وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير

قسم علوم التسيير

العنوان : علاقة تمكين الأطباء بجودة الحياة الوظيفية في ظل تطبيق مشروع المؤسسة الصحية

–دراسة عينة من المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر–

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه ل.م.د الطور الثالث في : علوم التسيير

تخصص : تسيير الموارد البشرية

إعداد الطالب : **اشراف الدكتورة :**

حـداد عمــار خليـل صبرينـــة

السنة الجامعية 2022/2021

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير

قسم علوم التسيير

العنوان : علاقة تمكين الأطباء بجودة الحياة الوظيفية في ظل تطبيق مشروع المؤسسة الصحية

–دراسة عينة من المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر–

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه ل.م.د الطور الثالث في : علوم التسيير

تخصص : تسيير الموارد البشرية

لجنة المناقشة **إعداد الطالب :** حداد عمار

بن حمودة فطيمة	**أستاذة تعليم عالي**	**جامعة البليدة 2**	**رئيساً**
خليل صبرينة	**استاذة محاضرة أ**	**جامعة البليدة 2**	**مشرفاً ومقرراً**
قبة فاطمة	**استاذة محاضرة أ**	**جامعة البليدة 2**	**مشرفة مساعدة**
ططاي كمال	**أستاذ تعليم عالي**	**جامعة البليدة 2**	**عضواً مناقشاً**
سلاوتي حنان	**استاذة محاضرة أ**	**جامعة البليدة 2**	**عضواً مناقشاً**
زديرة شرف الدين	**استاذة محاضرة أ**	**جامعة خنشلة**	**عضواً مناقشاً**
عسول محمد الأمين	**استاذة محاضرة أ**	**جامعة أم البواقي**	**عضواً مناقشاً**

السنة الجامعية 2022/2021

إهـــــــــــداء

من صميم القلب و الذي يملؤه حب الله وعباده المحسنين حباً جماً ، الذي لا يشوبه أي ظن، أهدي ثمرة عملي المتواضع إلى كل الأحبة و الأصدقاء و أخص بالذكر :

أبي الحنون: كل الاحترام والتقدير لأجلك يا نبع العطاء، يا من غالبت الدنيا لأجلنا، ويا مناضلاً لإسعادنا، كابدت مشاق الحياة كي تخدمنا، وذقت ألوان الشقاء كي تربينا، فزرعت البذور، وها أنت تجني الثمار، إبناً طيباً باراً بإذن الله، فكل الفخر لي أنك أبي.

أمي الحبيبة.. تحية أبعثها إليكِ يا هبة الرحمن، يا مَن جهدت وضحيت لأجلي، تحملت الآلام حتى أشفى، وكتمت الآلام حتى أسعد، ورقت عظامك حتى أقوى، فكل التحية والتقدير لك يا أغلى من في الوجود، يا منبع العطاء والجود.

شريكة حياتي .. أعطر التحايا، وأطيب المنى، وكل الاحترام لك أنت، أنت الغالية، نصفي الآخر، في روح واحدة و جسد آخر، جعلتني أرى الدنيا بألوان الخير والفرح، ومنحتني الثقة والإرادة،

أبنائي .. قرة عيني .. إبراهيم – علي – محمد ، يابذور الخير و نتاجه .

عمال و إطارات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الدبيلة و قايس بولاية خنشلة الذين لا أوتيهم حقهم هنا ،ولو خصصتهم بالذكر و الأسماء ، و أسأل الله أن أوفيهم حقهم بما وجدت فيهم من تشجيع و دعم مطلق . إلى كل عمال الصحة في ربوع جزائرنا الحبيبة ، و إلى الطلبة الباحثين في مجال الإدارة و التسيير ، هاهو عملي ذا .. أرجو أن تزكوه و يكون لبنة لدراسات أشمل و أعمق .

شكـــــــر و عرفـــــــان

" يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَـاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُــونَ خَبِيرٌ " صـدق الله العظيــم.

اللهم صلِّ وسلم على صاحب الخُلق العظيم والقدر الفخيم مَن أرسلته رحمة للعالمين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وألحقنا بخُلقه وأدبنا بأدبه، وأحى فينا وفى أُمته هذه المعانى .

أستاذتي المشرفة ومساعدتها:

تتسابق الكلمات وتتزاحم العبارات لتُنظّم عقد الشّكر الذي لا يستحقّه إلّا أنت، إليك يا من كان له قدم السّبق في ركب العلم والتّعليم، إليك يا من بذلت ولم تنتظر العطاء، إليك أهدي عبارات الشّكر والتّقدير.

يا صاحب التميّز والأفكار النيّرة، أزكى التحيّات وأجملها وأنداها وأطيبها، أرسلها لك بكلّ ودّ وحبّ وإخلاص، تعجز الحروف أن تكتب ما يحمل قلبي من تقدير واحترام، وأن تصف ما اختلج بملء فؤادي من ثناء وإعجاب. فما أجمل أن يكون الإنسان شمعةً تُنير دروب الحائرين.

أساتذتي الذين تكونت على يدهم بجامعة البليدة 2 :

إن قلتُ شكراً فشكري لن يوفيكم حقاً سعيتم فكان السّعي مشكوراً، إن جفّ حبري عن التّعبير يكتبكم قلبٌ به صفاء الحبّ تعبيراً.

رسالة أبعثها مليئة بالعرفان والتّقدير و الاحترام، ولو أنّني أوتيت كلّ بلاغة وأفنيت بحر النّطق في النّظم والنّثر لما كنت بعد القول إلّا مُقصّراً ومُعترفاً بالعجز عن واجب الشّكر.

ملخص الدراسة :

المغزى من اجراء هذه الدراسة ، هو تبيان طبيعة العلاقة بين تمكيم الأطباء وجودة الحياة الوظيفية في ظل تطبيق مشروع المؤسسة الصحية بعينة من المؤسسات العمومية للصحة. اعتمادا على أبعاد ممثلة للمتغيرات لها صلة وثقة بالموضوع وتوجه الدراسة ، مع تفحص طبيعة العلاقات بينها من حيث قوة الارتباط والخطية .

انطلاقا من الاشكالية التي صيغت لها فرضيات ، تم الاستعانة بالدراسات السابقة في ذات المحور ، لتشكيل الاطار النظري ، المتعلق بتمكين الاطباء وجودة الحياة الوظيفية ومشروع المؤسسة من حيث الخطوط العريضة والاتجاهات المتكاملة فيما بينها ، تأسيسا وعلاقةً . أما في الجانب التطبيقي أين تحديد مجتمع الدراسة ، الذي تكون من الأطباء الممارسين على مستوى عينة من المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر في عدة ولايات ، بلغ عدد أفراد الدراسة (297) فردا ، وفق لذلك كان حجم العينة (168) فردا .

بعد جمع البيانات عن طريق الاستبيان في الاطار الزمني والمكاني للعينة ، كان التحليل بعد عملية التفريغ اليدوي في برنامج الحزمة االحصائية لعلوم الاجتماعية SPSS v23 . حيث تم معالجة البيانات والتأكد من صحة الأداة مع دراسة مختلف العلاقات ومعايرتها . اعتمادا على المؤشرات الاحصائية ، بدأ بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعرفة مستويات الاستجابة ، انتقالا إلى اختبارات الارتباط والتعددية والمصاحبة الخطية كشرط لصحة العلاقات الخطية ، انتقالا إلى اختبارات التباين ANOVA لمعرفة نسبة التمثيل بين المتغيرات ، وصولا إلى اختبارات العلاقات الخطية المتعددة ، بالأسلوب الاحصائي من خلال نموذج الانحدار الخطي المتعدد القياسي ، و الآلي عبر نموذج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي.

كانت أهم نتائج هذه الاختبارات وجود مستوى مرتفع لتمكين الأطباء الممثل في الأبعاد (تفويض السلطة ، التدريب، المشاركة في صناعة القرار ، التأثير ، الدافعية) .ومستوى متوسط لجودة الحياة الوظيفية الممثل في الأبعاد (التكوين والتعليم ، فرق العمل ، الاستقرار والأمن الوظيفي ، الصحة والسلامة المهنية ، التصميم الوظيفي ، التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية ، التقليل من ضغوط العمل ، الالتزام التنظيمي) . وأيضا مستوى متوسط لمشروع المؤسسة الصحية . كما أن هناك علاقة ارتباط طردي وخطي بين تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية . كانت هناك علاقة خطية متعددة بين أبعاد تمكين الأطباء ومشروع المؤسسة الصحية مع جودة الحياة الوظيفية ، حيث أفضت الدراسة إلى اسهام متغير مشروع المؤسسة الصحية بشكل غير مباشر في علاقة تمكين الأطباء بجودة الحياة الوظيفية ، مع تسجيل ارتباط ضعيف لبعدي التدريب و الدافعية .

الكلمات المفتاحية : تمكين الاطباء ، جودة الحياة الوظيفية ، المؤسسات العمومية للصحة ، مشروع المؤسسة الصحية .

قائمة

المحتويات

قائمة المحتويات

	الاهداء
	الشكر والتقدير
	الملخص
	قائمة المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
	قائمة الملاحق
15 – 1	**مقدمـــــــة**
16	**الفصل الأول: مدخل حول تمكين الأطباء في المؤسسات العمومية للصحة**
17	تمهيد
18	**المبحث الأول : المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر**
18	المطلب الأول : ماهية المؤسسة الصحية
20	المطلب الثاني : المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر
32	المطلب الثالث : تنظيم المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر
42	**المبحث الثاني : المهن الطبية في الصحة العمومية**
42	المطلب الأول : الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية
49	المطلب الثاني : الممارسين الطبيين المتخصصون في الصحة العمومية
51	المطلب الثالث : الأساتذة الإستشفائيين الجامعيين
53	**المبحث الثالث : الاطار المفاهيمي لتمكين الأطباء**
53	المطلب الأول : ماهية التمكين

المطلب الثاني : السلطة الوظيفية للأطباء العامين	61
المطلب الثالث : الإطار الفكري لتمكين الأطباء العامين	66
خلاصة	75
الفصل الثاني : جودة الحياة الوظيفية للأطباء في المؤسسات العمومية للصحة	76
تمهيد	77
المبحث الأول : الإطار الفكري والمفاهيمي لجودة الحياة الوظيفية	78
المطلب الأول : التأصيل المفاهيمي لجودة الحياة الوظيفية	78
المطلب الثاني : دوافع تبني جودة الحياة الوظيفية	85
المطلب الثالث : أهداف جودة الحياة الوظيفية	89
المبحث الثاني : جودة الحياة الوظيفية بالمؤسسات العمومية للصحة	95
المطلب الأول : محاور جودة الحياة الوظيفية	95
المطلب الثاني : خصوصيات العمل الصحي العمومي	105
المطلب الثالث : الحياة الوظيفية لمستخدمي الصحة العمومية	109
المبحث الثالث : جودة الحياة الوظيفية للأطباء العامين	119
المطلب الأول : طبيعة العمل الطبي العمومي	120
المطلب الثاني : قياس جودة الحياة الوظيفية للأطباء	125
المطلب الثالث : تحسين جودة الحياة الوظيفية للأطباء	130
خلاصة	135
الفصل الثالث: تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية ضمن محتوى مشروع	136

المؤسسة الصحية بالجزائر	
تمهيد	137
المبحث الأول : مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر	138
المطلب الأول : تعريف مشروع المؤسسة الصحية	138
المطلب الثاني : إعتماد مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر	141
المطلب الثالث : الخصائص الفنية لمشروع المؤسسة الصحية بالجزائر	146
المبحث الثاني : ميكانيزمات التنفيذ	150
المطلب الأول : التوجهات الكبرى	150
المطلب الثاني: مراحل الإعداد	157
المطلب الثالث : إدارة مشروع المؤسسة الصحية	160
المبحث الثالث : أبعاد تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية ضمن مشروع المؤسسة الصحية	165
المطلب الأول : آليات التمكين ووفرات جودة الحياة الوظيفية	165
المطلب الثاني : أبعاد تمكين الأطباء ضمن مشروع المؤسسة الصحية	171
المطلب الثالث : أبعاد جودة الحياة الوظيفية	175
خلاصة	180
الفصل الرابع : الدراسة الميدانية لعينة من المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر	181
تمهيد	182

المبحث الأول : إجراءات الدراسة الميدانية	183
المطلب الأول : العينة الإستطلاعية والنهائية	183
المطلب الثاني : بناء أداة الدراسة	189
المطلب الثالث : إختبار أداة الدراسة	194
المبحث الثاني : اختبار الفرضيات وعرض النتائج	208
المطلب الأولى : اختبار الفرضية الفرعية الأولى (مستويات الإستجابة)	208
المطلب الثاني: اختبار الفرضية الفرعية الثانية (الإنحدار الخطي البسيط)	228
المطلب الثالث: اختبار الفرضية الفرعية الثالثة (الإنحدار الخطي المتعدد)	254
المبحث الثالث : مناقشة نتائج اختبار الفرضيات	270
المطلب الأول : مناقشة نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى	270
المطلب الثاني: مناقشة نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية	277
المطلب الثالث : مناقشة نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة	281
خلاصة	283
خاتمـــــــة	284-291
قائمة المراجع	292-302
الملاحق	303-330

قائمـــة

الجـــــداول

قائمة الجداول

الرقم	العنـــــــــــوان	الصفحة
(1-1)	الفرق بين التفويض والتمكين	59
(1-3)	مقارنة بين خصائص مدير المشروع والمدير الوظيفي	162
(1-4)	المجال المكاني لعينة الدراسة.	183
(2-4)	عملية توزيع الاستمارة على العينة محل الدراسة	185
(3-4)	حساب العينة النهائية لمجتمع الدراسة	185
(4-4)	توزيع افراد العينة حسب الوظيفة	186
(5-4)	توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية	187
(6-4)	توزيع أفراد العينة حسب النوع	188
(7-4)	توزيع أفراد العينة حسب الوضعية العائلية	188
(8-4)	مفتاح الدراسة وفقا سلم ليكارت الخماسي.	192
(9-4)	تقدير دراجات الاستجابة و مستوياتها .	192
(10-4)	إختبار Kolmogorov-Smirnov[a]	194
(11-4)	معامل ألفاكرونباخ لمتغيرات الدراسة في العينة الإستطلاعية	196
(12-4)	معامل ألفاكرونباخ للفقرات في العينة الإستطلاعية	196
(13-4)	الثبات بإستخدام التجزئة النصفية لمتغير تمكين الأطباء	197
(14-4)	الثبات بإستخدام التجزئة النصفية لمتغير جودة الحياة الوظيفية	198
(15-4)	الثبات بإستخدام التجزئة النصفية لمتغير مشروع المؤسسة الصحية	199
(16-4)	اختبار جودة القياس.	200
(17-4)	صدق العينة الاستطلاعية تبعا للثبات .	201
(18-4)	معامل الإرتباط سبيرمان براون بين الفقرات والأبعاد والمتغير تمكين الأطباء	202-203
(19-4)	معامل الإرتباط سبيرمان براون بين الفقرات والأبعاد والمتغير جودة الحياة الوظيفية	204-205
(20-4)	معامل الإرتباط سبيرمان براون بين الفقرات والمتغير مشروع المؤسسة الصحية	207
(21-4)	استجابة افراد العينة لبعد تفويض السلطة	209

(4-22)	استجابة افراد العينة لبعد التدريب	210
(4-23)	استجابة افراد العينة لبعد المشاركة في صناعة القرار	211-212
(4-24)	استجابة افراد العينة لبعد التأثير	213
(4-25)	استجابة افراد العينة لبعد الدافعية	214
(4-26)	استجابة افراد العينة لبعد التكوين والتعليم	216
(4-27)	استجابة افراد العينة لبعد فرق العمل	217
(4-28)	استجابة افراد العينة لبعد الاستقرار والأمن الوظيفي	218
(4-29)	استجابة افراد العينة لبعد الصحة والسلامة المهنية	219-220
(4-30)	استجابة افراد العينة لبعد التصميم الوظيفي	221
(4-31)	استجابة افراد العينة لبعد التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية	222
(4-32)	استجابة افراد العينة لبعد التقليل من ضغوط العمل	223
(4-33)	استجابة افراد العينة لبعد الالتزام التنظيمي	224-225
(4-34)	استجابة افراد العينة لمشروع المؤسسة الصحية	226-227
(4-35)	معامل الارتباط بين متغيرات الدراسة	231
(4-36)	معاملات الارتباط بين أبعاد تمكين الأطباء و متغير جودة الحياة الوظيفية	232
(4-37)	معامل إرتباط بين أبعاد جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية	233
(4-38)	معامل إرتباط بين أبعاد تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية	234
(4-39)	معامل إرتباط بين أبعاد جودة الحياة الوظيفية و تمكين الأطباء	235
(4-40)	معايرة النماذج للعلاقة بين متغير تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية	236
(4-41)	الإنحدار الخطي Linear لعلاقة تمكين الأطباء بمشروع المؤسسة	238
(4-42)	الإنحدار التربيعي Quadratic لعلاقة تمكين الأطباء بمشروع المؤسسة	238

