لتنفيذ التوجهات الاستراتيجية؛
3. الزبائن: كيف تبني المنظمة وتحافظ على علاقات قوية ودائمة مع العملاء؛
4. القياس والتحليل وإدارة المعرفة: كيف تستخدم المنظمة البيانات لدعم العمليات الرئيسية وإدارة الأداء؛
5. القوى العاملة: كيف تُمكن المنظمة وتُشرك قوتها العاملة؛
6. العمليات: كيف تقوم المنظمة بتصميم وإدارة وتحسين العمليات الرئيسية؛
7. النتائج: وتشمل رضا العملاء و أداء الموردين والشركاء، الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية وكيف تقارن المنظمة بمنافسيها.

خامسا: نموذج كانو

نوريأكي كانو (Noriaki Kano) ولد كانو يوم 29 أبريل 1940 في مدينة طوكيو باليابان، تحصل على درجة البكالوريوس والماجستير في العلوم من جامعة طوكيو عامي 1964-1966، وعلى درجة الدكتوراه في الهندسة من نفس الجامعة عام 1970، وهو مطور نموذج رضا العملاء (المعروف الآن باسم نموذج كانو **Kano**) الذي يميز مخطط ترتيبه البسيط بين السمات الأساسية والمميزة المتعلقة بمفاهيم جودة العملاء، وهو أستاذ فخري في جامعة طوكيو للعلوم، وكان أستاذا زائرا في جامعة روما الثالثة خلال العام الدراسي (2010-2011). (World Biographical Encyclopedia, Inc)

أحد أشهر كتب كانو هو "TQM in Service Industrie" دليل إدارة الجودة الشاملة في صناعات الخدمات (1996)، في عام 1997 منحت اتحاد العلماء والمهندسين اليابانيين (JUSE) نوريأكي جائزة ديمينغ للأفراد، وفي العام نفسه حصل أيضا على جائزة ديمينغ للمحاضر من الجمعية الإحصائية الأمريكية عن منشوره "استراتيجيات الأعمال للقرن الـ 21 والإبداع الجذاب للجودة" (1996)، (Van Vliet, 2013).

1. نموذج كانو Kano Model

من المعتقد عموما أن العملاء يعرفون ما يريدون حقا، لكنهم ليسوا بارعين في وصف ذلك. (American Society for Quality Website's)، فنموذج كانو قادر على تحقيق التوازن بين جميع العناصر المتعلقة في المشروع من أجل إبراز المنتج المثالي لكل عميل، وهذا يفيد في الفهم الشامل لاحتياجات العميل (TIMEULAR Website's, 2022).

النموذج يتضمن بعدين (American Society for Quality Website's) :

الإنجاز: (المحور الأفقي)، الذي ينتقل من المورد لم يفعل ذلك بشكل جيد جدا إلى المورد قام بذلك بشكل جيد للغاية؛

الرضا: (المحور الرأسي)، والذي ينتقل من عدم الرضا التام عن المنتج أو الخدمة إلى الرضا التام عن المنتج أو الخدمة؛ قام نورياكي كانو بعزل وتحديد ثلاث مستويات من توقعات العملاء، وهو ما يتطلب الأمر للتأثير بشكل إيجابي على رضا العملاء (American Society for Quality Website's):

1. الاحتياجات المتوقعة (خصائص واجب توفرها) Expected Needs (Quality)

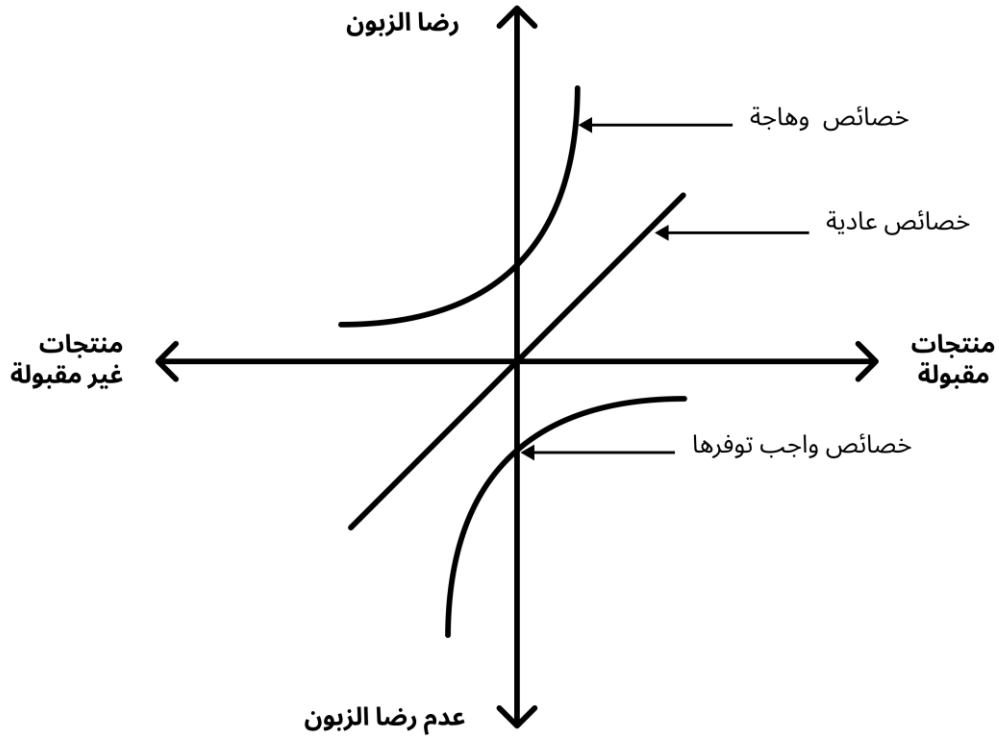
إرضاء العميل بالكامل على هذا المستوى يحصل منه مورد على مكان في السوق، توقعات مستوى الدخول هي صفات المستوى أو الخصائص أو السمات التي يجب أن تكون كذلك؛ تعرف هذه التوقعات أيضا باسم (غير المرضية) لأنهم في حد ذاتهم لا يستطيعون إرضاء العميل بالكامل ومع ذلك، فإن الفشل في توفير هذه التوقعات الأساسية سيؤدي إلى عدم رضا العملاء؛

2. الاحتياجات العادية (Quality) Normal Needs

هذه هي الصفات والسمات والخصائص التي تبقى المورد في السوق، تعرف هذه التوقعات ذات المستوى الأعلى باسم الرغبات أو المرضيات لأنها تلك التي سيحددها العملاء كما لو كانت من قائمة، يمكنهم إما إرضاء أو عدم إرضاء العميل اعتمادا على وجودهم أو غيابهم؛

3. الاحتياجات المثيرة (خصائص وهاجة) Exciting Needs (Quality)

هذه هي الميزات والخصائص التي تجعل المورد رائدا في السوق، يطلق على أعلى مستوى من توقعات العملاء، كما هو موضح من قبل كانو، صفات مستوى نجاح باهراً وخصائص أو سمات، تعرف هذه التوقعات أيضا باسم المسرات أو الإثارة لأنها تتجاوز أي شيء قد يتخيله العميل ويطلبه، غيابها لا يفعل شيئا في عملية بيع محتملة، لكن وجودها يحسن من احتمال الشراء، لا تثير (Wows) العملاء لإجراء عمليات شراء فورية فحسب، بل تجعلهم يعودون للشراء مستقبلا، هذه طرق غير معلنة لإسعاد العميل؛



المصدر: البلداوي، زينب شكري محمود نديم، إدارة الجودة الشاملة والمعوّلية، عمان، دار الشروق، 2007، ص 85.

4. فوائد لنموذج كانو Kano Model

إذا اتبعت جميع الخطوات وراء نموذج كانوا، فسوف تتفاجأ بالعديد من الفوائد من عملك منها:
(TIMEULAR Website's, 2022):

1. نموذج كانوا هو أداة مفيدة تعطي الأولوية للميزات التي من شأنها تحسين رضا العميل؛
2. يحمي وقتك من الضياع في السمات التي لن تعمل في عملائك؛
3. إنه يحسن بشكل كبير الرضا العام للعملاء، وهو هدف النموذج؛
4. له القدرة على اكتشاف المعلومات الهامة والقيمة للتفكير في الحلول نحو الرضا النهائي؛
5. يمكن للتحليل الذي تتلقاه من نموذج كانوا معرفة أولوياتك وقضاياك التي تحتاج إلى إصلاحها؛

6. من خلال العمل على النموذج ستمكن من اكتشاف شرائح العملاء المختلفة التي يمكن أن تكون مفيدة للغاية لك في عملك.

الفرع الثاني: جوائز الجودة

هنالك العديد من الجوائز الخاصة بالجودة منها اليابانية والأمريكية والجائزة الأوروبية للجودة سنة 1991، والجائزة الفرنسية للجودة سنة 1992، وأيضا الجائزة الجزائرية للجودة وهذا سنة 2002، من أجل إرساء ثقافة الجودة و التحسين المستمر للسلع والخدمات وفي هذا الفرع سوف نتطرق لبعض جوائز الجودة كما يلي:

أولا: الجائزة الأوروبية للجودة

قامت المنظمة الأوروبية لإدارة الجودة **European Foundation for Quality Management** سنة 1991م بتأسيس الجائزة الأوروبية للجودة **European Quality Award** وهذا من أجل تشجيع المنظمات الأوروبية الملتزمة بإدارة الجودة وتطبيقها في أداء الأعمال، ويتم منح الجائزة إلى أربع أنواع من المنظمات هي (محفوظ، 2010، الصفحات 298-300):

1. المنظمات الكبيرة؛

2. الوحدات التشغيلية للمنظمات؛

3. منظمات القطاع العام؛

4. المنظمات الصغيرة والمتوسطة؛

وتلتزم المنظمة الأوروبية لإدارة الجودة (**EFQM**) المكونة من أكثر من 800 عضو من منظمات الأعمال الخاصة والعامه بمساعدة المنظمات بتحقيق تحسينات شاملة في الأداء، وقد وضعت هذه المنظمة نموذجا خاصا بها يدعى **Excellence Model EFQM** تستخدمه المنظمات لعمل تقييم ذاتي ولتحضير نفسها للجائزة، بدأ العمل بهذا النموذج سنة 1992م كإطار لتقييم المشاركين في الجائزة، ويشمل هذا النموذج على تسعة معايير رئيسية صنف في مجموعتين:

1. المجموعة الأولى: العناصر المساعدة وتشمل

أ. القيادة **Leadership** : وتعني القيادة الطموحة والتي تملك رؤية ثابتة وذات أهداف ثابتة؛

ب. الأفراد **People**: مدى مساهمة الأفراد في العمل ومشاركتهم في التطوير والإنتاج؛

- ت. السياسة والاستراتيجية **Policy and Strategy**: وتعني تصور المستقبل المطلوب تحقيقه؛
- ث. الشراكة والموارد **Partnership and Resources**: إقامة شراكات متميزة مع أصحاب المصالح والمحافظة على هذه الشراكات؛
- ج. العمليات **Processes**: ونعني بها إدارة المنظمة من خلال الأنظمة والعمليات؛
2. المجموعة الثانية: النتائج وتشمل
- أ. نتائج متعلقة بالأفراد **People Results**: مدى تحقيق النتائج التي ترضي الموردين والعاملين و المالكين؛
- ب. نتائج متعلقة بالعملاء **Customer Results**: رضا العملاء عن المنتج والمنظمة؛
- ت. نتائج متعلقة بالمجتمع **Society Results**: تلبية المنظمة لاحتياجات المجتمع المحلي؛
- ث. نتائج الأداء الرئيسية **Key Performance Results**: كفاءة المنظمة بعد قياس جودة المنتج.

ثانياً: جائزة الملك عبد العزيز للجودة

تأسست جائزة الملك عبد العزيز للجودة بموجب خطاب المقام السامي رقم: 7-18670 وتاريخ 27-11-1420هـ الموافق لسنة 1999م، بهدف تحفيز وتنشيط القطاعات الإنتاجية والخدمية ورفع من مستوى جودة الأداء وتفعيل التحسين المستمر من أجل تحقيق رضا المستفيدين وتهدف الجائزة لتكريم أفضل المنظمات ذات الأداء المتميز والتي تحقق أعلى مستوى للجودة وتكمن رؤية الجائزة في أن تكون مرجعاً رئيسياً للتميز المؤسسي عالمياً أما رسالة الجائزة فهي تطبيق منهجيات التميز في جميع القطاعات العام والخاص والغير ربحي من خلال تقديم نموذج وطني للتميز المؤسسي، ويمكن أن نسرد العديد من التفاصيل حسب موقع جائزة الملك عبد العزيز للجودة (الموقع الرسمي لجائزة الملك عبد العزيز للجودة):

الأهداف الاستراتيجية

1. نشر الوعي بثقافة الجودة وتطبيقاته في المجتمع وبين مختلف القطاعات في المملكة السعودية؛
2. تحفيز جميع القطاعات من أجل تبني مبادئ ومعايير الجودة للتميز لجائزة الملك وتطبيقها؛
3. تعزيز تطبيقات ومفاهيم قياس الأداء وتحسين الأداء من أجل إرضاء كافة المستفيدين؛
4. العمل على تعزيز الجودة وجهود المنشآت السعودية وتمكينها للوصول لمستوى عالمي؛
5. الرفع من أداء القيادات الإدارية في المنظمات السعودية لتحقيق أهداف الجودة؛

6. حث المنظمات السعودية على الالتزام بالمقاييس الوطنية والعالمية للجودة؛

7. توفير منصة لتبادل أفضل الممارسات والمقارنات المرجعية بين المنظمات ونقل التجارب الناجحة؛

8. زيادة فاعلية المنظمات للمشاركة في بناء المجتمع وتعزيز الاستدامة؛

9. تكريم وتشجيع المنظمات الفائزة والمتميزة وإبرازها كقدوة حسنة في المجتمع وخلق جو إيجابي للمنافسة؛

أما فئات الجائزة فتقدم لثلاث أنواع من المنشآت كما في الجدول رقم (2-3) الموالي:

جدول رقم (2، 3): فئات جائزة الملك عبد العزيز للجودة.

الرقم	الفئة	رأس المال
01	المنشآت الكبرى	يتجاوز رأس مالها 100 مليون ريال سعودي
02	المنشآت المتوسطة	رأس مالها ما بين 10 و100 مليون ريال سعودي
03	المنشآت الصغيرة	رأس مالها أقل من 10 ملايين ريال سعودي

المصدر: شعبان إياد عبد الله، إدارة الجودة الشاملة مدخل نظري وعملي، ص215.

وتقوم الجائزة على معايير عامة وأخرى فرعية والنقاط المخصصة لكل معيار والتي يمكن أن تتغير من سنة لأخرى،

كما هي موضحة في الجدول (2، 4):

جدول رقم (2، 4): معايير جائزة الملك عبد العزيز للجودة.

المعيار الأساسي	المعايير الفرعية	النقاط
1. القيادة الإدارية	التوجه الاستراتيجي والمساهمة في رؤية 2030	25
	متابعة ومراجعة الأنظمة و أداء المنشآت	25
	تعزيز العلاقة مع كافة المعنيين	25
	دعم ثقافة الجودة والتميز والإبداع	25
	الحوكمة المؤسسية والتنمية المستدامة	25

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية

25	إدارة التغيير وإدارة المخاطر والأزمات	
150	المجموع	
50	إعداد ونشر الخطة الاستراتيجية	2. التخطيط الاستراتيجي
50	تطبيق ومتابعة الخطة الاستراتيجية	
100	المجموع	
20	تخطيط واختبار الموارد البشرية	3. الموارد البشرية
20	تطوير الموارد البشرية	
20	بيئة العمل و تمكين الموارد البشرية	
20	مشاركة الموظفين والعمل التطوعي	
20	تقييم أداء الموارد البشرية وتقديرها	
100	المجموع	
20	إدارة الشراكات والتحالفات	4. الشراكات والموارد
20	إدارة الموارد المالية	
20	إدارة الممتلكات	
20	إدارة التقنية والتحول الرقمي	
20	إدارة المعرفة	
100	المجموع	
30	تحديد وتصميم وإدارة العمليات	5. إدارة العمليات والمنتجات والخدمات
30	تصميم وإدارة المنتجات والخدمات	
30	التحسين المستمر	
30	إدارة وتسويق المنتجات والخدمات	
30	إدارة العلاقات مع المستفيدين	
150	المجموع	

600	إجمالي الممكنات	
100	مقاييس رأي المستفيدين	6. نتائج المستفيدين
50	مؤشرات الأداء المتعلقة بالمستفيدين	
150	المجموع	
75	مقاييس رأي الموارد البشرية	7. نتائج الموارد البشرية
25	مؤشرات الأداء المتعلقة بالموارد البشرية	
100	المجموع	
75	مخرجات الأعمال الرئيسية	8. نتائج الأداء الرئيسية
75	مؤشرات الأداء الرئيسية	
150	المجموع	
400	إجمالي النتائج	
1000	إجمالي الدرجات	

المصدر: دليل نموذج التميز لجائزة الملك عبد العزيز للجودة، الموقع الرسمي لجائزة الملك عبد العزيز للجودة، ص09.

ويمكن أن نسرّد مجموعة من الفوائد التي تجنيها المنظمات من المشاركة بالجائزة حسب موقع الجائزة (الموقع الرسمي لجائزة الملك عبد العزيز للجودة):

1. التعرف على أسلوب علمي لتطبيق معايير الأداء بما يساهم في تحقيق رؤية 2030 بفعالية وكفاءة عالية؛
2. الانضمام للمنظومة الذكية للتميز المؤسسي وهو نظام إلكتروني يعرض نتائج الأداء وفق معايير الجائزة والتدريب على أدوات وتقنيات التقييم المؤسسي ومجالات التحسين بشكل إلكتروني بما يضمن الاستمرار؛
3. إبراز أفضل الممارسات المتميزة للفائزين؛
4. احتفاظ المنظمة بشعار الجائزة لمدة سنتين، و يحق لها استخدامها في مطبوعاتها الخاصة وإعلاناتها التجارية؛

ثالثا: الجائزة الجزائرية للجودة

أنشأت جائزة الجزائر للجودة بموجب مرسوم تنفيذي رقم: 02-05 ، المؤرخ في: 06 جانفي 2002، تمنح سنويا خلال احتفال للمنظمات الجزائرية الرائدة في مجالها أو الهيئات الخاضعة للقانون الجزائري وتقدم لأحسن منظمة،

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية

وتتكون هذه الجائزة من مبلغ مالي يقدر بـ 2 مليون دينار، وشهادة شرفية وكأس الاستحقاق وتقدم من طرف وزارة الصناعة والمناجم الجزائرية، ومن أهداف هذه الجائزة (الموقع الرسمي لمديرية الصناعة والمناجم المسيلة، مديرية الصناعة والمناجم لولاية المسيلة):

1. تشجيع المنافسة لنيل الجائزة وترقية الجهود؛
2. تقييم وترقية الجهود المبذولة بواسطة شبكة من الاختصاصيين في المجال؛
3. تحفيز العمال في مشروع الجودة؛
4. جائزة الجودة تزيد من تعزيز صورة وعلامة المنظمة؛
5. إثبات للزبائن مدى الجودة في المنظمة؛
6. تمييز الجهود المبذولة من طرف المنظمات في إطار الجودة؛

الجدول رقم (2، 5): معايير جائزة الجزائر للجودة.

المحور	العوامل	التنقيط
المحور الاول	استعداد الإدارة العليا	120
المحور الثاني	الاستراتيجية والأهداف	80
المحور الثالث	الأدوات والإصغاء للزبون	200
المحور الرابع	التحكم في الجودة	120
المحور الخامس	قياس الجودة	100
المحور السادس	تحسين الجودة	80
المحور السابع	مشاركة العاملين	100
المحور الثامن	النتائج	200

المصدر: ربيع المسعود، أطروحة دكتوراه بعنوان: متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في ظل قيادة إبداعية، ص 46.

يجب علي المنظمة تقديم ملف ترشحها الذي يحتوي علي الوثائق التالية (الموقع الرسمي لمديرية الصناعة والمناجم المسيلة، مديرية الصناعة والمناجم لولاية المسيلة):

1. استمارة ترشح.

2. استبيان الجائزة الجزائرية للجودة.

3. الجائزة الجزائرية تضع المؤسسات والمنشآت في اطار تنافسي يصف طريق سير الجودة، فالجداول والبيانات وكذا المعلومات المضافة لهذا الملف تساعد علي التقييم.

4. أن يتضمن ملف الترشح ما بين 40 الى 80صفحة، (قياس A4)

5. يجب أن يكون الملف مرقم في ثلاث نسخ لتقييمه من طرف لجنة الانتقاء.

أما المنظمات التي نالت الجائزة الجزائرية للجودة سنة 2022 (الموقع الرسمي لوزارة الصناعة والإنتاج الصيدلاني) هي كما في الجدول رقم (2، 6):

جدول رقم(2، 6): المنظمات الفائزة بجائزة الجزائر للجودة سنة 2022.

الرقم	إسم المؤسسة	السنة 2022 الطبعة 16
01	أغرو أندستري للصناعات الغذائية التابعة لمجمع سفيتال.	جائزة الجودة الجزائرية
02	مؤسسة "صوديا" التابعة لمجمع حسناوي.	شهادة اعتراف من لجنة تحكيم الجائزة.
03	شركة حبوب القنطرة التابعة لمجمع أغروديف المتخصص في مجال الصناعات الغذائية.	شهادة تشجيع

المصدر: الموقع الرسمي لوزارة الصناعة والإنتاج الصيدلاني.

المطلب الثاني: نشأة إدارة الجودة الشاملة وأدواتها

في هذا المطلب سوف نتطرق لمراحل تطور الجودة بدءاً من عمليات الفحص والتفتيش أثناء الثورة الصناعية إلى غاية مرحلة إدارة الجودة الشاملة وبلورة المفهوم الشامل لها، ثم نتطرق إلى الأدوات التي تساهم في نجاح واستمرار الجودة من استنباط الأفكار إلى المدرجات التكرارية والرسوم البيانية.

الفرع الأول: نشأة وتطور إدارة الجودة الشاملة

ظهر مصطلح الجودة أو إدارة الجودة في المجال الاقتصادي في النصف الثاني من القرن العشرين، ويعتبر الكثير من الخبراء أن ديمينج (Deming) أول من كتب في إدارة الجودة الشاملة، وقد تبنت الصناعة اليابانية وبقوة أفكار ديمينج بعد رحيله إليها، وساعد على انتشار ثقافة الجودة الشاملة نجاح الشركات اليابانية واكتساحها للأسواق العالمية، وبعد اتفاقية التجارة العالمية التي أزلت الحواجز الجمركية أصبحت جودة المنتجات معياراً أساسياً للمنافسة مما استدعى المنظمة الدولية للمعايير إلى وضع مواصفات ومعايير عرفت باسم الأيزو 9000 (ISO9000)، وهي عبارة عن وصف للإجراءات والعمليات التي تؤدي إلى الجودة وليست ضماناً للجودة، بعدها أصدرت المنظمة الدولية للمعايير نظام الأيزو 9001 ونظام الأيزو 9002 لضمان جودة المنتجات وبالتالي ساهمت في بلورة مفهوم الإدارة الشاملة للجودة (الحارثي، 2014، صفحة 13).

إن تطور مفهوم الجودة وصولاً إلى إدارة الجودة الشاملة مرّ بعدة مراحل تم من خلالها إضافات علمية كبيرة، وتُميز العديد من الدراسات بين أربع مراحل أو حقبات تاريخية لتطور الجودة نوجزها فيما يلي (الغرابوي، 2020، صفحة 177):

المرحلة الأولى: مرحلة فحص الجودة Inspection Stage

لقد تميزت هذه المرحلة بغزارة الإنتاج حيث كان الهدف الرفع من الكفاءة الإنتاجية داخل المصنع مما أوجب ضرورة الفصل بين وظيفة الإنتاج ووظيفة التفتيش، وساد الاعتقاد بأن التفتيش الصارم هو أساس الجودة حيث تتم عملية الفحص وفق مطابقة المواصفات المحددة، وتعتبر عملية الفحص الشامل أحسن فكرة في ذلك الوقت، فهي تحول دون وصول المنتجات المعيبة للزبون وبالتالي فهي لا تمنع الخطأ قبل حدوثه بل تكتشفه وتقوم باستبعاده، ويعتمد الفحص فيها أساساً على الملاحظة وتحمل المؤسسة هذه التكاليف، وقد اقترنت هذه المرحلة بمرحلة "التسيير العلمي للعمل" الذي اشتهر بها "تايلور" (الغرابوي، 2020، صفحة 177).

ظهرت هذه المرحلة في بداية القرن الثامن عشر مع ظهور الثورة الصناعية، حيث كانت تتم عملية الفحص والتفتيش أثناء عملية الإنتاج، ومع حالات الإنتاج الكبيرة استدعت وجود وظيفة مستقلة تقوم بعملية الفحص حيث يتم أخذ عينات من الإنتاج ليتم فحصها من أجل استبعاد المعيبة منها، وبالتالي عملية الفحص تتم وفق مطابقة المواصفات المحددة فقط، وقد اتسمت هذه المرحلة بالتركيز على المنتجات النهائية أي أن عملية الفحص تتم بعد استكمال المتطلبات الإنتاجية لتلك السلعة (حمود خ.، 2015، صفحة 30، 31)؛

المرحلة الثانية: مرحلة مراقبة الجودة Quality Control

في هذه المرحلة تم استخدام المنهج الإحصائي لاختبار عينات من المنتجات، وبالتالي تم الاستغناء عن عملية الفحص الشامل لكل الوحدات من أجل التأكد من مطابقتها للمواصفات الموضوعية مسبقاً، وهكذا يتم منع الأخطاء أو التقليل منها في المنتجات التي سيتم إنتاجها مستقبلاً، وتتم مراقبة الجودة باستخدام العينات الإحصائية وخرائط مراقبة الجودة وتحليل التباين، وتعتبر شركة (بل) للتلفونات في الولايات المتحدة الأمريكية رائدة في الرقابة على الجودة باستخدام الأساليب العلمية الإحصائية بفضل خبرائها (دودج، وارانفورد، وشيوارت)، حيث يعود لهم الفضل في اعتماد القواعد العلمية للمراقبة الإحصائية للجودة (المحمدي، صفحة 115).

وقد نشر الباحث (Ranford) كتابه "الرقابة على جودة المنتجات" في عام 1922 الأمر الذي شجع على إيجاد قسم للرقابة على الجودة في شركة (Bell Telephone) وأصبح يعتمد على استخدام الأساليب العلمية الإحصائية وهذا بتحويل العاملين في قسم الفحص إلى مختبر للرقابة على الجودة وأطلق عليه (Bell Telephone Laboatoire)، أما (Shewart.W) فقد اقترح في عام 1924 تطبيق خرائط المراقبة التي تعتمد على الطرق الإحصائية والتي تعتبر أكثر اقتصادية من تفتيش المنتجات النهائية، و تتميز خرائط المراقبة بما يلي:

1. تخفيض تكاليف التفتيش؛
2. تخفيض تكاليف المهملات؛
3. تعظيم الانتفاع من الإنتاج بكميات كبيرة؛
4. تخفيض مجال الانحراف؛

أما كل من (Romig.H And Dodge.F) فقد صمّم جدول عينات القبول سنة 1930، التي فرضت ظروف الحرب العالمية الثانية استخدامها من طرف الجيش الأمريكي، أما فترة الخمسينات فقد شهدت تفوق الصناعات اليابانية في استخدام فكرة الأساليب الإحصائية في الرقابة على الجودة، حيث كان للباحث

(Deming.E) مساهمة عظيمة في هذا التفوق وهو صاحب فكرة التوزيع العددي الإحصائي لتحسين الجودة (الغرباوي، 2020، صفحة 178، 179).

المرحلة الثالثة: مرحلة تأكيد الجودة Quality Assurance

مع بداية السبعينات وزيادة حدة المنافسة تحول مفهوم الجودة إلى مفهوم منع حدوث الأخطاء أي الأخطاء الصفرية (Zero Defects)، ومعنى هذا أن عملية الجودة تتم في المراحل الأولى، أي من بداية عملية التخطيط وتحسين التصميم والرقابة ومشاركة الأفراد وتحفيزهم (البوهي، المصري، ماجد، و عبد الرحيم، صفحة 43).

إن هذا المفهوم يعتمد على الرقابة الشاملة لجميع عمليات الإنتاج من أجل تحقيق إنتاج بدون أخطاء وبالتالي الوصول إلى مستوى عال من الجودة، وبالتالي تظافر الجهود لجميع الأقسام لتنفيذ هذه المراحل وتمكين المنظمة من القدرة على المنافسة في ظل الصراع على الأسواق المحلية والعالمية (الزبون و حمدان).

المرحلة الرابعة: مرحلة إدارة الجودة الشاملة Total Quality Management

ظهر هذا المفهوم بعد 1980م ومازال مستمرا إلى الآن، وتعني جودة كل من العمليات و جودة المنتج، وتشجيع العمل الجماعي ومشاركة جميع العاملين في المنظمة مع التركيز على الزبائن والموردين من أجل التحسين المستمر (الملكاوي، 2021، صفحة 40)، وأوضح (بوعنان، 2007، صفحة 14) بأن "إدارة الجودة الشاملة عبارة عن نهج متكامل يهدف إلى خدمة العميل فهي لا تهدف إلى الجودة في مجال معين وإنما هي عملية متكاملة تشمل جميع الأنشطة والوظائف بحيث يكون هناك تنسيق وترابط بينها"، ومصطلح إدارة الجودة الشاملة يعني الوصف الشامل لكل العمليات المقترحة لتحسين جودة للمنتجات والخدمات وبشكل مستمر، ويهدف لتحقيق التكاملية والشمولية في المنتجات و الخدمات الموجهة للمستهلك (علوان، 2013، صفحة 29)، وقد أوردت (مكرتار، 2020، صفحة 234) أربع مقومات للجودة الشاملة يجب مراعاتها هي:

1. السعي الدائم والمتواصل لتحقيق رضا العميل؛
2. العمل المستمر من أجل تطوير وتحسين الجودة؛
3. ضرورة إشراك كافة العاملين في المنظمة وتفعيل استخدام فرق العمل؛
4. تحسين أنظمة المعلومات وتطويرها.

هناك عدد من الأدوات الكمية والوصفية تستخدم في إدارة الجودة الشاملة من هذه الأدوات (عبد الرؤوف و عامر، 2011، الصفحات 149-151):

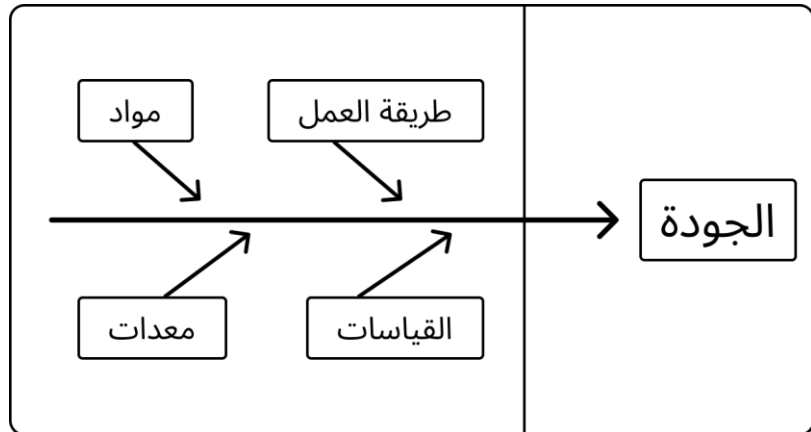
أولاً: استنباط الأفكار Brain Storming

في الخمسينيات من القرن الماضي طور "أليكس أوسبورن" (Alex Osborn) طريقة وأسلوب منهجي من أجل توليد كمية كبيرة من الأفكار عن طريق توفير مناخ عمل يساعد الموظفين على الإبداع في حل المشاكل. (Oaxland) (عبد الرؤوف و عامر، 2011)؛

ثانياً: علاقة السبب بالنتيجة Cause and Effect Diagram

يرجع تطوير أسلوب تحليل علاقة السبب بالنتيجة إلى العالم الياباني "كاوروا إيشيكاوا"، منذ بداية الخمسينيات ويعرف هذا الأسلوب بإسم "عظمة السمكة" وهو المظهر النهائي للبيانات، ويبسط هذا الشكل المشاكل المعقدة ويجوؤها إلى مشكلات صغيرة يسهل حلها (عبد الرؤوف و عامر، 2011، صفحة 149) ومن الثابت أن أسباب انحراف خواص الجودة هي (القزاز و عبد الملك، 2015، صفحة 298):

شكل رقم (2، 3): مخطط السبب والنتيجة.



المصدر: اسماعيل القزاز وآخرون، ص 299.

1. المواد الأولية ويرجع السبب لوجود اختلافات طفيفة في الأبعاد بسبب الاختلاف في مصادر التوريد؛
2. المعدات الإنتاجية والتجهيزات وهذا نتيجة للاستعمال المتواصل الذي قد يؤدي إلى تمدد بعض الأجزاء؛

3. طريقة القيام بالأعمال حيث يختلف الأفراد في أداءهم عن بعضهم نتيجة لدرجة المهارة والحرص؛
4. أساليب القياس.

ثالثا: الخريطة الانسيابية

توضح الخرائط الانسيابية جميع مراحل العملية أو النشاط المراد وصفه من بدايته إلى النهاية، وتساعد هذه الخرائط في إظهار العمليات المتكررة ونقاط الانتظار، وبالتالي تؤدي إلى تحديد الطريقة العملية لحل المشاكل بكفاءة عالية وتكاليف أقل (عبد الرؤوف و عامر، 2011، صفحة 150).

رابعا: قائمة الفحص

تستخدم هذه الطريقة نموذج موحد تسجل فيه البيانات، تُجمع وتُنظم هذه البيانات وفق تصنيف معين، سواء على شكل أرقام أو أحداث، وتساعد هذه الطريق في معرفة الخلل والانحرافات ومدى تكرارها وبالتالي تسهل عملية اتخاذ القرار (عبد الرؤوف و عامر، 2011)؛

خامسا: المدرجات التكرارية

المدرجات التكرارية هي تجسيد للبيانات بشكل مرئي بسيط يسهل تحليل هذه البيانات ومعرفة الفروقات عن طريق مقارنتها مع بيانات معيارية (عبد الرؤوف و عامر، 2011)؛

سادسا: خريطة باريتو Pareto Diagram

تعود هذه الطريقة إلى الاقتصادي الإيطالي "الفريديو باريتو" وتهدف إلى عرض البيانات وتصنيفها في جدول بناء على التوزيعات التكرارية، وتساعد في معرفة المسببات التي تؤثر بقدر أكبر في مشكلة الجودة لسلعة ما أي الأكثر تسببا في الخسارة (John Macdonald,1998) (عبد الرؤوف و عامر، 2011).

ومن الخطوات الواجب اعتمادها لرسم مخطط باريتو هي (القرزاز و عبد المالك، 2015، صفحة 307،308):

1. تحديد الفترة الزمنية سواء ساعة أو أسبوع أو شهر أو يوم أو فصل إنتاجي، المهم أن تعتمد نفس الفترة الزمنية لكافة المخططات من أجل تسهيل المقارنة بين المخططات؛
2. تصنيف مسببات الانحراف للفترة الزمنية، وتحديد النسب المؤوية المقابلة لها مع إيجاد المجموع الكلي للمسببات؛

3. الرسم على ورقة بيانية محور السينات يمثل أنواع الانحرافات أو العيوب، والمحور العمودي يمثل النسب المئوية من مجموع العيوب؛
4. رسم المستطيل الأول وهو يمثل أكبر نسبة عيوب من جهة اليسار ثم تليها باقي المستطيلات من أكبر إلى أصغر نسبة؛
5. يكتب أسفل المخطط العنوان ويتوجب ذكر مصدر البيانات وتاريخ الفحص والعدد المفحوص.

سابعاً: الرسم البياني الانتشاري

وهو رسم يوضح العلاقة بين متغيرين أحدهما يكون مقياس الجودة لإحدى الخدمات ويعرف بالمتغير التابع، أما الثاني فيكون لأحد العوامل المؤثرة على مقياس الجودة ويعرف بالمتغير المستقل (عبد الرؤوف و عامر، 2011).