(4-43)	الإنحدار التكعيبي Cubic لعلاقة تمكين الأطباء بمشروع المؤسسة	239
(4-44)	معايرة النماذج للعلاقة بين متغير جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية .	240
(4-45)	الإنحدار الخطي Linear بين جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة	242
(4-46)	الإنحدار التربيعي بين جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة	242
(4-47)	الإنحدار التكعيبي Cubic بين جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة	243
(4-48)	إختبار قيم VIF و Tolerance تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية	244
(4-49)	معايرة النماذج للعلاقة بين تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	245
(4-50)	الإنحدار الخطي Linear لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	247
(4-51)	الإنحدار اللوغاريتمي لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	247
(4-52)	الإنحدار المعكوس Inverse لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	248
(4-53)	الإنحدار التربيعي لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	249
(4-54)	الإنحدار التكعيبي Cubic لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	249
(4-55)	الإنحدار المجمع لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	250
(4-56)	إنحدار القوة Power لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	251
(4-57)	الإنحدار S لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	251
(4-58)	الإنحدار النامي Growth لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	252
(4-59)	الإنحدار المتسارع لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	252
(4-60)	الإنحدار اللوجيستي لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	253
(4-61)	المتغيرات المدخلة و المستبعدة في طريقة الإنحدار المتعدد القياسي لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	255
(4-62)	إختبار التعددية و المصاحبة الخطية لعلاقة تمكين الأطباء و جودة	255

	الحياة الوظيفية	
(4-63)	الإنحدار المتعدد القياسي للمتغيرات المستقلة على جودة الحياة الوظيفية	256
(4-64)	المتغيرات المستقلة المدخلة و المستبعدة في نموذج الإنحدار المتعدد التدريجي	258
(4-65)	استبعاد المتغيرات بالانحدار المتعدد التدريجي تبعاً للارتباط الجزئي لعلاقة أبعاد تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	258
(4-66)	تحليل الانحدار المتعدد التدريجي للتباين في العلاقة بين أبعاد تمكين الأطباء (المتغيرات المستقلة) على جودة الحياة الوظيفية	259-260
(4-67)	المتغيرات المدخلة و المستبعدة في معادلة الإنحدار المتعدد القياسي لعلاقة تمكين الأطباء ومشروع المؤسسة بجودة الحياة الوظيفية	262
(4-68)	تحليل ANOVA للإنحدار المتعدد القياسي لعلاقة تمكين الأطباء ومشروع المؤسسة بجودة الحياة الوظيفية	262-263
(4-69)	المتغيرات المستقلة المدخلة و المستبعدة في الإنحدار الخطي المتعدد التدريجي لعلاقة أبعاد تمكين الأطباء ومشروع المؤسسة بجودة الحياة الوظيفية	265
(4-70)	استبعاد المتغيرات بالانحدار المتعدد التدريجي تبعاً للارتباط الجزئي لعلاقة أبعاد تمكين الأطباء ومشروع المؤسسة بجودة الحياة الوظيفية	266
(4-71)	تحليل الانحدار المتعدد التدريجي للتباين في العلاقة بين أبعاد تمكين الأطباء (المتغيرات المستقلة) ومشروع المؤسسة الصحية على جودة الحياة الوظيفية.	267

قائمة

الأشكـــــال

قائمة الأشكال

الرقـــم	العنـــــــــــوان	الصفحة
(1-1)	تنظيم المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية	35
(2-1)	تنظيم المؤسسات الإستشفائية المتخصصة	37
(3-1)	تنظيم المؤسسات الإستشفائية	39
(4-1)	تنظيم المراكز الإستشفائية الجامعية	41
(5-1)	رتب ومهام سلك الأطباء العامين في الصحة العمومية	45
(6-1)	رتب ومهام سلك الصيادلة العامين في الصحة العمومية	46
(7-1)	رتب ومهام سلك جراحي الأسنان العامين في الصحة العمومية	47
(8-1)	قائمة المناصب العليا للممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية	48
(9-1)	رتب ومهام سلك الأطباء العامين في الصحة العمومية	50
(10-1)	مهام ورتب أسلاك الأساتذة الباحثين الاستشفائيين الجامعيين	52
(11-1)	النهج السلطوي في الرعاية الطبية	62
(12-1)	النهج الوظيفي للطبيب العمومي	63
(1-2)	إهتمامات جودة الحياة الوظيفية بالمؤسسات العمومية للصحة	95
(2-2)	موقع الأرغونوميا بالنسبة لجودة الحياة الوظيفية	96
(3-2)	محاور الأرغونوميا	98
(1-3)	دورة حياة مشروع المؤسسة الصحية	147
(2-3)	نمط تفريع مشروع المؤسسة الصحية	149

(3-3)	نمط القيادة بمشروع المؤسسة الصحية	163
(4-3)	سيرورة تطبيق مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر	164
(5-3)	موقع الأطباء في مشروع المؤسسة	169
(1-4)	تمثيل البيانات بالأعمدة مع منحنى التوزيع الطبيعي	229
(2-4)	تمثيل البيانات بالأعمدة للتوزيع الطبيعي	229
(3-4)	توزيع البيانات على خط التوزيع الطبيعي	230
(4-4)	تمثيل معادلات الانحدار الخطي و المنحني لعلاقة تمكين الاطباء بمشروع المؤسسة الصحية	237
(5-4)	تمثيل معادلات الانحدار الخطي و المنحني لعلاقة متغير جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية .	241
(6-4)	تمثيل معادلات الانحدار الخطي و المنحني لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	246
(7-4)	الأعمدة البيانية الممثلة لتوزيع البواقي العلاقة الخطية المتعددة بين أبعاد تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	257
(8-4)	تمثيل البواقي بيانيا العلاقة الخطية المتعددة بين أبعاد تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية	257
(9-4)	تمثيل البواقي بالأعمدة العلاقة الخطية المتعددة بين لعلاقة الإنحدار الخطي المتعدد التدرجي بين المتغيرات المستقلة و جودة الحياة الوظيفية	261
(10-4)	تمثيل البواقي بيانيا العلاقة الخطية المتعددة بين لعلاقة الإنحدار الخطي المتعدد التدرجي بين المتغيرات المستقلة و جودة الحياة الوظيفية	261
(11-4)	تمثيل البواقي بالأعمدة لعلاقة الإنحدار الخطي المتعدد القياسي بين تمكين الأطباء ، مشروع المؤسسة الصحية و جودة الحياة الوظيفية	264
(12-4)	تمثيل البواقي بيانيا لعلاقة الإنحدار الخطي المتعدد القياسي بين تمكين	264

	الأطباء ، مشروع المؤسسة الصحية و جودة الحياة الوظيفية	
(4-13)	تمثيل البواقي بيانيا للعلاقة الخطية المتعددة بين أبعاد تمكين الأطباء ، مشروع المؤسسة الصحية و جودة الحياة الوظيفية	269
(4-14)	تمثيل البواقي بالأعمدة للعلاقة الخطية المتعددة بين أبعاد تمكين الأطباء ، مشروع المؤسسة الصحية و جودة الحياة الوظيفية	269

قائمة

الملاحـــق

قائمة الملاحق

الرقم	العنـــــــــوان	الصفحة
01	رسالة المهمة رقم 121 المؤرخة في 20 أفريل 2014	305-304
02	مذكرة رقم 01 الوضع حيز التنفيذ لمشروع المؤسسة الصحية	319-306
03	أداة الدراسة	324-320
04	إختبار التوزيع الطبيعي	325
05	الثبات بطريقة التجزئة النصفية	326
06	التحليل العاملي و التشبعات للأبعاد الممثلة لمتغير تمكين الأطباء	327
07	التحليل العاملي و التشبعات للأبعاد الممثلة لمتغير جودة الحياة الوظيفية	328
08	التحليل العاملي و التشبعات للفقرات الممثلة لمتغير مشروع المؤسسة الصحية	329
09	التحليل العاملي و التشبعات لمتغيرات الدراسة	330

مقدمـــــــة

تمهيد

جودة الحياة الوظيفية هي مفهوم عالمي حديث الظهور نسبيا ، كشعبة من العلوم الاجتماعية ، عبد أن حظيت بالدراسة المخصصة حتى ارسيت لها مبادئ ومفاهيم ، لكنها في الأصل مسعى قديم تطور مع علاقة الانسان بالعمل في الحياة ، أين أصبح للعمل شطر كبير من الحياة ، عنيت بالدراسة من أجل تكييفها وتطوير أساليبها وصولا إلى جودتها . ولكل عمل خصوصياته التي تميزه تبعا لطبيعته أو ظروفه ومكانه ، حيث أصبح لجودة الحياة الوظيفية تلك الأنماط والحلول القادرة على التحكم في مجريات العمل وتحسين جودته ، لاسيما تلك المهام أو الأماكن ذات المخاطر العالية والمتفاوتة ، والتي نجد من بينها عمل الأطباء في المؤسسات الصحية .

باعتبار أن المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر ممثلة لسلطة الدولة الصحية ومعبرة عن سياستها العامة ، تعمل على حفظ الصحة العمومية و تأطيرها ، عبر الكثير من الأنشطة تحت كفالة التشريعات المنظمة لها ، التي يشرف على تسييرها طاقم إداري بالتضامن مع الطاقم التقني ، وعلى رأسهم الأطباء الذين يكتسبون صفة العمومية كأعوان للدولة .

ممارسات الأطباء في المجال الصحي ضمن المؤسسات العمومية للصحة تكتسب طابعا شخصيا وآخر عموميا في نسق واحد ، مؤطر وشمولي ، حيث أنهم يتكفلون بخدمة ورعاية كل المرتفقين الذين يقصدونهم دون انتقاء أو تمييز ، كما أنهم يشرفون على توجيه وتنفيذ الرؤية الصحية المجتمعية من خلال مناصبهم وعضويتهم في مختلف اللجان والتشكيلات التنظيمية ، بصفة رسمية أو غير رسمية . من هنا تمتد سلطاتهم أبعد من تلك النمطية . والتي كرستها التشريعات من أجل السير نحو ضمان جودة ثنائية ، أولاها تتعلق بجودة حياتهم الوظيفية التي

تنعكس على جميع مكونات المؤسسات العمومية للصحة ومشتملاتها ، لتكون مخرجا من الثانية التي تتعلق بجودة الخدمات الصحية .

في خضم ذلك كان لابد من آلية تسيير تعمل على تنفيذ السياسة الصحية العامة وتحقيقها على أرض الواقع ، حتى تكون منهاجا موحدا للمؤسسات العمومية للصحة. حيث اعتمد التسيير بها على مشروع المؤسسة الصحية ، الذي يقدم الآليات الميدانية لحلول مشاكل القطاع بصفة تدريجية كي تكون قاعدة نحو الانطلاق إلى بناء منظومة صحية تلبي تطلعات المجتمع في مجال الأمن الصحي .

في هذا المسار أتاح مشروع المؤسسة الصحية المجال نحو الاطباء بتمكينهم من خلال اعتماد التسيير بمشاركتهم والاستثمار في خبراتهم ، نحو تحقيق جودة حياة وظيفية تمكن من تلبية تطلعاتهم وترفع من جودة الخدمات .

أولا : الاشكالية والتساؤلات الفرعية

من خلال ما سبق ، وربطا لمتغيرات الدراسة ، تبادر إلى أذهاننا معالم تساؤل جوهري صياغته :

ما طبيعة العلاقة بين تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية في ظل تطبيق مشروع المؤسسة الصحية ، بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة ؟

قد تحمل هذه العلاقة عدة أشكال تفسر احصائيا من خلال أدوات قياس رياضية ، تتكون من جزئيات مكملة للإجابة على الطرح العام ، ضمن ذلك يتم سرد التساؤلات الفرعية التالية :

التساؤل الفرعي الأول : ما مستوى كل من تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة ؟

التساؤل الفرعي الثاني : هل هناك علاقة خطية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ≥0,05 بين تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة ؟

التساؤل الفرعي الثالث : هل هناك علاقة خطية متعددة ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ≥0,05 بين تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة ؟

بغية الوصول إلى معالجة سليمة للإشكالية العامة وتساؤلاتها الفرعية نورد الفرضيات التالية :

ثانيا : الفرضيات

من أجل الوصول إلى إجابة عن اشكالية الدراسة والتساؤلات الفرعية ، نقوم بصياغة الفرضيات المقابلة التالية :

الفرضية الرئيسية : هناك علاقة ارتباط ذو دلالة احصائية بين تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية في ظل تطبيق مشروع المؤسسة الصحية ، بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة .

الفرضية الفرعية الأولى : هناك مستوى مرتفع لتمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة .

الفرضية الفرعية الثانية : هناك علاقة خطية بسيطة ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية $0,05\geq$ بين تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة .

الفرضية الفرعية الثالثة: هناك علاقة خطية متعددة ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية $0,05\geq$ بين أبعاد تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة .

رابعا : أهمية الدراسة

من خلال اهمية قطاع الصحة على جميع المستويات وفي كل الأنظمة ، فإن هذه الدراسة تتعلق بالبحث والربط بين مفاهيم رئيسية بشيء من الوصف والتحليل ، متقيدين في ذلك بتوجه الموضوع. لذا فإن أهمية هذا الموضوع يمكن تسليط الضو عليها من خلال النقاط التالية :

– مكانة الأطباء في التنظيم بالمؤسسات العمومية للصحة تدعي رصد الظواهر المرتبطة بهم ، لاسيما تلك المتعلقة بصلاحياتهم وجودة حياتهم الوظيفية .

– توجه المؤسسات العمومية للصحة نحو اعتماد آليات تسيير مستحدثة وممنهجة ، للرفع من جودة حياة المستخدمين الوظيفية بمن فيهم الأطباء التي تنعكس على جودة الخدمات والرعاية الصحية .

– الاقتراب من تأسيس مفاهيم ومبادئ كتمكين الاطباء وجودة حياتهم الوظيفية كمواضيع مستحدثة، وأيضا مشروع المؤسسة الصحية الذي لم يوفى حقه في الدراسة والتحليل .

– استشعار نتائج وانعكاسات مشروع المؤسسة الصحية المطبق في الجزائر في نموذجه الأول ، مايسمح بالتعرف على الكثير من العوائق أو الجوانب المهمة .

– رصد العوامل الأكثر تأثيرا في علاقة تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية التي نتجت عن تطبيق مشروع المؤسسة الصحية .

خامسا : أهداف الدراسة

تتوجه الدراسة نحو معرفة طبيعة العلاقة إحصائيا وميدانيا بين تمكين الأطباء وجودة حياتهم الوظيفية بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة ، في خضم تطبيق مشروع المؤسسة الصحية، فمن خلال رصد تلك العلاقات وتحليلها وربطها ، تتضح تلك العلاقات بين المتغيرات لاسيما علاقة تمكين الأطباء بجودة الحياة الوظيفية واسهام مشروع المؤسسة الصحية في ذلك . حتى يكون لها أفاق ، لاسيما أن الدراسة تؤسس للبحث في مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر ، ذلك المشروع الطموح الذي يحمل طيه الكثير من الأهداف التي تتأتى بمرور الزمن . ويمكن تأطير أهداف الدراسة من خلال النقاط التالية :

– التعرف على طبيعة العلاقة بين تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية في ظل تطبيق مشروع المؤسسة الصحية .

– البحث في الأبعاد الأكثر تمثيلا وتأثيرا في العلاقة بين المتغيرات الثلاثة (تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية ، مشروع المؤسسة الصحية)

– التحقق من مساهمة مشروع المؤسسة الصحية في قوة العلاقة وحجم التمثيل بين تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية .

– تحليل العلاقات الناشئة والروابط الدالة إحصائيا في تحسين العلاقة المستهدفة بالدراسة ومحاولة تحسينها .

سادسا : أسباب اختيار الموضوع

تعود أسباب إختيار الموضوع إلى :

1– أسباب ذاتية :

– تبعاً للانتماء لقطاع الصحة العمومية في الجزائر بصفة مسير ، من أجل التأسيس إلى بعض المفاهيم في مقاربة بين الجانب الأكاديمي والمهني .

2– أسباب موضوعية :

– أهمية الصحة العمومية كأحد الحاجيات الأساسية لأي فرد .

– التأسيس لمفاهيم تكون مرجعا ومنطلقاً لبحوث أكثر تعمقاً وتحليلاً .

– الاسهام في فهم البيئة الاستشفائية بالمؤسسات العمومية وتثمين دور الأطباء فيها .

سابعا : المنهج والأدوات

في الدراسات العلمية لاسيما المتعلقة بتتبع الظواهر الاجتماعية ومعالجتها ، ففي الجانب النظري وصولا إلى الجانب التطبيقي ، استنادا إلى جمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالمشكلة محل الدراسة ، وتقديم الفرضيات المحتملة بصفة أولية للتحقق منها ، تم تناول الموضوع وفق المنهج الوصفي . بالإضافة إلى اعتماد المنهج التحليلي في استنباط الأحكام والتعمق في جزئيات وتفاصيل المشكلة ، بغية الوصول إلى النتائج وخلاصات واضحة الحدود والمعالم ، تبتعد عن

التأويل باعتماد على أدوات التحليل الاحصائي وأساليبه نحو التفسير والتدقيق في العلاقات بين المتغيرات محل الدراسة على العينة .

تم بناء أداة الدراسة اعتمادا على الدراسات السابقة ، ومحتوى مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر في توجهاته نحو تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية . استرشاداً بالقوانين والتعليمات و المطبوعات الوزارية التي تؤطر تنفيذ مشروع المؤسسة الصحية ، حيث تم انتقاء الأبعاد وصياغة الفقرات ذات الدلالة وتخدم الدراسة .

ثامنا : حدود الدراسة الميدانية

1-الحدود المكانية : أجريت الدراسة على مستوى العديد من المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر، بصفة عشوائية وعلى مستوى بعض الولايات دون انتقاء ،أين أتيح إجراء الاختبار عبر الأداة .

2-الحدود الزمانية : كان لجائحة كورونا كوفيد 19 العالمية ، تأثير على اختيار زمانية الدراسة الميدانية ، حيث أتيح إجراؤها على فترات متفاوتة ، بعد اجتياز تبعات الجائحة الظرفية ، واستقرار العمل بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة و العودة التدريجية لسيرورة الأنشطة الصحية .

3-الحدود البشرية : يتعلق عنوان الدراسة برصد ظاهرة لعينة عمدية خاصة بفئة الأطباء العاملين بالمؤسسات العمومية للصحة ، حيث بحثنا في أسلاكهم ورتبهم وتم تحديد فئة الأطباء العموميون للصحة بمختلف أسلاكهم ورتبهم القائمين بالتشخيص والعلاج بصفة فعلية في المسارات المتعلقة بالمريض بصفة مباشرة ، المعنية بمتغيرات الدراسة والظواهر المرافقة .

تاسعا : الدراسات السابقة

تناولت الكثير من الدراسات السابقة جزئيات موضوعنا البحثي في أطر مختلفة . في حدود ما أتيح لنا عبر مسيرة بحثنا في ازكاء الموضوع محل الدراسة ، أين اعتمدنا على تلك الدراسات الأكثر صلة بالموضوع لاسيما في الوسط الصحي أو تحمل أكثر من مركب مشترك مع دراستنا . حيث اللغة لم تصبح عائقاً في مجال البحوث والدراسات ، يتم تبويبها بعيداً عن لغة الدراسة ، في حين إعتماد إنتماء القائم بالدراسة و/أوالجهة المصدرة لها . في هذا الاطار عثرنا من خلال المصادر على الدراسات التالية :

1. الدراسات العربية :

بوسائل البحث المتاحة لم يتسنى لنا العثور على أطروحات دكتوراه تجمع متغيرين من الدراسة الحالية ، للإستفادة من التوجيه أو القيمة المتحصل عليها للإثراء و الإستناد ، لفهم العلاقات و تأكيد النتائج ، إلا أنه من باب الإسترشاد وتثمين الأعمال العلمية ، تم العثور على رسائل و مقالات محكمة منشورة ذات قيمة فعلية ، بشكل أساسي غير تفاضلي من بينها:

دراسة بن خالد عبد الكريم : جودة حياة العمل وأثارها في تنمية الثقافة التنظيمية لدى موظفي القطاع الصحي ، دراسة ميدانية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية أدرار، أطروحة للحصول على شهادة الدكتوراء في العلوم تخصص علم النفس العمل والتنظيم . جامعة وهران ، 2017 .

نقاط الالتقاء بين هذه الدراسة مع الموضوع المعالج ، معالجة متغير جودة الحياة الوظيفية في البيئة الاستشفائية العمومية ، مع الاطلاع على الأبعاد الأكثر تمثيلا لبناء دراستنا بأبعاد ممثلة تكون ذات دلالة مع بقية المتغيرات ، حيث توصلت هذه الدراسة إلى توفر عوامل جودة الحياة الوظيفية في المؤسسات العمومية للصحة قيد الدراسة ، الأمر ذاته الذي تنطلق منه دراستنا .

دراسة ساخي بوبكر : تمكين العاملين وعلاقته بجودة الحياة الوظيفية في ضوء الثقة التنظيمية كمتغير وسيطي ، رسالة ماجستير في التنمية البشرية وفعالية الأداءات بجامعة وهران2 محمد بن أحمد ، 2016 :

تحمل هذه الدراسة متغيرين مشتركين مع دراستنا الحالية ، مع اختلاف المتغير الثالث الذي يلعب دور الوسيط . إلا أن هناك دراسة للعلاقة بين متغير التمكين وجودة الحياة الوظيفية مع اختلاف طبيعة العينة ومحل الدراسة ، من حيث التركيبة والمهام . أفادت في التعبير عن مستوى جودة الحياة الوظيفية الذي كان متوسطا وكذا مرورا بالدراسات التي سبقتها في اعتماد أكثر الأبعاج تمييزا وتمثيلا لجودة الحياة الوظيفية مرورا بالمقاييس المتخذة في ذلك . وتلتقي تلك الأبعاد مع الكثير من الدراسات كونها صنفت بشكل يمس أغلب مجالات العمل وبيئته .

BOUADI Sonia, Le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier. Cas EPH Ain El Hammam, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme de Magister en sciences économiques Option : Management des entreprises, UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU, 2018

دراسة نظرية تناولت مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر من خلال اعتماده كآلية للتسيير الاستشفائي والميكانيزمات الحديثة التي أدخلها على التخطيط و تفعيل أدوات التسيير والحوكمة من أجل كفاءة التسيير بالمؤسسات العمومية للصحة . حيث تناولت هذه الدراسة أدبيات التسيير الاستشفائي وتقنيات الإدارة نحو توجهها إلى إعتماد آلية مشروع المؤسسة الصحية كأداة شاملة تلبي تطلعات النهوض بالصحة العمومية . ماقدمته دراستنا التأطير القانوني والعملي في تنفيذ

مشروع المؤسسة الصحية بمحتوياته وخصوصياته في الجزائر في ظل النظرة الاستشرافية والحالة الواقعية .

دراسة الدكتور أيمن حسن ديوب: تمكين العاملين كمدخل لتحسين جودة الحياة الوظيفية في قطاع الاتصالات ، مقالة منشورة بمجلة جامعة دمشق للعلوم الإقتصادية والقانونية ، المجلد 30 ، العدد الأول ، 2014:

تعتبر من أولى الدراسات التي عثرنا عليها ، تقارب في مسعاها من منحى دراستنا ، خلصت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة معنوية بين متغيرات تمكين العاملين وجودة الحياة الوظيفية للعينة محل الدراسة والتي لا تتشارك في خصائصها مع مجتمعنا . إلا أنها تعتبر نتيجة أولية للإنطلاق في دراسات متعمقة لوجود تلك العلاقة بين المستقل والتابع . فكانت هناك عبر دراستنا وجود علاقة قوية ارتباطية بين التمكين وجودة الحياة الوظيفية .

2. الدراسات الأجنبية :

تبعاً للدراسات السابقة الإسترشادية التي قام بها باحثون أو جهات أجانب ، ذات منحى في الدراسة الحالية ، نجد لاسيما :

DIDIER VINOT, Le projet d'établissement à l'hôpital , De la formalisation du concept à son instrumentalisation, THESE DE DOCTORAT ES SCIENCES DE GESTION, UNIVERSITE JEAN MOULIN—LYON3,1999.

تعتبر دراسا اكادمية تأسيسية لمفهوم مشروع المؤسسة الصحية ، والتي أصبحت بمثابة المصدر لبقية الدراسات التي عقبتها ، قدمت الأساليب الإدارية المعمول بها في الإدارة الصحية ، من ثم

أولت عناية إلى الطرح الفكري والنظري لمشروع المؤسسة الصحية من ناحية المفاهيم وإدراجها وكذا الوسائل . اتفقت دراستنا معها في التأصيل النظري والآليات المعتمدة في التسيير ، بالإضافة إلى تحديث المعطيات .

Gauthier Bellagamba, Qualité de vie au travail et environnement organisationnel : études qualitatives et quantitatives sur les personnels en établissement de santé, Thèse de doctorat en Pathologie humaine. Recherche clinique et santé publique à Aix-Marseille, dans le cadre de Ecole Doctorale Sciences de la Vie et de la Santé Marseille, en partenariat avec Laboratoire de santé publique de Marseille, 2016.

تناولت هذه الدراسة العلاقة بين جودة الحياة الوظيفية والعوامل التنظيمية لموظفي الصحة، عن طريق الاستبيان والمقابلات الشبه منتظمة وخلصت إلى نتائج تفيد في عمليات الاتصال لتوفير توازن جيد بين الحياة المهنية والشخصية في بيئة مريحة و وظيفية ، قدمت هذه الدراسة توجيها وإطارا نظريا لجودة الحياة الوظيفية في الوسط الصحي محل الدراسة ، والذي يختلف عنه جزئيا ويتفق معه اجمالا ، تبعا لطبيعة العمل الصحي .

Adya Hermawati , Effect of Empowerment on Quality of Work Life, Organizational Trust and Organizational Commitment at Private Higher Education Institutions in East Java , European Journal of Scientific Research, Vol.115 No.2 .2013

تعمقت هذه الدراسة في تأثير التمكين على جودة الحياة الوظيفية من خلال رصد عدة مؤشرات في مؤسسات التعليم العالي الخاصة ، وجدت بأن التمكين قادر على تحسين جودة الحياة

الوظيفية إعتمادا على الابداع والثقة . وهو ما قدم دعما إلى دراستنا نحو التركيز على الأبعاد الأكثر تأثيرا وتمثيلا في العلاقة بين التمكين وجودة الحياة الوظيفية .

عاشراً : هيكل الدراسة

حاولنا في هذه الدراسة اعتماد سياق متوازن ومنهجي ، عبر ايلاء كل متغير حقه في البحث النظري والتطبيقي ، بغية الربط المفاهيمي ، والتأسيسي لبعضها ، قسمت الدراسة إلى ثلاثة (03) فصول نظرية ، وفصل رابع تطبيقي ، يضم كل فصل ثلاثة (03) مباحث والذي بدوره يضم ثلاثة (03) مطالب . بشكل متوزان يخدم أهداف الدراسة ، كانت عناوين الفصول ومحتواها :

– الفصل الأول والذي حمل عنوان "تمكين الأطباء بالمؤسسات العمومية للصحة" ، حيث كان مدخله التعرف على المؤسسة الصحية تمهيدا للولوج إلى المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر مستندين على تلك القوانين التي أنشأتها وحددت تنظيمها الداخلي وتسييرها التي عرضت على شكل مخططات توضيحية . من ثم تم التطرق إلى رتب وأسلاك الاطباء العاملين بها باعتبارهم جوهر الدراسة ، والتعرف على سلطاتهم الوظيفية والمهنية المؤهلة إلى مفهوم التمكين . حيث تم اعتماد مصطلح وتمكين الأطباء بمحاولة تعريفه ووضع مبادئ له .

– الفصل الثاني المعنون بـ "جودة الحياة الوظيفية في الوسط الصحي" ، أين حاولنا التأصيل المفاهيمي لجودة الحياة الوظيفية ، نتيجة تقاربها مع مجالات أخرى ، انتقالاً إلى جودة الحياة الوظيفية بالمؤسسات العمومية للصحة بعرض أهم مكوناتها ومتطلباتها ، باعتبارها الوسط الذي يعيش فيه الأطباء مهنيا وعاملا مهما في أدائهم . حيث تم سرد الجوانب المتعلق بجودة الحياة الوظيفية للأطباء وسبل قياسها وتحسينها .

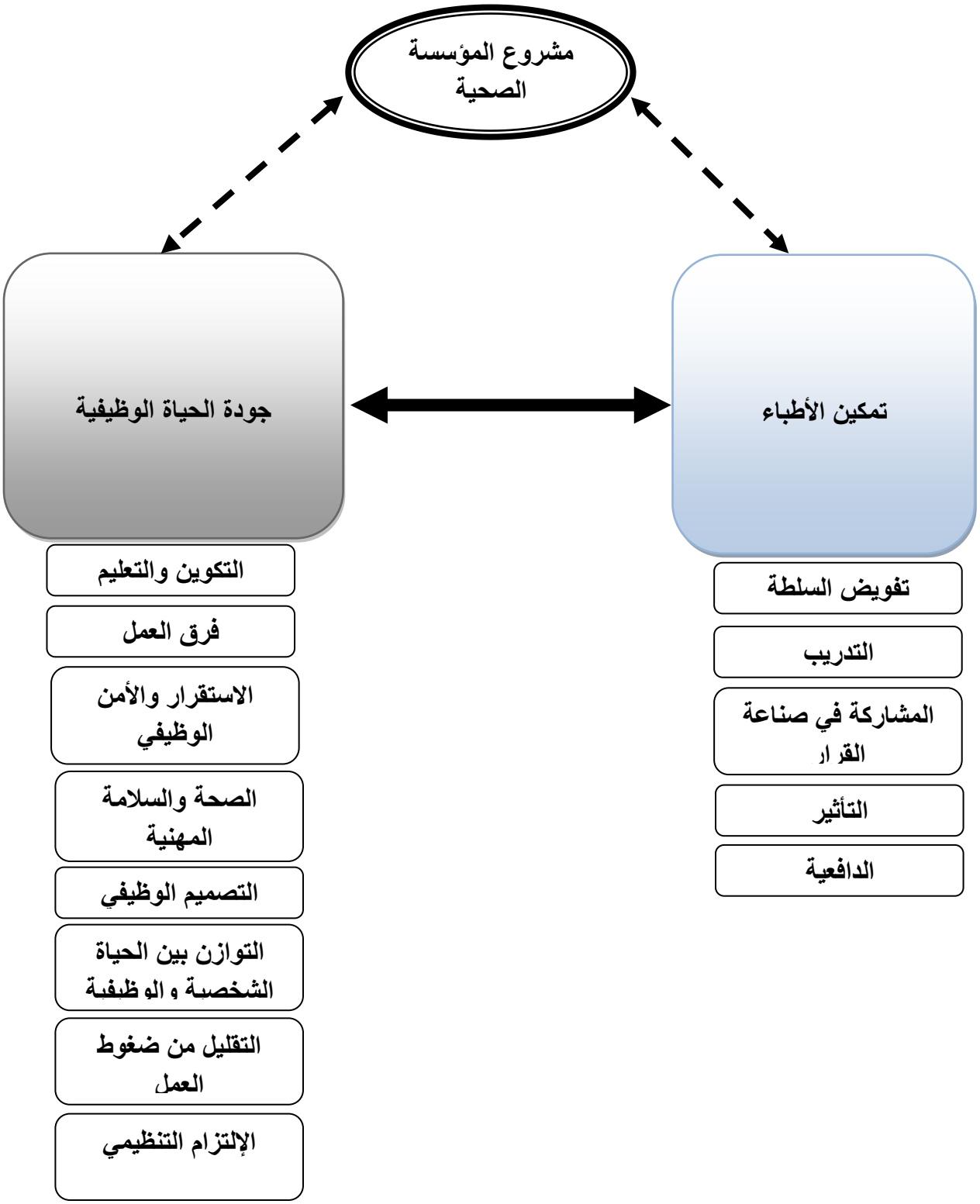
– الفصل الثالث الذي كان بعنوان "تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية ضمن مشروع المؤسسة الصحية" ، باعتبار أن مشروع المؤسسة الصحية أرضية خصبة بما يحمله من آليات ووفرات تساهم في جودة الخدمات الصحية من خلال التسيير ، أفتتح الفصل بالتعرف على أهم التعاريف الصادرة فيه ومكوناته في الجزائر ، مع طرق اعداده وتنفيذه ، بغية فهمي موقع تمكين الأطباء ضمنه وانعكاساته على جودة الحياة الوظيفية ، تناول الثلث الأخير فيه استنباط تلك الآليات والوفرات المتعلقة بمتغيرات الدراسة ، مع تحديد أبعادها الممثلة .