الفرع الثالث: فوائد تطبيق نظام إدارة الجودة

تواجه المنظمات المعاصرة العديد من التحديات و الصعوبات الناجمة عن التغيرات في البيئة المحيطة بها، ولمواجهة هذه الصعوبات بكفاءة وفعالية عالية وجب على هذه المنظمات تطبيق أنظمة الجودة للبقاء والإستمرارية، وفي هذا الصدد يرى سلمان زيدان (2010) أن أهم الفوائد التي تجنيها المنظمات من تطبيق نظام إدارة الجودة تتمثل فيما يلي (زيدان س.، 2010، صفحة 66، 67):

1. ضمان ثبات جودة المنتج، والاستمرارية في جميع منتجات المنظمة بنفس المستوى؛
2. القيام بتحسينات المستمرة، على جميع وظائف و أنشطة المنظمة؛
3. التدريب المستمر من أجل الرفع من كفاءة العاملين وتحسين مستواهم في العمل؛
4. الرفع من القدرة التنافسية للمنظمة، من أجل دخول أسواق جديدة؛
5. زيادة الانضباط والتقييد بالإجراءات و تعليمات العمل.

وقد حدد "الهاللي الشرييني" فوائد استخدام إدارة الجودة في المنظمات بما يلي (مُجد م.، 2008، صفحة 195):

1. تخفيض شكاوى العملاء من الخدمات المقدمة مع خفض التكاليف؛
2. زيادة عدد العملاء المستفيدين من خدمات المنظمة؛
3. زيادة وتيرة التعاون وتحسين الاتصال بين أقسام المنظمة؛
4. الرفع من الروح المعنوية للعملاء والعاملين وتحسين العلاقات الإنسانية؛

5. تطوير أساليب العمل الجماعي عن طريق فرق العمل؛
6. التحسين المستمر للخدمات وتنمية القدرة على الابتكار.

الفرع الرابع: أسباب فشل تطبيق إدارة الجودة الشاملة

تعتبر إدارة الجودة فكرة تعتمد على الالتزام وتوفير بعض المتطلبات الضرورية، وفي حال عدم توفير هذه المتطلبات فإن مصير هذه المنظمات هو الفشل والذي من أسبابه مايلي (العالم، 2020، صفحة 213، 214):

1. عدم اعتماد الفكرة من طرف الإدارة العليا؛
2. عدم تطبيق مبادئ الجودة والأخذ بالظاهر فقط؛
3. عدم توفير الموارد الضرورية لإنتاج الفكرة وإحداث التغيير؛
4. مقاومة التغيير؛
5. الاهتمام بالأعمال الروتينية، وإهمال تأكيد وضمان الجودة.

المطلب الثالث: نظام الجودة العالمي ISO 9000

مصطلح الإيزو ISO هو اختصار للمنظمة العالمية للمعايرة أو " التقييس " **International Standardization Organization** ، تأسست هذه المنظمة سنة 1946 وهي منظمة غير حكومية تتمتع بالصفة الاستشارية للمجلس الاجتماعي والاقتصادي التابع لهيئة الأمم المتحدة يقع مقرها في مدينة جنيف بسويسرا تعمل على تطوير وتوحيد مواصفات عالمية لتقنيات وممارسات ضمان الجودة في جميع الأنشطة، حيث تمت المصادقة على أول مواصفة عالمية سميت ISO9000 سنة 1987، التي كانت تستند في محتواها إلى المواصفة البريطانية BS5750 بشكل كبير، لكنها عكست في نفس الوقت المتطلبات العالمية، وقد تم تعديل هذه المواصفات ثلاثة مرات في السنوات 1994، 2000 و 2008 (العزاوي، 2002، صفحة 19) المشار إليه في (بن عيشاوي، 2013، صفحة 93، 94)، و تماشيا مع ميثاق المنظمة العالمية للمعايرة تخضع جميع المعايير للمراجعة كل خمس سنوات، لتحديد ما إذا كانت هناك حاجة ما للتحديث من أجل ضمان أن المعايير ذات صلة عالمية وتلبي إحتياجات المستخدمين (ISO Website, 2021) ، وابتداءً من سنة 1993 أصبح الحصول على شهادة مجموعة الإيزو 9000 شرط أساسي و إجباري لبعض الصناعات في دول الإتحاد الأوروبي حيث يعتبر الإتحاد من أكبر الأسواق إستهلاكاً في العالم (العالم، 2020، صفحة 66).

هذه المنظمة قامت بوضع معايير لنظام إدارة الجودة لأي منظمة سواء كانت خدمة أو إنتاجية، هذه المواصفات القياسية جاءت لتوحد شروط إدارة الجودة عالمياً من أجل تحقيق مستوى عال من الجودة وتسهيل التبادل

التجاري الدولي، بحيث يمكن لأي مؤسسة في العالم تتوفر فيها هذه المقاييس أن تحصل على هذه الشهادة التي تحمل رقم خاص بها (9001-9002-9003) كل شهادة تمتلك معايير خاصة بنوع محدد من الشركات التي عددها ثلاث أنواع، أما ISO9004 فهو دليل يشرح تطبيق نظام الجودة في الأنواع الثلاثة للشهادات (عقيلي، 2022، صفحة 62).

الفرع الأول: أبعاد الإيزو 9000 والتي نشرها كما يلي (عقيلي، 2022، صفحة 64، 65):

الإيزو 9001: تخص الشركات التي يبدأ عملها من مرحلة التصميم الهندسي للمنتج إلى ما بعد بيعه للمستهلك، وتحتوي على 20 شرط مطلوب من عناصر الجودة من أجل الحصول على شهادة الإيزو 9001؛

الإيزو 9002: تخص الشركات التي يختصر نشاطها على إنتاج منتج وتحسينه وتطويره وأخيرا بيعه دون أن يشمل مرحلة التصميم الهندسي و الخدمات ما بعد البيع، وتشمل على 18 عنصر مطلوب لمنح شهادة الإيزو 9002؛

الإيزو 9003: تخص هذه الشهادة المواصفات المطلوبة من الشركات التي يقتصر نشاطها في مجال الفحص النهائي للمنتج واختبار جودتها، وتضم 12 معيار مفروض للحصول على شهادة الإيزو 9002؛

الإيزو 9004: عبارة عن تعليمات إرشادية للشركات الراغبة في الحصول على إحدى شهادات الإيزو (9001-9002-9003)، بحسب نوع الشركة.

وهناك أيضا إصدار آخر جديد صدر مؤخرا يدعى الإيزو **14000 (EMS)**، من أجل حماية البيئة حيث توفر إطار شامل ومتكامل للعمل، بحيث يكون أداء المنظمات التي تحصل على هذا النوع من الإيزو مطابق للمعايير العالمية للبيئة ومتماشيا مع قوانين حماية البيئة مثل قوانين الحد من انبعاثات غاز الكربون (عقيلي، 2022، صفحة 66).

بالإضافة إلى مجموعة الإيزو **(ISO10000)** ومنها الإيزو **(ISO10011)** وهي المرجع الإرشادي لعملية مراجعة الجودة، أما **(ISO10012)** فهي تتعامل مع متطلبات ضمان الجودة وتأكيد أجهزة القياس، أما **(ISO10013)** فهي تخص تطوير إرشادات دليل الجودة، وهناك **(ISO10014)** يخص المؤثرات الاقتصادية الناتجة عن تطبيق إدارة الجودة الشاملة ونظام إدارة البيئة، وأخيرا **(ISO10015)** يتعامل مع التعلم وتدريب العاملين وتطوير مهاراتهم (العالم، 2020، صفحة 70).

الفرع الثاني: فوائد الحصول على شهادة الإيزو

إن ازدياد حدة المنافسة إثر الانفتاح العالمي الكبير وتحرير التجارة أدى بالبلدان إلى البحث عن أجود السلع والخدمات لمواطنيها وبالتالي اهتمام أكبر من قبل المنظمات للحصول على الشهادة التي تعطيها ميزة نسبية ومن مزايا شهادة الإيزو مايلي (شعبان، 2009، صفحة 227، 228):

1. توفير المرجع والدليل الإرشادي وتوثيق ومراجعة العمليات؛
2. التحسين المستمر والاستفادة من نتائج التدقيق الداخلي كأداة للتقييم الذاتي؛
3. تعزيز ثقافة الجودة وتحسين بيئة العمل من خلال التدريب والتعليم المستمر؛
4. تعزيز الصورة العامة للمنظمة؛
5. شعور العاملين بالارتياح والثقة بسبب وجود شهادة تؤكد المطابقة للمواصفات العالمية وهو نوع من التحفيز المعنوي؛
6. زيادة القدرة التنافسية ومساعدة المنظمة على اكتشاف أسواق جديدة؛
7. بناء علاقات راسخة مع كل الموردين والعملاء.

الفرع الثالث: مراحل عملية الجودة الشاملة

يرى شفي(2005) أن تطبيق مراحل الجودة يختلف من مؤسسة لأخرى حسب نوعية النشاط والحجم وعدد العمال، وتمثل هذه المراحل وفق نظام الجودة "الإيزو 9000" في الآتي (عامر و المصري، 2017، الصفحات 80-83):

المرحلة الأولى: مرحلة التحضير

في هذه المرحلة على المنظمة أن تتبع هذه الخطوات وتمثل في:

1. اتخاذ القرار من طرف الإدارة العليا بالعمل على تطبيق الجودة والالتزام بها؛
2. تعيين رئيس لإدارة الجودة مسؤول عن كل الأنشطة مع الطاقم المكلف بالجودة؛
3. دراسة وتقييم الوضع الحالي في المنظمة وتحديد نقاط الضعف من أجل تحديد النقاط الواجب تطويرها؛
4. بناء خطة تفصيلية تتضمن جميع المشاكل الواجب حلها وفق مراحل محددة، مع تحديد الموظفين المكلفين على تنفيذها؛
5. تشكيل فرق العمل من أجل التنسيق والإعداد وتوزيع المهام وفق الخطط الموضوعة؛
6. توعية الموظفين بأهمية الجودة في العمل والنتائج المرجوة والمواصفات المراد تحقيقها وفق الخطة المدروسة؛

المرحلة الثانية: مرحلة توثيق نظام الجودة

تشمل هذه المرحلة على الخطوات التالية:

1. إعداد دليل شامل لكيفية تطبيق الجودة؛

2. توثيق الإجراءات والتعليمات؛

3. إعداد التعليمات والمناشير وفق الدليل؛

المرحلة الثالثة: تطبيق نظام الجودة الموثق

في هذه المرحلة تبدأ عملية التطبيق انطلاقاً من العاملين وفق ما يلي:

1. تدريب العاملين على وثائق نظام الجودة؛

2. انطلاق التنفيذ وفق النظام الموثق؛

المرحلة الرابعة: مرحلة التدقيق والمراجعة للنظام الداخلي

تشمل هذه المرحلة على:

1. تعيين وتدريب المدققين الداخليين؛

2. البدء بعملية التدقيق والفحص وفق نظام الجودة؛

3. المراجعة الإدارية للإدارة؛

المرحلة الخامسة: مرحلة التحضير للتسجيل والحصول على الشهادة

تتضمن هذه المرحلة الخطوات التالية:

1. التقييم الذاتي لنظام الجودة؛

2. اختيار الهيئة أو الجهة المرخصة التي يمكنها منح الشهادة وإرسال الطلب مع الوثائق المطلوبة؛

3. التحضير للتدقيق ما قبل التقديم؛

4. إعداد الترتيبات الإلزامية لتنفيذ التدقيق والحصول على الشهادة؛

بعد حصول المنظمة على الشهادة المطلوبة على المؤسسة أن تحافظ على مستوى الجودة والمعايير المحققة عند حصولها على الشهادة، حيث تقوم المنظمة المسجلة بفحص نظام الجودة دورياً كل ستة أشهر، بالإضافة لزيارات فجائية عادة تكون بعد استلام شكاوى من الزبائن (العيشاوي، 2013، صفحة 111، 112).

ومن أجل إثبات سلامة وكفاءة نظام الجودة بشكل مستمر، تشترط شهادة الإيزو من هذه المنظمات الاحتفاظ بسجلات تدعى سجلات الجودة وعددها سبعة عشر سجلا "17"، منها مثلا: سجل مراجعة العقود وسجل تصميم المنتج وسجل تدقيق الجودة الداخلي، وأيضا سجل التدريب... الخ (الطاهر، 2010، صفحة 147).

في المؤسسات العمومية للصحة ووفق المقابلات التي أجريناها لا توجد مستشفيات حائزة على شهادة الإيزو 9000، وهذا ليس بسبب نقص أو تقصير في تقديم الخدمات بل لكون المؤسسات العمومية للصحة تخضع لقوانين لا تشير لها بضرورة التقدم لمثل هذه الشهادات، وهذا يحتاج لتعديل في القوانين الأساسية الخاصة بهذا النوع من المؤسسات العمومية.

الفرع الرابع: فوائد الحصول على شهادة الإيزو 9000.

يوفر الحصول على شهادة الإيزو 9000 ، مجموعة من الفوائد القيمة (العزاوي، 2002) المشار إليه في (العيشاوي، 2013، صفحة 112، 113) التي نوجزها في النقاط التالية:

1. تُمكن وتساعد العاملين على الحصول على الوسائل التي تساعدهم على أداء أعمالهم بشكل صحيح وفي المرة الأولى؛
2. توفر الوسائل اللازمة لتحديد المهام الصحيحة من أجل الحصول على نتائج صحيحة؛
3. توفر الطرق والوسائل لتوثيق خبرة المنظمة وبالتالي قاعدة بيانات لتدريب العاملين؛
4. توفر دليل يساعد على إثبات جودة المنتجات أو الخدمات التي تقدمها المؤسسة؛
5. تحد من التدخلات المستمرة للمدراء في المستويات الإدارية الدنيا وبالتالي تقليل التوتر؛
6. ثبات الجودة للمنتجات أو الخدمات؛
7. توضيح المسؤوليات والواجبات بشكل دقيق.

ومن ميزات الحصول على شهادة الجودة نذكر أيضا (العالم، 2020، صفحة 246، 247):

1. إعداد مجموعة من الوثائق التي تسهل العمل وتؤدي إلى تحقيق المواصفات المطلوبة بأقل كلفة؛
2. رفع أداء جميع العاملين في المنظمة؛
3. تفهم الرؤساء والموظفين لأساليب التدقيق والمراجعة؛
4. تحسين الاتصالات الداخلية بين العمال، والاتصالات الخارجية مع العملاء وبناء علاقات جيدة معهم؛
5. رفع الروح المعنوية لكافة الموظفين وشعورهم بالثقة والفخر لوجود نظام الجودة في المنظمة يوافق المستويات العالمية؛
6. زيادة القدرة التنافسية وتمكين المنظمة من دخول أسواق عالمية؛

7. التقليل من المنتجات التالفة وبالتالي تقليل التكاليف وزيادة الأرباح.

المطلب الرابع: متطلبات إدارة جودة الخدمات الصحية

في هذا المطلب سوف نتطرق لبعض متطلبات جودة الخدمات الصحية التي في مقدمتها التركيز على الزبون فهو محور عمل المنظمة، ثم دور وأهمية التحسين المستمر في المراكز الصحية من أجل الحفاظ على جودة الخدمات وازدواج دور القيادة الإدارية في تحقيق التفاعل بين العاملين وأخيرا ضرورة مشاركة جميع العاملين في عملية التحسين المستمر.

الفرع الأول: الجودة ورضا العاملين

يرى (Stephen and George،1998،123،124) أن تحقيق الرضا لدى العاملين في المنظمة يؤدي إلى زيادة الرضا لدى الزبائن، وهذا بسبب العلاقة بين العاملين الذين يتمتعون بالرضا الوظيفي من جهة وبين الزبائن الذين يتمتعون بالرضا عن الخدمات المقدمة، وقد حدد الباحثان ستة خصائص شخصية التي تحصل من خلال العلاقات المتبادلة مع الزبائن وهي (العلي، 2010، صفحة 87،88):

1. التعامل مع الزبون مثل ما تريد أن تُعامل بصفتك لو كنت أنت هو الزبون؛
2. التأكد من أن رغبات الزبون قد تم تحقيقها وبطريقة بشوشة، وتحمل المسؤولية الشخصية في ذلك؛
3. تحديد الطرق والأساليب التي تؤدي إلى تحسين العمليات والتي يمكن من خلالها تحسين خدمة الزبون؛
4. مشاركة الآخرين المعرفة وتقديم المساعدة من أجل خدمة الزبون؛
5. العمل على تلبية كل توقعات الزبون إن أمكن لجذب الزبائن؛
6. متابعة الأفراد العاملين وإيجاد اتصال فعال ومتبادل مع الزبائن من أجل المحافظة عليهم.

الفرع الثاني: التركيز على الزبون

يرى (الجبوري،2008) أن الزبون هو أساس عمل المنظمات اليوم والعمل على تلبية رغباته هو محور عمل المنظمة والقوة الدافعة لها فتلبية رغباته الحالية والمستقبلية ومعرفة احتياجاته هو نقطة البداية لمختلف الأنشطة وإرضائه هو ركيزة من ركائز المنظمات الحديثة، وبالتالي هو أهم نقطة في إدارة الجودة (الطويل و الدباغ، 2016، صفحة 26).

إن التركيز على المرضى من أهم المتطلبات الأساسية لإدارة جودة الخدمات الصحية فكلما زاد رضى المريض أدى إلى الاحتفاظ به كما يؤثر على بقاء المنظمة، فالتركيز على احتياجاتهم ورغباتهم يعد أهم أساس لتطبيق إدارة جودة الخدمات الصحية في المراكز الصحية (عبد الله، 2013، صفحة 98).

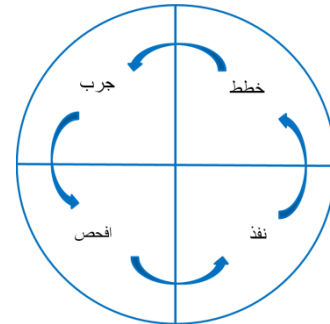
ويرى (مُحَمَّد م.، 2008، صفحة 196) أن التركيز لا يجب أن يكون على المستفيدين الخارجيين فقط بل يجب أن يشمل التركيز أيضا على المستفيدين الداخليين ويعني العاملين داخل الأقسام والإدارات في المنظمة، وكيفية تحفيزهم للإستفادة من طاقتهم ووقتهم وجهدهم الكامل وهم الذين تتوقف عليهم مستوى الجودة.

الفرع الثالث: التحسين المستمر

إن التحسين المستمر يتجسد في ممارسات لا نهاية لها في مختلف أقسام المنظمة، من أجل بلوغ الكمال الذي لا يمكن أن يدرك، فيستمر السعي إليه لأن هناك دائما فرص لتحسين العمليات ومجالات للتطوير نحو الأفضل، كما أن التغيرات في البيئة الخارجية مثل أذواق العملاء والتكنولوجيا وممارسات المنافسين تستدعي إجراء تحسينات والتكيف معها من أجل البقاء (الطائي و قدادة، 2008، صفحة 194).

ومن المناهج الإجرائية المعتمدة في تحسين الجودة في ظل نظام كايزن كما يشير (الطائي و قدادة، 2008، صفحة 203، 204) ما يعرف بدورة (PDCA) Deming، وأضاف أن من ابتكر هذا المنهج هو (Walter Shewahard) وحمله (Deming) إلى اليابان وهو حسب الشكل رقم (2، 4):

شكل رقم (2، 4): دورة شيوارت ديمينج للتحسين المستمر.



المصدر: الطائي، رعد عبد الله؛ قدادة، عيسى، إدارة الجودة الشاملة، ص: 204.

1. خطط **Plan**: وضع خطة التحسين وجمع البيانات ووضع معايير التقييم لقياس النجاح.
2. جرب **Do**: اختبار الخطة وتجريبها في نطاق محدود وتوثيق التغيرات بأسلوب نظامي.
3. افحص **Check**: تدقيق مدى نجاح العملية وهل هناك حاجة للتعديل ثم إعادة تجريبها أو إلغائها.
4. نفذ **Act**: تنفيذ الخطة التي ثبت نجاحها وتنميط العملية وإبلاغ العملية لجميع ذوي العلاقة وتعميمها.

إن التحسين المستمر في المراكز الصحية للعمليات والأقسام ومقارنتها بالتطبيقات المتميزة والبحث المستمر عن حلول ناجعة للمشاكل، تساعد على تقديم خدمات ذات نوعية عالية، ومن أجل نجاح عمليات التحسين وجب إشراك جميع العاملين في جميع مستويات المنظمة لتفادي حدوث أي مقاومة للتغيير وإعطاء فرصة للعاملين ليكون لهم دور في تحقيق أهداف المنظمة (عبد الله، 2013، صفحة 97).

ويمكن أن نشير بأن هناك طريقتين للتحسين طريقة يابانية ينظر من خلالها على أنه عملية تدريجية، أما الأمريكية فالتحسين يركز على استحداث أشياء جديدة تحل محل القديمة حيث يتم التحسين دفعة واحدة وبأساليب تكنولوجية متطورة وإمكانيات مالية كبيرة والجدول الموالي يوضح أوجه المقارنة بين الطريقتين (الصيرفي، 2006، صفحة 146):

جدول رقم (2، 7): المقارنة بين الطريقة الأمريكية واليابانية في عمليات التحسين.

وجه المقارنة	الطريقة الأمريكية	الطريقة اليابانية
طريقة التحسين	تتم وفق دفعات صغيرة تحقق تغيرات جذرية.	التغير يكون بصفة تدريجية لا تؤدي لتغيرات جذرية.
مجال التحسين	مجال محدد وبعد الانتهاء منه يتم الانتقال إلى مجال آخر.	جميع المجالات في آن واحد.
أسلوب التحسين	هدم وإعادة بناء.	إصلاح وهدم في آن واحد.
التفكير	فردى.	جماعي.
التطلب	تكنولوجيا متطورة ومعقدة وتكاليف واستثمارات كبيرة.	استثمارات عادية وتكنولوجيا سهلة مع التركيز على العنصر البشري.

المصدر: مُجَّد الصيرفي، الجودة الشاملة TQM، ص 146.

الفرع الرابع: القيادة الإدارية

تلعب القيادة الإدارية دور مهم في التأثير على العاملين والإشراف عليهم لتحقيق أهداف المنظمة الصحية، إن إدارة الجودة تحتاج لقيادة إدارية تشجع على التعاون وتعمل على إيجاد الانسجام و التآخي بين العاملين، وبالتالي تكوين ولاء وانتماء للمنظمة الصحية (عبد الله، 2013، صفحة 98)، ويرى (الطائي و قدادة، 2008، صفحة 93،92) أن أول مقدمات تطبيق إدارة الجودة الشاملة هي توفر الرؤيا حولها وهي بشكل عام لا بد أن تجسد الجوانب الأساسية من فلسفة إدارة الجودة الشاملة كالتحسين المستمر والانطلاق من العميل، ويجب أن تكون هناك حماسة وقناعة واندفاع لتحقيقها، إن الإيمان لدى الإدارة العليا حول الرؤيا التي تحملها هو القوة الحقيقية التي تدفعها لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وبدون هذا الإيمان لا يمكن إقناع و تحفيز الآخرين، وأوضح (عبد العظيم، 2008، صفحة 145) أن العديد من الدراسات ترى أن وعي الإدارة العليا واقتناعها بنظام ومنهج إدارة الجودة الشاملة

وأهميتها ورؤيتها في كيفية تحقيق هذه الجودة يعتبر عنصرا هاما لنجاح تطبيق هذا النظام والعكس صحيح، فالخوف من فقدان السلطات الإدارية وعدم الرغبة في التغيير والتحسين المستمر يعوق الجهود المبذولة لتطبيق منهج الجودة ويؤدي بالفشل، بل يمكن أن تقوم الإدارة العليا بهدم ما بناه السابقون.

المبحث الثالث: النظام الصحي في الجزائر

في هذا المبحث سنلقي الضوء على تاريخ النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا مبرزين مراحل تطوره وطرق تمويله والمشاكل التي واجهته وأخيرا نستعرض بعض الحلول والمقترحات من خلال مقابلات مع مسؤولين في القطاع، وما أمكننا ملاحظته خلال بحثنا وسوف نجيب على العديد من الأسئلة المتعلقة بالصحة كمستوى توفر الإمكانيات والهياكل القاعدية الصحية ومدى توفر الخبرة ونوعية الخدمة في المجال الطبي ومدى نجاعة الإصلاحات التي تمت في هذا القطاع.

المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

النظام الصحي هو الإطار الذي يتكون من مجموع المنظمات الحكومية وكل مايمثلها والتي تهدف إلى التعرف على احتياجات المجتمع الصحية من أجل العمل على توفير أحسن الخدمات باستعمال الموارد المتاحة وإدارتها وهذا للمحافظة على صحة المواطن وتعزيزها وتقويم هذه الخدمات وتكاليها بطريقة معقولة (صاري و عواج، 2021، صفحة 399)، ويمكن أن نقسم المراحل التي مر بها النظام الصحي إلى ثلاثة مراحل نوجزها كما يلي:

المرحلة من 1962 إلى 1973:

لقد خلف الاستعمار الفرنسي الذي امتد لقراءة قرن ونصف منذ 1830م دمارا هائلا في شتى المجالات، وقد عرف الاستعمار الفرنسي بأنه من أسوء الدول الاستعمارية مقارنة بالدول المستعمرة الأخرى، وتعتبر المشاكل الصحية من أبرز المشاكل التي خلفها، فقد حدثت هجرة جماعية للأطباء والصيدلة والممرضين بعد الاستقلال، أما توزيع الخدمات الصحية فتمركزت في المدن الكبرى مثل: الجزائر العاصمة، قسنطينة، وهران، بالإضافة لنقص الهياكل الصحية وسوء توزيعها.

لذلك سعت الحكومة الجزائرية بعد الاستقلال لوضع برامج من أجل التخفيف من حدة المشاكل التي يعانها القطاع الصحي، منها برامج توزيع الأدوية وتكوين الأطباء وإنجاز المنشآت، وفي هذا السياق تم تحديد جملة من الأهداف في هذه المرحلة نوجزها فيما يلي (عمارة، 2015، صفحة 127):

1. إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية وكان ذلك سنة 1963.
2. إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ سنة 1964، الذي يختص بتوفير إطرارات للصحة العمومية؛

3. تنفيذ أول برنامج وطني لمكافحة الملاريا و الرمد سنة 1965.
4. صدور الأمر 65-66 بتاريخ 4 أبريل 1966 المتعلق بتنظيم مهنة الأطباء و الصيادلة وجراحي الأسنان، والقبالات (أمر 65-66، 1966، صفحة 314)؛
5. صدور أمر رئاسي 65-73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتعلق بالطب المجاني والقطاعات الصحية؛
6. صدور دستور 1973 الذي تنص المادة 76 منه " كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم الطب المجاني؛
7. مجانية الاستفادة من مراكز الأمومة والطفولة سنة 1974، والتي بلغ عددها 250 مركز؛
8. صدور المرسوم رقم 96-69 المؤرخ في 8 جويلية 1969، المتعلق بمعالجة السل بصفة إجبارية ومجانا (مرسوم رقم 96-69، 1969).

كما تم تأطير المساعدات الطبية في القطاع الخاص بحيث تستفيد الفئات الاجتماعية الفقيرة من مجانية العلاج بينما تدفع الفئات الأخرى رسوم الكشف لتعوض بعد ذلك من طرف صناديق الضمان الاجتماعي إذا كان المستفيد خاضع للاشتراك في هذه الصناديق، بالإضافة لمركز واحد لمكافحة السرطان، أيضا 188 مركز صحي، 20 مركز صحي لمكافحة السل، 5 مكاتب للمراقبة والتربية الصحية، 1016 قاعة للتشخيص الطبي والعلاج (عمارة، 2015، صفحة 128).

وقد كان عدد الأطباء الجزائريين سنة 1967 ، 176 طبيب لا يغطون الحد الأدنى من الخدمة في الجزائر مما اضطر الدولة للإستعانة بالأطباء الأجانب الذين بلغ عددهم 1036 طبيب أجنبي، وقد وصل معدل الأطباء بالنسبة لعدد السكان إلى 1 طبيب لكل 8649 ساكن، بالإضافة 160 صيدلي جزائري و 64 صيدلي أجنبي في نفس السنة، ونلاحظ أن عدد الأطباء يزداد بمعدل 60 طبيب جزائري كل سنة ليصل في آخر هذه المرحلة إلى 441 طبيب جزائري سنة 1973، ومعدل جراح أسنان لكل: 39379 ساكن بعدما كان سنة 1963، جراح واحد لكل: 67628 ساكن، ويعود هذا التحسن الكبير للجهود العظيمة التي بذلتها الدولة بعد الاستقلال، أما فيما يخص الصيادلة فقد كان عدد السكان لكل صيدلي سنة 1973، صيدلي واحد مقابل 36692 ساكن، بعدما كان عددهم 51504 لكل صيدلي سنة 1963.

الجدول رقم (2، 8): تطور الموارد البشرية للفترة 1963 إلى 1973.

السنوات	1962	1963	1967	1971	1973
عدد الأطباء الجزائريين	/		176	316	441
عدد الأطباء الأجانب		1034	1036	1189	1226
عدد السكان لكل طبيب		7922	8649	7289	5938
عدد الصيادلة الجزائريين		70	160	292	332
عدد الصيادلة الأجانب		194	84	46	64
عدد السكان لكل صيدلي		51225	51504	40648	36692
عدد جراحي الأسنان الجزائريين		36	86	183	279
عدد جراحي الأسنان الأجانب		115	78	91	93
عدد السكان لكل جراح أسنان		69205	76628	50142	39379

المصدر: الموقع الرسمي للإحصاء الجزائري، حوصلة إحصائية 1962-2020، الجزائر، ص 146-148.

نستنتج من هذا التحليل أن الحكومة الجزائرية ورثت عن الاستعمار الفرنسي قطاع صحي هش يمتاز بضعف البنية التحتية ونقص كبير في الهياكل القاعدية التي كانت متمركزة في الشمال والتي كانت موجهة أساسا للمستوطنين الفرنسيين بالإضافة لقلّة الموارد البشرية نتيجة هجرتها الجماعية بعد الاستقلال فقد كان جلها فرنسي، مما ترك فراغا كبيرا في الهياكل الصحية إلا أن الدولة الجزائرية باشرت بإصلاحات عميقة من أجل حل المشاكل الاجتماعية والصحية والتخفيف من حدتها لمواجهة الطلب المتزايد.

المرحلة من 1974 إلى 1988:

توافق سنة 1974 بداية المخطط الرباعي الثاني (1974-1977) الذي يهدف إلى إعطاء أهمية كبرى للحالة الاجتماعية، فسياسة الطب المجاني من أهم المكاسب التي أقرتها الدولة الجزائرية طبقا للمرسوم 65-73 الصادر بتاريخ 28 ديسمبر 1973، إلا أن ضعف المصادر التمويلية التي كانت تعاني منها الهياكل الصحية أدت إلى

ضعف المؤسسات وعدم استقرارها ماليا، وبالتالي أصبح الحل الوحيد هو تكفل الدولة بكافة المسؤوليات التي تتعلق بضمان صحة المواطن والمجتمع، وبذلك إلتزمت وزارة الصحة العمومية بإعادة التنظيم وتوزيع الأدوية وتوسيع مجانية الطب في جميع الهياكل الصحية وكذا حماية الأمومة و الطفولة، والاهتمام بالطب المدرسي والطب الوقائي والتكفل التام بالمعوقين ذهنيا وحركيا، وتكثيف جهود التكوين الطبي و هذا كله من أجل تحقيق الأهداف الاجتماعية للصحة؛

1. سنة 1980 كانت بداية للمخطط الخماسي الأول (1980-1984) الذي من أهدافه ترقية المجتمع في

جميع المجالات ومن بينها الصحة؛

2. سنة 1981 رسم مشروع استراتيجي يهدف إلى ترقية الصحة ومن بين ما تضمنه تطوير النظام الصحي

الجزائري، ضرورة مساهمة السكان في هذا المشروع، وحماية الصحة وترقيتها واجب على كل مواطن؛

3. صدور قانون 05-85 في 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها (قانون 05-85، 1985،

صفحة 176) حيث تنص المواد منه 20-21-22 على مجانية العلاج طبقا للمادة 67 من الدستور.

4. كما تميزت هذه المرحلة بارتفاع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1174 عام 1986، وكذا

ارتفاع في عدد المستخدمين في القطاع الصحي من 57872 عام 1973 إلى 124728 عام

1987، كما ارتفعت الميزانية المخصصة للقطاع الصحي من 194 مليون دينار سنة 1963 إلى 3 ملايين

دينار سنة 1986. (مُجدّ ع.، 2015، صفحة 299،300).

الجدول رقم (2، 9): تطور الموارد البشرية للفترة 1974 إلى 1988.

السنوات	1974	1980	1985	1988
عدد الأطباء الجزائريين	849	1061	1576	1836
عدد الأطباء الأجانب	1247	2310	2051	1131
عدد السكان لكل طبيب	5675	2193	1654	1200
عدد الصيادلة الجزائريين	441	1035	1325	1810
عدد الصيادلة الأجانب	101	70	34	01
عدد السكان لكل صيدلي	27978	16892	16088	13133

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية

6090	2644	1577	410	عدد جراحي الأسنان الجزائريين
07	106	114	84	عدد جراحي الأسنان الأجانب
3901	7950	11038	30696	عدد السكان لكل جراح أسنان

المصدر: الموقع الرسمي للإحصاء الجزائري، حوصلة إحصائية 1962-2020، الجزائر، ص 146-148.

ونلاحظ من خلال الجدول (2-9) تضاعف عدد الأطباء الجزائريين من 849 طبيب سنة 1974 إلى 1836 طبيب سنة 1988، أما عدد السكان لكل طبيب فوصل إلى طبيب واحد لكل 1200 ساكن بعدما كان طبيب لكل 5675 ساكن سنة 1974 وتعتبر هذه نقلة نوعية في التكوين وتوفير المورد البشري المتخصص ويعكس حرص الدولة في التنمية.

أما فيما يخص الهياكل القاعدية المتوفرة سنة 1974 فكان عدد المستشفيات 143 مستشفى و106 عيادة متعددة الخدمات ووصل عددها إلى 263 مستشفى سنة 1988، أي الضعف تقريبا، أما العيادات المتعددة الخدمات فوصل عددها هي الأخرى إلى 434 عيادة أي أكثر من ثلاثة أضعاف عما كانت عنه سنة 1974، معظمها يجوي قسم للولادة.

جدول رقم (2، 10): تطور المنشآت القاعدية الصحية للفترة 1974 إلى 1988.

السنوات	1974	1980	1985	1988
المنشآت				
المستشفيات	143	183	211	263
مراكز صحية	558	662	969	1248
عيادات متعددة الخدمات	106	161	319	434
قاعات علاج	1402	1364	2454	3041
دور الولادة	50	54	/	/
عدد الأسرة بالمستشفيات	43404	43028	49315	56214

المصدر: الموقع الرسمي للإحصاء الجزائري، حوصلة إحصائية 1962-2020، الجزائر، ص 149.

لم تتوقف السياسة الصحية واستمرت وأخذت منعطفًا جديدًا باهتمامها بالصحة الإنجابية عن طريق إطلاق برامج الكشف عن سرطان الرحم والوقاية منه، وسرطان عنق الرحم، كما تم برمجة العديد من الدورات التكوينية شملت أكثر من 100 مركز صحي على مستوى الوطن (عمارة، 2015، صفحة 133).

فبالإضافة لدستور 1976 الذي ينص على الحق في الرعاية الصحية في المادة 67 بالقول " لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية مجانية بتوسيع مجال الطب الوقائي والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل ..". كما جاء في العدد 94 من الجريدة الرسمية الجزائرية (أمر 76-97 يتضمن إصدار دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، 1976).

فقد نص أيضا دستور 1989 على الحق في الصحة وفق المادة 51 التي نصت: " الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها" كما جاء في العدد رقم 09 للجريدة الرسمية في نفس السنة (مرسوم رئاسي رقم 89-18 يتضمن نص تعديل الدستور الموافق عليه في استفتاء 23 فبراير 1989، 1989).

أما دستور 2020 فنصت المادة 63 منه "تسهر الدولة على تمكين المواطن من .. الرعاية الصحية، لاسيما للأشخاص المعوزين والوقاية من الأمراض المعدية والوبائية ومكافحتها" التي جاء بها العدد 82 من الجريدة الرسمية لنفس السنة. (دستور 2020، 2020).

أما فيما يخص الموارد البشرية المتوفرة في هذه المرحلة فهي موضحة في الجدول رقم (2، 11).

الجدول رقم (2، 11): تطور الموارد البشرية للفترة 1989 إلى 2019.

2019	2015	2010	2006	2000	1995	1989	السنوات الموارد البشرية
84161	73431	56209	39459	32332	27317	21467	عدد الأطباء
516	544	640	849	941	1027	1137	عدد السكان لكل طبيب
13122	11475	8081	7267	4814	3691	1839	عدد الصيادلة

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية

3309	3483	3962	4607	6310	7602	13273	عدد السكان لكل صيدلي
15470	13645	11633	9648	8197	8056	6892	عدد جراحي الأسنان
2807	2929	3093	3457	3711	3483	3542	عدد السكان لكل جراح أسنان

المصدر: الموقع الرسمي للإحصاء الجزائري، حوصلة إحصائية 1962-2020، الجزائر، ص 146-148.

ابتداءً من 2008 توقف العمل بطريقة القطاعات الصحية وأصبحت المستشفيات مستقلة عن القطاعات الصحية أما الباقي من دور الولادة وقاعات العلاج والعيادات المتعددة الخدمات فأصبحت تابعة لمؤسسة واحدة تدعى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية كما في الجدول رقم (2، 12).

ونلاحظ من خلال الجدول رقم (2، 11) أن عدد الأطباء في الجزائر وصل سنة 2019 إلى 84161 بعدما كان 21467 طبيب سنة 1989 أي تضاعف أربع مرات، أما جراحي الأسنان فتضاعف هو الآخر ليصل إلى 15470 سنة 2019، وهذا ناتج عن السياسات الصحية للدولة الجزائرية ويبدو أنها حققت نتائج مذهلة في توفير المورد البشري المؤهل.

أما فيما يخص المنشآت القاعدية الصحية المتوفرة في هذه المرحلة فهي موضحة في الجدول رقم (2، 12)، حيث بلغ عدد المستشفيات 314 مؤسسة إستشفائية سنة 2020 بعدما كانت 275 سنة 1989 وهي مؤسسات توفر إقامة للمرضى والقيام بكل أنواع العمليات الجراحية، أما المؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي أنشأت سنة 2008 فبلغ عددها سنة 2020 إلى 273 مؤسسة، وتضم العيادات المتعددة الخدمات التي وصل عددها 1748 عيادة بعدما كان عددها 485 سنة 1989 أما قاعات العلاج فوصل عددها إلى 6160 بعدما كان عددها 4174 قاعة علاج سنة 1995، وتبقى قاعات العلاج في تزايد مستمر من أجل تقديم الخدمات الصحية البسيطة للمواطن.

جدول رقم (2،12): تطور المنشآت القاعدية الصحية للفترة 1989 إلى 2020.

2020	2015	2008	2006	2000	1995	1989	السنوات المنشآت
314	300	265	280	268	251	275	مؤسسات أو مراكز إستشفائية بكل أنواعها الجامعية والمتخصصة
70478	64762	60532	57597	54618	54213	58605	عدد الأسرة بالمستشفيات
273	271	271	./	/	/	/	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية
/	/	/	1248	1252	1152	1238	مراكز صحية
1748	1659	1419	520	497	471	485	عيادات متعددة الخدمات
6160	5762	5077	4684	3964	4174	//	قاعات علاج
538	529	504	476	430	489	333	دور الولادة العامة والخاصة
11825	10865	8477	7708	5576	4429	//	عدد الصيدليات العامة والخاصة

المصدر: الموقع الرسمي للإحصاء الجزائري، حوصلة إحصائية 1962-2020، الجزائر، ص 149-152.

وفي إطار مواصلة مساعي وزارة الصحة الرامية إلى ترقية المنظومة الصحية لضمان رعاية ذات جودة من خلال عقلنة التسيير وترشيده عن طريق نظام التعاقد قام وزير الصحة السابق السيد عبد الرحمان بن بوزيد يوم الخميس 05 ماي 2022 بمقر الوزارة بحضور اجتماع مع خبير جزائري من أوروبا وأعضاء اللجنة المكلفة بملف التعاقد" لدراسة مدى تقدم عملية بعثه بـ"اعتباره الركيزة الأساسية لإصلاح المنظومة"، وهذا من أجل تقييم تقدم فريق العمل الذي تم تعيينه والوقوف على عملية بعث هذا النظام الذي هو أداة الإصلاحات الإستشفائية وتطوير النظام الصحي من خلال إدخال تحسينات ضرورية داخل الهياكل الصحية وإيجاد طرق صحيحة لتمويل الخدمات الصحية، وكذلك إرسال القواعد النوعية في تقديم الخدمات الصحية، و تحسين تنظيم وتسيير المؤسسات الصحية والتقييم المنهجي

للأنشطة والتكاليف وترشيد النفقات العمومية حفاظا على مجانية العلاج، كما أبرز الوزير أهمية الرقمنة في إنشاء النظام التعاقدى والتي تعد المحرك الأساسي له، مشيرا إلى إمكانية البدء في تنفيذه كمرحلة أولى في عدد من المستشفيات النموذجية مما يمكن من تقييمه ثم تعميمه في باقي المؤسسات الإستشفائية (موقع وكالة الأنباء الجزائرية، نظام التعاقد).

وكخلاصة لما سبق تطوّر النظام الصحي في الجزائر وفق ثلاثة مراحل المرحلة الأولى وهي المرحلة بعد الاستقلال وما تبعها من مشاكل متعلقة بقلّة المنشآت والتي كانت متمركزة في الشمال وموجهة أساسا للفرنسيين، وقلّة الكادر الصحي الذي كان معظمه فرنسي، وبالتالي كانت مرحلة انتقالية صعبة، أما المرحلة الثانية وهي مرحلة بداية التنظيم وتوفير التمويل و العمل على بناء المراكز الصحية والمستشفيات لتوفير الخدمات الصحية في كافة ربوع الوطن، وقد تم في هذه المرحلة إنشاء معهد الصحة العمومية سنة 1964، كما تم الإقرار بمجانبة الطب في القوانين الجزائرية، والمرحلة الثالثة دخول وتجسيد النظام التعاقدى مع صناديق الضمان من أجل تخفيف الضغط على ميزانية الدولة وبداية عمل القطاع الخاص وتطويره.

المطلب الثاني: تمويل وتقييم النظام الصحي في الجزائر

تُعرف النفقات العمومية بشكل عام والنفقات الصحية في الجزائر بشكل خاص ارتفاعا مستمرا ومن أسباب هذا الارتفاع الزيادة السكانية، وارتفاع الأمراض المزمنة وفي مقدمتها مرض السكر، أمراض القلب والشرايين والسرطان وفي هذا المطلب سوف نسلط الضوء على مصادر التمويل وبعض معايير التقييم المعمول بها.

الفرع الأول: مصادر تمويل المؤسسات الصحية

يتم تمويل المؤسسات الصحية عن طريق أربعة مصادر تتمثل في (غواري، 2020، الصفحات 76-78):

أولاً: مصادر التمويل العمومية هذا المصدر موجود في جميع المنظومات الصحية العالمية و يكمن الاختلاف في نسبة مساهمة الدولة، وفي المؤسسات الجزائرية تصل نسبة مساهمة الدولة إلى 80 بالمائة من ميزانية المؤسسة العمومية الصحية.

ثانياً: مصادر التمويل الخاصة وينقسم الى قسمين:

1. التمويل الذي مصدره مؤسسات خاصة أو عامة: وعادة تكون هذه المؤسسات هي مؤسسات التأمين، وفي الجزائر تساهم **CNAS**، وهي مؤسسة وطنية تتمتع بالاستقلالية وهي تحت إشراف وزارة المالية في تمويل المؤسسات الصحية العمومية وتعتبر الممول الثاني بعد إعانة الدولة لهذه المؤسسات.
2. التمويل الذي مصدره تسديد المستهلكين للخدمات الصحية: هذا التسديد يكون من مصادر المرضى الخاصة، وفي الجزائر يعتبر هذا التمويل في المؤسسات العمومية الصحية مصدرا ضئيلا للتمويل بسبب مجانية العلاج في كامل المؤسسات العمومية للصحة، أما نسبة هذا التمويل فهي رمزية.

ثالثاً: التأمينات هذا المصدر ينقسم بدوره إلى قسمين:

1. أنظمة التأمين الغير هادفة للربح.

2. أنظمة تأمين هادفة للربح.

رابعاً: مصادر التمويل الخارجية تأتي من المساعدات الخارجية، وهي عبارة عن هبات تقدمها منظمات مثل منظمة الصحة العالمية، والبنك العالمي للإنشاء والتعمير.

الفرع الثاني: تقييم النظام الصحي في الجزائر

عادة ما ينظر إلى التقييم بلغة الأرقام، وهذا واضح من خلال ما حققته السياسة الصحية خلال السنوات الماضية من حقائق ملموسة والذي تناولناه في المطلب الأول ولاحظنا التزايد الكبير في الهياكل القاعدية الصحية وتضاعف الكادر البشري من خلال جداول تطور الهياكل القاعدية والموارد البشرية في الجزائر، وفي هذا الفرع سوف نضيف معيارين أولهما العمر الافتراضي ثم الأمراض ذات التبليغ الإجمالي مع معدل الوفيات في الجزائر كما يلي:

يعتبر معدل عمر الإنسان أحسن معيار لتقييم النظام الصحي في الجزائر والجدول الموالي يبين المتوسط المتوقع من سنة 1920 إلى 2015:

جدول رقم (2، 13): متوسط العمر في الجزائر.

السنة	1960	1962	1970	1985	1990	2000	2010	2015	2020
العمر	41	39	43	64	67	70	74	76	74

المصدر: الموقع الرسمي للبنك الدولي، donnees.banquemondiale.org (banquemondiale website's)

من خلال الجدول رقم: (2، 13) نلاحظ تحسنا وارتفاعا كبيرا في العمر الافتراضي من 39 سنة 1962 غداة الاستقلال إلى 74 سنة في سنة 2020، وهذا راجع للتحسن في نوعية الخدمات الصحية المقدمة، والمراكز الصحية الجوارية، وقدرة الدولة على تقريب هذه الخدمات للمواطن وتوفيرها له من خلال العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج التي تنتشر في كل البلديات والأحياء الكبيرة، وعموما للظروف الاجتماعية الجيدة الناتجة عن الاستقلال و السياسات التي قامت بها الدولة الجزائرية لتحسين القطاع الصحي والتي من أبرزها مجانية الطب.

جدول رقم (2، 14): بعض الأمراض ذات التبليغ الإجمالي.

السنة	2010	2012	2014	2015	2017	2018
إلتهاب السحايا	3369	3455	6563	3967	4531	4675
التيفويد	223	232	123	97	121	61

الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية

9	5	6	1	11	15	مرض البقيري
1242	453	747	266	887	408	حمى المستنقعات
9702	11726	6542	4543	8390	21049	داء الليشمانيات(جلدي)
11031	10191	6456	5533	4500	10014	الحمى المالطية
26945	779	197	154	1891	1438	الحصبة

المصدر: الموقع الرسمي للإحصاء الجزائري.

جدول رقم (2، 15): معدل الوفيات في الجزائر.

السنة	1967	1974	1980	1985	1989	2000	2005	2010	2015	2018	2019
المعدل الخام للوفيات	15.87	15.07	10.90	8.40	6.00	4.59	4.47	4.37	4.57	4.53	4.55

المصدر: الموقع الرسمي للإحصاء الجزائري، حوصلة إحصائية 1962-2020، فصل 1، الديمغرافيا، ص2.

من خلال الجدولين (2، 14) ، (2، 15) أعلاه نلاحظ التطور الملحوظ في الصحة حيث يتناقص معدل الوفيات من سنة لأخرى فمن: 15.87 سنة 1967 إلى 10.90 سنة 1980 ثم إلى 4.59 سنة 2000، وأخيرا وصل إلى معدل 4.55 سنة 2019، وهو معدل منخفض جدا بالمقارنة مع ما حُلِّفه الاستعمار الفرنسي بعد الاستقلال سنة 1962، أما الأمراض ذات التبليغ الإجباري فهي الأخرى تناقصت بمعدل كبير مثل التيفوئيد من 223 حالة سنة 2010 إلى 61 حالة سنة 2018، وأيضا داء الليشمانيات فقد انخفض هو الآخر من 21049 حالة سنة 2010، إلى 9702 حالة سنة 2015 ، أما الأمراض الأخرى مثل حمى المستنقعات، الحمى المالطية، الحصبة فرغم ارتفاع عددها في بعض السنوات إلى أن الدولة مُتَحَكِّمة في هذه الأمراض الوبائية وهذا ملحوظ من خلال جدول معدلات الوفيات التي هي في تناقص شديد كل سنة.

جدول رقم (2، 16): نسبة وفيات الأمهات (تقدير نموذجي، لكل 100 ألف مولود حي).

السنة	2000	2002	2004	2008	2010	2012	2015	2017
متوسط عدد وفيات الأمهات في العالم	342	328	309	265	248	234	219	211
في الجزائر	161	148	134	117	115	116	114	112

المصدر: donnees.banquemondiale.org (الموقع الرسمي للبنك الدولي)

من خلال الجدول رقم (2، 16)، نلاحظ انخفاض في نسبة وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي، حيث كانت 161 حالة وفاة في سنة 2000 لتتراجع إلى 112 وفاة سنة 2017. ونلاحظ أن هذه النسبة مازلت مرتفعة لكن تعتبر أقل من المتوسط العالمي لكل الدول.

المطلب الثالث: المشاكل التي تواجه النظام الصحي في الجزائر

بالرغم من الإنجازات العظيمة المحققة بعد الاستقلال إلا أن الوضع الصحي مازال لا يلبى تطلعات السكان ولا يحقق الأهداف المنتظرة منه، وهذا لوجود العديد من المشاكل والأسباب التي سوف نتطرق لها في هذا المطلب، ومن أجل تحديد أكثر هذه المشاكل قمنا بمقابلة مع مسؤولين في بعض المؤسسات الصحية وخلصنا لجملة من المشاكل التي تعد من أهم الأسباب التي تعيق العمل في المؤسسات الصحية وتؤثر على جودة الخدمات المقدمة فيها.

الفرع الأول: مشاكل المؤسسات الصحية الخاصة

عدّد (جاد الرب، 2008، صفحة 67) نوعين من المعوقات التي تحد من فاعلية الأداء في المنظمات الصحية الخاصة وهي:

أولاً: معوقات خارجية وتشمل

1. القيود التي تفرضها الدولة والسياسات العامة مثل التشريعات والضرائب وتحديد الأسعار ونظم العلاج؛
2. سياسة استيراد وتصدير الأجهزة الطبية والنظام الجمركي السائد؛
3. المنافسة الشديدة من جانب المنظمات الصحية الحكومية؛

4. القيود التي تكون من طرف المرضى والجمهور مثل الشائعات وعدم اتباع النظم التي تفرضها المنظمة الصحية على الزوار؛

5. القيود البيئية التي قد لا تتماشى مع إمكانيات المنظمة الصحية، وتدخلات المجالس الشعبية المحلية وحجم الكوارث التي يتعرض لها المجتمع، وأيضا درجة أمية المجتمع؛

ثانيا: معوقات داخلية وتشمل

1. التركيز على الجوانب الفنية التي على صلة بالعلاج وإهمال الجوانب الإدارية؛

2. تركيز إدارة المنظمات في أيدي الأطباء دون أن تتوفر لديهم المهارات الإدارية والتنظيمية في اتخاذ القرارات؛

3. عدم الاستعانة بالخبرات المطلوبة سواء في النواحي المالية أو الإدارية وحتى الطبية مما يؤثر على كفاءة المنظمة الصحية؛

4. ضعف الموارد المالية للمنظمات الصحية الخاصة وعدم كفايتها؛

5. عدم قدرة المنظمات على حل العديد من النزاعات التنظيمية السائدة بين مختلف الأسلاك العاملة داخل المنظمة الصحية؛

6. انخفاض درجة الولاء التنظيمي والثقة لدى العاملين في المنظمة الصحية؛

7. عدم كفاءة نظام الأجور والحوافز مما يعرض المنظمة لعدم الاستقرار نتيجة لترك بعض الموظفين أعمالهم للبحث عن وظائف أكثر دخلا في أماكن أخرى.

الفرع الثاني: عوامل فشل تطبيق نظام الجودة في المؤسسات الصحية

يمكن القول بأن أهم العوامل التي تؤدي إلى الفشل في تطبيق نظام الجودة في المؤسسات الصحية ما يلي (جاد الرب، 2008، صفحة 342،343):

1. عامل الوقت: يحتاج هذا النظام إلى وقت كبير نسبيا من أجل التدريب وتطبيق هذا النظام، حيث تصل إلى 30 شهرا تقريبا؛

2. عامل الثقة: يستمد هذا النظام حيويته وكفاءته من ثقة العاملين والإدارة فيه؛

3. عامل تأخر النتائج: لا تظهر النتائج إلا بعد فترة زمنية تتراوح ما بين 03 إلى 05 سنوات من تطبيقه واستعجال النتائج أمر غير مرغوب فيه؛

4. عامل التكاليف: يعتبر هذا النظام مكلفا عند وضع المواصفات والتدريب واستشارة الخبراء؛

5. الاستقرار التنظيمي: يحتاج إلى درجة عالية من الاستقرار التنظيمي فالتغيير في القيادات والمسؤولين خاصة في المنظمات الصحية الحكومية، يعجل من اختياره؛

6. الأعباء التنظيمية: يحتاج إلى بعض التغييرات في النظم والهياكل الحالية في المنظمة.

الفرع الثالث: مشاكل المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر

من أجل فهم أكثر للمشاكل التي تعاني منها المؤسسات الصحية الجزائرية قمنا بإجراء مقابلة في شهر (سبتمبر 2022) مع أحد إطارات المؤسسات العمومية الإستشفائية بولاية المسيلة السيد: أومزيان فؤاد " متصرف مستشار" شغل منصب مدير الموارد البشرية لأكثر ثلاثين سنة، ومنصب مدير لمؤسسة عمومية إستشفائية لمدة سنتين سابقا، حيث أجابنا من وجهة نظره حول المشاكل التي تعاني منها المؤسسات الصحية من خلال عدة نقاط كما يلي:

1. تمويل المؤسسات العمومية الصحية غير عادل الأمر الذي خلق مشاكل سوء التسيير، حيث ورثنا منذ الاستقلال سياسة الطب المجاني، الذي كان في السابق مكسبا، أمسى اليوم مرهقا ومكلفا للخزينة العمومية حيث تتحمل الخزينة العمومية أزيد من 80 بالمائة من ميزانية هذه المؤسسات، أما مساهمات الضمان الاجتماعي فهي جزافية وأقل مما يجب أن تكون، ثم تليها إيرادات متعلقة بباقي السنة الماضية ثم إيرادات أخرى تتكون من خصومات الغيابات المتعلقة بالعمال وأخيرا أدنى نسبة وهي مساهمات المرضى في مصاريف العلاج، والإشكالية هنا في وجود فئات غير مؤمنة تستفيد من العلاج دون أن تقدم أي مساهمة، ويتحمل المستشفى أعباء من تلقي العلاج المجاني لبعض الفئات رغم عدم مساهمتهم في صناديق الضمان وربما لأشخاص أغنياء بموجب ما يعرف بـ "مجانة العلاج" ويتم الاعتناء بهم أحيانا أحسن من أفراد مؤمنين إجتماعيا.

ومن أجل التوضيح أكثر لطريقة تمويل المؤسسات العمومية للصحة، قام الباحث من أجل الزيادة في الفهم بتحويل إيرادات ميزانية المؤسسة العمومية الإستشفائية لسنة 2022، لنسب مئوية والجدول رقم (2، 17)، يوضح هذا.

جدول رقم (2، 17): نسبة الإيرادات في ميزانية المؤسسة العمومية الإستشفائية بوسعادة لسنة 2022.

النسبة المئوية	التعيين
78.40	مساهمات الدولة
17.72	مساهمات الضمان الإجتماعي
—	مساهمات المؤسسات والهيئات العمومية
0.25	إيرادات واردة من نشاط المؤسسة
—	موارد أخرى
3.63	رصيد السنوات السابقة
100 بالمائة	المجموع

المصدر: ميزانية المؤسسة العمومية الإستشفائية بوسعادة 2022.

2. نظام الوظيف العمومي الحالي أصبح أحد العراقيل الأساسية في تسيير المؤسسات العمومية للصحة، حيث يتعامل مع هذه المؤسسات مثلها مثل باقي الإدارات العمومية الأخرى، كما يجري عليها تطبيق العديد من القوانين مثل قانون الصفقات العمومية لكونها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري مثل البلديات، وبالتالي لا يتم التعامل مع هذا القطاع كقطاع حساس يستدعي أحيانا التدخل في أقل من 24 ساعة، فهو يحتاج للسرعة والمرونة في القيام بمهامه فحياة الإنسان وصحته لا تنتظر هذه الإجراءات الإدارية الطويلة.
3. النقص الفادح للأخصائيين خاصة في بعض التخصصات الحساسة التي لا تستطيع الخدمات الصحية الاستغناء عنها، مثل: أمراض النساء والتوليد، طب الأشعة، الاختصاصات الجراحية كجراحة العظام والرضوض، جراحة الأعصاب جراحة الأطفال، التخدير، ويرجع هذا لسبب الأجور الضعيفة مقارنة بتلك التي يتقاضاها في القطاع الخاص، حيث أن نظام الوظيف العمومي الذي تنتمي إليه هذه المؤسسات تكون فيه الأجور محددة وفق سلم ثابت لا يمكن تجاوزه بالإضافة لمردودية العمل الثابتة التي تصب كل ثلاثة أشهر لجميع الموظفين دون استثناء وبالتالي الأجور عبارة عن تكاليف ثابتة، على العكس منه في القطاع الخاص فالأجور تعتبر تكاليف متغيرة تعتمد على حجم النشاط المقدم من طرف مقدم الخدمة، فإجراء عملية واحدة يختلف عن إجراء 10 عمليات فكل عملية لديها مقابل مادي تمنح لمقدم الخدمة " الجراح أو الطبيب"، أما في المؤسسات العمومية للصحة فإجراء عملية واحدة لا يختلف عن إجراء 20 عملية أو أكثر مما يجعله يفكر في الانتقال للقطاع الخاص بمجرد انتهاء فترة الخدمة المدنية الإلزامية والمقدرة بستتين لكل طبيب أخصائي متخرج جديد.

كما يمكننا أن نضيف بعض المشاكل التي لمسناها ولم تذكر من قبل، ويدركها العديد من الموظفين نلخصها في هذه النقاط:

1. ضعف أجور عمال النظافة حيث ينتمي عمال النظافة للأسلاك المشتركة، و تعتبر أجورهم الأضعف على مستوى هذه المؤسسات؛
2. المناوبة لجميع الأسلاك في المؤسسات الصحية غير مرقمنة، ولا يتم الاعتماد فيها على البرامج الحاسوبية، وبالتالي لن تكون هناك عدالة في توزيعها فالمؤسسات الصحية عليها تقديم الخدمات على مدار 24 ساعة.
3. عدم ربط المؤسسات الصحية بالضمان الاجتماعي، وبالتالي لا يوجد فرق بين المؤمن والغير مؤمن في تقديم الخدمة، وبالتالي تعتبر بطاقة الضمان الاجتماعي ليست مهمة في تلقي العلاج في المؤسسات العمومية، وهي لا تستعمل أيضا في القطاع الخاص ويضطر المريض لدفع مبالغ باهضة عند الاستشارات في العيادات الخاصة.

في الأخير يرى الباحث أن هذه المشاكل كلها تنبع من مشكل عدم رقمنة القطاع، إن رقمنة قطاع الصحة بما فيه مخزون الأدوية وكيفية استهلاكه إلى تسيير الموارد البشرية، يعطي شفافية أكبر، وأكثر مرئية مما يمكن من معرفة نقاط الخلل ويتيح للخبراء إيجاد الحلول القانونية التي تتماشى وحساسية القطاع.

المطلب الرابع: حلول مقترحة للمشاكل الصحية في الجزائر

في هذا المطلب سنحاول إيجاد حلول للمشاكل الصحية التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر انطلاقا من مقابلات مع أحد المسؤولين في القطاع وكذا بعض المرضى الذين عانوا من صعوبات عند العلاج داخل المستشفيات، وقد قسمنا المطلب لعدة فروع بدأناها بفرع نسرده فيه عوامل نجاح تطبيق الجودة بشكل عام، ثم فرع متعلق بالحلول الخاصة من وجهة نظر أحد مسؤولي الصحة.

الفرع الاول: عوامل نجاح تطبيق نظام الجودة في المنظمات الصحية

يمكن إجمال هذه العوامل حسب (جاد الرب، 2008، صفحة 340، 341) فيما يلي:

1. ضرورة اقتناع الإدارة العليا بأهمية مزايا تطبيق نظام الجودة؛
2. إقناع كل العاملين في المنظمة الصحية بفوائد تطبيق هذا النظام خاصة بالنسبة لهم؛

3. توقع الإدارة في المنظمة الصحية بعض المقاومة والمعوقات عند تطبيق هذا النظام، وكلما تفهم الجميع أهمية تطبيق نظام الجودة كلما قلت حدة المقاومة؛
4. يتطلب النظام تغيير كبير في سياسات واستراتيجيات المنظمة الصحية؛
5. عدم اعتبار نظام الجودة نظام بديل للنظم السائدة، بل أداة رئيسية للبحث عن أداء عالي متميز ومنع وجود الأخطاء؛
6. ارتفاع تكاليف النظام في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي، بعدها يبدأ النظام بالكشف عما به من فوائد؛
7. الترويج لهذا النظام وتسويقه للعاملين في المنظمة الصحية أو المتعاملين معها حيث يعتبر نظام فعال لتحقيق الولاء التنظيمي؛
8. تطبيق هذا النظام في أحد أنشطة المنظمة الصحية ثم تعميمها في باقي أنشطة المنظمة؛
9. إقامة دورات تدريبية في كيفية تطبيق النظام، وأيضا الاستفادة من تجارب المنظمات التي نجحت في تطبيقه.

الفرع الثاني: الحلول المقترحة لمشاكل المؤسسات الصحية العمومية

بعد أن تطرقنا مع أحد المسؤولين في مقابلة حول مشاكل المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر في المطلب السابق، قام المسؤول نفسه السيد: أومزيان فؤاد بإعطاءنا الحلول من وجهة نظره التي تساعد في التخفيف من هذه المشاكل حيث عدّد لنا الحلول التالية:

1. في جانب تمويل مؤسسات الخدمات الصحية العمومية، ومن أجل مصداقية أكبر وجب تقسيم المجتمع لثلاث فئات كما يلي:

أ_ **الفئات المؤمنة:** هذه الفئة تساهم في صناديق الضمان الاجتماعي بمختلف أنواعها، تمتلك بطاقات تأمين تمكنهم من تلقي العلاج مع وجوب إعطاء فواتير للمرضى بعد العلاج، و بموجب اتفاقيات يجب أن تتحمل مؤسسات الضمان الاجتماعي هذه الأعباء وهذا في إطار النظام التعاقدية؛

ب_ **الفئات المعوزة:** هي فئة غير مؤمنة وليست لها مداخيل، تتكفل الدولة بتسديد نفقات علاجهم بصفة مؤقتة بعد حصولهم على بطاقات خاصة من مديريات الشؤون الاجتماعية عند وضعهم لملفات تبين حالتهم وحقهم في الحصول على هذا النوع من البطاقات، نفقات هذا النوع من المرضى تكون على عاتق الدولة بموجب اتفاقيات مع مديريات النشاط الاجتماعي؛

جـ- **الفئات الغير معوزة والغير مؤمنة:** هذه الفئة تسدد نفقات علاجها نقدا لدى مؤسسات الخدمات الصحية؛

2. قطاع الصحة العمومي هو قطاع خاضع لقانون الوظيف العمومي فمؤسسات الخدمات الصحية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، ويعتبر قطاع الصحة من القطاعات الحساسة التي تستدعي السرعة والمرونة والفعالية، فالإطار القانوني الذي تعمل من خلاله، ينظر إليها كإدارة لا تختلف عن باقي الإدارات الأخرى، غير أنه في الواقع هناك اختلاف كبير بين مؤسسات الصحة وبين هذه الإدارات العمومية الأخرى، فقطاع الصحة يستدعي **فك القيود**، وجعله أكثر مرونة لذا يستوجب إخراجه كلية من الوظيف العمومي وإحاقه بالقطاع الاقتصادي التي تحكمه قوانين أخرى أكثر مرونة ويستجيب لخصوصيته باعتباره قطاع خدماتي حساس في تسييره، أو إنشاء قطاع عمومي إستثنائي خاص بالصحة العمومية يعتمد على آليات أكثر مرونة وسرعة في الاستجابة لمتطلبات السوق ويختلف عن تلك التي يعمل بها في نظام الوظيف العمومي الحالي، يتحمل من خلاله المسيرين والأمرون بالصرف والمراقبون الميزانياتيون تسيير أموال هذه المؤسسات.

يرى الباحث أن تفعيل العمل بهذه الطريقة، أي تقسيم المجتمع لثلاث فئات ورقمنة القطاع أي ربط جميع الأطباء الخواص في العيادات والمؤسسات العمومية بمؤسسة الضمان الاجتماعي و إجبار العيادات الخاصة بقبول استعمال بطاقة الضمان الاجتماعي، وفك القيود القانونية من شأنها خلق منافسة بين المستشفيات العمومية و العيادات الخاصة حيث يختار المريض المؤمن العيادات التي تقدم أحسن خدمة، على عكس ما هو موجود الآن فالجميع بما فيهم المساهم في صناديق الضمان والغير مساهم يتلقون العلاج نفسه في المؤسسات العمومية، بل أحيانا يمكن أن يتلقى الغير مؤمن العلاج أحسن من المؤمن إجتماعيا، إن الفوترة لتكاليف العلاج لكل مريض كما هو معمول به عند شراء الأدوية في الصيدليات يتيح معرفة تكلفة كل خدمة مثل زيادة مولود أو إجراء عملية جراحية أو مكوث في المستشفى بحسب عدد الأيام، أي معرفة التكاليف الحقيقية لكل خدمة مما يتيح لمؤسسة الضمان التدخل في حالة وجود أي مصاريف ليست ضرورية وبالتالي الترشيد في استعمال الأدوية.

كما نضيف بأن وزير الصحة السابق عبد الحق سايجي في لقاء تقييمي بوزارة الصحة حول النظام التعاقدية، ثمن العمل المنجز في تنفيذ خريطة النظام التعاقدية بين الضمان الاجتماعي ومختلف المؤسسات العمومية الصحية وتحديد العلاقات بين الفاعلين الرئيسيين في المنظومة الصحية مؤكدا دعمه بجميع الوسائل التكنولوجية المتطورة وكذا الموارد البشرية المتخصصة في التسيير، حيث بدأ فعلا بتنفيذ المرحلة الأولى من التعاقد بين القطاع العام والضمان الاجتماعي والتي شملت كل من مصلحة التوليد وغسيل الكلى وجراحة القلب ثم تمتد فيما بعد لتخصصات طبية أخرى مشير إلى

ما حققته الجزائر من تقدم ملحوظ خلال السنوات الأخيرة، كما أكد بأن نظام التعاقد لا يمس بالحق في الصحة بل يهدف لترشيد النفقات (موقع وكالة الأنباء الجزائرية، 2022).

المبحث الرابع: تمكين العاملين وأثره في تحقيق الجودة

في هذا المبحث سوف نتطرق للعلاقة بين أبعاد تمكين العاملين المعتمدة في هذه الدراسة وأثرها على جودة الخدمات الصحية، وسوف نورد لكل بعد من أبعاد المتغير المستقل "تمكين العاملين"، مطلباً نتناول فيه أهم ما توصلت إليه الدراسات السابقة.

المطلب الأول: الحرية والاستقلالية ودورها في تحقيق الجودة

في هذا المطلب سوف نتحدث عن أهمية بعد الحرية والاستقلالية وأنواعها حسب بعض الباحثين، ثم نرى أثرها على جودة الخدمة من خلال بعض الدراسات الجزائرية الحديثة.

الفرع الأول: أهمية الحرية والاستقلالية

اعتبر (الملوك) الحرية والاستقلالية عاملاً مهماً في تمكين الأفراد إن لم نقل العامل الأكثر أهمية لأنها تمنح العاملين قوة أكبر وسعة في التصرف حول النشاطات والمهام التي يمارسونها، أما دراسة (Rafiq and Ahmed) فقد أشارت إلى وجود ثلاث أنواع من حرية التصرف هي الروتينية والخلاقة وأخيراً حرية التصرف المقيدة، فالروتينية تلامس الأعمال اليومية ذات البدائل المتنوعة، أما الخلاقة فهي تغطي الأعمال التي لا تتكرر أمامهم بشكل روتيني وأخيراً المقيدة وهي تشكل النوع السلي لأنواع الحرية، إن الإشارة لهذه الأنواع الثلاثة يعطينا تصور حول حدود الحرية المطلوبة، ولعل المنطق في استراتيجية التمكين تعني امتلاك العاملين حرية في التصرف في حدود الرؤيا الواضحة لرسالة المنظمة وأهدافها وضمن الأطر الإرشادية (الدوري و صالح، 2009، صفحة 84، 85).

الفرع الثاني: الحرية والاستقلالية في المؤسسات الجزائرية

في دراسة (كواديك، 2021، صفحة 244) على بعض المؤسسات العمومية الصحية في ولاية المدية أظهرت أن لمنح العاملين الاستقلالية في العمل ومشاركتهم في اتخاذ القرارات أثر إيجابي على العاملين، حيث تزيد من أدائهم و ترفع من معنوياتهم وتجعلهم أكثر إدراكاً لأهمية مكانتهم داخل المنظمة، كما تنتج عن عملية التمكين ثلاث نتائج أساسية هي نتائج على العاملين ونتائج على مستوى المنظمة ونتائج على الزبائن، وأكد الباحث أن أهم النتائج هي النتائج التي تظهر على العاملين لما لها من تأثير على أدائهم وبالتالي على أداء المؤسسة ومنه تحقيق رضا الزبائن.

المطلب الثاني: المشاركة بالمعلومات ودورها في تحقيق الجودة

نتناول في هذا المطلب السبب الرئيسي للمشاركة بالمعلومات في المنظمات وأهميتها في تمكين العاملين، كما نذكر بعض الدراسات الجزائرية التي تناولت هذا البُعد ضمن متغير تمكين العاملين ودوره في تحقيق الجودة.

الفرع الأول: لماذا المشاركة بالمعلومات؟

من أمثلة المشاركة بالمعلومات، معلومات عن النشاطات العامة للمنظمة كالأرباح والخسائر، والحصص السوقية وكل مايتعلق بالسوق من الأنشطة بالإضافة للإنتاجية والإنتاج المعيب وغير ذلك، فالمشاركة بالمعلومات تلعب دورا هاما في بناء الثقة بين الإدارة العليا وباقي المستويات الإدارية، ولاشك أن تكنولوجيا المعلومات تساهم بشكل كبير في مشاركة هذه المعلومات (الدوري و صالح، 2009، صفحة 31)، وقد أشار (Collins) أن المعلومات تلعب دورا مركزيا في تمكين الأفراد، والسبب يرجع كما يصف (Collins) هو جعل العاملين أكثر فهما لأسباب القرارات المتخذة من طرف المنظمة، فامتلاك المعرفة يزيد من معرفة العاملين بمهامهم أكثر، كما أشار أيضا (Collins) أنه من المهم أن يمتلك العاملين فرصة للتعبير عن آرائهم من خلال الاتصالات الصاعدة للإدارة العليا (الدوري و صالح، 2009، صفحة 78،79).