إحدا عشر :صعوبات الدراسة

لم نجد صعوبة في الدراسة على مستوى المؤسسات محل العينة ، إلا أن أشد ما واجه تعميم الدراسة بشكل أوسع والحصول على نتائج أكثر استقرارا دون تأثيرات مباشرة ، كانت جائحة كورونا كوفيد 19 العالمية ، والتي مست جميع المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر ، لاسيما تبعاتها على الأطباء وجودة الحياة الوظيفية لهم .

إثنا عشر : نموذج الدراسة

تنطلق الدراسة من فكرة أن هناك علاقة بين المتغيرات الثلاث : تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية . بحيث أن هناك علاقة إرتباط تسمح بأن يكون خطي و متعدد . ما يوضحه الشكل أدناه :


مشروع المؤسسة الصحية
جودة الحياة الوظيفية
تمكين الأطباء
التكوين والتعليم
فرق العمل
الاستقرار والأمن الوظيفي
الصحة والسلامة المهنية
التصميم الوظيفي
التوازن بين الحياة الشخصية و الوظيفية
التقليل من ضغوط العمل
الإلتزام التنظيمي
تفويض السلطة
التدريب
المشاركة في صناعة القرار
التأثير
الدافعية

الفصل الأول

مدخل حول تمكين الأطباء في المؤسسات العمومية

تمهيد:

تؤطر المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر، العمل والممارسات الطبية التي من شأنها تحقيق رؤية الدولة وتوجهاتها الصحية ، حيث تتداخل ضمنها تلك الأغراض الحمائية ، الاقتصادية، الاجتماعية وغيرها ، لتشكل في مجملها محتوى السياسة الصحية ذات المكاسب المحققة والأهداف المرغوبة ، موظفة في ذلك أمكانياتها المادية والبشرية لتساير التطورات العلمية في ميادين الكشف والعالج والتكفل ، ومواردها البشرية التي تعتبر محور التقدم ، يأتي في مقدمتهم الأطباء العموميون.

يعتبر الأطباء محور الخدمة الصحية ، الممثلة في المؤسسات المقدمة للرعاية . بصفتهم أعوان لها أو كقائمين عليها ، يمارسون تلك الوظيفة النشطة التي تعمل على حماية النفس . فهم يعتبرون المرجعية في مجال الأمن والسلامة المجتمعية في مختلف صورها .

تبعا للمكانة البالغة للأطباء العموميون في التنظيم وسيرورة الأنشطة ، كان لابد من استثمار تلك الكفاءات والخبارات لتحقيق الرؤية الصحية الكفيلة بتلبية الحاجيات المتوقعة من المجتمع بالموارد المتاحة ، أين يكون للأطباء دور جوهري في ذلك ، عبر قيادة وتخطيط الأنشطة الصحية والاشراف على تنفيذها . حيث أن المشرع الجزائري في تنظيم المؤسسات العمومية للصحة عمل على دمج الأطباء في مختلف التنظيمات والتشكيلات القائمة على تسييرها ، في وظائف أو مناصب ذات صبغة تقنية و إدارية ، حتى يتبلور مفهوم تمكين الأطباء من خلال الاضطلاع المباشر بالمهام والصلاحيات وتحمل المسؤوليات . كونهم ذوي كفاءة وقدرة على تجسيد الخطط والأهداف .

المبحث الأول : الاطار العام للمؤسسات العمومية للصحة بالجزائر

تتخذ المؤسسة عدة أشكال تبعا لطبيعة نشاطها الذي توصف به ، من انتاج سلع أو خدمات تختلف مسمياتها من دولة إلى أخرى ، ومن نظام اقتصادي إلى آخر . بمعناها الواسع سيما لغويا ، فالمؤسسة في معجم المنجد قد تكون بمعنى الشركة ، أو المنشأة المؤسسة لغرض معين [1]. إلا أن المؤسسة الصحية تبقى محافظة على خصوصياتها رغم تغير الأنظمة . كونها تتداول وتنشط في مجال الصحة الذي وحد سماتها ، وركيزة نشاطها كما أن هناك منظمات عالمية تعتمد مواثيق تحافظ بها على خصوصية نشاط المؤسسة الصحية .

المطلب الأول : ماهية المؤسسة الصحية

يتفق أغلب الباحثين بأن المؤسسة الصحية هي مؤسسة خدمية ، من حيث الطبيعة . تمارس هذه المؤسسة أنشطة تقديم الخدمات والرعاية الصحية داخل المجتمعات سواءا كانت مدنية أو عسكرية أو ذات طبيعة خاصة بالتنظيم . وعلى العموم فهي تتداول أو تقدم الخدمة الصحية، وهو مفهوم قد يتسع أو يضيق . في خضم ذلك ، نرتكز على أهم ما ورد من تعاريف لتقدم معالم مرشدة بغية الوصول إلى مفهوم قار لجملة المنضرين في المجال :

التعريف الأول : يعتبر سويدان والبراوي في كتابهم « إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية» المؤسسة الصحية بأنها:" كل مؤسسة تنشط في المجالات الصحية والرعاية الصحية العامة والمتخصصة وإدارة الرعاية الصحية والخدمات المساندة مثل المستشفيات وإعادة التأهيل وبيوت الرعاية الصحية وكبار السن، الصحة العقلية، والتدخل في أثناء الأزمات والمستشفيات

[1] المنجد في اللغة العربية المعاصرة ، دار المشرق بيروت ، الطبعة الثانية ، 2001 ، توزيع المكتبة الشرقية ، لبنان ، ص 24

النفسية". [1] عدد من خلاله مجموعة الأنشطة التي تقوم بها المؤسسة الصحية مع الإشارة إلى دورها.

على انه قد يشار إلى المؤسسة الصحية بإسم المستشفى في كثير من الكتابات ، حيث تعرفه الجمعية الأمريكية للمستشفيات على أنه:

التعريف الثاني : يمكن أن تعرف بأنها " مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات دائمة تشمل أسرة التنويم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى " [2] ، ازكى هذا التعريف مفهوم المؤسسة الصحية بأنها تقوم على تنظيم يعمل تقديم خدمات صحية تتعلق بالتطبيب والتمريض بشكل مستمر.

ما أكدت عليه منظمة الصحة العالمية في نفس السياق من التعريف السابق ليكون هذا التنظيم ذو بعد اجتماعي يقدم الخدمات والرعاية الصحية الكاملة ، دون إهمال جانب مهم يتعلق بالوقاية في منظور ، وكونها تقوم أنشطة أخرى تتعلق بالدراسات والبحوث وكمكان للعمل في منظور آخر ، حيث تؤكد بأن المؤسسة الصحية هي:

---

[1] نظام موسى سويدان وعبد المجيد البرواري، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن،2008، ص18.

[2] طلال بن عابد الأحمدي ، التنظيم في المنظمات الصحية ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2011 ، ص 171

التعريف الثالث: " جزء أساسي من تنظيم طبي وإجتماعي ، وظيفته التقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجيا و وقائيا ، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية ، والمستشفى أيضا هو مركز العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية بيولوجية " [1] .

من خلال التعاريف السابقة التناول يمكن اقتراح التعريف الاجرائي التالي :

المؤسسة الصحية ذات طبيعة خدمية ، تعنى بالشؤون الصحية للمرضى والوافدين ، تتخذ سلاسل العلاج والوقاية والمرافقة نشاطا لها ، ومركزا للتدريب وإجراء البحوث والدراسات في ميدانها، يقوم عليها طاقم تسيير وجهاز طبي .

المطلب الثاني : المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر

مبدأ العمومية يختلف وفق النظرة السياسية للدولة وتكريس سلطتها على الاضطلاع بوضع ادواتها المتعلقة بتسيير الشأن العام ممثلة في مؤسساتها ، والتي يعبر عنها عادة بالسياسة ، التي يقول عنها مصطفى عبد العظيم فرماوي بأنها تمثل " المبادئ والعناصر الأساسية التي توجه مباشرة لتحقيق غايات وأهداف واضحة "[2]. ويكون هنا قد أصاب في الربط بين المتطلبات مع جوهر العملية والنتائج ، ينطبق هذا المفهوم بشكله البسيط ومعناه الواسع إلى حد بعيد . مع معظم المجالات. أما السياسة العامة تحمل في طياتها التوجه العام في مجال ما ، محل اهتمام سلطة الدولة ، اذ أن قاموس AUZOU يقول بأن السلطة باعتبارها الحق في التحكم وتنفيذ الإرادة ، وقد

---

[1] المرجع نفسه ، ص 171

[2] مصطفى عبد العظيم فرماوي ، السياسة الاجتماعية وإدارة المؤسسات ، مكتبة الانجلو المصرية للنشر ، الطبعة الاولى ، القاهرة ، 2005 ، ص 11

ربطها في أحد الأمثلة بالسلطة العامة [1]. في مجال من مجالاتها ، كما يؤكد ذلك دافيد آيستون في مجمل سرده حول السياسة العامة بأنها " التقسيم السلطوي للقيم على المجتمع كله "[2].

الفرع الأول : تعريف المؤسسة العمومية للصحة

المؤسسات العمومية للصحة هي تعبير عن ارادة الدولة والممثل لسياستها الصحية ، هذه السياسة التي عبر عنها طلال بن عابد الأحمدي بأنها " تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها "[3] . بإعتبار أن الدولة لها النظرة العليا والهدف المشترك الذي ينبغي أن يكون موحدا وان كان غير ذلك فهو متكامل ومتناسق ، حيث أن هذه المؤسسات العمومية هي تأكيد وإرادة الدولة وأداة من أدواتها التي تتجلى عبر العمليات الهادفة إلى بسط وتنفيذ سلطاتها في مجال الصحة ، لذا يطلق عليها إدارة عمومية . عرف ليونارد هوايت الإدارة العامة بأنها " كل العمليات التي تستهدف تنفيذ السياسة العامة "[4] هذه السياسة العمومية في مجال الصحة تضبط المقاييس العمومية . المقصود بها أن تكون " أدوات الصحة العمومية مستقلة عن حالات صحية وتدخلات محددة "[5] فهي تعني في العموم المفهوم الكامل لماهية الصحة وتعكس الطرق المختلفة التي تعتبر بها الصحة .

---

[1] Dictionnaire larousse , français –Anglais , Library of Congress , Diffusion/Sales Houghton Mifflin Company , Boston, 2007, P 169

[2] محمد سرور الحريري ، إدارة المؤسسات الحكومية والعامة ، الأكاديميون للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان ، 2016 ، ص 305

[3] طلال بن عابد الأحمدي : إدارة الرعاية الصحية ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ،الإدارة العامة للطباعة والنشر ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2004 ، ص 22

[4] محمد سرور الحريري ،المرجع نفسه، ص 14

[5] ستيفن موريس ، نانسي ديلفن ، ديفيد باركن : التحليل الاقتصادي في الرعاية الصحية ، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية،2013، ص 349

في الجزائر مرت المنظومة الصحية بعدة مراحل هناك من يعتمدها منذ نشوء الدولة الجزائرية ، وآخرون يؤرخونها بدءا من الاستقلال ، لكن تلك التقسيمات التي تزخر بها المراجع تورد في مجملها وتفاصيلها شكل الخريطة الصحية . التي يعتبرها Zahir BATTACHE على أنها التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة [1] . إذ أن توجه الدولة يرتقي ويتحسن وفق تداعيات ومتطلبات المجتمع وكذا النسق الدولي في ذات المجال . كان التوجه تارة بعد الاستقلال إلى غاية منتصف الثمانينيات نحو الجانب الوقائي ورعاية الطفولة والأمومة ، ليتطور بعدها إلى غاية مطلع القرن الواحد والعشرين (21) نحو ارساء المنشآت وتدعيم التكوين ، وصولا إلى يومنا هذا نحو تحسين جودة الرعاية والخدمة الطبية مع تمديدها أفقيا والاهتمام بالمحاور التي تمكن من رصد وتحقيق الغايات الفردية والجماعية .

تعرف المادة 297 من القانون رقم 18-11 مؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 02 يوليو سنة 2018 ، يتعلق بالصحة ، المؤسسات العمومية للصحة بأنها " مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص وذات طابع صحي تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي . وتتمثل مهمتها في ضمان وتطوير وترقية كل نشاطات الصحة . كما يمكنها ضمان نشاطات التكوين والبحث في مجال الصحة . ويمكنها أن تطور كل النشاطات الثانوية ذات الصلة بمهامها ، عن طريـق اتفاقيـــة "[2] .

يتم تمويل نشاطاتها وفق المادة 301 منه على أساس عقود أهداف ونجاعة، تحدد الالتزامات وتنص على الوسائل الضرورية لانجاز الأهداف المسطرة في المخطط الوطني للتنظيم الصحي . ويتعين عليها اعداد عقود ومشاريع مصالح في اطار مشروع المؤسسة .

---

[1] Zahir BATTACHE , Lexique du droit algérien , éditions ENAG , alger , 2018 ,P 99

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، القانون رقم 18-11 مؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 02 يوليو سنة 2018 ، عدد 46 ،

كما حددت المادة 302 منه في مجال التسيير المالي والمحاسبي خضوع نفقات المستخدمين للمحاسبة العمومية ، والنظام المحاسبي المالي المنصوص عليه في القانون رقم 07-11 المؤرخ في 15 ذي القعدة عام 1428 الموافق 25 نوفمبر سنة 2007 و المتضمن النظام المحاسبي والمالي ، المعدل ، بالنسبة للنفقات الأخرى . كما يعين الوزير المكلف بالمالية عون محاسب يسند له مسك محاسبة المؤسسة .

كما تخضع المؤسسات العمومية للصحة في مجال مراقبة النفقات لما وضحت المادة 303 منه الى المراقبة المالية المسبقة بالنسبة لنفقات المستخدمين ، والبعدية للنفقات الأخرى . على أن يتولى محافظ حسابات معين بقرار وزاري مشترك من طرف الوزير المكلف بالمالية والوزير المكلف بالصحة يتولى تدقيق الحسابات كما نصت عليه المادة 304 منه .

ضمنت الدولة تمويل القطاع العام للصحة حسب نص المادة 323 بعنوان الوقاية والتكوين والبحث الطبي والتكفل الصحي بالمعوزين والأشخاص في وضع صعب ، كما اشارت المادة 330 منه إلى مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي بعنوان التغطية المالية لمصاريف العلاج المقدم للمؤمن لهم اجتماعية وذوي حقوقهم من طرف المؤسسات العمومية للصحة على أساس تعاقدي مع الوزارة المكلفة بالصحة . وأضافت المادة 331 منه إلى مشاركة الجماعات المحلية في اطار برامج الاستثمار وبرامج الوقاية وحفظ الصحة والتربية من اجل الصحة ، في تمويل الصحة . وتساهم المؤسسات الاقتصادية تبعا للمادة 332 منه في تمويل الصحة في اطار أعمال مبرمجة بعنوان طب العمل وترقية الصحة ، كما أن التأمينات الاقتصادية تشارك في التمويل حسب المادة 333 منه بعنوان تعويض مصاريف التكفل الطبي ، لاسيما المتعلق بالأضرار الجسدية ومنتجات الصحة الأخرى، كما يمكن للمستفيدين من العلاجات حسب المادة 334 منه تمويل نفقات الصحة .والتي لا تشكل عائقا حال عدم أدائها في الحصول على العلاجات لاسيما في حالة الاستعجالات . حيث

أن الدولة تسهر على التوازن المالي للقطاع العمومي للصحة ، قصد الاستجابة لحاجات المنظومة الوطنية للصحة وهو ما تكفله المادة 337 منه .

ويمكن لهياكل ومؤسسات الصحة عقد اتفاقيات تعاون وشراكة تهدف الى تلبية الاحتياجات الصحية للمواطنين سيما في المناطق ذات التغطية الصحية الغير كافية تبعا لمنصوص وضوابط المواد 316 – 317–318 منه .

الفرع الثاني : تصنيف المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر

تتنوع المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر حسب طبيعة مهامها ، انطلاقا من القاعدية إلى المتخصصة ، وصولا إلى الموجهة والوطنية ، حسب الخريطة الوطنية للصحة . في هذا المجال نستعرض أهم تصنيفاتها الأكثر شيوعا، لاسيما المعنية بالمرتفقين مباشرة ، نوردها في ضل القوانين المصنفة و المنظمة لمهامها في :

أ – **المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية :** المؤسسة العمومية الاستشفائية أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي 07–140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 هـ الموافق 19 مايو سنة 2007 م ، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها ، حيث يشير في مادته الثانية بأن "المؤسسة العمومية الاستشفائية هي المؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي . وتوضع تحت وصاية الوالي "[1]. تتكون من هيكل لتشخيص والعلاج

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 03 جمادى الأولى عام 1428 هـ الموافق لـ 20 مايو سنة 2007 م ، العدد 33 .

والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي ، مهامها التكفل بصفة متكاملة متسلسلة بالحاجات الصحية لسكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات ، وفي هذا الخصوص تتكفل بـ :

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والإستشفاء
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة
- حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الإجتماعية
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم

كما يمكن أن تكون ميدان للتكوين الطبي والشبه طبي والتسيير الاستشفائي بناءا على اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين .

عرف ذات المرسوم في مواده من 06 إلى 09 المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ومهامها حيث تعتبر " المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إدارية تتمتع بالشخصية المعنوية الاستقلال المالي . وتوضع تحت وصاية الوالي " . تغطي مجموعة من السكان التابعين لحيز جغرافي صحي محددة في المشتملات المادية عبر مجموعة من العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج

تتمثل مهامها الموضحة في المادة 08 منه في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة في ما يلي :

- الوقاية والعلاج القاعدي – الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي
- تشخيص المرض – الانشطة المرتبطة بالصحة الانجابية والتخطيط العائلي
- العلاج الجواري – تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان

وعلى الخصوص تكلف بما يأتي :

- المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الإجتماعية
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم

كما يمكن لها إبرام اتفاقيات مع مؤسسات التكوين ، لتكون ميدانا للتكوين الشبه طبي والتسيير الاستشفائي .

ب – المؤسسات الإستشفائية المتخصصة : في ظل المرسوم التنفيذي رقم 97 – 465 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 هـ الموالق لـ 02 ديسمبر سنة 1997 م الذي حدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها [1] . في مادته 35 الذي ألغى أحكام المرسوم رقم 81– 243 المؤرخ في 06 ذي القعدة عام 1401 هـ الموافق لـ 05 سبتمبر سنة 1981 م المتضمن انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها[2].

حيث أشار في مادته الثانية بأن المؤسسات الاستشفائية المتخصصة هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ، وتتكون وفق المادة الثالثة من هيكل واحد أو هياكل متعددة متخصصة للتكفل بما يلي :

- مرض معين
- مرض أصاب جهازا أو جهازا عضويا معين أو مجموعة ذات عمر معين

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 10 شعبان عام 1418 هـ الموافق لـ10 ديسمبر سنة 1997م ، العدد 81 .

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 09 ذو القعدة عام 1401 هـ الموافق لـ 08 سبتمبر 1981م ، العدد 36 .

وحددت المادة 05 منه مجال نشاطها وتخصصها بالمهام التالية :

- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء
- تطبيق برامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي الصحة وتحسين مستواها

ج – **المؤسسات الإستشفائية** : أنشأت المؤسسات الاستشفائية بناءا على مرسوم تنفيذي من طرف الوزير مكلف بالصحة الذي يحدد لكل مؤسسة تنظيمها وسيرها ، من بين هذه المراسيم :

- المرسوم التنفيذي رقم 05–459 المؤرخ في 28 شوال عام 1426 هـ الموافق لـ 30 نوفمبر سنة 2005 والمتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية لعين تيموشنت وتنظيمها وسيرها .
- المرسوم التنفيذي رقم06– 143 المؤرخ في 27 ربيع الأول 1427 هـ الموافق لـ 26 أبريل سنة 2006 والمتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية لسكيكدة وتنظيمها وسيرها .
- المرسوم التنفيذي رقم 06 – 384 المؤرخ في 05 شوال عام 1427 هـ الموافق لـ 28 أكتوبر سنة 2006 والمتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية لعين الترك ، ولاية وهران، وتنظيمها وسيرها.
- المرسوم التنفيذي رقم 06–422 المؤرخ في أول ذي القعدة عام 1427 هـ الموافق لـ 22 نوفمبر سنة 2006 والمتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية لعين أزال ، ولاية سطيف ، وتنظيمها وسيرها.

على سبيل المثال لا الحصر بغية التعرف على التسيير والتنظيم الذي يكون تبعا للأنشطة أو التخصص ، لكن في عمومه تتشابه فيما بينها بشكل كبير ، فإن المرسوم التنفيذي رقم 07–209 المؤرخ في 16 جمادى الثانية عام 1428 هـ الموافق لـ أول يوليو سنة 2007 والمتضمن

انشاء المؤسسة الاستشفائية لديدوش مراد ، ولاية قسنطينة ، وتنظيمها وسيرها [1]. اعتبر المؤسسة الاستشفائية مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة .

حددت مهام المؤسسة الاستشفائية أعلاه ، وفق المواد من 03 إلى 06 بالتكفل بصفة متكاملة بالاحتياجات الصحية لسكان الولاية التي تغطيها وكذا سكان الولايات المجاورة .وبهذه الصفة تتولى على الخصوص المهام الأتية :

- ضمان نشاطات في ميادين التشخيص والفحص والعلاج والوقاية وإعادة التأهيل الطبي ، والاستشفاء وكل نشاط يساهم في حماية الصحة وترقيتها .
- تطبيق برامج الصحة الوطنية والجهوية والمحلية
- المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين التابعة للوقاية والنظافة الصحية والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية .
- المشاركة في تطوير كل الأعمال والمناهج والطرق والأدوات التي ترمي إلى تسيير عصري وفعال لمواردها البشرية والمادية والمالية .
- ضمان نشاطات المرتبطة بالصحة الانجابية والتخطيط العائلي
- ضمان تنظيم العلاج المتخصص وبرمجة تقديمه قصد التكفل ببعض الأمراض
- اقتراح كل الأعمال المتعلقة بتحسين مستوى المستخدمين وتجديد معارفهم والمساهمة في ذلك .

يمكن أن تستخدم المؤسسة كميدان للتكوين الطبي والشبه طبي والتسيير الاستشفائي على أساس اتفاقات تبرم مع مؤسسات التعليم والتكوين .

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 23 جمادى الثانية عام 1428 هـ الموافق لـ 08 يوليو سنة 2007 م ، العدد 44، .

كما يتعين عليها إعداد وتنفيذ مشروعان (02) في اطار سياسات الصحة والتكوين المقررة ، وهما:

- مشروع مؤسسة يحدد الأهداف العامة السنوية والمتعددة السنوات واستراتيجيات تطوير نشاطاتها لاسيما في ميادين العلاج والتكوين والبحث والمسعى الاجتماعي والاتصال الداخلي والخارجي وتسيير منظومة الإعلام .
- مشروع نوعية

د – المؤسسات الصحية العمومية المختلطة أو ذات الطابع الخاص :

ندرج ضمن هذه المؤسسات العمومية للصحة بعض المؤسسات الأقل شيوعا ، والتي أنشأت بغرض التكفل الصحي المتخصص ، واضطلاعها بمهام وطنية ذات طابع تشاركي أو اتفاقي أو محدد ، تتواجد على مستوى جهوي أو وطني حسب مقتضيات الانشاء أو الخصوصيات التقنية . تمثل دعامات وطنية وأقطاب موجهة في مجال الصحة العمومية ومرجعا في مهامها التي أحدثت من اجلها.

1– المراكز الإستشفائية الجامعية : أنشأ المرسوم التنفيذي رقم 97 –467 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 هـ الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997 م المحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها[1]. وعرفت المادة الثانية منه المركز الاستشفائي الجامعي بأنه مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تنشأ بناءا على إقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي .يخضع إنشائه وفق المادة 09 للشروط الأتية :

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 10 شعبان عام 1418 هـ الموافق لـ10 ديسمبر سنة 1997م، العدد 81 .

- توفر موارد مادية وطاقات بشرية بعدد كافي تثبت الكفاءة المطلوبة لضمان نشاطات العلاج لاسيما المستوى العالي والتكوين في مرحلتي التدرج وما بعد التدرج والبحث .
- وجود هياكل أساسية وتجهيزات علمية وتربوية وتقنية صالحة لاستقبال الأساتذة والطلبة.

حددت مهامها في الباب الأول منه بمهام التشخيص والكشف والعلاج والوقاية والدراسة والبحث بالتعاون مع مؤسسات التعليم أو التكوين العالي في علوم الطب المعنية .

2- المستشفى المختلط : حيث أنشأ بمقتضى مرسوم رئاسي رقم 18-114 مؤرخ في أول شعبان عام 1430 هـ الموافق لـ 17 أبريل سنة 2008 م المحدد للقانون الأساسي النموذجي[1] . ينص في مادته الثالثة على أنه مؤسسة عمومية للصحة توضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة ، يتم تسييره من طرف وزارة الدفاع الوطني والوزارة المكلفة بالصحة . على أنه يمكن تعيين بصفة مستشفى مختلط كل مؤسسة عمومية للصحة ، بموجب قرار وزاري مشترك بين وزير الدفاع الوطني والوزير المكلف بالصحة ، كما نوهت المادة السادسة إلى مهامه المفصلة لاسيما الوقاية والتشخيص والاستقصاء والعلاجات والخبرة الطبية لفائدة السكان المدنيين وكذا مستخدمي وزارة الدفاع الوطني . يضم مجلس الادارة وهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي . يزاول مهامه في ميدان التكفل الصحي ، ويعتبر دعما كبيرا من طرف وزارة الدفاع الوطني للرفع من جودة الخدمات الصحية العمومية ، بإسناد الخبرات والكفاءات والتجهيزات .

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 02 شعبان عام 1439 هـ الموافق 18 أبريل سنة 2018 م ،العدد 22

3- المؤسسة الاستشفائية الجامعية وهران :

أنشات بمقضى المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 14 جمادى الثانية عام 1424 هـ الموافق 13 غشت سنة 2003 م ، يتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهران وتنظيمها وسيرها [1]. حيث تنص المادة الثانية منه على أنها مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ، كما أنها ذات طابع خاص . وتعتبر أداة لتنفيذ السياسة الوطنية للصحة كما جاء في المادة الرابعة لاسيما في ميدان العلاج ذي المستوى العالي والسياسة الوطنية للتكوين العالي والبحث الطبي . يسيرها مجلس إدارة ويتولى إدارتها مدير عام ، يساعده مجلس علمي .

4- المؤسسات الاستشفائية لطب العيون :

وهي مؤسسات عمومية ذات طابع خاص أنشأت بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 12-281 المؤرخ في 19 شعبان عام 1433هـ الموافق لـ 09 يوليو سنة 2012 م المتضمن انشاء مؤسسات استشفائية لطب العيون وتنظيمها وسيرها [2]. والذي أنشأ فيه المؤسسات بولايتي ورقلة والجلفة ، وألحقت بعدها الولايات الأخرى . حسب المادة الثالثة منه تتولى التكفل بأمراض العيون في اطار السياسة الوطنية للصحة . يسيرها مجلس إدارة ويتولى إدارتها مدير عام يساعده مجلس طبي .

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 14 جمادى الثانية عام 1424 الموافق 13 غشت سنة 2003 ،العدد 48

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 25 شعبان عام 1433 هـ الموافق لـ 15 يوليو سنة 2012م، العدد 41

المطلب الثالث : تنظيم المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر

تشترك المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر في أهدافها وتتكامل ، لكن تختلف من حيث الطبيعة والمهام الموكلة لها ، تبعا لذلك فإن تنظيمها الداخلي يتشابه ولا يتطابق ، عدا الخصوصيات حسب طبيعة المهام الموكلة . حيث يتشابه إلى حد بعيد تنظيم المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية مع المستشفى المختلط من حيث المجالس والمهام في حين هناك إضافي كممثلين لوزارة الدفاع الوطني ومصالح الصحة العسكرية في عضوية مجلس الإدارة. وكذا انتماء مدير المستشفى لمصالح الصحة العسكرية .

الحال ذاته من حيث التنظيم بين المراكز الاستشفائية الجامعية و المؤسسة الاستشفائية بوهران ، تتواجد نفس هياكل التسيير ضمن التنظيم غير أن للأولى لجان استشارية ، أما الأخيرة يضم لجان مصالحة ووساطة وكذا لجنة الاشراف على مشروع المؤسسة . فيما يتشابه تنظيم المؤسسات الاستشفائية مع المؤسسات الاستشفائية لطب العيون ، والتي بدورها لها تنظيمات مشتركة مع مؤسسات استشفائية متخصصة إلى حد ما .

نتناول فيما يأتي أهم أشكال التنظيم المتواجد على مستوى المؤسسات العمومية للصحة السالفة الذكر ، بغرض التعرف على تشكيلة المجالس والتسيير . على سبيل الإستدلال لا الحصر.

الفرع الأول : المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية

أولاً – مجلس الإدارة :

ضم الفصل الثالث من المرسوم التنفيذي 07-140[1] في قسمه وفرعه الأول تشكيلة ومهام مجلس الإدارة وتنظيمه وسيره ، بالنسبة للمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية ، الذي تمتد عهدة أعضائه ثلاث سنوات قابلة للتجديد ، يتولى المدير أمانة المجلس ويحضر مداولاته برأي إستشاري . يجتمع المجلس في دورة عادية مرة كل ستة (06) أشهر كما يمكنه الاجتماع في دورة غير عادية بناءا على استدعاء من رئيسه أو بطلب من ثلثي (2/3) أعضائه .

ثانياً– المدير :

يعين وتنهى مهامه وفق المادة 19 من المرسوم التنفيذي 07-140 بقرار من الوزير المكلف بالصحة ،مسؤول عن السير الحسن للمؤسسة ، ويمكنه تفويض إمضائه تحت مسؤوليته لأحد مساعديه الأربعة (04) المعينين بموجب قرار وزاري من الوزير المكلف بالصحة .