الفرع الثاني: المشاركة بالمعلومات في المؤسسات الجزائرية

في دراسة ل (فرج و شيخ، 2015، صفحة 106،107) أظهرت أن التمكين يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات والعمليات ويزيد من أداء العاملين بشكل أفضل، حيث نُحَدث بشكل أكثر تفصيل عن مشاركة العاملين بالمعلومات ودورها في تحقيق مجموعة من الإيجابيات في مجال الجودة، كما تعزز المعلومات الممنوحة للعاملين في مجال الخدمات المقدمة للزبائن وتلبية احتياجاتهم، وتزيد من رضاهم وخاصة عندما يشعر الزبون بأن مقدم الخدمة متمكن من مهامه ويمتلك الأجوبة والنصائح الكافية حول خدمته، كما تؤدي المشاركة بالمعلومات إلى التحسين المستمر للعمليات وبالتالي التحسين المستمر للخدمات المقدمة لجمهور المستفيدين.

أما دراسة (شاطر، 2018، صفحة 176،195) فقد أشارت لوجود أثر إيجابي لبعده المشاركة بالمعلومات في مستوى الإبداع الإداري لدى العاملين في شركة كوندور إلكترونيكس، حيث يتطلب حل المشكلات واتخاذ القرارات الإدارية قدر من المعلومات الخاصة بالشركة وأهدافها وعلاقتها مع البيئة الخارجية وهذا ما يوفره نظام المعلومات والاتصالات في شركة كوندور الذي حصل على المرتبة الأولى من بين أبعاد استراتيجية التمكين.

أما دراسة (جيلالي ب.، 2022، صفحة 332) حول أثر تمكين العاملين على الأداء الوظيفي في مؤسسة اتصالات الجزائر بمدينة غرداية جنوب الجزائر، فخلصت إلى وجود أثر للمشاركة بالمعلومات على الأداء الوظيفي للعاملين حيث يتطلب نجاح التمكين توفير القدر الكافي للمعلومات من أجل تسهيل اتخاذ القرارات.

المطلب الثالث: فرق العمل ودوره في تحقيق الجودة

من خلال هذا المطلب سوف نتطرق لبعض الدراسات الجزائرية التي تناولت فرق العمل ودورها في تحقيق الجودة، كما سنتناول كل من فرق تحسين الجودة وحلقات الجودة ودورها في تنمية وتطوير مهارات الأفراد.

الفرع الأول: فرق تحسين الجودة

فرق تحسين الجودة Quality Improvement Teams، وترمز بـ (QIT) وهي مجموعة من العاملين لديهم خبرة ومهارات معينة تهدف لحل مشاكل تتعلق بالجودة، هذه الفرق ليست تابعة لأي قسم معين وهي تشمل وتغطي كل العمليات الإدارية والأقسام الإنتاجية، حيث تلعب دور أساسي في تنمية وتطوير مهارات الأفراد في اتخاذ القرارات وزيادة الثقة و التعاون فيما بينهم، والعديد من المنظمات تقوم بدمج هذه الفرق ضمن الهيكل التنظيمي وليس أمرا مؤقتا ينتهي بعد مدة (زيدان س.، 2010، صفحة 80، 81)؛ وقد نفهم جيدا Ishikawa بأن القيمة الحقيقية تكمن في توظيف فرق العمل في حل المشاكل المتعلقة بالجودة ومعالجتها، فحلقات السيطرة على الجودة بمقدورها تنفيذ الحلول وبمقدورها أن تحدد ما إذا كانت هذه الحلول قد حققت أهدافها وفيما إذا تم تحقيق هذه الأهداف، يتم توحيد وتنميط هذه العمليات لتصبح جزء من عملها اليومي وتعمل أيضا هذه الحلقات على إدخال التحسينات المستمرة على الجودة من خلال دورة الجودة وهي: (Act- Studu- Check-Do-Plan) والتي قدمها الباحث دومينيك في اليابان (العلي، 2010، صفحة 74).

الفرع الثاني: حلقات الجودة:

يعتبر العالم Kauro Ischikawa، الأب الروحي لما يسمى بحلقات الجودة، وهو أول من نادى بتكوين مجموعات صغيرة تعمل بشكل تطوعي من أجل تحديد مشاكل العمل وإيجاد الحلول المناسبة لها، وبدأ انتشار هذه الحلقات في اليابان في أوائل الستينات من القرن العشرين، ثم انتشرت في الولايات المتحدة الأمريكية في بداية السبعينات، ويتراوح معدل إجتماع حلقات الجودة من ساعتين إلى ثلاث ساعات في الشهر، ويكون الاجتماع داخل الدوام الرسمي أو خارج الدوام، وهناك من المنظمات من تدفع مقابل حضور هذه الاجتماعات التطوعية أجر الوقت

الإضافي، ولا تعتبر النقود حافزا للعمال بقدر ما هي فرصة للتأثير في طريقة العمل وجعلها تتم بشكل أيسر (زيدان س.، 2010، صفحة 81).

الفرع الثالث: فرق العمل في المؤسسات الجزائرية

لقد خلصت دراسة (جيلالي ع.، 2019، صفحة 326) أنه من الضروري أن تُؤلي المؤسسات الصحية اهتماما كبيرا وإشراك جميع العاملين في إعداد برامج الخدمة الصحية لتحقيق المستوى المطلوب من الجودة، وهذا من خلال مساهمة العاملين في حل المشاكل المطروحة ومن بين النتائج المتوصل إليها أن التحسين في نوعية الخدمة الصحية ينطلق من التفاعل الموجود بين مقدمي الخدمة الصحية والمتمثلة في الطواقم الطبية والشبه طبية والفنيين مع المرضى، كما خلصت لوجود علاقة مباشرة بين جودة الخدمة الصحية والقرارات المتخذة من طرف فرق العمل، أما دراسة (مكاوي و مقراش ، 2020) التي أجريت على أربع مؤسسات صناعية في ولاية جيجل، فقد أظهرت أن فرق العمل ساهمت في تحسين الأداء البشري في المؤسسة الصناعية الجزائرية، حيث كلما زادت فعالية فرق العمل أدى ذلك لزيادة تحسين الأداء البشري وقد أثبتت الدراسة وجود علاقة إيجابية حيث ركزت الدراسة على واقع فرق العمل كأسلوب إداري ومدى تأثيرها على سلوكيات العاملين اتجاه أداء مهامهم الجماعية والفردية، وفي دراسة (ناني و قريسي، 2022) التي أجريت على أربع فرق عمل في مخابر فينوس بولاية البليدة، بينت أن سير نجاح هذه المؤسسة في السوق الجزائرية واحتكارها لسوق المواد التجميلية في الجزائر يعود إلى فرق العمل الإدارية التي تتمتع باستجابة جيدة للمعايير المنظومية، أما دراسة (خالدي و مهاوة، 2022) التي قامت بدراسة حول أثر إدارة فرق العمل على جودة الخدمات التأمينية على عينة من شركات التأمين في ولاية بسكرة، فقد خلصت لوجود ارتباط قوي بين إدارة فرق العمل وجودة الخدمات بأبعادها الخمسة.

وفي دراسة لـ (عيسى و مهيري، 2022، صفحة 372) التي أجريت على مجموعة من الفرق التقنية العاملة بوحدة الاتصالات بولاية أدرار جنوب الجزائر أظهرت أن لمهارات القيادة التنظيمية (المهارات الفنية والإنسانية) دور في تحسين فرق العمل وخلصت لوجود خصائص تميز فرق العمل الفعالة على باقي الفرق الأخرى و تتمثل في:

1. القيادة الماهرة والفاعلة للفريق؛
2. الثقة والتعاون بين أعضاء الفريق الواحد؛
3. المشاركة في اتخاذ القرارات من أجل تحقيق الأهداف؛
4. الاتصالات المفتوحة.

في الأخير يرى الباحث أن النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات الجزائرية حول فعالية فرق العمل ودورها في تحقيق الجودة تتفق والأدبيات في الفكر الإداري، فوجد أن هذه الدراسات تثنى العمل الجماعي وتؤكد على فعاليته في زيادة المنافسة والأداء وتوفير الفرص لتبادل الخبرات والمهارات والتشجيع على الإبداع المنظمي، وبالتالي تعتبر من أنجع الأساليب الحديثة لتحديد المشكلات وإيجاد الحلول التي تساهم في تحقيق أهداف المنظمة.

المطلب الرابع: التحفيز ودوره في تحقيق الجودة

في هذا المطلب سوف نتطرق لأهم سبب في بقاء الموظفين الأكفاء وجذب الموظفين وذوي الخبرات من منظمات أخرى، حيث نسرده بعض المحفزات التي تتميز بها الشركة العالمية جوجل GOOGLE، ثم نتطرق للتحفيز على مستوى المنظمات الجزائرية ودورها في تحقيق الجودة.

الفرع الأول: الوجه الإستراتيجي لدفع الأجور

تعتبر الأجور أحد أهم العوامل التي تمكن المنظمات من جذب العاملين والاحتفاظ بهم، كما تعكس فلسفة الإدارة في جعل مستوى الأجور متناسب مع إمكانيات المنظمة المالية، وطريقتها في المنافسة مع المنظمات الأخرى في طريقة جذب أفضل الخبرات، إلا أنها في نفس الوقت لاتستطيع مجازات رغبات العاملين لأن هذا مرتبط بكلفة التشغيل كما يخفض أرباح المنظمة ويؤثر على المنافسة في الأسواق، أما العكس فسياسة تخفيض الأجور تؤدي إلى مشاكل عديدة منها فقدان الكفاءات وهروبهم وتعذر جذب خبرات جديدة، وبالتالي وجب على المنظمة الموازنة بين تكلفة الأجور وتحقيق رغبات العاملين، ومحاولة ربط الأجر بالفائدة العائدة على المنظمة (عبودي، 2008، صفحة 193).

الفرع الثاني: الحوافز في الشركة العالمية GOOGLE

في دراسة قام بها (مسعي و بوعلاق، 2020) حول التحفيز كأحد أهم ممارسات الموارد البشرية ودوره في تحقيق الأداء، حيث قاما بدراسة وصفية تحليلية لواقع التحفيز في الشركة العالمية جوجل من خلال دراسة الأداء المتميز لها على المستوى العالمي وتهدف شركة جوجل لتلبية الحاجة الأساسية الموجودة لدى جميع البشر وهي الحاجة إلى المعلومة، وتجتهد الشركة مثل جميع الشركات العالمية في جذب المواهب والخبرات للعمل، كما تزال تحافظ على الكثير من موظفيها الأوائل في الشركة وتحافظ أيضا على وتيرة إنتاجهم المتميز لأنهم رأسمالها الحقيقي، فخسارة الأفراد الموهوبين والأكفاء هي خسارة فادحة ومكلفة ومن بين بعض الأمور المحفزة في هذه الشركة ذكر الباحثان مايلي:

1. تطرح الشركة كل سنة استبيانين يقوم فيها الموظفون بتقييم رؤسائهم في العمل، ومن أجل تجنب المشكلات والنتائج الكيدية لا تؤثر هذه النتائج في الترقية، بل يحرص الرؤساء على الجلوس مع الموظفين والتحاور لحل أي مشكلات بعد الاطلاع على نتائج التقييم؛
2. إجازة الأمومة تصل لـ خمسة أشهر لتفادي مشكلة استقالة الموظفات العاملات، وقد أدت لتخفيض نسبة هذه الاستقالات بشكل كبير؛
3. تخصيص فترة في كل أسبوع، للعمل بشكل حر للموظفين وقد أعطت ثمار عظيمة منها مشروع خرائط جوجل؛
4. كما توفر الشركة وجبات طعام مجانية وخدمات الكي والغسيل المجاني للموظفين، وتوفير الصالات الرياضية ذات التصميم العصري المتميز وكل هذا من أجل خلق مناخ ملائم للعمل والإبداع؛

الفرع الثالث: التحفيز في المنظمات الجزائرية

تعتبر الموارد البشرية أهم مورد يساهم في تطوير المنظمة ونجاحها، وعدم الاهتمام به يؤدي إلى نزيفه وفقدانه، لذا على المنظمات توفير الشروط الملائمة والحاجيات الإنسانية للتأثير في سلوكيات العامل وتوجيهه نحو تحقيق أهداف المنظمة، فبقاء المنظمة اليوم مرهون ببقاء الأفراد وكيفية إثارة قدراتهم والاستفادة من طاقاتهم وقد أكدت نتائج دراسة (بن بريكة و هيشر، 2018، صفحة 128) وجود علاقة قوية بين الحوافز وتحقيق الولاء التنظيمي بمستشفى زيوشي مُجد بمدينة طولقة ولاية بسكرة، وقد قامت المؤسسة بتقديم جملة من الحوافز المادية والمعنوية من أجل منح الموظفين شعورا بالامتنان والعرفان وهو ما يفرض عليهم تكوين اتجاهات إيجابية اتجاه المؤسسة الصحية تتمثل في سوكرات الولاء له، أما دراسة (منايفي و رماش، 2018، صفحة 269، 270) في مؤسسة الحجار عنابة شرق الجزائر، فخلصت إلى أن كل عامل يبحث بشكل أساسي لإشباع حاجاته المادية وراحته المعنوية فالحوافز بجميع أنواعها وأشكالها ذات أهمية كبيرة لتمكين الإدارة من إتمام مهامها بالصورة المطلوبة، فالحوافز تحفز الموظفين لتحقيق أكبر قدر من الدقة والإنجاز المثالي ويصبح الموظف أكثر تقيدا بالتعليمات سعيا لتحقيق أهداف المنظمة، وعند اتفاق الجانب المعنوي للتحفيز مع الجانب المادي له تتوفر لنا بيئة مشجعة للإبداع، أما دراسة (طلحة و قادة، 2019) والتي هدفت لمعرفة دور التحفيز على الرضا الوظيفي لدى عمال مؤسسة الإسمنت بولاية سعيدة، بينت أن للتحفيز تأثير على الرضا الوظيفي وأن التحفيز المعنوي له الأثر الأكبر في التغيير الحاصل على الرضا الوظيفي، ويرجع سبب التأثير الكبير للحوافز المعنوي مقارنة بالحوافز المادي في هذه المؤسسة إلى أن الحوافز المادية مثل الأجور متوفرة و عالية، فالمؤسسة بحاجة فقط للتركيز أكثر على التحفيز المعنوي مثل: تقدير الانضباط والمثابرة في العمل وتوفير البيئة المناسبة و الملائمة

للإبداع مما سينعكس في حالة توفيره على زيادة ربحية المنظمة، أما دراسة (غروي، رقيق، و خياط، 2019) والتي تمت على مستوى مؤسسة توسيالي لصناعة الحديد والصلب فقد خلصت على أن لمستوى الأجور والمكافآت علاقة مباشرة بأداء العمال، حيث كلما ارتفع الأجر كلما أدرك العامل قيمة عمله بالنسبة للمسير، مما يدفعه لتقديم المزيد، كما اتضح من خلال دراسة (بن الدين و بن جدو، 2022، صفحة 84) على مؤسستين اقتصاديتين إحداهما تنشط في القطاع الخاص والأخرى في القطاع العام، أن عامل التحفيز يعتبر أحد أهم السبل ذات الأثر الإيجابي على تنمية قدرات ومهارات العاملين وحثهم على المساهمة الفعالة في عملية الإبداع الإداري من أجل ضمان قدرة المؤسسة على التفوق ومنه تحقيق أهداف المنظمة.

ومن خلال هذه الدراسات وكخلاصة يرى الباحث الآتي:

1. التحفيز يؤدي إلى زيادة الولاء التنظيمي والشعور بالامتنان والعرفان؛
2. التحفيز هو أهم هدف للعامل الذي يؤدي إلى إشباع حاجياته وبالتالي يؤدي إلى الرضى الوظيفي؛
3. التحفيز المعنوي مهم جدا لخلق بيئة مناسبة للإبداع والمنافسة بين العاملين؛
4. التحفيز المادي هو أهم طريق لزيادة فعالية قدرات العاملين.

من خلال ما سبق ذكره من دراسات سابقة في هذا المبحث، نستنتج أن لأبعاد تمكين العاملين أثر على الجودة حيث يلعب كل بعد من هذه الأبعاد دورا مهما، فالحرية والاستقلالية تمنح العاملين قوة أكبر ومرونة وسعة في التصرف حول النشاطات والمهام التي يمارسونها خاصة المتعلقة بمهامهم المباشرة، أما المشاركة بالمعلومات فهي السبيل الوحيد لفهم المشكلات وكيفية حلها، حيث يساهم توفر قدر من المعلومات الخاصة بالشركة وأهدافها وعلاقتها مع البيئة الخارجية في عملية اتخاذ القرارات بشكل سليم، وهذا ما يجب أن يوفره نظام المعلومات والاتصالات الخاص بالمؤسسة، أما فرق العمل فدورها الأساسي يكمن في تنمية وتطوير مهارات الأفراد في اتخاذ القرارات وزيادة الثقة و التعاون فيما بينهم، وأخيرا بُعد التحفيز الذي يُعد أهم هدف للعامل فهو يؤدي إلى إشباع حاجياته وبالتالي يؤدي إلى الرضى الوظيفي وتوفر كل هذه الأبعاد يؤدي لتحقيق الجودة وبالتالي رضى الزبون من كل النواحي.

تطرقنا في هذا الفصل إلى الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية وقد أشرنا إلى مفهوم الخدمة الصحية التي هي عبارة عن خدمة تمتاز بمجموعة من الخصائص توفرها المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية تهدف لإرضاء الزبون الذي هو المريض، وأشرنا إلى أنواع الخدمات الصحية التي منها ما هو مرتبط بالفرد كخدمات التشخيص والعمليات الجراحية ومنها ما هو مرتبط بصحة المجتمع وهي الصحة الوقائية، أما أبعاد الجودة فقد تم التطرق لخمسة أبعاد مهمة نالت قبول معظم الباحثين عند إطلاعنا على الدراسات السابقة متمثلة في (الموسمية، الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الضمان)، أما المبحث الثاني فتطرقنا فيه لأهم النماذج الرائدة التي ساهمت في تحسين الجودة منها نموذج ديمينج للجودة الذي تعتبر أفكاره ملهمة للعديد من الباحثين، ونموذج جوزيف جوران الذي عمل على تقنيات أخذ العينات الإحصائية واشتهر بثلاثية الجودة (تخطيط الجودة، مراقبة الجودة، تحسين الجودة)، ونموذج فيليب كروسبي الذي طور لأول مرة مفهوم صفر عيوب، وقد تطور مفهوم الجودة عبر عدة مراحل للوصول إلى إدارة الجودة الشاملة ابتداءً بمرحلة فحص الجودة ثم مراقبة الجودة وتليها مرحلة تأكيد الجودة وأخيراً إدارة الجودة الشاملة، وللجودة أدوات منها أداة استنباط الأفكار الذي طوره "أليكس أسبورن"، وأداة السبب والنتيجة للعالم الياباني "إيشيكاوا" وخريطة باريتو التي تعود للإقتصادي "ألفريدو باريتو"، بالإضافة للعديد من الأدوات، أما المبحث الثالث فتناولنا فيه تاريخ النظام الصحي وتطوره منذ فجر الاستقلال سنة 1962، والمشاكل الصحية التي خلفها الاستعمار الفرنسي من هجرة جماعية للأطباء والممرضين الفرنسيين العاملين في الجزائر مما اضطر الحكومة لوضع مخطط لتدارك الوضع بداية بإنشاء المعهد الوطني للصحة سنة 1964 الذي يختص بتوفير إطارات للصحة العمومية وكذا بناء المراكز الصحية والمستشفيات فقد كانت الخدمات الصحية إبان الاستعمار متمركزة فقط في المدن الكبرى منها (الجزائر العاصمة، قسنطينة، وهران)، وتواجه المستشفيات اليوم العديد من المشاكل ذكرنا منها عدم وجود فرق خاصة بتحسين الجودة وقد توصلنا لبعض الحلول إنطلاقاً من مقابلات مع مسؤولين في الصحة كان من هذه الحلول رقمنة القطاع الصحي وربطه مع الضمان الاجتماعي، وفي آخر الفصل أشرنا إلى العلاقة بين كل من أبعاد تمكين العاملين و جودة الخدمات الصحية، فالاهتمام بتمكين العاملين من قبل المنظمات يعد من الأمور الأساسية لاسيما في الوقت الحاضر ولكي تصل المؤسسات الصحية للجودة في الخدمات الصحية لا بد أن تهتم بتمكين العنصر البشري عن طريق توفير المعرفة ومشاركته المعلومات الأساسية لاتخاذ القرارات، وإنشاء فرق عمل متخصصة في تحسين الجودة من أجل التحسين المستمر مع توفير التحفيز بنوعيه الذي يعد المحرك الأساسي والطريق نحو زيادة الفعالية وزيادة الولاء التنظيمي.

الفصل الثالث:

الدراسة الميدانية لأثر تمكين العاملين على جودة الخدمات
الصحية

تمهيد

بعد أن تعرفنا على كل من المفهومين المتمثلين في تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية بشكل عام، سنحاول في هذا الفصل التطبيقي تسليط الضوء على ما تناولناه في الجانب النظري على عينة من موظفي بعض المؤسسات الصحية العمومية في ولاية المسيلة انطلاقاً من توصية المجلس العلمي للكلية في إطار تعزيز علاقة الجامعة بالمحيط الخارجي المتمثل في ولاية المسيلة مبرزين مدى تأثير تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية، حيث تطرقنا في بداية هذا الفصل لأداة الدراسة والأساليب المتبعة في جمع البيانات، ووصف مجتمع وعينة الدراسة وأخيراً اختبار الفرضيات و مناقشة النتائج، وقد قسم هذا الفصل إلى ثلاث مباحث كما يلي:

المبحث الأول: التعريف بأداة الدراسة

المبحث الثاني: الإطار المنهجي للدراسة الميدانية.

المبحث الثالث: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية.

المبحث الأول: التعريف بأداة الدراسة

قسمنا هذا المبحث إلى أربعة مطالب، نتطرق في المطلب الأول إلى متغيرات الدراسة وسلام المقياس المستخدمة في إعداد الاستبيان وفي المطلب الثاني نتطرق إلى كيفية التأكد من مصداقيته أما المطلب الثالث فنشرح فيه خطوات تنقية أداة الدراسة وفي الأخير نقوم بذكر التقنيات الإحصائية المستخدمة في تحليل هذه البيانات.

المطلب الأول: متغيرات أداة الدراسة

تم تقسيم أداة الدراسة إلى ثلاثة أجزاء إستنادا إلى العديد من الدراسات السابقة، تحتوي أداة الدراسة على كل من المتغير المستقل المتمثل في تمكين العاملين، والمتغير التابع جودة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى المتغيرات الشخصية المتمثلة في (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة المهنية، السلك الوظيفي).

بالنسبة للمتغير المستقل تمكين العاملين، فقد تم الاعتماد على دراسة بلانشارد وزملاءه (1999)، التي تعتمد على ثلاثة أبعاد وهي: (الحرية والاستقلالية، المشاركة بالمعلومات، فرق العمل)، وقد أضفنا في دراستنا هذه بعدا جديد تعتمده الكثير من الدراسات وفق نماذج مختلفة وهو بعد التحفيز وهو بعد مهم وله خصوصية في الجزائر حيث تمتاز الأجور في الوظيف العمومي بالضعف بشكل عام، ويتطلب تحيين الأجور مدة طويلة قد تصل لعشر سنوات، وهناك علاوات مازال لم يتم تحيينها إلى الآن مثل منحة المنطقة التي تحتسب على جدول الأجور لسنة 1989، وكذلك المنح العائلية مثل منحة التمدرس للأطفال الأكثر من عشر سنوات التي تقدر ب: 11.25 دج شهريا، بالإضافة إلى 300 دج، وهي منح أصبحت اليوم رمزية بسبب عدم تحيينها وبصفة عامة يفضل الموظف الجزائري العمل في الشركات الاقتصادية بدلا من العمل في الوظيف العمومي بسبب الفارق الكبير في الأجور.

والجدول رقم (3-1)، يبين أهم المنح التي لم يتم تحيينها إلى الآن في القطاع الصحي العمومي:

جدول رقم (3-1): بعض المنح والعلاوات المتعلقة بالوظيفة العمومي في القطاع الصحي والتي لم يتم تحيينها منذ مدة.

إسم المنحة	السلوك المستفيد	المبلغ بالدينار الجزائري
منحة المنطقة	كل الأسلاك	نسبة تتراوح بين 7 و 28 بالمائة من الأجر القاعدي لسنة 1989
منحة المنصب لوكيل الإيرادات	الإداريين	10 بالمائة من الأجر القاعدي لسنة 2001
منحة الأطفال	كل الأسلاك	300,00 دج
منحة الأطفال الأكثر من 10 سنوات في حدود ثلاث أطفال	كل الأسلاك	11,25 دج مرسوم سنة 1965
منحة الموظف المتزوج وليس له أولاد	كل الأسلاك	5,5 دج مرسوم سنة 1965
منحة الأجر الوحيد	كل الأسلاك	800,00 دج مرسوم سنة 2007
منحة الجنوب	كل الأسلاك	لم يتم تحيينها منذ 1996

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المصادر القانونية.

إلا أنه مؤخرا جرى تخفيض في الضرائب على الأجور بالإضافة إلى رفع عدد النقاط الاستدلالية وفق المرسوم الرئاسي رقم 22-138، الذي تم تنفيذه ابتداء من ماي 2022، كما ستكون هناك زيادة معتبرة خلال سنتي 2023 وفق المرسومين الرئاسيين رقم 23-54 و 23-55، المتعلقين بالشبكة الاستدلالية لمرتبات الموظفين والزيادة الاستدلالية لشاغلي المناصب العليا في المؤسسات والإدارات العمومية، وأيضا هناك زيادة في سنة 2024 تصل هذه الزيادات في مجملها إلى 47 بالمائة حسب تصريحات وزارة المالية، وهي زيادة معتبرة تتماشى ومطالب العاملين في القطاع العمومي إلا أن أهميتها مرتبطة بعدم الزيادة في أسعار المواد الاستهلاكية، وعموما تبقى المنح العائلية لم يتم التطرق إليها بعد من أجل تحيينها.

وكأول خطوة في إعداد الاستبيان تم الاستعانة بمجموعة من سلالم القياس من الدراسات السابقة والتي بدورها تتضمن متغيرات الدراسة والجدول رقم (3-2) يوضح كل متغير من متغيري الدراسة وأبعاده والدراسات التي تم الاستعانة بها وعدد المؤشرات لكل سلم قياس.

المتغير	الأبعاد	الدراسة	عدد المؤشرات	ألفا كرونباخ
تمكين العاملين	الحرية والاستقلالية	(جوادي، 2015)،	07	-
		(زكي حسن نسمان، 2011)	05	0.70
	المشاركة بالمعلومات	(دن، 2017)	05	-
		(زكي حسن نسمان، 2011)	05	0.74
		(حسن، 2013)	09	0.71
	فرق العمل	(دن، 2017)	05	-
		(بن برطال، 2018)	33	0.91
	التحفيز	(الملفوح، 2016)	06	0.00
		(عيساوي و الهزام، 2021)	12	0.87
	جودة الخدمات الصحية	المللموسية	(قشي، 2020)	04
(خامت، 2020)			04	/
(عتيق، 2012)			09	/
الاعتمادية		(قشي، 2020)	05	/
		(عتيق، 2012)	05	/
الاستجابة		(بلعرج، 2016)	03	/
		(بولصباغ، 2015)	10	0.92
		(حمادو، 2015)	04	/
التعاطف		(قشي، 2020)	05	/
		(خامت، 2020)	04	/
الضمان	(قشي، 2020)	05	/	

المصدر: من إعداد الباحث بالاستعانة بالدراسات السابقة.

الفرع الثاني: المقياس المستخدم

يعتبر الاستبيان وسيلة لجمع على البيانات من خصائصه الحفاظ على سرية مصادر البيانات، يمكن أن نشير بأن هناك اختلاف بين العديد من الدراسات حول طوله، لكن المستجوبين يجدون صعوبة في الإجابة على الاستبيانات الطويلة وبالتالي التماطل وتأجيل الإجابة، أما استبيان دراستنا يتوقف عند 4 صفحات، وهو يتكون من متغيرين: تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية، وكل متغير يتكون من عدة أبعاد، أربعة أبعاد في المتغير المستقل وخمسة أبعاد في المتغير التابع، وكل بعد يحتوي على خمسة عبارات تدعى المؤشرات، أما المقياس المستخدم فقد اعتمدنا مقياس Likert الخماسي لقياس درجة اجابات المستجوبين كما يلي:

(5) موافق بشدة، (4) موافق، (3) غير متأكد، (2) غير موافق، (1) غير موافق بشدة.

ونستخدم المتوسطات الحسابية لمعرفة اتجاه كل فقرة وفق الجدول رقم (3-2)

جدول رقم (3-3): درجات الموافقة.

الوزن	الرأي	المتوسط الحسابي	درجة الموافقة أو الإتجاه
1	غير موافق بشدة	من 1 إلى 1.79	منخفضة جدا
2	غير موافق	من 1.80 إلى 2.59	منخفضة
3	غير متأكد	من 2.60 إلى 3.39	متوسطة
4	موافق	من 3.40 إلى 4.19	مرتفعة
5	موافق بشدة	من 4.20 إلى 5	مرتفعة جدا

المصدر: عبد الفتاح عز، 2008، ص 541.

الفرع الثالث: أجزاء الاستبيان

يتكون الاستبيان المعتمد في الدراسة على 45 عبارة، في كل بعد أو سلم هناك خمس عبارات وفي كل الاستبيان هناك ثلاثة أجزاء كما يلي:

الجزء الأول: يتكون من الخصائص الشخصية والوظيفي لمقدم الخدمة وهي:

الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة المهنية، السلك.

الجزء الثاني: يتكون من أربعة أبعاد تقيس المتغير المستقل تمكين العاملين وهي:

الحرية والاستقلالية، المشاركة بالمعلومات، فرق العمل، التحفيز.

الجزء الثالث: يتكون من خمسة أبعاد تقيس المتغير التابع جودة الخدمات الصحية وهي:

الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الضمان.

المطلب الثاني: مصداقية الاستبيان

الصدق الظاهري

يشير الصدق إلى المدى الذي تقيس فيه الأداة المستعملة ما يراد قياسه، أما الثبات فهو المدى الذي تظل فيه الأداة ثابتة في قياس المراد قياسه، وبشكل محدد الصدق والثبات يشيران إلى البيانات والمعلومات التي تنتجها الأداة وليس للأداة نفسها (Lucy, Donald, و Asghar, 2013، صفحة 284)، لذلك قمنا بعد الانتهاء من صياغة مسودة الاستبيان إنطلاقاً من الدراسات السابقة كما هو موضح في الجدول رقم (3-2)، من أجل صدق المحتوى قمنا بضبط العديد من المصطلحات بما يتماشى مع دراستنا كما تم تعديل العبارات والحرص على أن تكون مجموع المؤشرات تجيب عن البعد، وقد تم عرضه على زملاء الدراسة من أجل التحقق من صلاحية المحتوى ومدى تناسقه، وأيضاً قمنا بمقابلات مع بعض الإطارات المهنيين من أجل الاستفادة في ضبط مؤشرات الاستبيان، وأخيراً تم عرضه على مجموعة من الأساتذة الجامعيين لتحكيمه كما هو مبين في الملحق رقم (01).

المطلب الثالث: التقنيات الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات

من أجل تحقيق أهداف الدراسة وتحليل وتفسير البيانات استخدمنا برنامج SPSS20، كما تم تحليل البيانات بالاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية المتمثلة في:

التكرارات والنسب المئوية: هي عملية تصنيف البيانات تصنيفاً كمياً (رشيد، 2007، صفحة 38)

المتوسط الحسابي: هو مجموع القيم لمتغير ما مقسوماً على عددها N ، حيث يتم استخدامه لمعرفة اتجاه كل فقرة أو بعد أو متغير.

الانحراف المعياري: هو الجذر التربيعي للتباين وهو رقم موجب وهو من مقاييس التشتت (شبيجل، شيلر، و سرينيقاسان، 2004، صفحة 25).

معامل الارتباط بيرسون: وسيلة لحساب و معرفة العلاقة الخطية بين متغيرين كميين أو لأكثر من متغيرين في المجتمع، و من مسلمات معامل بيرسون أن يتوزع المتغيرين توزيعاً طبيعياً حيث إذا تحقق هذا الشرط فإن العلاقة الوحيدة الإحصائية الممكنة هي العلاقة الخطية، أما المسلمة الثانية فهي شرط العينة العشوائية وأن تكون العينات مستقلة عن بعضها البعض (أبو علام، 2009، صفحة 309، 310)، أما بالنسبة لحجم الأثر فهي تتراوح بين (1) و (-1) حيث تكون قوية كلما اقتربت نحو الواحد وتكون طردية أو عكسية حسب الإشارة التي يأخذها معامل الارتباط.

الجدول رقم (3-4): نوع علاقة الارتباط.

نوع العلاقة	قيمة معامل الارتباط
علاقة طردية ضعيفة	بين 0.00 و 0.29
علاقة طردية متوسطة	0.30 إلى 0.49
علاقة طردية قوية	أكثر من 0.50

المصدر: أبو علام رجاء محمود، 2009، صفحة 311.

الإنحدار الخطي: عند دراسة مشكلة تتطلب معامل انحدار خطي نقوم بجمع البيانات حول متغيرين، متغير مستقل ومتغير تابع ويقوم الإنحدار الخطي ببناء معادلة من أجل التنبؤ بقيمة المتغير التابع بواسطة قيمة للمتغير المستقل وتحتوي معادلة الإنحدار على وزن للميل وقيمة ثابتة، ومن شروط الإنحدار الخطي البسيط أن يتوزع المتغيرين توزيعاً طبيعياً، أما إذا كان حجم العينة متوسط أو كبير فيمكن انتهاك هذا المسلم مع الحصول على نتائج دقيقة كما يجب أن تكون العينة عشوائية من المجتمع ومستقلة عن بعضها البعض (أبو علام، 2009، صفحة 319، 320).

اختبار T_ teste للعينة الواحدة: يستخدم هذا المقياس لفحص فرضية تتعلق بالمتوسط الحسابي لمتغير ما لعينة واحدة يساوي قيمة ثابتة، حيث تحدد هذه القيمة بإحدى الطرق، إما العلامة الوسطى، أو من خلال معلومات مسبقة أو عدد الإجابات الصحيحة بطريقة الصدفة في اختبار ما ويجب أن يتحقق شرطان، أن يتبع المتغير المراد إجراء الاختبار على وسطه التوزيع الطبيعي وعادة ما يُستعاض عن هذا الشرط بشرط أن تكون حجم العينة كبير، فقد وُجد عن طريق التجربة أن عدم تحقق هذا الشرط لا يؤثر على النتيجة، وتعتبر العينة من الحجم (30) عينة كبيرة، أما الشرط الثاني فهو أن تكون العينة عشوائية ومستقلة عن بعضها البعض وهو شرط مهم من أجل الوثوق بنتيجة الاختبار (الزعيبي و الطلافحة، 2012، صفحة 195، 196).

المبحث الثاني: الإطار المنهجي للدراسة الميدانية

نتناول في هذا الجزء من الدراسة التعريف بمنهجية الدراسة وإجراءاتها، حيث سنتطرق لكل من منهج ومجتمع الدراسة وعينتها وأخيرا صدق وثبات أداة الدراسة.

بداية سوف يتم التعرف على أنموذج الدراسة والمنهجية المتبعة في الدراسة.

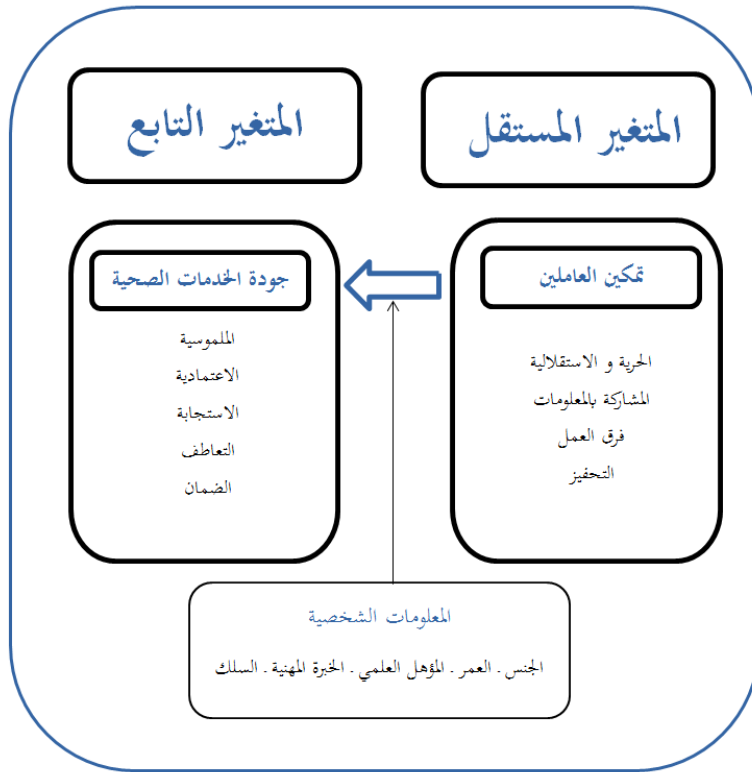
المطلب الأول: أنموذج ومنهجية الدراسة

من خلال هذا المطلب سوف نتعرف على نموذج الدراسة المعتمد ثم المنهج المتبع في الدراسة

الفرع الأول: أنموذج الدراسة

إن الهدف الذي تصبو إليه دراستنا هو تحديد طبيعة العلاقة بين متغيري الدراسة وبالضبط أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية، حيث أن المتغير المستقل هو تمكين العاملين والمتمثل في أبعاده الأربعة " الحرية والإستقلالية، المشاركة بالمعلومات، فرق العمل، التحفيز"، أما المتغير التابع فهو جودة الخدمات الصحية بأبعاده "الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الضمان"، الشكل رقم (3-1) يوضح نموذج دراستنا:

شكل رقم (3-1): أنموذج الدراسة.



المصدر: من إعداد الباحث بالإستعانة بالدراسات السابقة.

الفرع الثاني: منهج الدراسة

قصد اختبار فرضيات الدراسة قمنا بالاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وهذا لطبيعة هذه الدراسة التي نهدف من خلالها لقياس تأثير تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية، و يمكن أن نشير أن البحوث تقسم حسب المناهج والأساليب المستخدمة إلى ثلاث أنواع رئيسية حسب (جابر و كاضم، صفحة 40) وهي:

- أ. بحوث وصفية **Descriptive Research**
- ب. بحوث تاريخية **Historical Research**
- ت. بحوث تجريبية **Experimental Research**

فالمنهج الوصفي يهتم بدراسة الظواهر من حيث خصائصها، وأشكالها وأبعادها ضمن إطار معين، ويشتمل في كثير من الأحوال على عمليات تنبؤ لمستقبل الظواهر والأحداث التي يدرسها فهدفه الأساسي فهم الحاضر لتوجيه المستقبل، كما يقوم المنهج على متابعة دقيقة لظاهرة معينة ورصدها بطريقة كمية أو نوعية خلال فترة زمنية معينة من أجل التعرف على الحدث أو الظاهرة من حيث المحتوى، والوصول إلى الأسباب والعوامل التي تتحكم فيها وبالتالي إلى نتائج يمكن تعميمها وتساعد في فهم الواقع وتطويره (عليان، صفحة 48).

أما خطوات البحث بإستخدام المنهج الوصفي فهي لا تختلف عن تلك التي تشتملها الطريقة العلمية بشكل عام، ويمكن تحديد هذه المراحل كما يلي (فان دالين، 1997) الذي أشار إليه (عليان، صفحة 48):

- أ. تحديد المشكلة وصياغتها؛
- ب. وضع الفروض؛
- ت. تحديد البيانات والمعلومات والطرائق وأساليب جمعها؛
- ث. جمع البيانات من المصادر المختلفة وبالأساليب التي تم تحديدها؛
- ج. تنظيم المعلومات وتحليلها وتفسيرها؛
- ح. صياغة النتائج والإستنتاجات وحصرتها؛
- خ. وضع التوصيات المناسبة.

إن المنهج الوصفي لا ينحصر فقط في جمع البيانات وتبويبها وعرضها بل يشمل أيضا عملية تحليل البيانات والمعلومات وتفسيرها من أجل استخلاص الحقائق الجديدة التي تساهم في تراكم المعرفة الإنسانية، ومن الأساليب العلمية التي يشتملها المنهج الوصفي نذكر منها (عليان، صفحة 49):

- أ. أسلوب المسح **Survey**؛
- ب. دراسة حالة **Case study**؛

ت. تحليل المحتوى **Content Analysis**؛

ث. دراسات النمو أو التطور **Developmental Research**؛

ج. دراسات الارتباط **Correlational Research**؛

ح. بالإضافة لأنواع أخرى مثل الدراسات المقطعية والدراسات الطويلة زمنيا وغيرها.

وذلك بالإعتماد على نوعين أساسيين من البيانات:

1. البيانات الأولية: في هذه الحالة تؤخذ البيانات مباشرة من الشخص أو المصدر الموجود عنده البيانات للحصول على المعلومات التي يتطلبها البحث وفي حالتنا هذه تم الإعتماد على الإستبانة حيث قمنا بتوزيعها على عينة من المؤسسات العمومية للصحة بولاية المسيلة، لغرض تجميع المعلومات اللازمة حول موضوع البحث ومن ثم قمنا بتفريغها وتحليلها بإستخدام برنامج **SPSS20** ثم استخدام تقنيات إحصائية مناسبة بهدف الوصول إلى مؤشرات ذات قيمة ودلالة تدعم موضوع الدراسة.
2. البيانات الثانوية: وتسمى بالمصادر التاريخية وهي مجمعة وجاهزة وتتم من خلال مراجعة الكتب والمقالات، الدراسات والأبحاث السابقة.

المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة

نتطرق في هذا المطلب إلى مجتمع الدراسة، وكيفية اختيار العينة والمؤسسات التي تم توزيع الاستبيان فيها.

الفرع الأول: مجتمع الدراسة

المجتمع الإحصائي يعرف بأنه " مجموعة كاملة من الناس، أو الأحداث، أو الأشياء التي يهتم الباحث بدراستها " (سيكاران، 2006، صفحة 379)، وفي بحثنا هذا مجتمع الدراسة متمثل في العاملين في المؤسسات الصحية العمومية المتواجدة على مستوى التراب الجزائري، وأخذا بتوصيات المجلس العلمي المتعلقة بتشجيع ربط الجامعة بالمحيط تم اختيار عينة من المؤسسات الصحية من ولاية المسيلة كعينة عشوائية، وتوزيع استبيانات على مقدمي الخدمات في هذه المؤسسات من إداريين وأطباء وممرضين.

المؤسسات محل الدراسة هي أربعة مؤسسات عمومية للصحة وهي: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين الملح، المؤسسة العمومية الإستشفائية بن سرور، المؤسسة العمومية الإستشفائية بوسعادة، المؤسسة العمومية الإستشفائية عين الملح.

الفرع الثاني: عينة الدراسة

بالنسبة لعينة الدراسة فقد تم اختيار عينة عشوائية من مقدمي الخدمة من أربع مؤسسات صحية في ولاية المسيلة، كما هو موضح في الجدول التفصيلي رقم (3-4). حيث تم توزيع استبيانات عليهم مقدرة ب (320)، وتم

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لأثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية

إسترداد (239) إستبيان أي ما يعادل 74.69%، أما عدد الإستبيانات الصالحة للتحليل فبلغ عددها (214) إستبيان أي ما يعادل 66.88%، كما هو موضح في الجدولين رقم(3-4) و رقم(3-5).

جدول رقم:(3-5) الإحصائيات الخاصة بالإستبيانات الموزعة على المؤسسات محل الدراسة.

الرقم	المؤسسة	عدد الاستمارات الموزعة	عدد الاستمارات المسترجعة	عدد الاستمارات الغير صالحة للتحليل	عدد الاستمارات الصالحة للتحليل
01	المؤسسة العمومية الإستشفائية عين الملح	80	56	3	53
02	المؤسسة العمومية الإستشفائية بن سرور	80	78	9	69
03	المؤسسة العمومية الإستشفائية رزق البشر بوسعادة	80	58	2	56
04	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين الملح	80	47	11	36
	المجموع	320	239	25	214

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على توزيع الاستبانة.

الجدول رقم:(3-6): الإحصائيات الخاصة بمجموع إستمارات الإستبيان.

البيان	الإستبيانات	
	العدد	النسبة
الإستبيانات الموزعة	320	100 %
الإستبيانات المسترجعة	239	74.69 %
الإستبيانات الملغاة	25	7.81 %
الإستبيانات الصالحة	214	66.88 %

المصدر: من إعداد الطالب.

أولا: طريقة إختيار العينة: تم إختيار عينة الدراسة بشكل عشوائي، بحيث تم توزيع الإستبيان على عدد من العاملين في المؤسسات العمومية محل الدراسة المذكورة أعلاه.

ثانيا: خصائص العينة تتكون العينة من الأطباء والمرضى بجميع أنواعهم وكل الإداريين

الفرع الثالث: تنقية أداة الاستبيان

التحليل العاملي الإستكشافي AFE

في هذه المرحلة نقوم بتنقية الاستبيان من أجل التخلص من المؤشرات الضعيفة، حيث قمنا في هذه المرحلة بقياس درجة التشعب لجميع المؤشرات وكانت كل قيمها أكبر أو تساوي من 0.5، حيث يشير كيزر (Kaizer, 1974) إلى أن "درجة تشعب المؤشرات الأكبر من (0.9) هي قيم جديرة بالثقة والثناء، وتعكس مصداقية المؤشرات، أما عندما تكون بين (0.8-0.9) فتدل على مستوى متميز، أما عندما تكون بين (0.7-0.8) فتدل على مستوى جيد، أما المؤشرات التي تكون بين (0.5-0.7) فتدل على مستوى لا بأس به، و المؤشرات الأقل من (0.5) تعتبر ضعيفة ويجب أن تحذف" (تيغرة، 2012، صفحة 31)، والجدول رقم (3-6)، يوضح نتائج التنقية لكل عبارة من عبارات الاستبيان البالغ عددها 50 عبارة.

جدول رقم (3-7): درجة التشعب لجميع المؤشرات.

الرقم	العبارة	Extraction	الرقم	العبارة	Extraction
01	الجنس	,736	26	المللموسية: العبارة الأولى	,871
02	العمر	,771	27	العبارة الثانية	,728
03	المؤهل العلمي	,613	28	العبارة الثالثة	,633
04	الخبرة المهنية	,799	29	العبارة الرابعة	,581
05	السلك	,629	30	العبارة الخامسة	,692
06	الحرية والاستقلالية: العبارة الأولى	,739	31	الاعتمادية: العبارة الأولى	,515
07	العبارة الثانية	,747	32	العبارة الثانية	,524
08	العبارة الثالثة	,702	33	العبارة الثالثة	,638
09	العبارة الرابعة	,580	34	العبارة الرابعة	,704

10	العبرة الخامسة	,848	35	العبرة الخامسة	,628
11	المشاركة بالمعلومات: العبرة الأولى	,971	36	الاستجابة: العبرة الأولى	,655
12	العبرة الثانية	,971	37	العبرة الثانية	,541
13	العبرة الثالثة	,539	38	العبرة الثالثة	,969
14	العبرة الرابعة	,554	39	العبرة الرابعة	,678
15	العبرة الخامسة	,636	40	العبرة الخامسة	,672
16	فرق العمل: العبرة الأولى	,783	41	التعاطف: العبرة الأولى	,661
17	العبرة الثانية	,623	42	العبرة الثانية	,717
18	العبرة الثالثة	,504	43	العبرة الثالثة	,705
19	العبرة الرابعة	,710	44	العبرة الرابعة	,650
20	العبرة الخامسة	,753	45	العبرة الخامسة	,626
21	التحفيز: العبرة الأولى	,701	46	الضمان: العبرة الأولى	,578
22	العبرة الثانية	,673	47	العبرة الثانية	,646
23	العبرة الثالثة	,630	48	العبرة الثالثة	,709
24	العبرة الرابعة	,629	49	العبرة الرابعة	,659
25	العبرة الخامسة	,850	50	العبرة الخامسة	,846

المصدر: من إعداد الباحث بالإعتماد على مخرجات SPSS20.

المطلب الثالث: ثبات وصدق أداة الدراسة

قسمنا هذا المطلب لقسمين، القسم الأول أشرنا فيه لكيفية التأكد من أداة الدراسة، والقسم الثاني لاختبار مدى ثبات أداة الدراسة عن طريق اختبار ألفا كرونباخ.

الفرع الأول: الصدق الظاهري (المحكمين).

تم التأكد من صدق أداة الدراسة من خلال تحكيمها لدى مجموعة من الأساتذة المختصين، و عرضها عليهم من أجل القيام بتحكيمها وقد أخذت كل الملاحظات والتحفظات بعين الإعتبار، أنظر (الملحق رقم:1) كما عزز هذا الصدق الصياغة الدقيقة للفقرات حيث كانت كل فقرة من الفقرات تستهدف نقطة معينة مقصودة.

الفرع الثاني: ثبات أداة الدراسة

أولاً: معامل ألفا كرومباخ لإختبار مدى ثبات أداة الدراسة (مدى إتساق الفقرات) تم إستخدام إختبار ألفا كرومباخ، لهذا المعامل قيم تتراوح بين الصفر والواحد، وكلما اقترب ألفا كرونباخ من الواحد الصحيح دل على ثبات أكبر، حيث وجدنا أن قيمة ألفا هي 0.933 وهي قيمة جيدة كما في الجدول رقم:(3-8).

جدول رقم(3-8): معامل ألفا كرومباخ.

العبارات	ألفا كرومباخ	الثبات
45	0.933	0.870

المصدر: من إعداد الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

جدول رقم:(3-9): معامل ألفا كرومباخ للأبعاد.

المحاور	عدد الفقرات	Alpha de Cronbach
تمكين العاملين	20	0.856
جودة الخدمات الصحية	25	0.916

المصدر: من إعداد الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

نلاحظ من الجدول (3-9) أن قيمة ألفا كرومباخ للمحورين جيدة وتدل على أن قيمة الثبات جيدة، وكذلك قيمة الصدق الذي يمثل الجذر التربيعي لمعامل ألفا كرونباخ لجميع الأبعاد، حيث بلغت قيمة الصدق الكلي 0.87 وهي قيمة جيدة تدل على أن أداة الدراسة ذات ثبات كبير، الأمر الذي يجعلنا على ثقة تامة بصحة الاستبيان وصلاحيته لتحليل وتفسير النتائج.

ثانيا: اختبار الثبات بطريقة التجزئة النصفية

للتأكد من ثبات الإستهبان بشكل أكبر قمنا بإستعمال طريقة التجزئة النصفية حيث كانت النتائج كالتالي:

جدول رقم:(3-10) قياس الثبات بالتجزئة النصفية.

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,875
		N of Items	23 ^a
	Part 2	Value	,909
		N of Items	22 ^b
Total N of Items			45
Correlation Between Forms			,686
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,814
	Unequal Length		,814
Guttman Split-Half Coefficient			,814

المصدر: من إعدادا الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن معامل الارتباط بين نصفي الإستهبان قبل التصحيح $R = 0.686$ ، وتصحيح المعامل بمعادلة سبيرمان براون تساوي: 0.814 مما يعني أن الإستهبان يتمتع بدرجة جيدة من الثبات، لذلك يمكن الإعتماد على نتائجه.

الفرع الثالث: إختبار التوزيع الطبيعي

من أجل اختبار التوزيع الطبيعي نقوم بإختبار كولجروف سيمنروف، لمعرفة ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، ويعتمد إختبار كولجروف سيمنروف علي الفرض الصفري و الفرض البديل التالي:

✓ H_0 : المتغير يتبع التوزيع الطبيعي عند المستوى المعنوي $\alpha \geq 0.05$.

✓ H_1 : المتغير لا يتبع التوزيع الطبيعي عند المستوى المعنوي $\alpha \leq 0.05$.

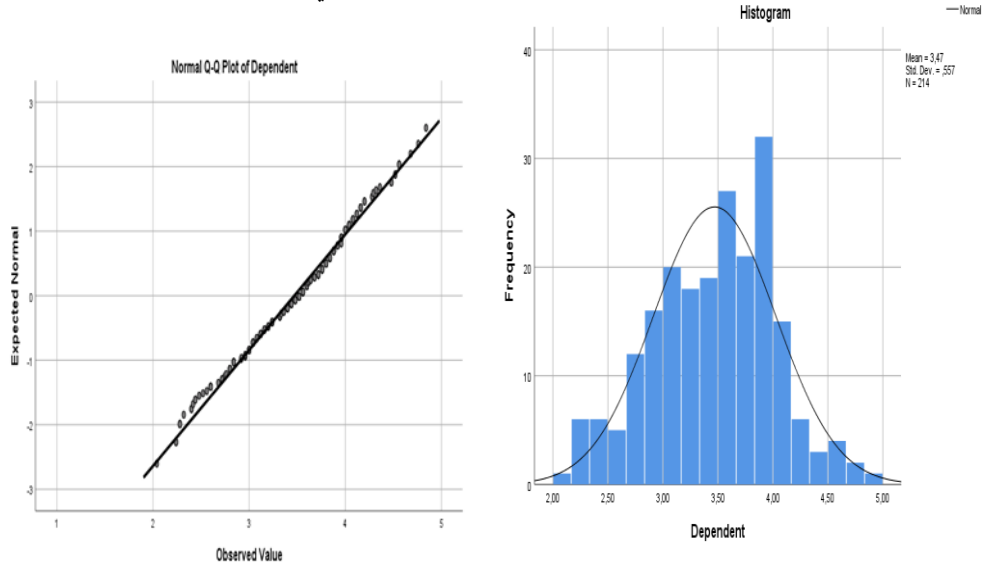
جدول رقم(3-11): التوزيع الطبيعي لمتغيري الدراسة.

Kolmogorov-Smirnov			
.Sig	df	Statistic	
.200	214	.047	تمكين العاملين
.063	214	.060	جودة الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

شكل رقم (3-2) التوزيع الطبيعي لجودة

الخدمات الصحية.



المصدر: من إعداد الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

نلاحظ من خلال الجدول (3-11) أن قيمة SIG باستخدام اختبار كولموجوروف-سميرنوف، أكبر أو تساوي 0.05 لكل من متغيري الدراسة ومنه نقبل فرضية عدم القائلة أن المتغير يتبع التوزيع الطبيعي.

الفرع الثالث: صدق الإتساق الداخلي لمحاو الإستبانة

أولاً: صدق الإتساق الداخلي لمحور تمكين العاملين

1) صدق الإتساق الداخلي لبعء الحرية والإستقلالية

جدول رقم (3-12): الإتساق الداخلي لبعء الحرية والإستقلالية.

	الفقرات	SIG	معامل إرتباط بيرسون
الحرية والإستقلالية	01	.0.000	0,370
	02	0.000	0,723
	03	0.000	0,712
	04	0.000	0,646
	05	0.000	0,501

المصدر: من إعداد الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20

نلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط لبيرسون لجميع فقرات بعد الحرية والإستقلالية دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05 حيث أن القيمة الإحتمالية SIG لكل فقرة أقل أو تساوي من 0.05.

2) صدق الإتساق الداخلي لبعء المشاركة بالمعلومات

جدول رقم (3-13): الإتساق الداخلي لبعء المشاركة بالمعلومات.

الفقرات	SIG	معامل إرتباط بيرسون	
المشاركة بالمعلومات	06	0.000	0,718
	07	0.000	0,718
	08	0.000	0,614
	09	0.000	0,703
	10	0.000	0,695

المصدر: من إعداد الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط لبيرسون لجميع فقرات بعد المشاركة بالمعلومات دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05 حيث أن القيمة الإحتمالية SIG لكل فقرة أقل أو تساوي من 0.05.

3) صدق الإتساق الداخلي لبعء فرق العمل.

جدول رقم (3-14): الإتساق الداخلي لبعء فرق العمل.

الفقرات	SIG	معامل إرتباط بيرسون	
فرق العمل	11	0.000	0,487
	12	0.000	0,710
	13	0.000	0,573
	14	0.000	0,734
	15	0.000	0,737

المصدر: من إعداد الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بيرسون لجميع فقرات بعد فرق العمل دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 حيث أن القيمة الاحتمالية SIG لكل فقرة أقل أو تساوي من 0.05.

4) صدق الإتساق الداخلي لبعده التحفيز

جدول رقم (3-15): الإتساق الداخلي لبعده التحفيز.

الفقرات	SIG	معامل ارتباط بيرسون
التحفيز	16	0.000
	17	0.000
	18	0.000
	19	0.000
	20	0.000
		0,718
		0,567
		0,777
		0,691
		0,656

المصدر: من إعداد الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بيرسون لجميع فقرات بعد التحفيز دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 حيث أن القيمة الاحتمالية SIG لكل فقرة أقل أو تساوي من 0.05.

ثانياً: صدق الإتساق الداخلي لمحور جودة الخدمات الصحية

1. صدق الإتساق الداخلي لبعده الملموسية

جدول رقم (3-16): الإتساق الداخلي لبعده الملموسية.

الفقرات	SIG	معامل ارتباط بيرسون
الملموسية	21	0.000
	22	0.000
	23	0.000
	24	0.000
		0,826
		0,779
		0,814
		0,767
		0,766

المصدر: من إعداد الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بيرسون لجميع فقرات بعد الملموسية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 حيث أن القيمة الإحصائية SIG لكل فقرة أقل أو تساوي من 0.05.

2. صدق الإتساق الداخلي لبعء الإعتماضية

جدول رقم (3-17): الإتساق الداخلي لبعء الإعتماضية.

الفقرات	SIG	معامل إرتباط بيرسون	
الإعتماضية	26	0.000	0,679
	27	0.000	0,721
	28	0.000	0,592
	29	0.000	0,757
	30	0.000	0,695

المصدر: من إعداد الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بيرسون لجميع فقرات بعد الإعتماضية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 حيث أن القيمة الإحصائية SIG لكل فقرة أقل أو تساوي من 0.05.

3. صدق الإتساق الداخلي لبعء الإستجابة

جدول رقم (3-18): الإتساق الداخلي لبعء الإستجابة.

الفقرات	SIG	معامل إرتباط بيرسون	
الإستجابة	31	0.000	0,621
	32	0.000	0,734
	33	0.006	0,787
	34	0.000	0,757
	35	0.000	0,709

المصدر: من إعداد الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بيرسون لجميع فقرات بعد الإستجابة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05 حيث أن القيمة الإحتمالية SIG لكل فقرة أقل أو تساوي من 0.05.

4. صدق الإتساق الداخلي لبعء التعاطف.

جدول رقم (3-19): الإتساق الداخلي لبعء التعاطف.

الفقرات	SIG	معامل إرتباط سيرمان
التعاطف	36	0,767
	37	0,791
	38	0,729
	39	0,761
	40	0,641

المصدر: من إعدادا الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بيرسون لجميع فقرات بعد التعاطف دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.05 حيث أن القيمة الإحتمالية SIG لكل فقرة أقل أو تساوي من 0.05.

5. صدق الإتساق الداخلي لبعء الضمان.

جدول رقم (3-20): الإتساق الداخلي لبعء الضمان.

الفقرات	SIG	معامل إرتباط سيرمان
الضمان	41	0,751
	42	0,716
	43	0,834
	44	0,734
	45	0,720

المصدر: من إعدادا الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بيرسون لجميع فقرات بعد الضمان دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 حيث أن القيمة الاحتمالية SIG لكل فقرة أقل أو تساوي من 0.05.

الفرع الخامس: صدق الإتساق البنائي للأبعاد

جدول رقم (3-21): الإتساق البنائي لأبعاد الإستبانة.

الأبعاد	البعد الكلي		
	de corrélation pearson	SIG	N
الحرية والإستقلالية	0,660	0.000	214
المشاركة بالمعلومات	0,750	0.000	214
فرق العمل	0,664	0.000	214
التحفيز	0,717	0.000	214
الملموسية	0,704	0.000	214
الإعتمادية	0,735	0.000	214
الإستجابة	0,785	0.000	214
التعاطف	0,733	0.000	214
الضمان	0,744	0.000	214

المصدر: من إعداد الطالب بالإستعانة بمخرجات spss20.

نلاحظ من خلال الجدول (3-21) أن معاملات بيرسون لجميع الأبعاد دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05، حيث أن القيمة المعنوية لكل بعد أقل أو تساوي 0.05، لذلك تعتبر جميع الأبعاد صادقة لما وضعت لقياسه.

المبحث الثالث: عرض و تحليل نتائج الدراسة

لتحليل بيانات هذه الدراسة تحليلاً علمياً وتفسير نتائجها و الاستفادة منها في تحقيق أهدافها التي بُنيت عليها واختبار فرضياتها التي تتناول موضوعاً في غاية الأهمية حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية قمنا باستخدام الأساليب الإحصائية الوصفية (النسب المئوية، والمتوسطات الحسابية، والانحراف المعياري) لتفسير المؤشرات الإحصائية الخاصة بأراء عينة الدراسة حول فرضياتها، واختبار فرضيات الدراسة سيتم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) ومن ثم استخلاص نتائجها.

المطلب الأول: التحليل الوصفي للنتائج الديمغرافية للعينة (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة المهنية، السلك)

في هذا المطلب سوف نقوم بتحليل النتائج الديمغرافية للعينة بعد وضع النتائج الإحصائية في جداول لتسهيل عملية التحليل.

الفرع الأول: توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

جدول(3-22): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.

الجنس	العدد	النسبة %
ذكر	101	47.20
أنثى	113	52.80
المجموع	214	100%

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات spss20.

يتضح من الجدول (3-22)، أن النسبة الأكبر من أفراد عينة الدراسة كانت للإناث بنسبة 52.80% ثم فئة الذكور بنسبة 47.20%، وهذا يعني أن للإناث النصيب الأوفر في التوظيف وهذا راجع لطبيعة العمل الذي يعتبر أكثر ملائمة للإناث، ولوجود بعض التخصصات الخاصة بالنساء مثل القابلات.

الفرع الثاني: توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

جدول (3-23): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئة العمرية.

النسبة %	العدد	الفئة العمرية
18.70	40	أقل من 30 سنة
40.20%	86	من 30 - إلى 39 سنة
41.10%	88	أكبر من 40 سنة
100%	214	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات spss20.

يتضح من الجدول (3-23)، أن النسبة الأكبر كانت للفئة العمرية من (أكبر من 30 سنة) بنسبة 81.20%، ثم الأقل نسبة وهي (الأقل من 30 سنة) بنسبة: 18.70%.

الفرع الثالث: توزيع عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

جدول (3-24): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي.

النسبة المئوية %	العدد	المؤهل العلمي
15.40	33	ثانوي فأقل
28.50	61	تقني أو تقني سامي
56.10	120	جامعي
100%	214	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات spss20

يتضح من الجدول (3-24)، أن النسبة الأكبر 84.60 % من أفراد عينة الدراسة هم من فئة الجامعيين والتقنيين وهذا راجع لطبيعة العمل في المؤسسات الصحية والتي تستوجب تكوين متخصص.

الفرع الرابع: توزيع عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية

جدول (3-25): توزيع أفراد عينة حسب الخبرة المهنية.

النسبة المئوية %	العدد	سنوات الخبرة
28	60	5 سنوات فأقل
26.20	56	من 6 إلى 10 سنوات
45.80	98	أكثر من 11 سنة
%100	214	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات spss20

يتضح من الجدول (3-25)، أن النسبة الأكبر من أفراد عينة الدراسة كان للفئة (أكثر من 11 سنة)، بنسبة 45.80%، مما يشير إلى وجود أفراد ذو خبرة طويلة.

الفرع الخامس: توزيع عينة الدراسة حسب السلك (الصف)

جدول (3-26): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السلك (الصف).

النسبة المئوية %	العدد	المؤهل العلمي
43.90	94	إداري
42.50	91	شبه طبي
13.60	29	طبي
%100	214	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات spss20.

يتضح من الجدول (3-26)، أن النسبة الأكبر من أفراد عينة الدراسة هم من الإداريين بسبب سياسة الإدماج حيث تم ترسيم جميع المتعاقدين "عقود ما قبل التشغيل" على ثلاث مراحل حيث بلغت نسبة الإداريين 43.90%، أما نسبة السلك الطبي 13.60%، وهي الأقل وهذا راجع لعدم بقاء الأخصائيين لأكثر من عامين في القطاع العام، أما الأطباء العامون فعدددهم قليل حيث تظهر العديد من الاختلالات في العمل التناوبي كل عام في موسم العطلة الصيفية.

المطلب الثاني : التحليل الوصفي لنتائج المتوسطات الحسابية

لغرض قياس مدى توافق آراء عينة الدراسة مع عبارات محاور دراستنا، تم اعتماد الشكل المغلق في إعداد الاستبيان وفقا للمقياس المشهور ليكرت (Likert) الخماسي، وذلك بأن يقابل كل فقرة من فقرات الاستبيان أحد الاختيارات الآتية: (موافق بشدة، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق بشدة)، كما تم إعطاء درجات للترجيح لكل إختيار من الاختيارات كي يتم معالجتها إحصائيا كما يلي: موافق بشدة (5)، موافق (4)، غير متأكد (3)، غير موافق (2)، غير موافق بشدة (1).

ونستخدم المتوسطات الحسابية لمعرفة اتجاه كل فقرة وفق الجدول رقم (3-2)

1. المتوسط الحسابي من 1 إلى 1.79، يمثل (منخفضة جدا).
2. المتوسط الحسابي من 1.80 إلى 2.59، يمثل (منخفضة).
3. المتوسط الحسابي من 2.60 إلى 3.39، يمثل (متوسطة).
4. المتوسط الحسابي من 3.40 إلى 4.19، يمثل (مرتفعة).
5. المتوسط الحسابي من 4.20 إلى 5.00، يمثل (مرتفعة جدا).

الفرع الأول: تحليل توجهات أفراد العينة نحو محور تمكين العاملين

1. بُعد الحرية والاستقلالية

جدول (3-27): توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعد الحرية والاستقلالية.

رقم العبارة	العبارة	الانحراف	المتوسط	الاتجاه
01	أساهم في وضع بعض الخطط لتحقيق أهداف المؤسسة.	0,74	3,53	مرتفعة موافق
02	أملك الحرية في كيفية إنجاز الأعمال المكلف بها.	1,04	3,50	مرتفعة موافق
03	أستطيع تصحيح الأخطاء عند وقوعها دون الرجوع للمسؤول الأعلى.	1,00	3,50	مرتفعة موافق

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لأثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية

04	تميل الإدارة الى تفويض العاملين ومنحهم الحرية في اتخاذ القرار.	1,11	2,92	متوسطة	غير متأكد
05	تثق الإدارة في قدرتي على أداء المهام الموكلة إلي.	0,89	3,43	مرتفعة	موافق
المعدل		0.58	3.37	متوسطة	غير متأكد

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن توجهات أفراد العينة ايجابية ومتوسطة نحو الحرية والاستقلالية، حيث حققت الفقرة الأولى أعلى متوسط: 3.53 ثم تلتها الفقرة الثانية والثالثة بمتوسط 3.50، وبشكل عام هناك حالة عدم التأكد حول الحرية والاستقلالية بين أفراد العينة، فقد كانت معظم الإجابات موافقة على وجود صلاحيات في تصحيح الأخطاء عند وقوعها ووجود حرية في كيفية إنجاز الأعمال، إلا أن هناك بطء في عملية تفويض الإدارة للعاملين.

2. بُعد المشاركة بالمعلومات

جدول (3-28): توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعد المشاركة بالمعلومات.

رقم العبارة	العبارة	الانحراف	المتوسط	الاتجاه
08	يشارك المسؤولون مع الموظفين المعلومات والمناشير التي من شأنها تسهيل العمل	0,97	3,64	مرتفع موافق
06	أحصل على المعلومات والتعليمات التي أحتاجها بسهولة	0,96	3,46	مرتفع موافق
07	أشارك مع زملائي المعلومات و التعليمات الجديدة	0,96	3,46	مرتفع موافق
09	يوجد تنسيق بين جميع الأقسام والمصالح في المؤسسة	0,99	3,33	متوسط غير متأكد
10	يتوفر لدى المؤسسة نظام معلومات يوفر الاحتياجات بشكل سريع لأصحاب القرار	1,07	2,99	متوسط غير متأكد
المعدل		0.68	3.38	متوسط غير متأكد

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن توجهات أفراد العينة متوسطة اتجاه بعد المشاركة بالمعلومات، حيث حققت الفقرة الثامنة أعلى متوسط بنسبة: 3.64 ثم تليها الفقرة السابعة السادسة بمتوسط 3.46، وبشكل عام هناك حالة عدم التأكد حول مشاركة المعلومات بين أفراد العينة، ويبدو أن الحصول على المعلومات ليس سهلاً بسبب بطء نظام المعلومات في المؤسسة فالأفراد غير متأكدين من وجود تنسيق قوي بين المصالح والأقسام.

3. بُعد فرق العمل

جدول(3-29): توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعد فرق العمل.

رقم العبارة	العبارة	الانحراف	المتوسط	الاتجاه
12	أؤمن بضرورة تأدية مهام الوظيفة من خلال فريق عمل	0,89	3,96	مرتفعة موافق
14	المجموعة التي أنتهي إليها في العمل منسجمة ومتسقة مع بعضها البعض	0,92	3,79	مرتفعة موافق
15	تتكامل مهاراتي مع مهارات زملائي في الفريق	0,91	3,77	مرتفعة موافق
11	تسعى المؤسسة دائما الى تنفيذ أعمالها من خلال فرق العمل	0,83	3,67	مرتفعة موافق
13	تحرص الإدارة على إقامة حلقات نقاش بين الموظفين حول الأخطاء والمشاركة في تقديم حلول	1,11	3,10	متوسطة غير متأكد
	المعدل	0.60	3.66	مرتفعة موافق

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة ببرنامج SPSS20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن توجهات أفراد العينة مرتفعة نحو بعد فرق العمل، حيث حققت الفقرة الثانية عشر أعلى متوسط: 3.96 ثم تلتها الفقرة الرابعة عشر بمتوسط 3.79، وبشكل عام هناك اتفاق مرتفع من قبل أفراد العينة حول بعد فرق العمل، حيث كانت معظم الإجابات متفقة حول دور الإدارة وسعيها في تنفيذ أعمالها عن طريق فرق العمل، فالأفراد يؤمنون بضرورة تأدية المهام عن طريق فرق العمل، ويبدو أن فرق العمل في المؤسسات محل الدراسة متسقة بشكل كبير أما فيما يخص حلقات النقاش والمشاركة في تقديم الحلول فقد سجلت أقل متوسط، مما

يستدعي ضرورة التركيز على مشاركة جميع العاملين من أجل تبادل الاقتراحات حول التحديات التي تواجهها المؤسسة الصحية.

4. بُعد التحفيز

جدول(3-30): توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعد التحفيز.