ثالثاً– المجلس الطبي :

حددت المواد من 24 إلى 27 من المرسوم التنفيذي 07-140 مهام وتشكيلة المجلس الطبي وسيره ، يكلف بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وابداء رأيه الطبي والتقني ، كما يقترح

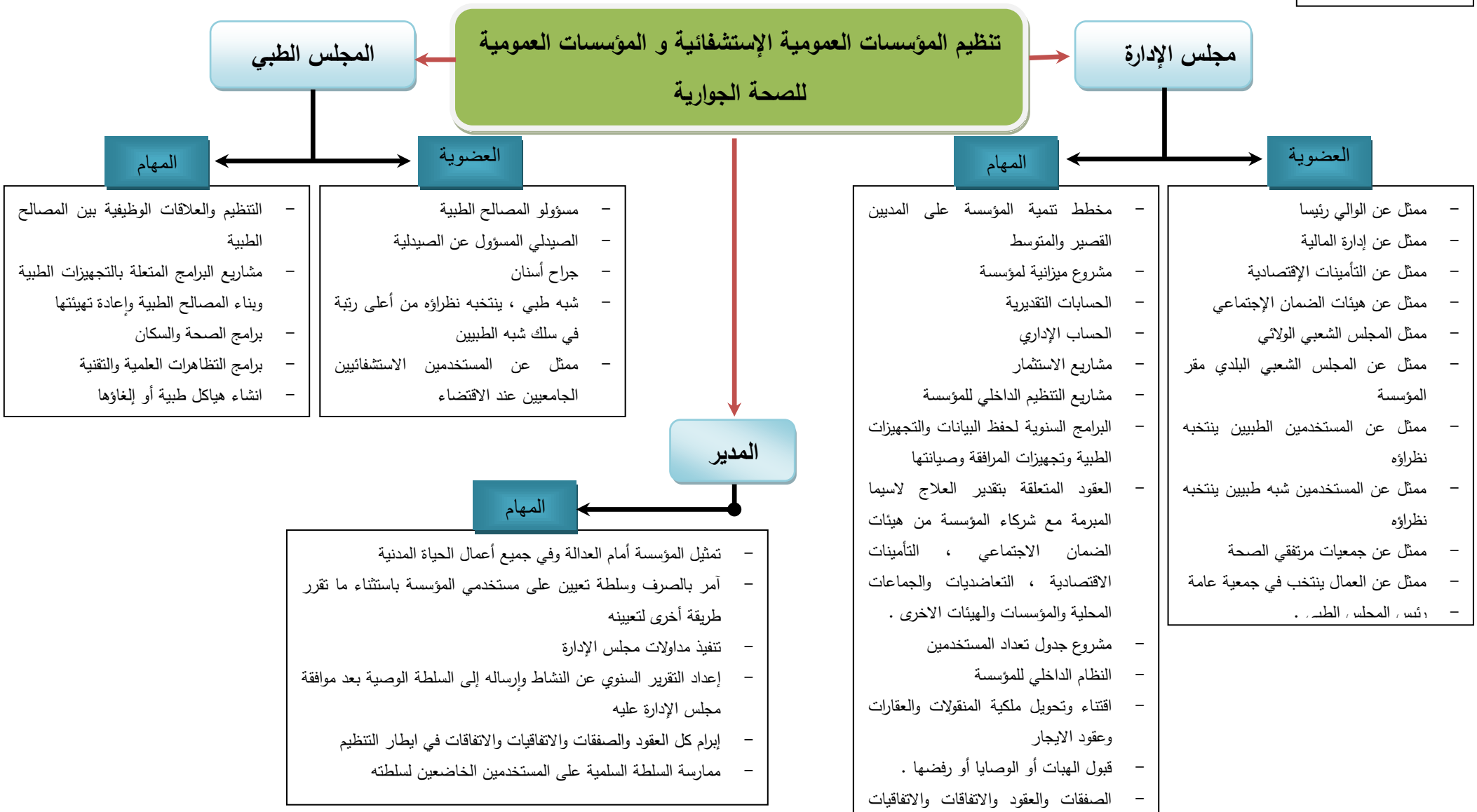
---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 03 جمادى الأولى عام 1428 هـ الموافق لـ 20 مايو سنة 2007 م ، العدد 33 .

كل التدابير التي من شانها تحسين تنظيم المؤسسة ، لاسيما ما يتعلق بالعلاج والوقاية ، وكذا ما يخطرهم به مدير المؤسسة في المسائل ذات الطابع العلمي والطبي او التكويني. تمتد عهدة اعضاؤه لمدة ثلاث (03) سنوات قابلة للتجديد وينتخب رئيسا ونائبا له من بين أعضائه، يجتمع في دورة عادية مرة واحدة كل شهرين بطلب من رئيسه أو في دورة غير عادية بناء على طلب من رئيسه أو أغلبية اعضائه أو من مدير المؤسسة . كما يعد نظامه الداخلي أثناء إجتماعه الأول ويصادق عليه .

يوضح الشكل (1-1) أدناه التنظيم المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و المؤسسات العمومية الإستشفائية :

شكل رقم (1-1)



المصدر : من إعداد الباحث المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 هـ الموافق 19 مايو سنة 2007 م ، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها

الفرع الثاني : المؤسسات الإستشفائية المتخصصة

أولاً – مجلس الإدارة :

في الباب الثاني المرسوم التنفيذي رقم 97 – 465 ، وفي الفصل الأول حدد التنظيم الإداري المتكون من مجلس الإدارة من المواد 10 إلى 16 منه المتضمنة تشكيلته وصلاحياته وتسييره ، ويشارك المدير في مداولات المجلس بصوت استشاري ويتولى أمانته ، وتدوم عهدة المجلس مدة ثلاث (03) سنوات قابلة للتجديد .

ثانياً – المدير :

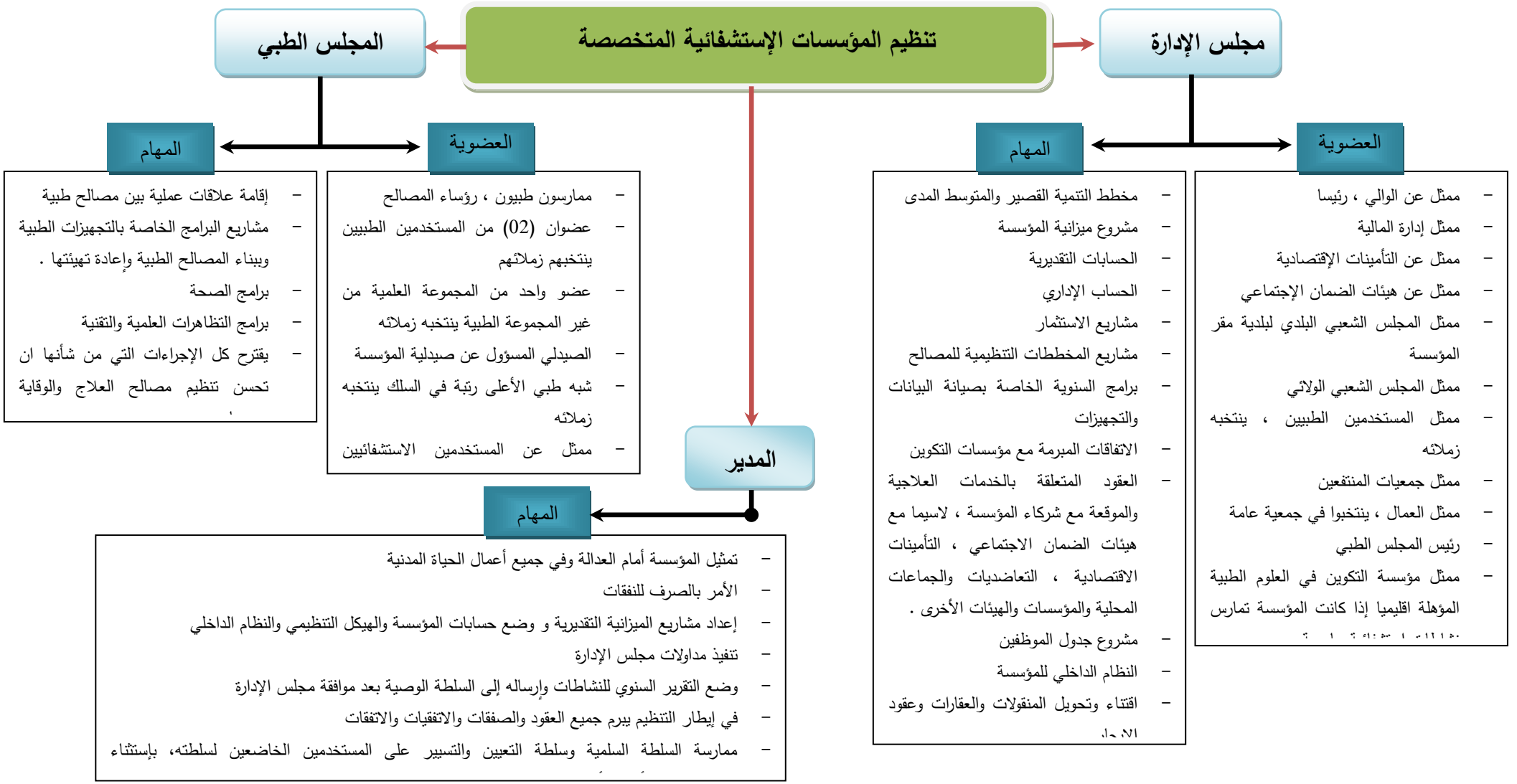
أما الفصل الثاني بمواده من 17 إلى 19 المرسوم التنفيذي رقم 97 – 465 حدد أنشطة وصلاحيات المدير الذي يعين وتنهى مهامه بموجب قرار من الوزير المكلف بالصحة يساعده مديرون مساعدون في تأدية مهامه وقد يفوضهم في الإمضاء .

ثالثاً – المجلس الطبي :

في الفصل الثالث منه بمواده من 20 إلى 23 المرسوم التنفيذي رقم 97 – 465 تشكيلة ومهام المجلس الطبي .تبعا للمادة 21 منه فإن المجلس الطبي .وينتخب المجلس الطبي رئيسا ونائبا له من بين أعضائه لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد ،ويكلف المجلس الطبي وفق المادة 20 منه بإصدار آراء تقنية سبق أن أشارت إليه المادة 09 منه بأنها إستشارية ، كما يمكن للمدير أن يطلع المجلس الطبي بكل امر ذي طابع طبي ، علمي أو تكويني .

يوضح الشكل **(1–2)** أدناه تنظيم المؤسسات الاستشفائية المتخصصة :

شكل رقم (1-2) : تنظيم المؤسسات الإستشفائية المتخصصة



المصدر : من إعداد الباحث إستناداً على المرسوم التنفيذي رقم 97 – 465 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 ه الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997 م الذي حدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

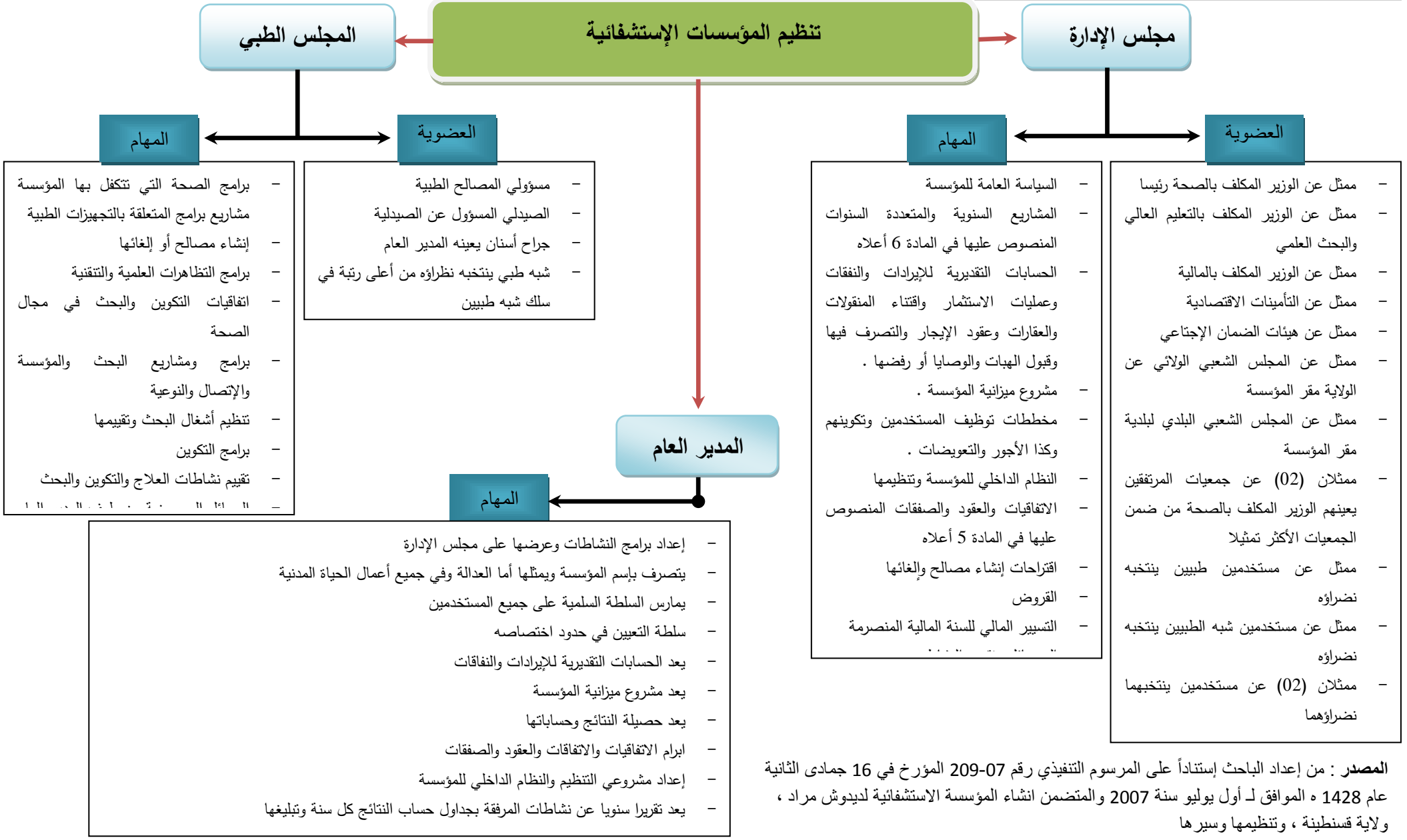
الفرع الثالث : المؤسسات الإستشفائية

أولاً- مجلس الإدارة :تعتبر المادة 07 المرسوم التنفيذي رقم 07-209 أن المؤسسة يسيرها مجلس الإدارة ويديرها مدير عام يساعده في ممارسة مهامه مجلس طبي .وقد فصل القسم الأول من الفصل الثالث منه بمواده من 08 إلى 14من المرسوم التنفيذي رقم 07-209 تشكيلة وعضوية مجلس الإدارة لعهدة تمتد لثلاث (03) سنوات قابلة للتجديد ، يتولى المدير العام للمؤسسة أمانة المجلس ويشارك في إجتماعاته بصوت استشاري .يتداول مجلس الإدارة مرة في السنة على الأقل حول سياسة المؤسسة فيما يخص حقوق المرتفقين ونوعية الاستقبال والتكفل بالمرضى ، يصادق على نظامه الداخلي خلال دورته الأولى ، يدرس كل المسائل المعروضة عليه من الوزير الوصي أو المدير العام .

ثانياً- المدير العام :حدد القسم الثاني مهام وصلاحيات المدير العام في مواده من 15 إلى 18 من المرسوم التنفيذي رقم 07-209.الذي يعين وتنهى مهامه بموجب مرسوم رئاسي ويساعده امين عام ومديرون معينون بموجب قرار من الوزير المكلف بالصحة ، يعمل على تحقيق الأهداف المنوطة بالمؤسسة وتنفيذ البرامج المحددة من مجلس الإدارة . في ظل التشريع والتنظيم يتولى تسيير المؤسسة .

ثالثاً -المجلس الطبي :فصل القسم الثالث منه في مواده من 19 إلى 21 من المرسوم التنفيذي رقم 07-209 تشكيلة ومهام وسير المجلس الطبي ، يعد المجلس الطبي نظامه الداخلي خلال دورته الأولى ويصادق عليه ، ويجتمع في دورة عادية مرة واحدة كل شهرين بناء على طلب من رئيسه ، أو غير عادية بطلب من الرئيس أو المدير العام أو أغلبية أعضائه . يوضح الشكل أدناه تنظيم المؤسسات الاستشفائية :

شكل رقم (1-3) تنظيم المؤسسات الإستشفائية



المصدر : من إعداد الباحث إستناداً على المرسوم التنفيذي رقم 07-209 المؤرخ في 16 جمادى الثانية عام 1428 ه الموافق لـ أول يوليو سنة 2007 والمتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية لديدوش مراد ، ولاية قسنطينة ، وتنظيمها وسيرها

الفرع الرابع : المراكز الإستشفائية الجامعية

تنص المادة 12 من المرسوم التنفيذي رقم 97 -467 [1]، على أن المركز الاستشفائي الجامعي يديره مجلس الإدارة ويسيره مدير عام يتم مساعدته بلجنة استشارية في فترة بين دورات المجلس العلمي ، ويزود بجهاز استشاري يدعى " المجلس العلمي " .