رقم العبارة	العبارة	الانحراف	المتوسط	الاتجاه
17	يعتبر عملي هام جدا بالنسبة لي.	0,96	4,05	مرتفعة موافق
16	يقوم رئيسي المباشر بالشكر والتقدير لأدائي للعمل من حين لآخر.	1,17	3,15	متوسط غير متأكد
18	تلقي مبادرات واجتهادات الموظفين التشجيع من قبل الإدارة.	1,15	2,96	متوسط غير متأكد
20	الخدمات الاجتماعية المقدمة في المؤسسة جيدة.	1,09	2,85	متوسطة غير متأكد
19	أتلقي راتب جيد مقابل العمل الذي أقوم به.	1,21	2,66	متوسط غير متأكد
	المعدل	0.76	3.13	متوسط غير متأكد

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن توجهات أفراد العينة متوسطة نحو بعد التحفيز، حيث حققت الفقرة التاسعة عشر أقل متوسط: 2.66 المتعلقة بالرواتب وهذا طبيعي فالأجور في الجزائر منخفضة جدا وتحاول الدولة الجزائرية استدراك الأمر والرفع من الأجور بشكل تدريجي، ثم تليها الفقرة العشرين بمتوسط 2.85 المتعلقة بالخدمات الاجتماعية، حيث يقدر نصيب الفرد في السنة من الخدمات الاجتماعية ما نسبته 2 بالمائة من أجره الخام السنوي، وهي نسبة ضعيفة وجب تعديلها، أما أعلى متوسط فكانت للعبارة السابعة عشر حول أهمية العمل بالنسبة للعامل وتعود سبب هذه النسبة المرتفعة لطبيعة العمل المقدم وهو عمل إنساني.

الفرع الثاني: تحليل توجهات أفراد العينة نحو محور جودة الخدمات الصحية

1. بعد الملموسية

جدول(3-31): توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعد الملموسية.

رقم العبارة	العبارة	الانحراف	المتوسط	الاتجاه
24	يلتزم العاملون بتطبيق القواعد والأنظمة مثل: ممنوع التدخين	1.10	3.16	متوسط غير متأكد
25	فضاءات المؤسسة الصحية نظيفة	1.13	3.15	متوسط غير متأكد
23	تمتلك المؤسسة قاعات انتظار مريحة	1.12	3.05	متوسط غير متأكد
22	تتوفر في المؤسسة التحاليل الطبية اللازمة للمريض	1.15	2.97	متوسط غير متأكد
21	تتوفر في المؤسسة الصحية التجهيزات الطبية اللازمة لأداء العمل	1.13	2.87	متوسط غير متأكد
	المعدل	0.89	3.04	متوسط غير متأكد

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن توجهات أفراد العينة متوسطة نحو بعد الملموسية، حيث حققت الفقرة الواحدة والعشرين أقل متوسط: 2.87 في كامل أبعاد هذا المحور، ثم تلتها الفقرة الثانية والعشرين بمتوسط 2.97، فالأفراد غير متأكدين حول توفر المؤسسات الصحية على التجهيزات الطبية اللازمة لأداء العمل وأيضاً التحاليل الطبية وعند مقابلة أحد الصيادلة أكد على قلة الأدوية وأن الأطباء والمرضى لا يمكنهم العمل بشكل جيد بسبب النقص الملموس في الأدوية وقد يرجع هذا لسياسة الدولة فيما يخص التقليل من الاستيراد وتشجيع الإنتاج المحلي وإجبار المستوردين على دفتر شروط ينص على ضرورة الإدماج التدريجي.

2. بعد الاعتمادية

جدول(3-32): توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعد الاعتمادية.

رقم العبارة	العبارة	الانحراف	المتوسط	الاتجاه
28	المؤسسة الصحية تتوفر على تخصصات مختلفة	1.07	3.40	مرتفع موافق

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لأثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية

غير متأكد	متوسط	3.37	0.88	يتماز عمل الأطباء بالدقة في تشخيص الحالة المرضية.	26
غير متأكد	متوسط	3.23	1.04	المؤسسة الصحية تتوفر على سجلات تمكنها من متابعة المرضى حتى بعد انتهاء فترة علاجهم.	27
غير متأكد	متوسط	3.18	0.98	تقدم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة.	29
غير متأكد	متوسط	3.16	1.02	تلتزم المؤسسة بدقة المواعيد عند تقديم خدماتها.	30
غير متأكد	متوسط	3.27	0.69	المعدل	

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20

نلاحظ من الجدول أعلاه أن توجهات أفراد العينة متوسطة في جميع العبارات حول بعد الاعتمادية، حيث حققت الفقرة الثامنة والعشرين أعلى متوسط: 3.40، فأفراد العينة متأكدين من وجود عدة تخصصات مختلفة في المؤسسات الصحية محل الدراسة، أما فيما يخص باقي العبارات فقد كانت كلها متوسطة من احترافية العمل المقدم وتوفر المؤسسات الصحية على سجلات لمتابعة المرضى والالتزام بالمواعيد وما إذا كانت الخدمات الصحية تقدم بطريقة صحيحة من أول مرة.

3. بعد الاستجابة

جدول (3-33): توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعد الاستجابة.

رقم العبارة	العبارة	الانحراف	المتوسط	الاتجاه
31	تقدم المؤسسة الصحية خدماتها على مدار الساعة.	0.88	3.90	مرتفعة موافق
32	تستجيب المؤسسة الصحية بسرعة لشكاوى المرضى واستفساراتهم.	1.02	3.31	متوسطة غير متأكد
33	يجد المريض سهولة في الحصول على العلاج.	0.99	3.47	مرتفعة موافق
34	المرضى على استعداد دائم لتقديم الخدمة للمريض.	0.89	3.82	مرتفعة موافق
35	الأطباء على استعداد دائم لتقديم الخدمة للمريض.	0.81	3.89	مرتفعة موافق
	المعدل	0.65	3.68	مرتفعة موافق

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن توجهات أفراد العينة مرتفعة نحو بعد الاستجابة بنسبة: 3.68، وهذا ملموس فالعيادات الصحية والمؤسسات الاستشفائية توفر المناوبة الطبية على مدار اليوم كاملاً، كما لا يجد المريض صعوبة في تلقي العلاج، فالأطباء والمرضى على استعداد دائم لتقديم الخدمة للمريض بما هو متوفر من تجهيزات، أما شكاوى المرضى عن الخدمات واستفساراتهم قد لا تجد الصدى بسبب عدم مسؤولية الأطباء والمرضى عن توفير الأدوية والتجهيزات أو الصيانة.

4. بعد التعاطف

جدول(3-34): توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعد التعاطف.

رقم العبارة	العبارة	الانحراف	المتوسط	الاتجاه
40	تراعي المؤسسة الصحية على العادات والتقاليد السائدة في المجتمع.	0.96	3.71	مرتفعة موافق
38	يتفهم العاملون ظروف واحتياجات المريض ويتعاطفون معه.	0.91	3.68	مرتفعة موافق
39	يعتبر المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة .	0.95	3.64	مرتفعة موافق
36	ييدي الأطباء في المؤسسة عناية واهتمام شخصي بالمريض.	0.96	3.62	مرتفعة موافق
37	ييدي المرضى في المؤسسة اهتماما شخصيا بالمريض.	0.89	3.62	مرتفعة موافق
	المعدل	0.69	3.65	مرتفعة موافق

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن توجهات أفراد العينة مرتفعة نحو بعد التعاطف بنسبة 3.65، فجميع أفراد العينة متفقون بشكل مرتفع على أن الإدارة تضع المريض في مقدمة اهتماماتها، كما يحرص الأطباء والمرضى على الاهتمام الشخصي بالمريض ويتفهمون احتياجاتهم ويتعاطفون معهم كما تراعي المؤسسة الصحية على العادات والتقاليد السائدة في المجتمع.

5. بعد الضمان

جدول(3-35): توجهات أفراد عينة الدراسة نحو بعد الضمان.

رقم العبارة	العبارة	الانحراف	المتوسط	الاتجاه
43	يحترم الأطباء في المؤسسة خصوصية المريض.	0.79	3.88	مرتفعة موافق
44	يحترم الممرضون في المؤسسة خصوصية المريض.	0.80	3.82	مرتفعة موافق
41	تحافظ المؤسسة الصحية على سرية المعلومات المتعلقة بالمريض.	0.94	3.80	مرتفعة موافق
42	تشتهر الطواقم الطبية بالمهارة في هذه المؤسسة.	0.79	3.58	مرتفعة موافق
45	يشعر المريض بالثقة والأمان داخل المستشفى.	0.89	3.45	مرتفعة موافق
	المعدل	0.63	3.71	مرتفعة موافق

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن توجهات أفراد العينة مرتفعة نحو بعد الضمان، حيث حققت الفقرة الثالثة والأربعين أعلى متوسط: 3.88 فيما يخص احترام الأطباء لخصوصية المريض ثم تلتها الفقرة الأربعة والأربعين والواحدة والأربعين بمتوسط 3.82 و 3.80 ، وبشكل عام هناك اتفاق مرتفع من قبل أفراد العينة حول بعد الضمان، وكانت معظم الإجابات متفقة على أن الأطباء والممرضين يحترمون خصوصية المريض، كما تحافظ المؤسسة الصحية على سرية المعلومات المتعلقة بالمريض وتعتبر الطواقم الطبية ماهرة في هذه المؤسسات ولا يشعر المريض بالخوف بل بالثقة في هذه المؤسسات الصحية.

الفرع الثالث: التوجه الكلي

جدول رقم (3-36): توجهات أفراد عينة الدراسة نحو كل من تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية.

المحور	الانحراف المعياري	المتوسط	الاتجاه
تمكين العاملين	0.55	3.38	متوسطة
جودة الخدمات الصحية	0.56	3.47	مرتفعة

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات spss20.

نلاحظ من الجدول أعلاه أن توجهات أفراد العينة إيجابية ومتوسطة نحو محور تمكين العاملين ومرتفعة نحو محور جودة الخدمات الصحية.

تتوافق دراستنا مع العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة (برني، 2015، صفحة 274) التي تمت في القطاع الصحي في ولاية بسكرة على ستة مؤسسات صحية عمومية (المؤسسة الاستشفائية طولقة، المؤسسة الاستشفائية أولاد جلال، المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر، المؤسسة الاستشفائية في طب النساء والتوليد، المؤسسة الاستشفائية الدكتور سعدان، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون)، توصلت فيها لوجود مستوى متوسط في تمكين العاملين، وأيضا دراسة (كواديك، 2021، صفحة 6) التي تمت على عينة من المؤسسات العمومية للصحة في ولاية المدية للفترة (من 2008 إلى 2018)، أظهرت النتائج فيها أن كل أبعاد تمكين العاملين جاءت بمستوى متوسط.

كما اختلفت قليلا مع بعض الدراسات خصوصا الدراسات التي تمت في المؤسسات الاقتصادية مثل دراسة (ضيف، 2022، صفحة 213) التي توصلت إلى مستوى تمكين بنسبة 3.90 من خلال إجابات أفراد العينة المتمثلة في مختلف الأفراد العاملين في قطاع الاتصالات (موبيليس، أوريدو، جيزي) في الجزائر، أما دراسة (زرقي، 2022) فتوصلت هي الأخرى لمستوى مرتفع للتمكين قدره 4.14 مما يدل على أن الباحثين موافقين على توفر التمكين الإداري في المركب المنجمي للفوسفات بئر العاتر بولاية تبسة، أيضا دراسة (سماتي، 2022، صفحة 1011) التي توصلت إلى وجود مستوى مرتفع للتمكين لدى العمال بالمركز الجامعي سي الحواس بريك.

أما بالنسبة للمتغير التابع جودة الخدمات الصحية التي كانت نسبتها في دراستنا 3.47 فكانت متوافقة مع العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة (بلعرج، 2016، صفحة 213) التي توصلت إلى مستوى مرتفع لجودة الخدمات الصحية يقدر بـ 3.49، حيث تمت الدراسة على مجموعة من المصحات الخاصة (08 مصحات في ولاية عنابة) مما يعني أن أفراد العينة المبحوثة في المصحات المدروسة يؤكدون على تحقق الجودة في الخدمات المقدمة وبشكل مرتفع، أما دراسة (قشي، 2020، صفحة 128) التي أجرت دراستها على أربع مؤسسات استشفائية عمومية

(المؤسسة الاستشفائية الزهراوي بالمسيلة، المؤسسة الاستشفائية بوسعادة، المؤسسة المتخصصة في التوليد سليمان عميرات، المركز الاستشفائي سعادنة عبد النور بولاية سطيف) فقد توصلت لمستوى مرتفع في جودة الخدمات الصحية يقدر بـ 3.85 مما يشير على أن إجابات أفراد العينة كانت إيجابية وبدرجة كبيرة اتجاه جودة الخدمات الصحية، أما دراسة (كواديك، 2021، صفحة 217، 221) فتوصلت لمستوى جودة الخدمة الصحية للأبعاد (الاعتمادية=مرتفع، الاستجابة=مرتفع، الملموسية=متوسط، الأمان=متوسط، التعاطف=مرتفع) في المؤسسات العمومية الصحية في ولاية البليدة

المطلب الثالث: اختبار الفروض و مناقشة النتائج

لاختبار الفرضيات قمنا بحساب مستوى الدلالة للاختبار ومقارنته بمستوى دلالة الفرضية لقياس الأثر و حساب الارتباط لقياس قوة التأثير.

الفرع الأول: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى

1. نص الفرضية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين بأبعاده على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

من أجل اختبار هذه الفرضية استخدمنا أسلوب الإنحدار الخطي المتعدد بين عدة متغيرات مستقلة كمية ومتغير كمي واحد، يتمثل المتغير الكمي التابع في "جودة الخدمات الصحية"، والمتغيرات المستقلة الأخرى في "الحرية والاستقلالية، المشاركة بالمعلومات، فرق العمل، التحفيز"، وينتج عن هذا النموذج معادلة يمكن استخدامها لمعرفة قيمة المتغير التابع عند إعطاء قيم للمتغيرات المستقلة.

جدول رقم (3-37): نموذج الإنحدار للفرضية الرئيسية الأولى.

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.686a	.471	.461	,40891

a. Predictors: (Constant), المشاركة بالمعلومات، الحرية والاستقلالية، فرق العمل، التحفيز،

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

من خلال الجدول (3-37) أعلاه نلاحظ أن قيمة معامل التأثير R عالية لها تأثير طردي قوي، وأيضا لدينا R Square الذي قيمته تقريبا 0,47، وقيمته المعدلة 0,46، أي أن المتغيرات المستقلة في هذا النموذج لها تأثير بمقدار 47 بالمائة في جودة الخدمات الصحية، والباقي تفسره عوامل أخرى خارج النموذج، كما لدينا الخطأ المعياري للتقدير في النموذج هو 0.41 تقريبا.

جدول رقم (3-38): اختبار أنوفا للفرضية الرئيسية الأولى.

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	31,140	4	7,785	46,559	.000b
	Residual	34,946	209	,167		
	Total	66,086	213			

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

b. Predictors: (Constant), المشاركة بالمعلومات، الحرية والاستقلالية، فرق العمل، التحفيز

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

جدول رقم (3-39): اختبار الفرضية الرئيسية الأولى معنوية معالم النموذج

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	sig
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,050	,199		5,264	,000
	الحرية والاستقلالية	,122	,061	,127	2,013	,045
	المشاركة بالمعلومات	,256	,054	,314	4,756	,000
	فرق العمل	,158	,057	,171	2,765	,006
	التحفيز	,181	,046	,248	3,956	,000

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

الجدول رقم (3-38) يظهر لنا قيم مجاميع المربعات ودرجات الحرية بكل مجموع مربعات، بالإضافة إلى متوسطي مربعات الخطأ، كما نلاحظ أن قيمة F المحسوبة عند مستوى الدلالة 0.05، ودرجات حرية $df_1=4$ ، $df_2=109$ ، تساوي 46,559 وهي دالة إحصائية، لأن $sig=0.000$ أقل من 0.05، وبالتالي نموذج الإنحدار معنوي مما يعني قبول الفرضية البديلة، أي أن هناك أثر ذو دلالة إحصائية.

و منه نقبل الفرضية الرئيسية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين بأبعاده على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

يظهر لنا الجدول رقم (3-39) المعالم المقدره الخاصة بالإنحدار المتعدد حيث تكون معادلة الإنحدار كما يلي:

$$Y = B_0 + B_1 X_1 + B_2 X_2 + B_3 X_3 + B_4 X_4.$$

حيث X_i : تمثل أبعاد المتغير المستقل "تمكين العاملين"، و Y : تمثل المتغير التابع "جودة الخدمات الصحية".

$$Y = 1,050 + 0,122 X_1 + 0,256 X_2 + 0,158 X_3 + 0,181 X_4.$$

ومن خلال قيم B نستطيع ترتيب القوة التأثيرية للأبعاد المستقلة على جودة الخدمات الصحية على النحو التالي:

1. المرتبة الأولى بعد المشاركة بالمعلومات بقوة تأثيرية 0,314.

2. المرتبة الثانية بعد التحفيز بقوة تأثيرية 0,248.

3. المرتبة الثالثة بعد فرق العمل بقوة تأثيرية 0,171.

4. المرتبة الرابعة بعد الحرية و الاستقلالية بقوة تأثيرية 0,127.

الفرع الثاني: اختبار الفرضيات الفرعية من الفرضية الرئيسية الأولى

1. اختبار الفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الأولى.

نص الفرضية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للحرية والاستقلالية على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

من أجل اختبار هذه الفرضية استخدمنا أسلوب الإنحدار الخطي البسيط بين متغيرين كميين، متغير واحد تابع متمثل في "جودة الخدمات الصحية"، وبين متغير آخر مستقل وهو "الحرية والاستقلالية"، وينتج عن هذا النموذج معادلة خطية يمكن استخدامها لمعرفة قيمة المتغير التابع عند إعطاء قيم للمتغير المستقل.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لأثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية
جدول رقم (3-40): نموذج الإنحدار للفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الأولى.

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.491a	.241	.237	,48654

a. Predictors: (Constant), الحرية والإستقلالية

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

جدول رقم (3-41): اختبار أنوفا للفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الأولى.

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	15,900	1	15,900	67,166	.000b
	Residual	50,186	212	,237		
	Total	66,086	213			

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

b. Predictors: (Constant), الحرية والاستقلالية

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

جدول رقم (3-42): اختبار الفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الأولى معنوية معالم النموذج.

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,876	,197		9,503	,000
	الحرية والإستقلالية	,473	,058	,491	8,195	,000

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

الجدول رقم (3-41) أعلاه يفسر لنا تحليل التباين ANOVA للإنحدار، وأن قيمة F توزيع فيشر عند مستوى دلالة 5 بالمائة ودرجات حرية df=1 ، df=212 بلغت 67,166، وقيمة SIG=0.000، أقل من مستوى الدلالة المفترضة 5 بالمائة، وبالتالي نموذج الإنحدار معنوي مما يعني قبول الفرضية البديلة أي أن هناك أثر ذو دلالة إحصائية ، كما أن قيمة متوسط مجموع المربعات MSE=0,237 لفروق البواقي Residuals وهي قيمة

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لأثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية
صغيرة تدل على صغر الخطأ العشوائي، كما بلغ الارتباط $R=0.49$ وهو ارتباط متوسط طردي وبمعامل تحديد $R^2 = 0,24$ أي أن بعدد الحرية والاستقلالية تفسر وتساهم بـ 24 بالمائة من التغيرات التي تحدث في جودة الخدمات الصحية وهي نسبة معتبرة، والباقي تفسره عوامل أخرى.

ومنه نقبل الفرضية التالية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للحرية والاستقلالية على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

من جدول المعاملات رقم (3-42)، نجد أن معادلة الإنحدار المقدرة هي:

$$Y = B_0 + B_1 X_1$$

حيث تكون قيمة $B_0 = 1.876$ ، و $B_1 = 0.473$ ، علماً أن B_1 معنوي عند مستوى دلالة 0.05

$$Y = 1.876 + 0.473X$$

ومنه:

2. اختبار الفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الأولى.

نص الفرضية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للمشاركة بالمعلومات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

من أجل اختبار هذه الفرضية استخدمنا أسلوب الإنحدار الخطي البسيط بين متغيرين كميّين، متغير واحد تابع متمثل في " جودة الخدمات الصحية"، وبين متغير آخر مستقل وهو " المشاركة بالمعلومات"، وينتج عن هذا النموذج معادلة خطية يمكن استخدامها لمعرفة قيمة المتغير التابع عند إعطاء قيم للمتغير المستقل.

جدول رقم (3-43): نموذج الإنحدار للفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الأولى.

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.596a	.355	.352	,44847

a. Predictors: (Constant), المشاركة بالمعلومات

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

جدول رقم (3-44): اختبار أنوفا للفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الأولى.

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	23,447	1	23,447	116,582	.000b
	Residual	42,638	212	,201		
	Total	66,086	213			

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

b. Predictors: (Constant), المشاركة بالمعلومات

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

جدول رقم (3-45): اختبار الفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الأولى معنوية معالم النموذج.

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,830	,155		11,813	,000
	المشاركة بالمعلومات	,486	,045	,596	10,797	,000

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

الجدول رقم (3-44) أعلاه يفسر لنا تحليل التباين ANOVA للإنحدار، وأن قيمة F توزيع فيشر عند مستوى دلالة 5 بالمائة ودرجات حرية 1= df ، df=212 بلغت 116,582، وقيمة SIG=0.000، أقل من مستوى الدلالة المفترضة 5 بالمائة، وبالتالي نموذج الإنحدار معنوي مما يعني قبول الفرضية البديلة أي أن هناك أثر ذو دلالة إحصائية، كما أن قيمة متوسط مجموع المربعات MSE=0,201 لفروق البواقي Residuals وهي قيمة صغيرة تدل على صغر الخطأ العشوائي، كما بلغ الارتباط R=0.60 وهو إرتباط قوي طردي وبمعامل تحديد R²=0,36 أي أن بعد: المشاركة بالمعلومات يفسر ويساهم بـ 36 بالمائة من التغيرات التي تحدث في جودة الخدمات الصحية وهي نسبة معتبرة، والباقي تفسره عوامل أخرى.

ومنه نقبل الفرضية التالية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للمشاركة بالمعلومات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

من جدول المعاملات رقم (3-45)، نجد أن معادلة الإنحدار المقدرة هي:

$$Y = B_0 + B_2 X_2$$

حيث تكون قيمة $B_0 = 1,830$ و $B_2 = 0.486$ ، علماً أن B_2 معنوي عند مستوى دلالة 0.05.

$$Y = 1.830 + 0,486 X_2$$

ومنه:

3. اختبار الفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الأولى.

نص الفرضية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لفرق العمل على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

من أجل اختبار هذه الفرضية استخدمنا أسلوب الإنحدار الخطي البسيط بين متغيرين كميين، متغير واحد تابع متمثل في " جودة الخدمات الصحية"، وبين متغير آخر مستقل وهو " فرق العمل"، وينتج عن هذا النموذج معادلة خطية يمكن استخدامها لمعرفة قيمة المتغير التابع عند إعطاء قيم للمتغير المستقل.

جدول رقم (3-46): نموذج الإنحدار للفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الأولى.

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.503a	,253	,249	,48271

a. Predictors: (Constant), فرق العمل

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

جدول رقم (3-47): اختبار أنوفا للفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الأولى.

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16,688	1	16,688	71,617	.000b
	Residual	49,398	212	,233		
	Total	66,086	213			

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

b. Predictors: (Constant), فرق العمل

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

جدول رقم (3-48): اختبار الفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الأولى معنوية معالم النموذج.

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	sig
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,774	,203		8,733	1,774
	فرق العمل	,464	,055	,503	8,463	,464

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

الجدول رقم (3-47) أعلاه يفسر لنا تحليل التباين ANOVA للإنحدار، وأن قيمة F توزيع فيشر عند مستوى دلالة 5 بالمائة ودرجات حرية $df=1$ ، $df=212$ بلغت قيمتها 71,617 ، وقيمة $SIG=0.000$ ، أقل من مستوى الدلالة المفترضة 5 بالمائة، وبالتالي هناك أثر ذو دلالة معنوية وعليه نقبل الفرضية البديلة، كما أن قيمة متوسط مجموع المربعات $MSE=0,233$ لفروق البواقي Residuals وهي قيمة صغيرة تدل على صغر الخطأ العشوائي، كما بلغ الارتباط $R=0.50$ وهو إرتباط قوي طردي وبمعامل تحديد $R^2=0,25$ أي أن فرق العمل تفسر وتساهم بـ 25 بالمائة من التغيرات التي تحدث في جودة الخدمات الصحية هي نسبة معتبرة، والباقي تفسره عوامل أخرى.

ومنه نقبل الفرضية التالية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لفرق العمل على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

من جدول المعاملات رقم (3-48)، نجد أن معادلة الإنحدار المقدرة هي:

$$Y = B_0 + B_3 X_3$$

حيث تكون قيمة $B_0 = 1.774$ ، و $B_3 = 0.464$ ، علماً أن B_3 معنوي عند مستوى دلالة 0.05.

$$Y = 1.774 + 0,464 X_3 \text{ ومنه:}$$

4. اختبار الفرضية الفرعية الرابعة من الفرضية الرئيسية الأولى.

نص الفرضية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحفيز على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

من أجل اختبار هذه الفرضية استخدمنا أسلوب الإنحدار الخطي البسيط بين متغيرين كميين، متغير واحد تابع متمثل في "جودة الخدمات الصحية"، وبين متغير آخر مستقل وهو "التحفيز"، وينتج عن هذا النموذج معادلة خطية يمكن استخدامها لمعرفة قيمة المتغير التابع عند إعطاء قيم للمتغير المستقل.

جدول رقم (3-49): نموذج الإنحدار للفرضية الفرعية الرابعة من الفرضية الرئيسية الأولى.

Model Summary				
Model	r	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.549a	.301	.298	.46669

a. Predictors: (Constant), التحفيز

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

جدول رقم (3-50): اختبار أنوفا للفرضية الفرعية الرابعة من الفرضية الرئيسية الأولى.

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	19,912	1	19,912	91,423	.000 ^b
	Residual	46,174	212	.218		
	Total	66,086	213			

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

b. Predictors: (Constant), التحفيز

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

جدول رقم (3-51): اختبار الفرضية الفرعية الرابعة من الفرضية الرئيسية الأولى معنوية معالم النموذج.

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2.215	,135		16,403	.000
	التحفيز	,400	.042	,549	9,562	,000

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الطالب بالاستعانة بمخرجات برنامج SPSS20.

الجدول رقم (3-50) أعلاه يفسر لنا تحليل التباين ANOVA للإنحدار، وأن قيمة F توزيع فيشر عند مستوى دلالة 5 بالمائة ودرجات حرية 1= df ، 212= df بلغت قيمتها 91,423 ، وقيمة SIG=0.000، أقل من مستوى الدلالة المفترضة 5 بالمائة، وبالتالي هناك أثر ذو دلالة إحصائية، وعليه نقبل الفرضية البديلة، كما أن قيمة متوسط مجموع المربعات 0,218=MSE لفروق البواقي Residuals وهي قيمة صغيرة تدل على صغر الخطأ العشوائي، كما بلغ الارتباط R=0.55 وهو ارتباط قوي طردي وبمعامل تحديد R² = 0,30 أي أن التحفيز يفسر ويساهم بـ 30 بالمائة من التغيرات التي تحدث في جودة الخدمات الصحية وهي نسبة معتبرة، والباقي تفسره عوامل أخرى.

ومنه نقبل الفرضية التالية: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتحفيز على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

من جدول المعاملات رقم (3-51)، نجد أن معادلة الإنحدار المقدرة هي:

$$Y = B_0 + B_4 X_4$$

حيث تكون قيمة $B_0 = 2.22$ ، و $B_4 = 0.40$ ، علماً أن B_4 معنوي عند مستوى دلالة 0.05

$$Y = 2.22 + 0,40 X_4 \text{ ومنه:}$$

الفرع الثالث: اختبار الفرضية الرئيسية الثانية.

أولاً: اختبار Leven للتجانس.

من خلال ما سبق، تم التطرق لشروط تحليل التباين والمتمثلة في التوزيع الطبيعي للبيانات واستقلالية وعشوائية العينة، وسوف نضيف أهم شرط وهو تجانس العينات وهذا باستخدام اختبار ليفيني Levene الذي يقيس مدى تجانس العينات أو المجموعات.

جدول رقم (3-52): اختبار Levene لتجانس المتغيرات الشخصية.

Test of Homogeneity of Variance						
		المتغيرات الشخصية	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Dependent t جودة الخدمات الصحية	Based on Mean	الجنس	,004	1	212	,951
	Based on Mean	العمر	,103	2	211	,902
	Based on Mean	المؤهل العلمي	,036	2	211	,965
	Based on Mean	الخبرة المهنية	1,440	2	211	,239
	Based on Mean	السلك	2,470	2	211	,087

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول أعلاه نرى أن قيم SIG لاختبار Leven لجميع المتغيرات الشخصية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة المهنية، السلك)، أكبر من 0.05 وهذا يدل على تحقق شرط التجانس بين المجموعات ومنه يمكن استكمال اختبار تحليل التباين.

ثانياً: اختبار الفرضية الرئيسية الثانية حول الفروق

1. نص الفرضية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى إلى المتغيرات الشخصية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة المهنية، السلك) عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

لاختبار صحة الفرضية الرئيسية الثانية نستخدم اختبار N – Way ANOVA كما في الجدول التالي:

جدول رقم (3-53): اختبار N – Way ANOVA لتحليل الفروق بين أفراد عينة الدراسة في مستوى جودة

الخدمات الصحية تعزى للمتغيرات التعريفية.

Tests of Between-Subjects Effects					
Dependent Variable : Dependent					
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	26,230 ^a	76	.345	1,186	,193
Intercept	858,780	1	858,780	2951,964	,000
الجنس	,003	1	,003	,009	,925
العمر	,558	2	,279	,958	,386
المؤهل العلمي	,058	2	,029	,100	,905
الخبرة	,067	2	,034	,115	,891
السلك	2,613	2	1,306	4,491	,013
Error	39,856	137	,291		
Total	2642,829	214			
Corrected Total	66,086	213			

a. R Squared = ,397 (Adjusted R Squared = ,062)

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS20

من خلال الجدول أعلاه لتحليل التباين نستخلص ما يلي:

يتضح من خلال الجدول أعلاه عدم معنوية تأثير كل من عامل الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة المهنية، حيث أن معنوية F لهذه العوامل أكبر من مستوى الدلالة في الدراسة 0.05، أما عامل السلك فهو معنوي حيث SIG ليفشر تساوي 0.013، تأثيرها معنويا لأن قيمتها أصغر من مستوى الدلالة في الدراسة 0.05، وهذا يعني وجود تباين في اتجاه إجابات أفراد العينة تعزى للمتغير المستقل السلك.

ومنه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات عينة الدراسة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في الجزائر، عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)، تعزى للمتغيرات المستقلة الشخصية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة المهنية)، باستثناء المتغير التعريفى السلك الذي كان معنوي وتوجد به فروق.

ومن أجل التعرف على مصدر التباين لعامل السلك والذي كان تأثيره معنويا، نقوم بالاختبارات البعدية

(Post Hoc)، بطريقة أقل فرق معنوي LSD (Significance Difference Least) حيث كانت النتائج كما

في الجدول التالي:

جدول رقم (3-54): أقل فرق معنوي (LSD) بين الأوساط الحسابية للمتغير التعريفي السلوك.

Multiple Comparisons						
Dependent Variable: Dependent جودة الخدمات الصحية						
LSD						
(I) السلوك (I)	(J) السلوك (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
السلوك الإداري	شبه طبي	-,0472	,07932	,552	-,2041	,1096
	طبي	-,4038*	,11457	,001	-,6304	-,1773
السلوك الشبه طبي	الإداري	,0472	,07932	,552	-,1096	,2041
	الطبي	-,3566*	,11502	,002	-,5840	-,1292
السلوك الطبي	الإداري	,4038*	,11457	,001	,1773	,6304
	الشبه طبي	,3566*	,11502	,002	,1292	,5840

Based on observed means.
The error term is Mean Square(Error) = ,291.
*. The mean difference is significant at the 0,05 level.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول أعلاه و بعد مقارنة فرق الأوساط المعنوية لفئات السلوك، ترجع الفروق الحاصلة بالدرجة الأولى لفئة السلوك الطبي، وهي تؤثر تأثيراً مباشراً على اتجاه إجابات أفراد عينة الدراسة.

ثالثاً: اختبار الفرضيات الفرعية من الفرضية الرئيسية الثانية.

1. اختبار الفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الثانية للمتغير الشخصي الجنس

نص الفرضية الفرعية الأولى: لانتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل الجنس عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

لاختبار صحة هذه الفرضية نقوم باستخدام اختبار Independent-samples T-test.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لأثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية
جدول رقم (3-55): نتائج اختبار Independent-samples T-test للمتغير التعريفي الجنس.

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Dependent جودة الخدمات الصحية	Equal variances assumed	,004	,951	-1,375	212	,171	-,10465	,07611	-,25469	,04539
	Equal variances not assumed			-1,375	209,641	,170	-,10465	,07608	-,25464	,04534

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

من الجدول أعلاه نلاحظ أن SIG فيشر لاختبار ليفيني الذي يقيس مدى تساوي التباين، هي 0.951 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وهذا يعني تحقق التجانس بين المجموعتين الذكور والإناث. أيضا من الجدول قيمة $T = 1.375$ بمستوى معنوية 0.171 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 (اختبار من الطرفين)، ومنه نقبل الفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل الجنس عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

2. اختبار الفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الثانية للمتغير الشخصي العمر.

نص الفرضية الفرعية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل العمر عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

لاختبار صحة هذه الفرضية نقوم باستخدام اختبار **One-Way Anova**.

جدول رقم (3-56): اختبار ANOVA لتحليل التباين لمتغير العمر.

ANOVA					
Dependent					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.301	2	,650	2,118	,123
Within Groups	64,785	211	,307		
Total	66,086	213			

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS20.

من الجدول أعلاه قيمة $F = 2.118$ بمستوى معنوية 0.123 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 ، ومنه

نقبل الفرضية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل العمر عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

3. اختبار الفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الثانية للمتغير الشخصي المؤهل العلمي.

نص الفرضية الفرعية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

جدول رقم (3-57): اختبار ANOVA لتحليل التباين لمتغير المؤهل العلمي.

ANOVA					
Dependent جودة الخدمات الصحية					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,230	2	,115	,368	,692
Within Groups	65,856	211	,312		
Total	66,086	213			

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

الفصل الثالث: دراسة ميدانية لأثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية
من الجدول أعلاه قيمة $F = 0.368$ بمستوى معنوية 0.692 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05،
ومنه نقبل الفرضية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل المؤهل العلمي عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

4. اختبار الفرضية الفرعية الرابعة من الفرضية الرئيسية الثانية للمتغير الشخصي الخبرة المهنية

نص الفرضية الفرعية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل الخبرة المهنية عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

جدول رقم (3-58): اختبار ANOVA لتحليل التباين لمتغير الخبرة المهنية.

ANOVA					
Dependent جودة الخدمات الصحية					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,009	2	,004	,014	,986
Within Groups	66,077	211	.313		
Total	66,086	213			

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من الجدول أعلاه قيمة $F = 0.014$ بمستوى معنوية 0.986 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05،
ومنه نقبل الفرضية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل الخبرة المهنية عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

5. اختبار الفرضية الفرعية الخامسة من الفرضية الرئيسية الثانية للمتغير الشخصي السلك

نص الفرضية الفرعية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل السلك عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

لاختبار صحة هذه الفرضية نقوم باستخدام اختبار One-Way ANOVA.

جدول رقم (3-59): نتائج اختبار ANOVA لتحليل التباين للمتغير السلك.

ANOVA					
Dependent جودة الخدمات الصحية					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3.735	2	1,867	6.320	,002
Within Groups	62,351	211	,296		
Total	66,086	213			

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS20

من خلال الجدول أعلاه نرى أن قيمة اختبار الفرق $F=6.320$ بمستوى معنوية 0.002 وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة 0.05 ، ومنه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل بالفرض البديل التالي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير المستقل السلك عند مستوى معنوية $\alpha \leq 0.05$.

من أجل التعرف على مصدر التباين للمتغير الشخصي السلك، تم إجراء الاختبارات البعدية (Post Hoc)، باستخدام اختبار LSD التي تعني (أقل فرق معنوي)، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (3-60): اختبار LSD للمقارنات البعدية للمتغير الشخصي السلك.

Multiple Comparisons						
Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية						
LSD						
(I) السلك	(J) السلك	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
إداري	شبه طبي	-,04724	,07994	,555	-,2048	,1104
	طبي	-,40384*	,11547	,001	-,6315	-,1762
شبه طبي	إداري	,04724	,07994	,555	-,1104	,2048
	طبي	-,35661*	,11592	,002	-,5851	-,1281
طبي	إداري	,40384*	,11547	,001	,1762	,6315
	شبه طبي	,35661*	,11592	,002	,1281	,5851

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول أعلاه ومقارنة فرق الأوساط لفئات السلك، نلاحظ مصدر التباين والفروق الحاصلة بالدرجة الأولى للفئة السلك الطبي، حيث لها تأثير مباشر على اتجاه إجابات عينة الدراسة.

الخلاصة

لقد خصصنا هذا الفصل لدراسة الجانب التطبيقي لأثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية حيث تطرقنا في البداية إلى أداة الدراسة وكيفية إعدادها إنطلاقاً من الدراسات السابقة، وأشرنا إلى نموذج الدراسة المعتمد والمتمثل في نموذج بلانشارد وزملاءه (1999)، الذي تم تعديله بإضافة بعد التحفيز الذي تعتمده العديد من الدراسات السابقة وفق نماذج مختلفة ليصبح النموذج الجديد مكون من (الحرية والاستقلالية، المشاركة بالمعلومات، فرق العمل، التحفيز)، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات اعتمدنا على مجموعة من الأساليب الإحصائية التي منها المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، ومعامل الارتباط بيرسون وبعض الإختبارات كالإنحدار الخطي، وهذا بالاعتماد على المنهج الوصفي الذي يهتم بدراسة الظواهر من حيث خصائصها ومتابعتها ومتابعة دقيقة بطريقة كمية أو نوعية، حيث تم اختيار عدد من المؤسسات العمومية الصحية في ولاية المسيلة وتوزيع استبيان على (214) فرد بشكل عشوائي من موظفي هذه المؤسسات، ثم معالجة هذه البيانات باستخدام برنامج SPSS20، حيث تم التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة ثم التحليل الوصفي لنتائج الدراسة واتجاهات أفراد العينة وخلصت الدراسة لوجود أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين بأبعاده كلها على جودة الخدمات الصحية، وقد كان لبعد المشاركة بالمعلومات الأثر الأكبر، أما فيما يخص الفروق في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية تعزى للمتغيرات (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة المهنية، السلك)، فقد خلصت الدراسة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية باستثناء المتغير التعريفي السلك الذي كان به فرق معنوي، ويرجع لفئة السلك الطبي الذي يؤثر تأثير مباشر على اتجاه إجابات أفراد عينة الدراسة.

الخاتمة

الخاتمة

خلصت دراستنا إلى وجود أثر إيجابي قوي لتمكين العاملين في تحقيق جودة الخدمات الصحية، فتمكين العاملين هو مفهوم إداري حديث ظهر كنتيجة للتطور الفكري عبر العديد من المدراس الفكرية، وهو السبيل الوحيد لنجاح أو فشل المنظمة، فالاهتمام به يسمح بتعظيم مزايا المنظمات على المدى الطويل وخلق ميزة تنافسية تساهم في بقاء المؤسسة واستمرارها، كما يؤدي تمكين العاملين إلى إبراز المبدعين في شتى المجالات، فتوفر الإمكانيات المادية والتكنولوجيا المتقدمة لن تعطي ثمارها في غياب تمكين فعال للأفراد فالتمكين قادر على توجيه هذه الموارد واستغلالها بالشكل الذي يتوافق مع أهداف المنظمة وهو المحرك الأساسي لكافة النجاحات وهو الطريق نحو الجودة التي أمست عنوان العصر للمنظمات المتميزة، ولكي تصل المؤسسات الصحية للجودة لا بد أن تهتم بالعنصر البشري عن طريق توفير المعرفة ومشاركته المعلومات حول المنظمة، مع توفير التحفيز المناسب للجهد الذي يختلف من عامل لآخر.

وفي هذا السياق نختتم دراستنا هذه بعرض النتائج التي توصلنا إليها في الجانب التطبيقي، حيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. الفرضية الرئيسية الأولى: يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين بأبعاده كلها على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة.
2. الفرضية الفرعية الأولى: يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية للحرية والاستقلالية على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة فأفراد العينة يساهمون في وضع الخطط لتحقيق أهداف المؤسسة كما يمتلكون نوعاً من الحرية في إنجاز أعمالهم وتصحيحها دون الرجوع للمسؤول الأعلى.
3. الفرضية الفرعية الثانية: يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية للمشاركة بالمعلومات على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة فأفراد العينة يرون أن المسؤولون يشاركون مع الموظفين المعلومات والتعليمات التي من شأنها تسهيل العمل بنسبة مرتفعة، كما يتبادل الموظفون فيما بينهم المعلومات والتعليمات الجديدة و بالتالي يعتبر الحصول على المعلومات ليس صعباً.
4. الفرضية الفرعية الثالثة: يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية لفرق العمل على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة وهذا بسبب إيمان الموظفين بضرورة تأدية المهام من خلال فرق العمل الذي سجل أعلى متوسط 3.98، كما أن فرق العمل منسجمة ومتسقة مع بعضها البعض فمهارات أفراد الفرق تتكامل فيما بينها.
5. الفرضية الفرعية الرابعة: يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية للتحفيز على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة فأفراد العينة يرون أن أعمالهم مهمة بالنسبة لهم، فقد سجلت هذه الفقرة أكبر متوسط بنسبة 4.07 وبالتالي وجود دافع داخلي متمثل في حب العمل وهو أهم تحفيز للعاملين.

6. الفرضية الرئيسية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاهات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة المهنية)، بإستثناء المتغير الشخصي السلك الذي كان معنوي وتوجد به فروق.
7. الفرضية الفرعية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير الشخصي الجنس.
8. الفرضية الفرعية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير الشخصي العمر.
9. الفرضية الفرعية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير الشخصي المؤهل العلمي.
10. الفرضية الفرعية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير الشخصي الخبرة المهنية.
11. الفرضية الفرعية الخامسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اتجاه إجابات أفراد العينة حول أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تعزى للمتغير الشخصي السلك وبالدرجة الأولى السلك الطبي الذي يؤثر تأثيرا مباشرا على اتجاه إجابات أفراد العينة.

أما التوصيات فيمكن أن نقترح ما يلي:

1. الاهتمام بالتفويض بشكل أكبر فالإدارة عليها أن تتنازل وتمنح حرية أكبر في اتخاذ القرارات للأفراد فقد سجل هذا التوجه أقل متوسط بنسبة 2.93.
2. على الإدارة أن تمنح ثقة أكبر في قدرات الأفراد حول أداء المهام الموكلة إليهم مما يساهم في تسهيل عملية التفويض.
3. العمل على توفير نظام معلومات و إيجاد طرق فعالة لتسهيل الوصول و الاتصال بين الأقسام والمصالح في المؤسسة لإعطاء مرونة أكبر في التسيير وانتقال المعلومات وكل مايسهل اتخاذ القرارات الإدارية.
4. إقامة حلقات نقاش بشكل دوري بين الموظفين والمسؤولين حول الأخطاء والمشاركة في تقديم الحلول وتشجيعهم على تطوير أساليب عمل جديدة تساعد على تسريع الأعمال.

5. العمل على الرفع من رواتب العاملين وهذا عن طريق تعديل القوانين الأساسية وإيجاد طرق تربط بين الجهد المبذول والراتب المدفوع، وضرورة إعطاء مبلغ معين على كل عملية جراحية.
 6. تحسين الخدمات الاجتماعية وهذا عن طريق تفعيل الرقابة على كيفية تسييرها وضرورة العدل بين الأفراد في الاستفادة منها حتى وإن كانت المساعدات التي تقدمها قليلة.
 7. تشجيع مبادرات العاملين واجتهاداتهم وتقديم الشكر لهم لقاء مجهوداتهم من أجل الرفع من الروح المعنوية لهم من حين لآخر.
 8. توفير التجهيزات الطبية الحديثة والتي أصبحت ضرورية اليوم مثل جهاز السكتانار في جميع المستشفيات وتوفير التأمين الخاص به للأفراد من قبل مؤسسة الضمان الاجتماعي، وتفعيل دور الرقابة على الصيانة من أجل استمرار عمل هذه التجهيزات ومعاينة التهوان في إصلاحها.
 9. العمل على تقديم الخدمات الصحية بشكل صحيح من أول مرة وهذا عن طريق جعل المرضى يقابلون أحسن الأطباء في بداية تشخيصهم وأحسن المرضين، ثم يتم في مرحلة ثانية تحويلهم إلى أطباء آخرين، والحرص على أن يكون التشخيص الأولي على يد أحسن الأطباء.
 10. ضرورة الإصغاء لشكاوى المرضى واستفساراتهم وأن تكون انشغالاتهم محور النقاش في حلقات الجودة، فهم الزبائن المستهدفين وعلى الإدارة التركيز عليهم.
- وبالنسبة لآفاق الدراسة فقد لا تكون هذه الدراسة حلا لمشكلة بقدر ما تهدف إلى فتح آفاق البحث مستقبلا ويمكن عرض بعض الأفكار كما يلي:

1. أثر تمكين العاملين على الإبداع المنظمي.
2. دور تمكين العاملين في زيادة رأس المال الفكري.
3. طرق تحفيز العاملين في المنظمات الصحية.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: القرآن الكريم

1. سورة يوسف.
2. سورة الكهف.
3. سورة الحج.

ثانياً: السنة النبوية

4. أبي الحسين مسلم بن الحجاج القشيري النيسابوري مسلم. (2006). صحيح مسلم، المجلد 2، ط1. الرياض، السعودية: دار طيبة للنشر والتوزيع.
5. أبي بكر أحمد بن الحسين بن علي البيهقي. (1989). السنن الصغير، ج2، ط1. كراتشي، باكستان: دار الوفاء للطباعة والنشر، سلسلة منشورات جامعة الدراسات الإسلامية.
6. سليمان بن الأشعث السجستاني أبي داود. (1996). سنن أبي داود، ط1، ج3. بيروت، لبنان: دار الكتب العلمية.

ثالثاً: المعاجم

7. ابن منظور. (بلا تاريخ). لسان العرب. القاهرة: دار المعارف.
8. أحمد سليم الحمصي، و سعدي عبد اللطيف ضناوي. (2015). قاموس الرافد. بيروت: المؤسسة الحديثة للكتاب.

رابعاً: النصوص القانونية

9. الدولة الجزائرية. (11 07, 1969). مرسوم رقم 69-96. الجريدة الرسمية الجزائرية (59).
10. الدولة الجزائرية. (04 04, 1966). أمر 66-65. الجريدة الرسمية الجزائرية (27).
11. الدولة الجزائرية. (1976). أمر 76-97 يتضمن إصدار دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية الجزائرية (94).
12. الدولة الجزائرية. (16 02, 1985). قانون 85-05. الجريدة الرسمية الجزائرية (08).

13. الدولة الجزائرية. (1989). مرسوم رئاسي رقم 89-18 يتضمن نص تعديل الدستور الموافق عليه في استفتاء 23 فبراير 1989. الجريدة الرسمية الجزائرية (09).

14. الدولة الجزائرية. (2020). دستور 2020. الجريدة الرسمية الجزائرية (82).

خامسا: الكتب باللغة العربية

15. ابراهيم أحمد مسلم الحارثي. (2014). تجويد التعليم باستخدام المعايير وإدارة الجودة الشاملة، ط1. الرياض: فهرست مكتبة الملك فيصل الوطنية أثناء النشر.

16. أبي الحسن علي بن أحمد بن محمد الواحدي. (1430 هـ). التفسير البسيط، الجزء 12. الرياض: جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية.

17. إحسان دهش جلاب، وكمال كاظم طاهر الحسيني. (2013). إدارة التمكين والإندماج، ط1. عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.

18. أحمد العيشاوي. (بلا تاريخ). إدارة الجودة الشاملة TQM. عمان، الأردن: دار حامد للنشر والتوزيع.

19. أحمد بن عيشاوي. (2013). إدارة الجودة الشاملة TQM الأسس النظرية والتطبيقية والتنظيمية في المؤسسات السلعية والخدمية. عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.

20. أحمد محمد الشيباب، و عنان محمد أبو حمور. (2014). مفاهيم إدارية معاصرة. عمان، الأردن: الاكاديميون للنشر والتوزيع.

21. أديب خلف مفلح الملكاوي. (2021). ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات وأثرها على أداء العاملين، ط1. عمان، الأردن: دار الخليج للنشر والتوزيع.

22. إسماعيل إبراهيم القزاز، و عادل عبد المالك. (2015). ضبط الجودة النظرية والتطبيق، ط1. عمان، الاردن: دار دجلة ناشرون وموزعون.

23. أكرم أحمد الطويل، و ياسمين طه عبد الرزاق الدباغ. (2016). إدارة الجودة الشاملة للبيئة والمسؤولية الاجتماعية، ط1. الأردن: دار جرير لنشر والتوزيع.

24. أمجد بوزيان تيغرة. (2012). التحليل العملي الإستكشافي والتوكيدي، ط1. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

25. أوما سيكاران. (2006). طرق البحث في الإدارة مدخل لبناء المهارات البحثية. (إسماعيل علي بسويبي، المترجمون) الرياض: دار المريخ للنشر.

26. إياد عبد الله شعبان. (2009). إدارة الجودة الشاملة مدخل نظري وعملي نحو ترسيخ ثقافة الجودة وتطبيق معايير لتميز، ط1. عمان، الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.
27. ثامر ياسر البكري. (2015). إدارة المستشفيات. عمان، الأردن: دار اليازوري.
28. جابر عبد الحميد جابر، و أحمد خيرى كاضم. (بلا تاريخ). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. القاهرة، مصر: دار النهضة العربية.
29. جاري ديسلر. (2012). إدارة الموارد البشرية. (مُجَّد سيد أحمد عبد المتعال، و عبد المحسن عبد المحسن جودة، المترجمون) الرياض، المملكة العربية السعودية: دار المريخ للنشر.
30. جودة محفوظ. (2010). إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات. دار وائل للنشر والتوزيع.
31. حسين مُجَّد الحراحشة. (2011). إدارة الجودة الشاملة والأداء الوظيفي، ط1. عمان: دار جليس الزمان.
32. حسين موسى قاسم البناء، و نعمة عباس الخفاجي. (2014). استراتيجية التمكين التنظيمي لتعزيز فاعلية عمليات إدارة المعرفة، ط1. عمان، الأردن: دار الأيام للنشر والتوزيع.
33. حمدي عبد العظيم. (2008). المنهج العلمي لإدارة الجودة الشاملة. الإسكندرية، مصر: الدار الجامعية.
34. خالد سعد. (1997). إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي. الرياض: مكتبة الملك فهد.
35. خالد سعيد أبو هتلة. (2010). أثر السياسات التنظيمية على التمكين الوظيفي لدى العاملين في الدوائر الحكومية في منطقة تبوك بالمملكة العربية السعودية، ط1. عمان، الأردن: googlebook.
36. خصير كاضم حمود. (بلا تاريخ). إدارة الجودة الشاملة. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
37. خضر مصباح اسماعيل طيطي. (2010). إدارة المعرفة التحديات والتقنيات والحلول، ط1. عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
38. خصير كاضم حمود. (2015). إدارة الجودة وخدمة العملاء. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
39. ديويولد فان دالين. (1997). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. (مُجَّد نبيل نوفل، سلمان الخضري الشيخ، و طلعت منصور غبريال، المترجمون) القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
40. رأفت عبد العزيز البوهي، ابراهيم جابر المصري، أحمد مُجَّد ماجد، و منى أحمد عبد الرحيم. (بلا تاريخ). الجودة الشاملة في التعليم. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، googlebooks.

41. ربحي مصطفى عليان. (بلا تاريخ). البحث العلمي أسسه مناهجه وأساليبه إجراءاته. عمان، الاردن: بيت الأفكار الدولية.
42. ربيع عبد الرؤوف، و محمد عامر. (2011). الجودة والتميز في منظمات الأعمال، الجزء 1، ط 1. (تحرير فريد كورتل، المحرر) عمان، الأردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
43. رجاء محمود أبو علام. (2009). التحليل الاحصائي للبيانات باستخدام برنامج SPSS . ط3. القاهرة، مصر: دار النشر للجامعات.
44. رشدي قطاش، عبد المجيد الشاعر، و عصام الصفدي. (2020). الرعاية الصحية الأولية. عمان، الاردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع، [googlebook](https://www.google.com/books).
45. رضا محمد السيد. (2016). أساسيات الجغرافيا السياحية، ط1. عمان، الأردن: الأكاديميون للنشر والتوزيع، [book google](https://www.google.com/books).
46. رعد الصرن. (2016). إدارة الجودة الشاملة مدخل الوظائف والأدوات. دمشق، سوريا: دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، [google.book](https://www.google.com/books).
47. رعد عبد الله الطائي، و عيسى قداد. (2008). إدارة الجودة الشاملة. عمان، الاردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
48. زكرياء مطلق الدوري، و أحمد علي صالح. (2009). إدارة التمكين واقتصاديات الثقة في منظمات أعمال الألفية الثالثة. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
49. زكية محمود أحمد عريقات. (2016). أثر العوامل الشخصية والوظيفية في التمكين الوظيفي في المصارف التجارية الأردنية، ط1. عمان، الأردن: مركز البحث وتطوير الموارد البشرية رماح.
50. زيد منير عبودي. (2008). إدارة الموارد البشرية، ط1. دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع.
51. سعد المحمدي. (2021). نماذج من الإدارات المعاصرة. عمان، الاردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع، [googlebook](https://www.google.com/books).
52. سعد عباس على بحار. (2019). تأثير المزيج التسويقي على الخدمات الصحية. الاسكندرية، مصر: دار التعليم الجامعي، [google.book](https://www.google.com/books).
53. سعد علي العنزري. (2002). الإدارة الصحية. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
54. سعد علي ربحان المحمدي. (بلا تاريخ). إدارتنا التميز والجودة. عمان: دار اليازوري العلمية، [books.google](https://www.google.com/books).
55. سعد غالب ياسين. (2007). إدارة المعرفة المفاهيم النظم التقنيات. عمان، الاردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.

56. السلطي مأمون، و سهيل الياس. (1999). دليل عملي لتطبيق أنظمة إدارة الجودة الإيزو 9000، ط1. دمشق، سوريا: دار الفكر المعاصر.
57. سلمان خالد زيدان. (2010). إدارة الجودة الشاملة الفلسفة ومداخل العمل، الجزء الأول. عمان، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
58. سلمان زيدان. (2010). إدارة الجودة الشاملة، الجزء الثاني. عمان، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
59. سليم بطرس جلد. (2007). إدارة المستشفيات والمراكز الطبية، ط1. عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
60. السيد أحمد عبد الغفار. (بلا تاريخ). الإدارة المدرسية الحديثة الفاعلة. دار النشر للجامعات.
61. السيد فتحي الويشي. (2013). الأساليب القيادية للموارد البشرية (الأخلاق الإدارية، إستراتيجيات التغيير)، ط1. القاهرة، مصر: المجموعة العربية للتدريب والنشر.
62. سيد محمد جاد الرب. (2008). الإتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية. مطبعة العشري.
63. سيد محمد جاد الرب. (2008). جودة الحياة الوظيفية QWL في منظمات الأعمال العصرية. القاهرة، مصر: مطبعة العشري.
64. شهدان عادل عبد اللطيف الغرباوي. (2020). إدارة الجودة الشاملة وفقا للمعايير الدولية. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي، books.google.
65. الشيخ محمد علي طه الدرة. (2009). تفسير القرآن الكريم وإعرابه وبيانه، ط1، المجلد4، الجزء13. دمشق: دار ابن كثير.
66. طارق عبد الرؤوف عامر، و ايهاب عيسى المصري. (2017). الجودة الشاملة والاعتماد الاكاديمي، ط2. القاهرة، مصر: المجموعة العربية للتدريب والنشر.
67. عادل محمد زايد. (2003). إدارة الموارد البشرية رؤية استراتيجية. كلية التجارة جامعة القاهرة.
68. عادل محمد عبد الله. (2013). إدارة جودة الخدمات، ط1. عمان، الاردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
69. عادل محمد عبد الله. (2019). استراتيجية التمكين : مدخل البناء المتسلسل للمورد البشري المشارك في صناعة القرارات. دار البيازوري.
70. عاطف جابر طه. (2013). قضايا عالمية معاصرة في الموارد البشرية، ط1. الدار الأكاديمية للعلوم.

71. عاطف عبد الله المكاوي. (2012). أنواع المديرين، ط1. القاهرة، مصر: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
72. عبد الحميد عبد المجيد البلداوي، و زينب شكري محمود نديم. (2007). إدارة الجودة الشاملة والمعلوية. عمان، الاردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
73. عبد الستار العلي. (2010). تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، ط2. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
74. عطا الله علي الزبون، و خالد حمدان. (بلا تاريخ). إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، googlebooks.
75. علاء فرج الطاهر. (2010). إدارة المواد و الجودة الشاملة، ط1. عمان، الأردن: دار الرابية للنشر والتوزيع.
76. عماد علي المهيترات. (2010). أثر التمكين على فاعلية المنظمة، ط1. عمان، الأردن: دار جليس الزمان للنشر والتوزيع.
77. عمار بوحوش. (2006). نظريات الإدارة الحديثة في القرن الواحد و العشرين، ط1. دار الغرب الإسلامي.
78. عمر وصفي عقيلي. (2022). مدخل إلى المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة. عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
79. غني دحام تناي الزبيدي، عبد الناصر علك حافظ، و حسين وليد حسين عباس. (2015). إدارة السلوك التنظيمي، ط1. دار غيداء للنشر والتوزيع.
80. فتحي احمد يحي العالم. (2020). نظام إدارة الجودة الشاملة والمواصفات العالمية دراسة علمية تطبيقية. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
81. فخر الدين الرازي. (بلا تاريخ). التفسير الكبير، مراجعة الأستاذ عبد الله اسماعيل الصاوي، ج23. وزارة المعارف، المطبعة الأميرية.
82. فريد عبد الفتاح زين الدين. (1996). المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية. مصر: جامعة الزقازيق.
83. فريد كوتلر. (2009). تسويق الخدمات. عمان، الاردن: دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع.
84. فريد كوتلر، رئيس تحرير المؤتمر. (بلا تاريخ). الجودة والتميز في منظمات الاعمال ج1. مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
85. فنار مصطفى كافي. (2021). تسويق الخدمات الصحية، ط1. عمان، الأردن: دار ألفا للوثائق للنشر والتوزيع.

86. فوزي شعبان مذكور. (1997). تسويق الخدمات الصحية، ط1. القاهرة، مصر: إيتراك للنشر والتوزيع.
87. قاسم نايف علوان الحياوي. (2006). إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، ط1. عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
88. قاسم نايف علوان. (2013). إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001-2000، ط3. عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
89. مايكل كوسلر، و كيم كاناغا. (2009). هل تحتاج حقاً إلى فريق عمل، ط1. (سلام حسن خطيب، المترجمون) الرياض، السعودية: العبيكان للنشر، فهرست مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.
90. مجموعة من المؤلفين. (2011). الجودة والتميز في منظمات الأعمال، مؤتمر منشور، ط1، ج2. عمان، الأردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
91. مجموعة مؤلفين. (بلا تاريخ). عن فرق العمل، ط1. (ترجمة صالح بن عبد الله بن باز، المترجمون) الرياض، 2016، السعودية: الناشر العبيكان للنشر.
92. مُحمَّد أبو النصر مدحت. (بلا تاريخ). إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الإجتماعية والتعليمية والصحية. مجموعة النيل العربية.
93. مُحمَّد الصيرفي. (2006). الجودة الشاملة TQM، ط1. الإسكندرية، مصر: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
94. مُحمَّد الصيرفي. (2016). التسويق الصحي، ط1. القاهرة، مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع، googlebook.
95. مُحمَّد الفاتح محمود بشير المغربي. (2016). أصول الإدارة والتنظيم، ط1. عمان، الأردن: دار الجنان للنشر والتوزيع.
96. مُحمَّد بلال الزعبي، و عباس الطلافحة. (2004). النظام الإحصائي SPSS فهم وتحليل البيانات الإحصائية، ط2. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
97. مُحمَّد بلال الزعبي، و عباس الطلافحة. (2012). النظام الإحصائي SPSS، ط3. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
98. مُحمَّد بن علي الظافر الشهيري. (2016). إدارة الرواتب والأجور. المملكة العربية السعودية: معهد الادارة العامة للطباعة والنشر.
99. مُحمَّد بوهزة، و طارق فارس. (بلا تاريخ). الجودة والتميز في منظمات الأعمال، الجزء2. (هيئة التحرير: فريد كورتل، المحرر) مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
100. مُحمَّد حسين مُحمَّد رشيد. (2007). الإحصاء الوصفي والتطبيقي والحيوي، ط1. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

101. مُجَّد عبد الفتاح الصيرفي. (2003). الإدارة الرائدة، ط1. عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
102. مُجَّد عبد الفتاح مُجَّد. (2008). إدارة الجودة الشاملة بمنظمات الرعاية الإجتماعية. دار الفتح للتجليد الفني.
103. مُجَّد عبد القادر، و نجم العزاوي. (بلا تاريخ). مبادئ ومدخل الإدارة ووظائفها في القرن الحادي والعشرين. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، *googlebook*.
104. محمود عبد الوهاب العزاوي. (2002). أنظمة إدارة الجودة والبيئة *ISO9000, ISO14000*. عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
105. مدحت مُجَّد أبو النصر. (2015). إدارة الجودة الشاملة استراتيجية كايزن اليابانية في تطوير المنظمات، ط1. المجموعة العربية للتطوير والنشر.
106. مدحت مُجَّد أبو النصر. (2015). فرق العمل الناجحة البناء والنمو والإدارة. المجموعة العربية للتدريب والنشر.
107. مدحت مُجَّد محمود أبو النصر. (2015). الحوكمة الرشيدة فن إدارة المؤسسات عالية الجودة. القاهرة، مصر: المجموعة العربية للتدريب والنشر.
108. مراد ممدوح كامل السيد. (2016). ايدولوجية التمكين في ظل التحولات التنظيمية، ط1. الإسكندرية، مصر: مكتبة الوفاء القانونية.
109. مسلم السعد. (بلا تاريخ). بطاقة العلامات المتوازنة (مدخل للإدارة المستدامة). *googlebook*.
110. مسلم علاوي السعد، مُجَّد حسين منهل، و هاشم فوزي العبادي. (2012). بطاقة العلامات المتوازنة مدخل للإدارة المستدامة. بيروت: دار الكتب العلمية.
111. مصطفى يوسف كافي. (2017). إدارة الخدمات الصحية، ط1. عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
112. مصطفى يوسف. (2016). إدارة المستشفيات، ط1. عمان، الاردن: دار حامد للنشر والتوزيع.
113. مطبوعات كلية هارفرد لإدارة الأعمال (المحرر). (2011). فرق العمل المنسجمة، ط1. (ضفاف شربا، المترجمون) الرياض، السعودية: عبيكان للنشر، فهرست مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.
114. معراج هواري، و مريم شرع. (بلا تاريخ). مدخل إلى الإدارة التمكينية، ط1. عمان، الأردن: دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع.
115. مليكة غواري. (2020). إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية.

116. مليكة غواري. (2020). جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الإستشفائية. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

117. منال أحمد البارودي. (بلا تاريخ). التمكين الإداري كمدخل لنجاح الموظف والمؤسسة.

118. مهدي صالح السامرائي، و صبيح كرم الكناني. (2014). نظام إدارة الجودة الايزو ISO مدخل لتحسين أداء الجامعات. دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، googlebook.

119. موراى شبيجل، جون شيلر، و ألو سرينيقاسان. (2004). الاحتمالات والاحصاء ملخصات إييزي شوم، ط1. (محمود علي أبو النصر، و جلال مصطفى مصطفى، المحررون) القاهرة، مصر: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية.

120. ناصر مُجّد سعود جرادات، أحمد إسماعيل المعاني، و أسماء رشاد الصالح. (بلا تاريخ). إدارة المعرفة. دار ثراء للنشر والتوزيع.

121. نبيل سعد خليل. (2014). إدارة المؤسسات التربوية في الألفية الثالثة، ط1. القاهرة، مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع.

122. نعيم بن عطا الله الجهني، شائع بن خالد القحطاني، ميرفت مُجّد السعيد مرسى، خالد بن عبد العزيز الشمالان، و عائض بن خلف الرشيدى. (2018). نماذج معاصرة في القيادة، ط1. الرياض، السعودية: مكتبة القانون والاقتصاد، googlebooks.

123. نور الدين حاروش. (2012). الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، ط1. عمان، الاردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

124. يحيى سليم ملحم. (2009). التمكين كمفهوم إداري معاصر، ط2. القاهرة، مصر: المنظمة العربية للتنمية الإدارية.

125. يوسف قزازة، كامل العجلوني، وفاء فضة، و وفاء جرادات. (2013). إدارة الخدمات الصحية والتمريضية. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

126. cheser jacobs lucy، ary Donald، و Razavieh Asghar. (2013). مقدمة للبحث في التربية. (سعد الحسيني، المترجمون) عمان، الاردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

سادسا: المراجع الأجنبية

127. AL omari, z., Alomari, K., & Aljawarneh, N. (2020). The role of empowerment in improving internal process, customer satisfaction, learning and growth. *Management Science Letters*, 10(4).

128. Art Weinstein, & william , C. (1999). *Art Weinstein, william C. Johnson, Designing and Delivering Superior Customer Value Concepts Cases and Applications. CRC Press.*
129. Crosby, P. (1996). *La Qualite c'est gratuity, ed economie. paris.*
130. Guy, I. (2000). *la certification ISO 9000, un moteur pour la qualite, edition d'organization.*
131. Juran, J. (2005). *Critical Evaluations in Business and Management. In M. C. Edited by John Cunningham Wood. Psychology Press.*
132. Karaca, A., & Durna, z. (2019, 01 04). *Patient satisfaction with the quality of nursing care. Nursing Open, 6(2).*
133. Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., & Ali Shah, S. (2019, 09 05). *Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(18).*
134. w.howard, I., & thomas foster. (1999). *The influence of human resource practices on empowerment and employee perceptions of management commitment to quality. Journal of quality management, 4(1).*
135. Winnie, T., & Busisiwe, R. (2019). *Challenges of quality improvement in the healthcare of South Africa post-apartheid : a critical review. Sabinet African Journals, 42(1).*

سابعاً: المقالات العلمية والملتقيات

136. أبو بكر الصديق غروي، اسعد ادريس رقيق، و آسيا خياط. (2019). *أثر التحفيز على رفع أداء الموارد البشرية في المؤسسة. المجلة الجزائرية لإقتصاد التنسيير، المجلد 12(العدد 02).*

137. أحمد دن. (أكتوبر، 2017). أثر تمكين العاملين على الرضا الوظيفي: دراسة حالة جامعة زيان عاشور الجلفة. مجلة مجاميع المعرفة، المجلد 03 (العدد 02).
138. أسماء عميرة، و هدى بن مُجد. (جوان، 2022). أثر التنوع العرقي على فعالية فرق العمل دراسة ميدانية بشركة *Rizzani* الإيطالية للمنشآت الكبرى والأشغال العمومية بولاية جيجل. مجلة دراسات اقتصادية، 09(01).
139. أيوب صكري، و أحمد بن عيشاوي. (ديسمبر، 2017). أثر الرضا على جودة الخدمات الفندقية. مجلة ميلاف للبحوث والدراسات.
140. جيلالي بهاز. (2022). تمكين العاملين وأثره على الأداء الوظيفي دراسة حالة مؤسسة اتصالات الجزائر الوكالة التجارية غرداية. مجلة الدراسات الإقتصادية الكمية، 08(01).
141. حاتم سماتي. (2022). التمكين الإداري والفعالية التنظيمية. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 07(02).
142. خيرة مكرتار. (2020). ميكانيزمات تحسين الجودة في مؤسسات التعليم العالي (عرض تجارب غربية وعربية). مجلة العلوم الإقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، 13(03).
143. رحمة مجدة حصابة، و قويدر بورقبة. (2020). تحديد الأهمية النسبية لأبعاد تمكين العاملين في تعزيز وتظيم الولاء التنظيمي في المنظمة باستخدام التحليل الهرمي لنظرية القرار. المجلة الجزائرية للإقتصاد والتسيير، 14(01).
144. سالم عيسى، و دليلة مهيري. (2022). أهمية القيادة التنظيمية في تحسين أداء فرق العمل دراسة ميدانية لفرق العمل التقنية بالوحدة العملية للاتصالات بأدرار. مجلة الحقيقة للعلوم الإجتماعية والإنسانية، المجلد 21(العدد 01).
145. سالم عيسى، و دليلة مهيري. (مارس، 2022). المهارات القيادية وأثرها على أداء فرق العمل دراسة سوسيو تنظيمية بشركة اتصالات الجزائر بأدرار. مجلة العلوم القانونية والإجتماعية، 07(01).
146. سامية عمارة. (2015). السياسة الصحية في الجزائر. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، 03(06).
147. سعد بن مرزوق العتيبي. (2020). جوهر تمكين العاملين: إطار مفاهيمي. المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية، 42(60).
148. سعد مرزوق العتيبي. (2005). الملتقى السنوي العاشر لإدارة الجودة الشاملة. الخبر: جامعة الملك سعود.
149. سعد مرزوق العتيبي. (2005). جوهر تمكين العاملين: إطار مفاهيمي. الملتقى السنوي العاشر لإدارة الجودة الشاملة. الشركة السعودية للكهرباء.

150. سيف الدين عماد أحمد، و عالية جواد محمد علي. (2013). أثر تمكين العاملين في التطوير التنظيمي دراسة استطلاعية لآراء عينة من العاملين بالشركة العامة للصناعات الصوفية. مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية (36).
151. شعبان فرج، و سعيده شيخ. (2015). تمكين العاملين كمدخل لتحسين جودة الخدمات. مجلة الإقتصاد والتنمية، مخبر التنمية المحلية والمستدامة (العدد 04).
152. عبد القادر بن برطال. (جوان، 2018). تأثير فرق العمل على تنمية الثقة التنظيمية دراسة حالة كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير بجامعة الأغواط. دراسات العدد الإقتصادي، المجلد 15 (العدد 02).
153. عبد القادر طلحة، و يزيد قادة. (2019). أثر الرضا الوظيفي بالمؤسسات الإقتصادية دراسة حالة مؤسسة الإسمنت بسعيده. مجلة البشائر الإقتصادية، المجلد 05 (العدد 01).
154. عبد الله بن حميدة. (2018). دور التحفيز في عملية الإشراف التربوي. مجلة العلوم الإجتماعية والإنسانية، 07 (14).
155. عبد الوهاب بن بريك، و سميرة هيشير. (2018). مساهمة التحفيز في تحقيق الولاء التنظيمي بالمؤسسات الإستشفائية. مجلة الدراسات الإقتصادية المعاصرة (العدد 05).
156. علي دحمان محمد. (31 12، 2015). سياسات التحكم في الإنفاق الصحي بالجزائر بين الواقع والأفاق. مجلة الحكمة للدراسات الإقتصادية (06).
157. علي محمد اسكندر نجيب. (يونيو، 2021). أثر تمكين العاملين على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع الخاص في الجمهورية اليمنية دراسة حالة: المستشفى الأوروبي. مجلة جامعة الرازي للعلوم الإدارية والإنسانية، 02 (01).
158. عمار بونار. (2021). أثر تمكين العاملين على الأداء الشامل بالجماعات المحلية الجزائرية دراسة ميدانية. مجلة مجاميع المعرفة، 07 (01).
159. عمير جيلالي. (2019). تحسين جودة الخدمة الصحية من منظور فرق العمل. دراسات في الاقتصاد والتجارة والمالية، المجلد 08 (العدد 01).
160. فاطمة عيساوي، و محمد الهزام. (أكتوبر، 2021). الدور الوسيط للتحفيز في العلاقة بين الأجر والرضا الوظيفي دراسة حالة الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء فرع تندوف. مجلة مجاميع المعرفة، المجلد 07 (العدد 03).
161. فراح خالد، و أمال مهاوة. (2022). أثر إدارة فرق العمل على جودة الخدمات المقدمة في شركات التأمين الجزائرية دراسة ميدانية على لعينة من شركات التأمين ببسكرة. مجلة اقتصاد المال والأعمال، المجلد 07 (العدد 01).