أولاً- مجلس الإدارة : يشارك المدير العام للمركز بصوت استشاري ويتولى أمانته ، ويعين أعضاء المجلس لعهدة مدتها 03 سنوات بقرار من الوزير المكلف بالصحة .

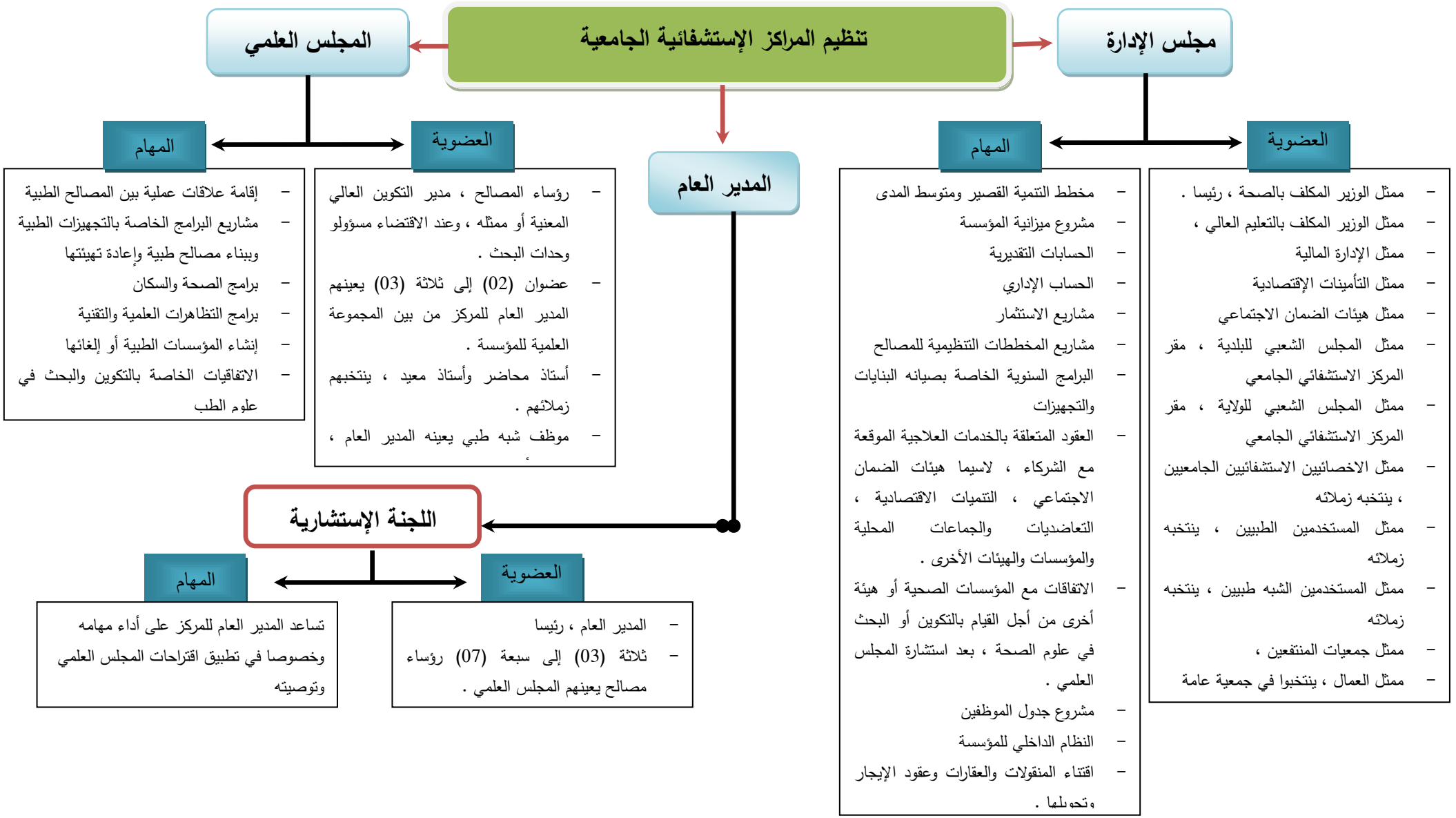
ثانياً- المجلس العلمي :يتشكل المجلس العلمي وفق المادة 24 من المرسوم التنفيذي رقم 97 - 467 لمدة 03 سنوات قابلة للتجديد وينتخب من بين أعضائه رئيسا ، ويكلف المجلس العلمي زيادة على منصوص المادة 23 منه ،بإقترح كل الإجراءات التي لها علاقة بنشاطات المصالح والتي من شانها أن تحسن تنظيم مصالح العلاج والوقاية وسيرها وتوزيع المستخدمين . كما يشارك في إعداد برامج التكوين والبحث في علوم الطب ويقدر نشاط المصالح في ميدان علاج والتكوين والبحث . وأي استشارة ذات طابع طبي أو علمي أو تكويني من طرف مدير المركز .

ثالثاً- اللجنة الاستشارية : وهي ما حددها الفصل الرابع منه بمواده من 27 إلى 30 ، حيث تساعد المدير العام للمركز على أداء مهامه ، كما يمكن توسيع إجتماعات اللجنة الاستشارية بمبادرة من المدير العام أو من أغلبية أعضاء اللجنة الاستشارية لتشمل الأمين العام ومديري هياكل المؤسسة . يوضح الشكل أدناه تنظيم المراكز الاستشفئية الجامعية .

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 10 شعبان عام 1418 هـ الموافق لـ10 ديسمبر سنة 1997م ، العدد 81 .

شكل رقم (1-4) : تنظيم المراكز الإستشفائية الجامعية



المصدر : من إعداد الباحث إستناداً على المرسوم التنفيذي رقم 97 -467 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 ه الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997 م المحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها

المبحث الثاني : المهن الطبية في الصحة العمومية

يعتبر الطب من أقدم المهن ممارسة لتعلقه بجسم الانسان وارتباطه بالحياة ، فكل الأعراف تقر بقداسة الروح والسعي لسلامتها ، على الجانبين النفسي والعضوي . وكل الحضارات صدرت لنا أسماء لامعة كان لها الفضل في بعث العلوم الطبية قبل الميلاد ، دونت تجاربهم وملاحظاتهم التي اتخذت كمرجع بعد تطور الكتابة والترجمة، مع انشاء المكتبات والمعاهد المخصصة .

المطلب الأول : الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية

صنف الأمر رقم 66 – 65 مؤرخ في 13 ذي الحجة عام 1385 هـ الموافق 04 أبريل سنة 1966 م يتعلق بتنظيم مهن الأطباء والصيدليين وجراحي الأسنان والقابلات [1] في مادته الثانية ،على أن الأطباء والصيدليين وجراحي الأسنان والقابلات في صفة الموظفين التابعين للدولة، ويخضعون إلى القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية ، يكرس نشاطهم لصالح مرفق عمومي أو استشفائي . كما حدد هذا الأمر نظام العمل وكذا أسس في مادته الحادية عشرة منظمة تمثل المهن الطبية والصيدلانية ومهنة طب الأسنان تدعى الاتحاد الطبي الجزائري ، وفي مادته الثانية عشرة أسس مجلسا أعلى للصحة العمومية يرئسه وزير الصحة العمومية . وأعقب في ذات العدد من الجريدة الرسمية بالمرسوم رقم 66–67 المؤرخ في 13 ذي الحجة عام 1385 هـ الموافق 04 أبريل سنة 1966 م المتعلق بكيفيات تطبيق الأمر المتضمن تنظيم ممارسة مهن الأطباء والصيدليين وجراحي الأسنان والقابلات [2].والذي حدد أنظمة الدوام وكيفيات ممارسة

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 14 ذو الحجة عام 1385 هـ الموافق 05 ابريل سنة 1966 م ، العدد27 .

[2] المرجع نفسه

الأنشطة في الوحدات الطبية أو المصالح أو المنظمات العمومية المدنية والعسكرية المذكورة في المادة 02 منه وكذا الأنشطة الخاصة .

حدد القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 هـ الموافق لـ 16 فبراير سنة 1985 م المتعلق بحماية الصحة وترقيتها[1] في الباب السادس (06) المعنون بمستخدموا الصحة في فصله الأول المتعلق بالقواعد العامة التي تطبق على مهن الصحة ، وفي القسم الأول لاسيما المادة 195 منه التي نصت بأنه يتعين على الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان القيام بما يأتي:[2]

- السهر على حماية صحة السكان بتقديم العلاج الطبي الملائم
- المشاركة في التربية الصحية
- القيام بتكوين مستخدمي الصحة وتحسين مستواهم وتجديد معلوماتهم ، والمشاركة في البحث العلمي .

كما اضافت المادة 177 من القانون 18-11 المتعلق بالصحة ، أنه يتعين على مهني الصحة الممارس الطبي ، زيادة على إلتزاماته القانونية الاساسية و التنظيمية ، التصريح للسلطات الصحية بكل حدث ذي خطر أو غير مرغوب فيه عن استعمال الأدوية او المستلزمات الطبية أو المنتوجات المسببة للتسممات ، مع المشاركة في الأعمال التقييمية بخصوص اليقظة والاستعمال الجيد للمواد الصيدلانية والعتاد ، كما أكدت على السجل الطبي للمريض وتحيينه مع احترام الممارسات الحسنة للوصف والمشاركة في اقتصاد الصحة .

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 27 جمادى الأولى عام 1405 هـ الموافق 17 فبراير 1985 م ، العدد 08 .

[2] المرجع نفسه .

كما حدد المرسوم التنفيذي رقم 09 – 393 المؤرخ في 24 نوفمبر سنة 2009 القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية [1] .

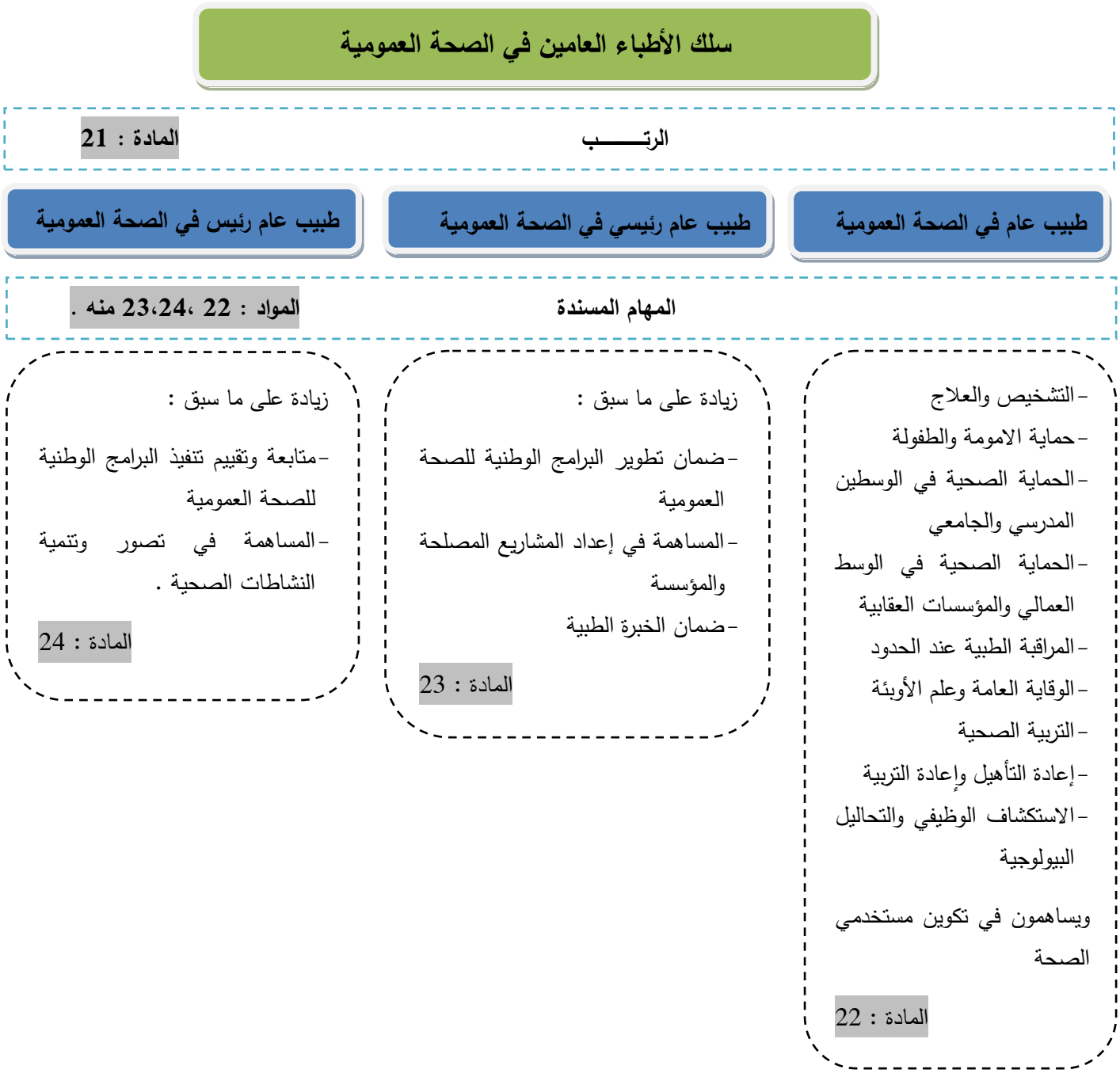
في الباب الثاني بعنوان مدونة الأسلاك وفي مادته العشرين ، ينظم المرسوم الممارسون الطبيون العامون في الصحة العمومية في ثلاث أسلاك :

- سلك الأطباء العامين في الصحة العمومية –الشكل رقم (1–5)
- سلك الصيادلة العامين في الصحة العمومية –الشكل رقم (1–6)
- سلك جراحي الأسنان العامين في الصحة العمومية –الشكل رقم (1–7)

كما تحتوي هذه الرتب على مناصب عليا ، توضح المواد من 48 – 55 تلك المناصب و المهام المسندة بهم في الشكل (1–8).

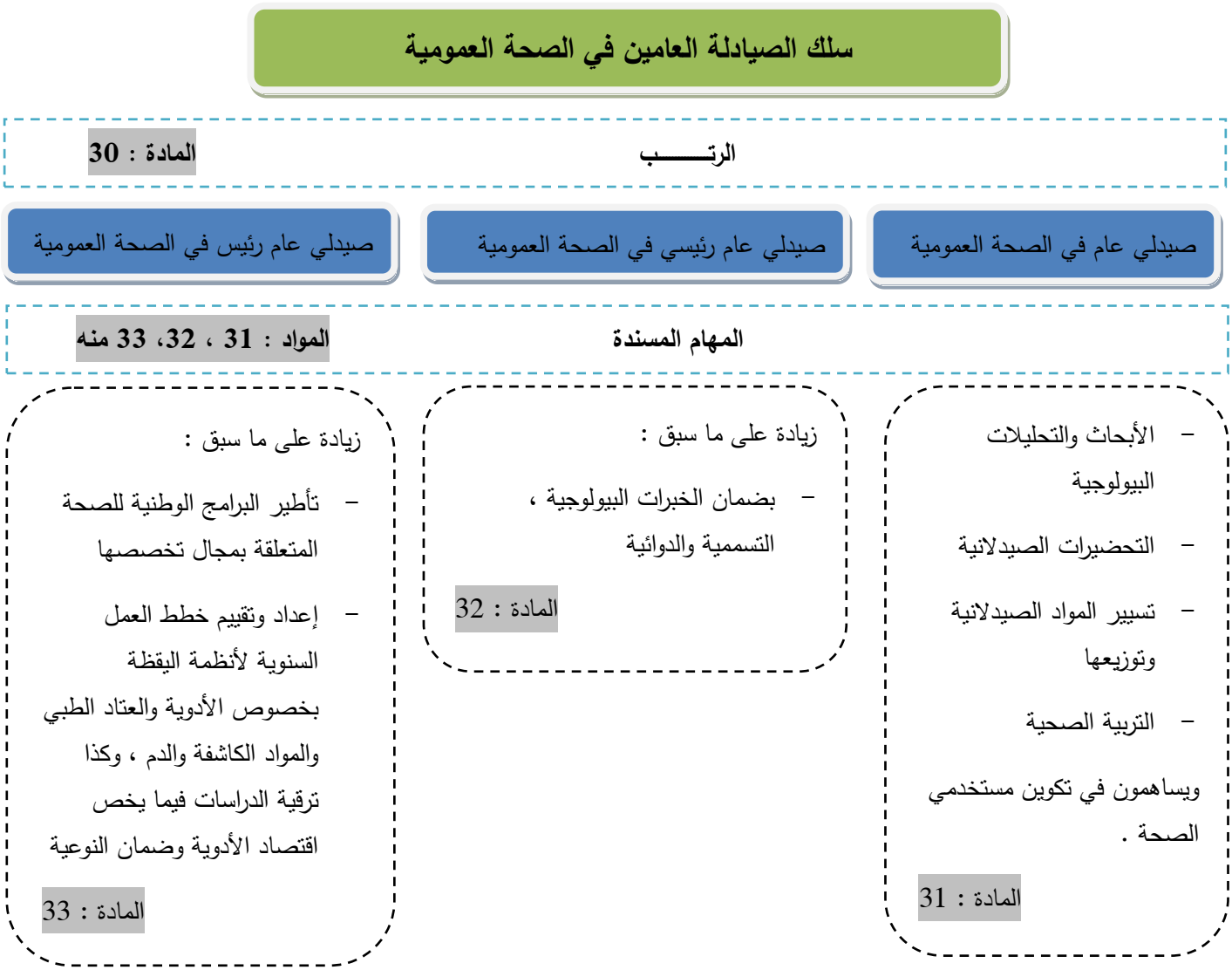
[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 12 ذو الحجة عام 1430 هـ الموافق 29 نوفمبر سنة 2009 م ، عدد 70 .