162. فريدة مكاي، و فوزية مقراش . (2020). أثر فرق العمل في تحسين الأداء البشري في المؤسسة الصناعية الجزائرية دراسة حالة عينة من المؤسسات الصناعية. مجلة الإقتصاد الجديد، المجلد 11(العدد 02، الجزء 01).
163. فضيلة معمر قوادري. (2020). دور التمكين في إدارة الكفاءات دراسة حالة مؤسسة موبيليس الشلف. مجلة العلوم الإقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، 12(03).
164. كمال قاسمي. (2017). واقع تمكين العاملين في القطاع الإداري العمومي ومعوقات تطبيقه من وجهة نظر العاملين دراسة حالة مديرية التجارة لولاية المسلة. مجلة العلوم الإقتصادية والتسيير والعلوم التجارية(18).
165. محمد أمين سلامي. (جوان، 2019). أثر الحوافز المادية كوسيلة لتحقيق الرضا الوظيفي لدى العاملين - دراسة حالة *Baticic Ouest*. مجلة الأبحاث الإقتصادية، المجلد 14 (العدد 01).
166. محمد فايزة صاري، و بن اعمر عواج. (06، 2021). أداء النظام الصحي في الجزائر دراسة تحليلية للمؤشرات. مجلة القانون العام الجزائري والمقارن، 07(01).
167. نبيلة ناني ، و فادية قريسي. (2022). مقياس منظومي مقترح لتقييم فرق العمل الجزائرية فرق العمل لمخابر فينوس بولاية البلدية نموذجاً. مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية بحوث ودراسات، المجلد 09(العدد 01).
168. نجاة بن يحيى، و فاطمة بلقرع . (2021). أثر ممارسات القيادة الخادمة على تمكين فرق العمل دراسة ميدانية بالمحافظة السامية لتطوير السهوب بالجلفة. مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، 14(01).
169. نسرين بوسنة، و محمد بوشريية. (2020). أثر استراتيجية التمكين في تحقيق التميز المؤسسي. مجلة الدراسات المالية المحاسبية والإدارية، 07(01).
170. نور الهدى بن الدين، و آمنة بن جدو. (2022). دور عامل التحفيز في تفعيل الإبداع الإداري دراسة حالة المؤسسة الإقتصادية الجزائرية. مجلة التكامل الإقتصادي، المجلد 10(العدد 03).
171. هنية سلخانة، و أحمد بن عيشاوي. (2017). أثر تمكين العاملين على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع الخاص حالة عيادة الرمال بالوادي. مجلة أداء المؤسسات الجزائرية(12).
172. وهيبه مسعي، و نوال بوعلاق. (2020). التحفيز كأحد أهم ممارسات ادارة الموارد البشرية ودوره في تحقيق الأداء. مجلة إقتصاد المال والأعمال، المجلد 05(العدد 02).
173. ياسمينه منايفي، و صبرية رماش. (2018). نظام التحفيز والأداء الوظيفي للعامل في المؤسسة الإقتصادية الجزائرية دراسة ميدانية في مؤسسة الحجار عنابة. مجلة الدراسات المالية المحاسبية والإدارية، المجلد 05(العدد 02).

174. أحمد إسماعيل المعاني. (2008). أطروحة دكتوراه بعنوان: أثر تمكين العاملين على تحقيق التميز للمؤسسات الأردنية المشاركة بجائزة الملك عبد الله الثاني للتميز. كلية الدراسات الإدارية والمالية العليا. جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
175. أحمد عبد السلام أحمد السالم. (2015). رسالة ماجستير بعنوان: أثر تمكين العاملين على الفاعلية التنظيمية في الجامعات الخاصة الأردنية. قسم إدارة الأعمال، كلية الأعمال. جامعة عمان العربية.
176. أحمد علي عباس. (2011). رسالة ماجستير بعنوان: أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات على تمكين العاملين في البنوك التجارية. كلية الأعمال. جامعة عمان العربية.
177. أم كلثوم بوزيان. (2017). أطروحة دكتوراه بعنوان: تمكين العاملين لتحقيق ثقافة الجودة الشاملة. كلية العلوم الإقتصادية، قسم علوم التسيير. البلدة: جامعة البلدة2.
178. بلقاسم جوادي. (2015). رسالة ماجستير بعنوان: التعلم التنظيمي وعلاقته بتمكين العاملين. قسم علم النفس، قسم العلوم الإجتماعية. بسكرة: جامعة محمد خيضر بسكرة.
179. بوبكر ساخي. (2016). رسالة ماجستير بعنوان: تمكين العاملين وعلاقته بجودة الحياة الوظيفية في ضوء الثقة التنظيمية كمتغير وسيطي. كلية العلوم الإجتماعية، قسم علم النفس. وهران: جامعة وهران2 محمد بن أحمد.
180. جراح ذاب العتبي. (2013). رسالة ماجستير بعنوان: أثر تمكين العاملين على تحسين أداءهم الوظيفي دراسة تطبيقية على وزارات دولة الكويت. كلية الأعمال، قسم إدارة الاعمال. جامعة الشرق الأوسط.
181. حبيبة قشي. (2020). أطروحة دكتوراه بعنوان: أثر أسلوب التوجه بالمريض(الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الإستشفائية الجزائرية. قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الإقتصادية والعلوم التارية وعلوم التسيير. بسكرة: جامعة محمد خيضر بسكرة.
182. حسن مروان عفانة. (2013). رسالة ماجستير بعنوان: التمكين الإداري وعلاقته بفاعلية فرق العمل في المؤسسات الأهلية الدولية العاملة في قطاع غزة. كلية الإقتصاد والعلوم الإدارية. غزة: جامعة غزة.
183. حمزة زرقين. (2022). أطروحة دكتوراه بعنوان: مساهمة التمكين الإداري في تحقيق الإبداع لدى العاملين بالمؤسسة الإقتصادية دراسة ميدانية للمركب المنجمي للفوسفات ولاية تبسة. كلية العلوم الإقتصادية، قسم علوم التسيير. البويرة: جامعة آكلي محمد أولحاج البويرة.

184. حمزة كواديك. (2021). أطروحة دكتوراه بعنوان: تمكين العاملين وأثره في تحقيق جودة الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية دراسة تحليلية للفترة (2008-2018). كلية العلوم الاقتصادية، قسم علوم التسيير. المدية: جامعة يحي فارس بالمدية.
185. دنيا ضيف. (2022). أطروحة دكتوراه بعنوان: أثر تطبيق استراتيجية تمكين العاملين على الأداء البشري في قطاع الاتصالات بالجزائر. المسيلة: جامعة المسيلة.
186. رفيقة شمامي. (2019). أطروحة دكتوراه بعنوان: أثر تمكين العاملين على تحسين الأداء في المنظمة دراسة ميدانية على العاملين في البنك الوطني الجزائري والقرض الشعبي الجزائري لولاية الجزائر. كلية العلوم الاقتصادية، قسم علوم التسيير. الجزائر: جامعة الجزائر3.
187. زين الدين بن التومي، و وائل شالي. (2022). مذكرة ماستر بعنوان: دور التحفيز في رفع كفاءة أداء العاملين بالمؤسسة العمومية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية بمقرة المسيلة. المسيلة: جامعة المسيلة.
188. السعدية خامت. (2020). أطروحة دكتوراه بعنوان: الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمات الصحية دراسة مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة في الجزائر. كلية العلوم الاقتصادية، قسم العلوم التجارية. البويرة: جامعة أكلي محمد أولحاج البويرة.
189. شرف الدين زديرة. (2017). أطروحة دكتوراه بعنوان: دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الإستشفائية دراسة حالة عينة من المؤسسات الإستشفائية. كلية العلوم الاقتصادية، قسم علوم التسيير. بسكرة: جامعة محمد خيضر بسكرة.
190. شفيق شاطر. (2018). أطروحة الدكتوراه بعنوان: إستراتيجية تمكين العاملين ودورها في تنمية الإبداع الإداري في المؤسسة الاقتصادية دراسة حالة شركة كوندور ببحر بوعريبيج. كلية العلوم الاقتصادية، قسم علوم التسيير. الجزائر: جامعة الجزائر3.
191. عادل عيد صالح عياد. (2017). رسالة ماجستير بعنوان: أثر تطبيق ممارسات إدارة الجودة الشاملة في تعزيز الابتكار الإداري في مؤسسات التعليم العالي وفقا لنموذج بالدريج للتميز المؤسسي، إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة.
192. عائشة عتيق. (2012). رسالة ماجستير بعنوان: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية سعيده. كلية الإقتصاد، مدرسة الدكتوراه التسيير الدولي للمؤسسات. تلمسان: جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان.

193. عبد الحفيظ دايرة. (2018). أطروحة دكتوراه بعنوان: تمكين العاملين كمدخل لتنمية الإبداع في المؤسسة دراسة حالة مؤسسة فريثال لصناعة الأسمدة البتروكيميوية في الجزائر. كلية العلوم الاقتصادية، قسم علوم التسيير. الجزائر: جامعة الجزائر3.
194. عبد الله حمادو. (2015). أطروحة دكتوراه بعنوان: التغيير التنظيمي وأثره على تحسين جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية. قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير. البلدة: جامعة البلدة2.
195. عفاف بلعرج. (2016). أطروحة دكتوراه بعنوان: دور سياسات التسويق الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية على عينة من المرضى المعالجين في المصحات الخاصة لولاية عنابة. كلية العلوم الاقتصادية، قسم العلوم المالية. عنابة: جامعة باجي مختار عنابة.
196. فاتن محمود عبد الرحمن المفلوح. (2016). رسالة ماجستير بعنوان: تمكين العاملين ودوره في تحقيق الأهداف الإستراتيجية للجامعة الإسلامية بغزة. أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا . غزة: جامعة الأقصى غزة.
197. فاطمة قبة. (2016). أطروحة دكتوراه بعنوان: تحديث تسيير المؤسسات الإستشفائية العمومية وعلاقته بجودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية العمومية ببوفاريك. كلية العلوم الاقتصادية، قسم علوم التسيير. البلدة: جامعة البلدة2.
198. لطيفة برني. (2015). أطروحة دكتوراه بعنوان: أثر تمكين العاملين في تحسين الأداء الإجتماعي للمؤسسات الجزائرية دراسة مقارنة بين المستشفيات العمومية والعيادات الإستشفائية الخاصة لولاية بسكرة. بسكرة: جامعة محمد خيضر بسكرة.
199. ماهر زكي حسن نسمان. (2011). رسالة ماجستير بعنوان: التمكين الإداري وعلاقته بإبداع العاملين الإداريين في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة. كلية الإقتصاد والعلوم الإدارية. غزة: جامعة الأزهر غزة.
200. محمد الطاهر حمود. (2019). أطروحة دكتوراه بعنوان: إشكالية ضمان جودة الخدمات الصحية بالجزائر. كلية العلوم الاقتصادية، قسم علوم التسيير. قسنطينة: جامعة قسنطينة2.
201. محمود بولصباغ. (2015). أطروحة دكتوراه بعنوان: تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر. قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير. الجزائر: جامعة الجزائر3.
202. مريم زان. (2017). أطروحة دكتوراه بعنوان: الجودة في الخدمات الصحية. كلية العلوم السياسية، قسم التنظيم السياسي والإداري. الجزائر: جامعة الجزائر3.
203. المسعود ربيع. (2014). أطروحة دكتوراه بعنوان: متطلبات إدارة الجودة الشاملة في ظل قيادة إبداعية دراسة حالة بنك البركة. قسم العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية. بسكرة: جامعة محمد خيضر بسكرة.

204. نسرين بوسنة. (2021). أطروحة دكتوراه بعنوان: دور استراتيجية التمكين في تحسين الأداء الوظيفي دراسة حالة العاملين في القطاع الفندقي لولاية قسنطينة. كلية العلوم الإقتصادية، قسم علوم التسيير. قسنطينة: جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة2.

205. نوال براهيمى. (2017). أطروحة دكتوراه بعنوان: قياس الأداء المؤسسي بالمستشفيات العامة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بشير بن ناصر بسكرة. كلية العلوم الإقتصادية، قسم علوم التسيير. بسكرة: جامعة محمد خيضر بسكرة.

206. نور الدين بوحنان. (2007). رسالة ماجستير بعنوان: جودة الخدمات وأثرها على رضا العملاء دراسة ميدانية في المؤسسة المينائية لسكيكدة. المسيلة: جامعة المسيلة.

207. يوسف بورزق. (2019). أطروحة دكتوراه بعنوان التمكين الوظيفي للعاملين وعلاقته بجودة الحياة في العمل. قسم علم النفس، كلية العلوم الإجتماعية. الجزائر: جامعة الجزائر2.

ثامنا: المواقع الإلكترونية

208. الموقع الرسمي لجائزة الملك عبد العزيز للجودة. (بلا تاريخ). الرؤية والرسالة. تاريخ الاسترداد 15 03 , 2023، من https://kaqa.org.sa/ar/about_Award/Pages/Vision-Mission.aspx جائزة الملك عبد العزيز للجودة:

209. الموقع الرسمي للبنك الدولي. (بلا تاريخ). نسبة وفيات الأمهات. تاريخ الاسترداد 02 05 , 2023، من البنك الدولي: <https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.STA.MMR.T?start=2000>

210. الموقع الرسمي لمديرية الصناعة والمناجم المسيلة. (مديرية الصناعة والمناجم لولاية المسيلة). الجائزة الجزائرية للجودة. تاريخ الاسترداد 18 01 , 2023، من <https://dim-msila.dz/?p=1>

211. الموقع الرسمي لوزارة الصناعة والإنتاج الصيدلاني. (بلا تاريخ). أغرو أندستري سيفيتال تتحصل على الجائزة الجزائرية للجودة. تاريخ الاسترداد 15 03 , 2023، من وزارة الصناعة والإنتاج الصيدلاني: <https://www.industrie.gov.dz/agro-industrie-cevital-recoit-le-prix-algerien-de-la-qualite-pour-lannee-2022>

212. موقع وكالة الأنباء الجزائرية. (11 07 , 2022). لقاء تقييمي حول نظام التعاقد. تم الاسترداد من وكالة الأنباء الجزائرية: <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/134269-2022-11-07->

213. موقع وكالة الأنباء الجزائرية. (بلا تاريخ). نظام التعاقد. تاريخ الاسترداد 06 05 ,2022، من وكالة الأنباء الجزائرية:

<https://www.aps.dz/ar/algerie/125364>

214. American Society for Quality Website's. (n.d.). WHAT IS THE KANO MODEL? Retrieved 09 05, 2022, from ASQ: <https://asq.org/quality-resources/kano-model>

215. American Society for Quality's Website. (n.d.). WHAT IS THE MALCOLM BALDRIGE NATIONAL QUALITY AWARD (MBNQA)? Retrieved 11 20, 2022, from American Society for Quality: <https://asq.org/quality-resources/malcolm-baldrige-national-quality-award>

216. ASQ. (n.d.). QUALITY GLOSSARY - Q. Retrieved 02 23, 2023, from American Society for Quality: <https://asq.org/quality-resources/quality-glossary/q>

217. banquemondiale website's. (s.d.). Espérance de vie à la naissance, total (années) - Algeria. Consulté le 02 2023, 05, sur banquemondiale: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/sp.dyn.le00.in?end=2020&locations=DZ&start=1960&view=chart>

218. Britannica's Website. (n.d.). دبليو إدواردز دمينغ. Retrieved 02 19, 2022, from موسوعة بريتانیکا: <https://www.britannica.com/biography/W-Edwards-Deming>

219. British Library's Website. (n.d.). Philip Crosby. Retrieved 11 19, 2022, from British Library: <https://www.bl.uk/people/philip-crosby>

220. Cambridge Dictionary. (n.d.). quality. Retrieved 02 23, 2023, from Cambridge Dictionary: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english-arabic/quality?q=qualities>

221. dictionary cambridge. (n.d.). empower. Retrieved 12 2021, 06, from dictionary cambridge:

- <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/empower>. Juran's Website (n.d.). Joseph M. Juran. Retrieved 11 19, 2022, from Juran: [https://www.juran.com/about-us/dr-jurans-history /](https://www.juran.com/about-us/dr-jurans-history/)
222. NIST's Website. (n.d.). Malcolm Baldrige Biography. Retrieved 11 20, 2022, from National Institute of Standards and Technology (NIST): <https://www.nist.gov/baldrige/how-baldrige-works/about-baldrige/history/malcolm-baldrige-biography>
223. TIMEULAR Website's. (2022, 11 03). Kano Model: What Is and How It Increases Your Customer's Satisfaction. Retrieved 12 01, 2022, from TIMEULAR: [https://timeular.com/blog/kano-model /](https://timeular.com/blog/kano-model/)
224. ISO Website. (2021, 06 22). ISO 9001 gets quality check. Retrieved 06 05, 2023, from ISO: <https://www.iso.org/news/ref2685.html>.
225. Van Vliet, V. (2013). Dr. Noriaki Kano biography, founder of the KANO model. Retrieved 09 05, 2022, from Toolshero: [https://www.toolshero.com/toolsheroes/noriaki-kano /](https://www.toolshero.com/toolsheroes/noriaki-kano/)
226. World Biographical Encyclopedia, Inc. (n.d.). Noriaki Kano. Retrieved 09 01, 2022, from Prabook: <https://prabook.com/web/noriaki.kano/600597>.

قائمة الملاحق

ملحق رقم: 01 الاستبيان

جامعة محمد بوضياف - المسيلة -

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

تخصص: تسيير عمومي

إستبيان

هذه الدراسة تدخل ضمن التحضير لأطروحة الدكتوراه في علوم التسيير، تخصص التسيير العمومي تحت عنوان: أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية في الجزائر.

لذا نرجو من سيادتكم التكرم بالإجابة على جميع فقرات الاستبانة بوضع علامة (x) في الخانة التي تعبر عن رأيكم بدقة، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، تستخدم هذه البيانات بهدف البحث العلمي فقط.

في الأخير تقبلوا منا فائق الإحترام والتقدير ولكم منا جزيل الشكر والعرفان على مساهمتكم الفعالة في إعداد هذه الدراسة.

الطالب: قويدري إبراهيم عبد الحكيم

الجزء الاول: المعلومات الشخصية

الجنس: ذكر انثىالعمر: أقل من 30 سنة ، من 30 الى 39 سنة، 40 سنة فأكثر ،المؤهل العلمي: ثانوي فأقل ، تقني أو تقني سامي، جامعي.الخبرة المهنية: 5 سنوات فأقل، من 6 الى 10 سنوات 11 سنة فأكثر.السلك: إداري، شبه طبي طبي.

الجزء الثاني : إلى أي مدى توافق على :

المحور الاول : تمكين العاملين					
الرقم	الفقرة	غير موافق بشدة	غير موافق	غير متأكد	موافق بشدة
أولاً: الحرية والاستقلالية					
01	أساهم في وضع بعض الخطط لتحقيق أهداف المؤسسة				
02	أملك الحرية في كيفية إنجاز الأعمال المكلف بها				
03	أستطيع تصحيح الأخطاء عند وقوعها دون الرجوع للمسؤول الأعلى				
04	تميل الإدارة الى تفويض العاملين ومنحهم الحرية في اتخاذ القرار				
05	تنثق الإدارة في قدرتي على أداء المهام الموكلة إلي				
ثانياً: المشاركة بالمعلومات					
الرقم	الفقرة	غير موافق بشدة	غير موافق	غير متأكد	موافق بشدة
06	أحصل على المعلومات والتعليمات التي أحتاجها بسهولة				
07	أشارك مع زملائي المعلومات و التعليمات الجديدة				
08	يشارك المسؤولون مع الموظفين المعلومات والمناشير التي من شأنها تسهيل العمل				
09	يوجد تنسيق بين جميع الاقسام والمصالح في المؤسسة				
10	يتوفر لدى المؤسسة نظام معلومات يوفر الإحتياجات بشكل سريع لأصحاب القرار				
ثالثاً: فرق العمل					
الرقم	الفقرة	غير موافق بشدة	غير موافق	غير متأكد	موافق بشدة
11	تسعى المؤسسة دائماً الى تنفيذ أعمالها من خلال فرق العمل				
12	أؤمن بضرورة تأدية مهام الوظيفة من خلال فريق عمل				
13	تحرص الإدارة على إقامة حلقات نقاش بين الموظفين حول الأخطاء والمشاركة في تقديم حلول				

					المجموعة التي أُنتمى إليها في العمل منسجمة ومتسقة مع بعضها البعض	14
					تتكامل مهاراتي مع مهارات زملائي في الفريق	15
رابعاً: التحفيز						
موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة	الفقرة	الرقم
					يقوم رئيسي المباشر بالشكر والتقدير لأدائي للعمل من حين لآخر	16
					يعتبر عملي هام جداً بالنسبة لي	17
					تلقي مبادرات واجتهادات الموظفين التشجيع من قبل الإدارة	18
					أتلقي راتب جيد مقابل العمل الذي أقوم به	19
					الخدمات الاجتماعية المقدمة في المؤسسة جيدة	20

المحور الثاني: جودة الخدمات الصحية

بعد الملموسية						
موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة	الفقرة	الرقم
					تتوفر في المؤسسة الصحية التجهيزات الطبية اللازمة لأداء العمل	01
					تتوفر في المؤسسة التحاليل الطبية اللازمة للمريض	02
					تمتلك المؤسسة قاعات انتظار مريحة	03
					يلتزم العاملون بتطبيق القواعد والأنظمة مثل: ممنوع التدخين	04
					فضاءات المؤسسة الصحية نظيفة	05
بعد الاعتمادية						
					يمتاز عمل الأطباء بالدقة في تشخيص الحالة المرضية	06
					المؤسسة الصحية تتوفر على سجلات تمكنها من متابعة المرضى حتى بعد إنتهاء فترة علاجهم	07
					المؤسسة الصحية تتوفر على تخصصات مختلفة	08

					تقدم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة	09
					تلتزم المؤسسة بدقة المواعيد عند تقديم خدماتها	10
موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق بشدة	الفقرة	الرقم
بعد الاستجابة						
					تقدم المؤسسة الصحية خدماتها على مدار الساعة	11
					تستجيب المؤسسة الصحية بسرعة لشكاوى المرضى واستفساراتهم	12
					يجد المريض سهولة في الحصول على العلاج	13
					المرضى على استعداد دائم لتقديم الخدمة للمريض	14
					الأطباء على استعداد دائم لتقديم الخدمة للمريض	15
بعد التعاطف						
					ييدي الأطباء في المؤسسة عناية واهتمام شخصي بالمريض	16
					ييدي المرضى في المؤسسة اهتماما شخصيا بالمريض	17
					يتفهم العاملون ظروف واحتياجات المريض ويتعاطفون معه	18
					يعتبر المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة	19
					تراعي المؤسسة الصحية على العادات والتقاليد السائدة في المجتمع	20
بعد الضمان						
					تحافظ المؤسسة الصحية على سرية المعلومات المتعلقة بالمريض	21
					تشتهر الطواقم الطبية بالمهارة في هذه المؤسسة	22
					يحترم الأطباء في المؤسسة خصوصية المريض	23
					يحترم المرضى في المؤسسة خصوصية المريض	24
					يشعر المريض بالثقة والأمان داخل المستشفى.	25

الوظيفة	الرتبة	اللقب والإسم	الرقم
جامعة المسيلة	أستاذ التعليم العالي	زاوش رضا	01
جامعة المسيلة	أستاذ التعليم العالي	شعبان بعيطيش	02
جامعة قسنطينة	أستاذ محاضر أ	نذيري عزيز	03
جامعة حمه لخضر الوادي	دكتوراه في التسويق	دويدي شوقي	04

ملحق رقم 03: مخرجات SPSS20

درجات التشبع لجميع المؤشرات

Communalities			Communalities		
	Initial	Extraction		Initial	Extraction
q1	1,000	,765	q23	1,000	,628
q2	1,000	,744	q24	1,000	,587
q3	1,000	,667	q25	1,000	,669
q4	1,000	,585	q26	1,000	,612
q5	1,000	,835	q27	1,000	,530
q6	1,000	,971	q28	1,000	,667
q7	1,000	,971	q29	1,000	,716
q8	1,000	,526	q30	1,000	,611
q9	1,000	,558	q31	1,000	,572
q10	1,000	,672	q32	1,000	,544
q11	1,000	,783	q33	1,000	,971
q12	1,000	,586	q34	1,000	,661
q13	1,000	,513	q35	1,000	,656
q14	1,000	,698	q36	1,000	,664
q15	1,000	,738	q37	1,000	,715
q16	1,000	,629	q38	1,000	,696
q17	1,000	,637	q39	1,000	,670
q18	1,000	,638	q40	1,000	,637
q19	1,000	,598	q41	1,000	,639
q20	1,000	,807	q42	1,000	,655
q21	1,000	,855	q43	1,000	,714
q22	1,000	,708	q44	1,000	,641
			q45	1,000	,841
Extraction Method: Principal Component Analysis.					

المتوسطات الحسابية لأبعاد تمكين العاملين

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
الحرية والاستقلالية	214	1,60	5,00	3,37	,58
المشاركة بالمعلومات	214	1,60	5,00	3,38	,68
فرق العمل	214	1,20	5,00	3,66	,60
التحفيز	214	1,00	5,00	3,13	,76
Valid N (listwise)	214				

المتوسطات الحسابية لأبعاد جودة الخدمات الصحية

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
الملموسية	214	1,00	5,00	3,04	,89
الاعتمادية	214	1,20	5,00	3,27	,69
الاستجابة	214	2,00	5,00	3,68	,65
التعاطف	214	1,40	5,00	3,65	,69
الضمان	214	1,40	5,00	3,71	,63
Valid N (listwise)	214				

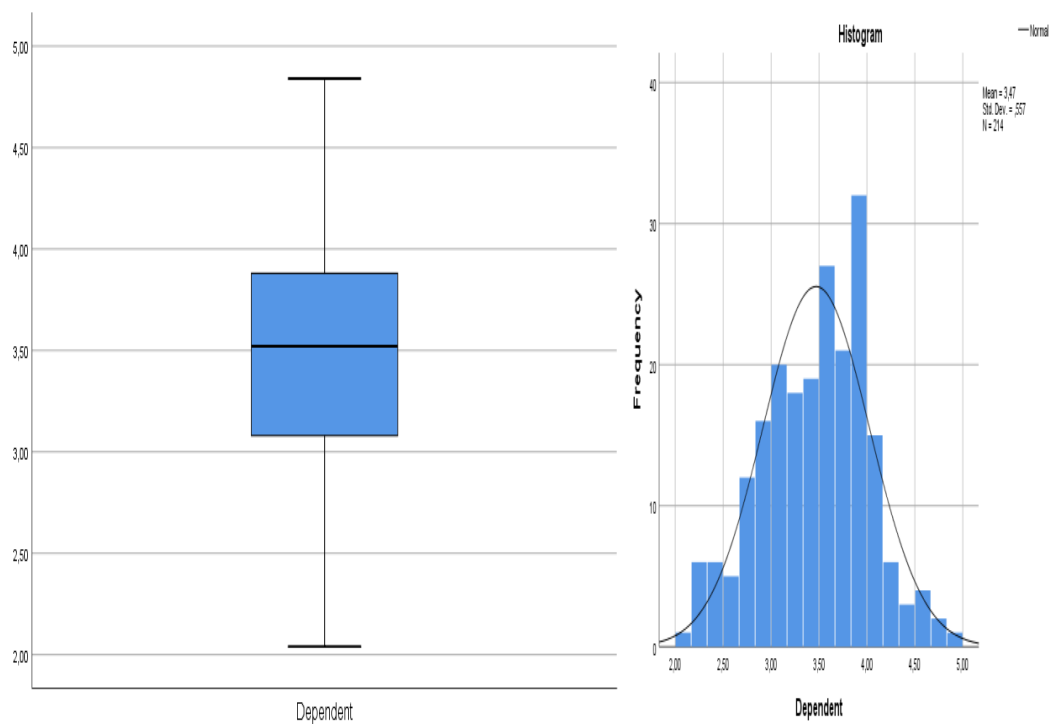
اختبار التوزيع الطبيعي لخصر تمكين العاملين

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
تمكين العاملين	,047	214	.200*	,987	214	,056
*. This is a lower bound of the true significance.						
a. Lilliefors Significance Correction						

اختبار التوزيع الطبيعي لحدود جودة الخدمات الصحية

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
جودة الخدمات الصحية	,060	214	,063	,990	214	,139

a. Lilliefors Significance Correction



اختبار الفاكرونباخ لأداة الدراسة

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,933	45

ألفا كرونباخ لمحور تمكين العاملين

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,856	20

اختبار التجزئة النصفية

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,875
		N of Items	23 ^a
	Part 2	Value	,909
		N of Items	22 ^b
Total N of Items			45
Correlation Between Forms			,686
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,814
	Unequal Length		,814
Guttman Split-Half Coefficient			,814

اختبار التجانس

الجنس

Test of Homogeneity of Variances			
Dependent			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,004	1	212	,951

العمر

Test of Homogeneity of Variances			
Dependent			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,103	2	211	,902

المؤهل العلمي

Test of Homogeneity of Variances			
Dependent			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,036	2	211	,965

الخبرة المهنية

Test of Homogeneity of Variances			
Dependent			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,440	2	211	,239

السلوك

Test of Homogeneity of Variances			
Dependent			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,470	2	211	,087

Correlations											
		الحرية والاستقلالية	المشاركة بالمعلومات	فرق العمل	التحفيز	الملموسية	الاعتمادية	الاستجابية	التعاطف	الضمان	البعد الكلي
الحرية والاستقلالية	Pearson Correlation	1	.530**	.445**	.489**	.315**	.369**	.385**	.387**	.496**	.660**
	Sig. (2- tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
المشاركة بالمعلومات	Pearson Correlation	.530**	1	.515**	.511**	.424**	.432**	.616**	.420**	.465**	.750**
	Sig. (2- tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
فرق العمل	Pearson Correlation	.445**	.515**	1	.459**	.285**	.341**	.474**	.430**	.485**	.664**
	Sig. (2- tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
التحفيز	Pearson Correlation	.489**	.511**	.459**	1	.580**	.466**	.352**	.361**	.339**	.717**
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
الملموسية	Pearson Correlation	.315**	.424**	.285**	.580**	1	.551**	.433**	.388**	.372**	.704**
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
الاعتمادية	Pearson Correlation	.369**	.432**	.341**	.466**	.551**	1	.554**	.519**	.500**	.735**
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
الاستجابية	Pearson Correlation	.385**	.616**	.474**	.352**	.433**	.554**	1	.671**	.676**	.785**
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
التعاطف	Pearson Correlation	.387**	.420**	.430**	.361**	.388**	.519**	.671**	1	.628**	.733**
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
الضمان	Pearson Correlation	.496**	.465**	.485**	.339**	.372**	.500**	.676**	.628**	1	.747**
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214
البعد الكلي	Pearson Correlation	.660**	.750**	.664**	.717**	.704**	.735**	.785**	.733**	.747**	1
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

اختبار الفرضية الرئيسة الأولى

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.686 ^a	.471	.461	.40891
a. Predictors: (Constant), الحرية والاستقلالية, المشاركة بالمعلومات				
b. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية				

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	31,140	4	7,785	46,559	.000 ^b
	Residual	34,946	209	,167		
	Total	66,086	213			
a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية						
b. Predictors: (Constant) التحفيز, فرق العمل, الحرية والاستقلالية, المشاركة بالمعلومات						

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,050	,199		5,264	,000
	الحرية والاستقلالية	,122	,061	,127	2,013	,045
	المشاركة بالمعلومات	,256	,054	,314	4,756	,000
	فرق العمل	,158	,057	,171	2,765	,006
	التحفيز	,181	,046	,248	3,956	,000
a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية						

اختبار الفرضية الفرعية الأولى من الفرضية الرئيسية الأولى

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.491 ^a	,241	,237	,48654
a. الحرة والاستقلالية. Predictors: (Constant),				
b. جودة الخدمات الصحية. Dependent Variable:				

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	15,900	1	15,900	67,166	,000 ^b
	Residual	50,186	212	,237		
	Total	66,086	213			
a. جودة الخدمات الصحية. Dependent Variable:						
b. الحرة والاستقلالية. Predictors: (Constant),						

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,876	,197		9,503	,000
	الحرية والاستقلالية	,473	,058	,491	8,195	,000
a. جودة الخدمات الصحية. Dependent Variable:						

اختبار الفرضية الفرعية الثانية من الفرضية الرئيسية الأولى

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.596 ^a	,355	,352	,44847
a. Predictors: (Constant), المشاركة بالمعلومات				
b. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية				

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	23,447	1	23,447	116,582	.000 ^b
	Residual	42,638	212	,201		
	Total	66,086	213			
a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية						
b. Predictors: (Constant), المشاركة بالمعلومات						

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,830	,155		11,813	,000
	المشاركة بالمعلومات	,486	,045	,596	10,797	,000
a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية						

اختبار الفرضية الفرعية الثالثة من الفرضية الرئيسية الأولى

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.503 ^a	,253	,249	,48271
a. Predictors: (Constant), الفرق العمل				
b. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية				

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	16,688	1	16,688	71,617	.000 ^b
	Residual	49,398	212	,233		
	Total	66,086	213			

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

b. Predictors: (Constant), فرق العمل

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,774	,203		8,733	,000
	فرق العمل	,464	,055	,503	8,463	,000

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

اختبار الفرضية الفرعية الرابعة من الفرضية الرئيسية الأولى

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.549 ^a	,301	,298	,46669

a. Predictors: (Constant), التحفيز

b. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	19,912	1	19,912	91,423	.000 ^b
	Residual	46,174	212	,218		
	Total	66,086	213			

a. Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

b. Predictors: (Constant), التحفيز

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,215	,135		16,403	,000
	التحفيز	,400	,042	,549	9,562	,000

Dependent Variable: جودة الخدمات الصحية

اختبار التجانس للمتغيرات الشخصية

الجنس			
Test of Homogeneity of Variances			
Dependent			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,004	1	212	,951

العمر			
Test of Homogeneity of Variances			
Dependent			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,103	2	211	,902

المؤهل العلمي			
Test of Homogeneity of Variances			
Dependent			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,036	2	211	,965

الخبرة المهنية			
Test of Homogeneity of Variances			
Dependent			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,440	2	211	,239

السلك			
Test of Homogeneity of Variances			
Dependent			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,470	2	211	,087

اختبار LSD للمقارنات البعدية للمتغير الشخصي السلك.

Multiple Comparisons						
Dependent Variable: Dependent						
(I) السلك (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Interval		
				Lower Bound	Upper Bound	
adminstrative	ferm	-,04724	,07994	,555	-,2048	,1104
	doctor	-,40384*	,11547	,001	-,6315	-,1762
ferm	adminstrative	,04724	,07994	,555	-,1104	,2048
	doctor	-,35661*	,11592	,002	-,5851	-,1281
doctor	adminstrative	,40384*	,11547	,001	,1762	,6315
	ferm	,35661*	,11592	,002	,1281	,5851

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

نتائج اختبار Independent-samples T-test للمتغير التعريفي الجنس.

Independent Samples Test										
		Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Interval of the	
Dependent	Equal variances assumed	,004	,951	-1,375	212	,171	-,10465	,07611	-,25469	,04539
	Equal variances not assumed			-1,375	209,641	,170	-,10465	,07608	-,25464	,04534

نتائج اختبار ANOVA لتحليل التباين لمتغير السلك.

ANOVA					
Dependent					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,735	2	1,867	6,320	,002
Within Groups	62,351	211	,296		
Total	66,086	213			