شكل رقم (1-5) : رتب ومهام سلك الأطباء العامين في الصحة العمومية



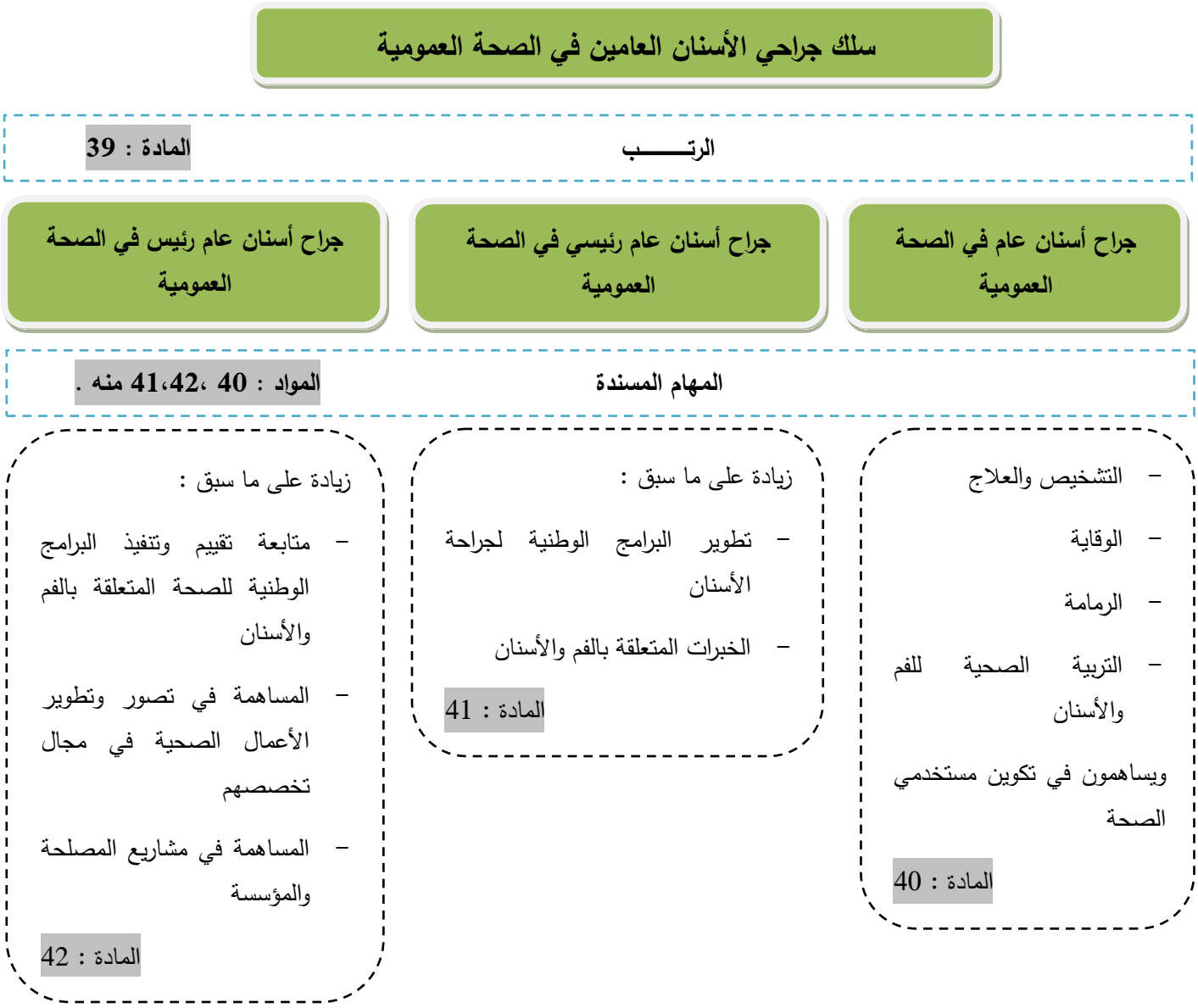
المصدر : من إعداد الباحث ، بناءاً على المرسوم التنفيذي رقم 09 – 393 المؤرخ في 24 نوفمبر سنة 2009 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية.

شكل رقم (1-6) : رتب ومهام سلك الصيادلة العامين في الصحة العمومية



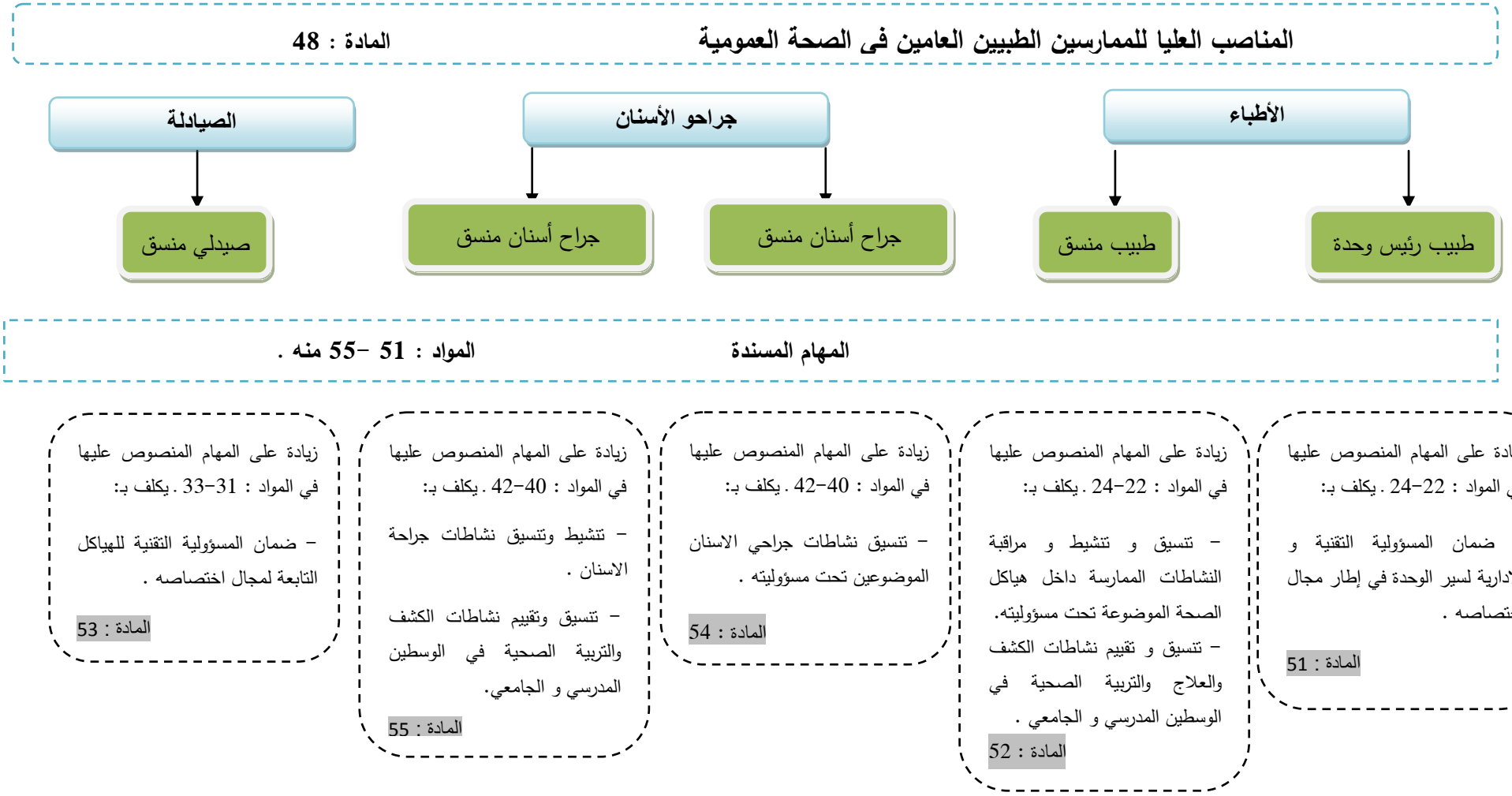
المصدر : من إعداد الباحث ، بناءاً على المرسوم التنفيذي رقم 09 – 393 المؤرخ في 24 نوفمبر سنة 2009 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية.

شكل رقم (1-7) : رتب ومهام سلك جراحي الأسنان العامين في الصحة العمومية



المصدر : من إعداد الباحث ، بناءاً على المرسوم التنفيذي رقم 09 – 393 المؤرخ في 24 نوفمبر سنة 2009 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية.

شكل رقم (1-8) : قائمة المناصب العليا للممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية



المصدر : من إعداد الباحث ، بناءاً على المرسوم التنفيذي رقم 09 – 393 المؤرخ في 24 نوفمبر سنة 2009 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية.

المطلب الثاني : الممارسين الطبيين المتخصصون في الصحة العمومية

خص المشرع الجزائري الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية بمرسوم تنفيذي رقم 09 -394 المؤرخ في 24 نوفمبر سنة 2009 والذي يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لسلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية [1]. الذي ضم خمسة أبواب : الباب الأول : يحوي ستة فصول تتعلق بمجال التطبيق ، الحقوق والواجبات ، التوظيف والترسيم والترقية في الرتب والدرجات ، الوضعيات القانونية الأساسية ، التكوين ، والأحكام العامة للادماج ، الباب الثاني يضم فصل واحد ، بالنسبة للأحكام الخاصة من حيث تحديد المهام وشروط التوظيف والترقية والأحكام الانتقالية ، الباب الثالث يتعلق بشرح الأحكام المطبقة على المناصب العليا من حيث تحديد المهام وشروط التعيين والأحكام الانتقالية .عبر ثلاثة فصول ، الباب الرابع يتم فيه تصنيف الرتب والزيادة الاستدلالية للمناصب العليا ، يضم فصلين.

أما الباب الخامس يتعلق بالأحكام الختامية من حيث إلغاء الأحكام المخالفة له وتاريخ سريانه المحدد في المادة 44 منه ابتداءا من أول يناير 2008 . حددت المادة 18 منه رتب الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية في ثلاثة رتب ، مع إستحداث رتبة ممارس متخصص رئيس مميز . موضحة في الشكل رقم (1-9):

- رتبة ممارس اخصائي مساعد
- رتبة ممارس أخصائي رئيسي
- رتبة أخصائي رئيس

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 12 ذو الحجة عام 1430 هـ الموافق 29 نوفمبر سنة 2009 ، العدد 70 .

شكل رقم (1-9) :رتب ومهام سلك الأطباء المتخصصين في الصحة العمومية

سلك الأطباء المتخصصين في الصحة العمومية

الرتـــــــب **المادة : 18 ، 23**

- رتبة ممارس اخصائي مساعد
- رتبة ممارس أخصائي رئيسي
- رتبة أخصائي رئيس
- ممارس متخصص رئيس مميز

المهام المسندة **المواد : 19 منه .**

- التشخيص والعلاج والمراقبة والبحث في مجال العلاج والوقاية وإعادة التأهيل والكشف الوظيفي والبحث المخبري والخبرات الطبية والدوائية وتلك المتعلقة بالفم والأسنان .
- المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة .
- بالاضافة إلى امكانية استدعائهم للقيام بمهام تسيير وتقييم وتأطير مشاريع المصلحة ، برامج الصحة و مشاريع المؤسسة

المناصب العليا **المواد : 28 منه .**

- رئيس وحدة
- رئيس مصلحة
- طبيب عمل مفتش

المهام المسندة **المواد : 31، 32، 33 منه .**

زيادة على ما سبق :

- السهر على حسن سير الوحدة المكلف بها .
- اقتراح كل المناهج التي من شانها تحسين نشاطات العلاج والبحث والتأطير على مستوى الوحدة إلى رئيس المصلحة
- المساهمة في تقييم مستخدمي الوحدة
- إعداد وارسال تقارير نشاطات الوحدة إلى رئيس المصلحة
- السهر على الانضباط داخل الوحدة .

المادة : 31

زيادة على ما سبق :

- السهر على حسن سير المصلحة المكلف بها .
- اقتراح برنامج نشاطات المصلحة بغرض تحسين نشاطات العلاج والبحث والتأطير على مستوى المصلحة ، كل بداية سنة للمجلس الطبي بالمؤسسة .
- اقتراح كافة المناهج التي من شانها تحسين سير المصلحة
- تقييم المستخدمين التابعين له
- إعداد وإرسال تقرير سداسي حول تنفيذ برنامج النشاطات إلى السلطة السلمية .
- السهر على الانضباط داخل المصلحة .

المادة : 32

زيادة على ما سبق :

- القيام بالتزاماته في مجال المراقبة الطبية وظروف العمل والتنظيم والتكوين والاستشارة طبقا للتنظيم المعمول به
- وصف تنظيم المؤسسة وكذا علاقتها بالمصالح الخارجين المكلفة بالوقاية والمراقبة
- توجيه وتنسيق عمل أطباء العمل
- مراقبة وضمان التفتيش المتضمن
- تنظيم هياكل طب العمل وسيرها

المادة : 33

المصدر : من إعداد الباحث ، بناءاً على المرسوم تنفيذي رقم 09 -394 المؤرخ في 24 نوفمبر سنة 2009 والذي يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لسلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية.

المطلب الثالث : الأساتذة الإستشفائيين الجامعيين

تضمن المرسوم التنفيذي رقم 91 – 471 المؤرخ في 30 جمادى الأولى 1412 هـ الموافق لـ 7 ديسمبر سنة 1991 م ، القانون الأساسي الخاص بالأطباء المتخصصين الاستشفائيين الجامعيين [1]، في فصله الثاني الحقوق والواجبات ، كما حدد في الفصل الرابع لاسيما المادة 17 منه أسلاكهم ، في حين أشارت المواد 18 ، 19 ، 20 الفقرة الثانية مهامهم في ميدان العلاج .

إلا أن أخر تحديث وتعديل طرأ على سلك الأساتذة الباحثين الجامعيين ، صدر بالمرسوم التنفيذي رقم 08- 129 المؤرخ في 27 ربيع الثاني عام 1429 هـ الموافق لـ 3 مايو سنة 2008م، يتضمن القانون الاساسي الخاص بالأستاذ الباحث الاستشفائي الجامعي [2].

حيث حدد في المادة 26 منه مدونة الأسلاك التي تضم ثلاث (03) اسلاك ، لها مهام مسندة في ميدان التعليم وكذا في مجال الصحة ، يوضح الشكل ادناه الرتب والأسلاك مرفقة بالمهام .

يوضح الشكل (1-10) أدناه أسلاك ورتب الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين وكذا المهام المسندة لكل رتبة .

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية : المؤرخة في 15 جمادى الثانية عام 1412هـ الموافق 22 ديسمبر سنة 1991 ، العدد 66 .

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية : المؤرخة في 28 ربيع الثاني عام 1429 هـ الموافق 04 مايو سنة 2008 . العدد 23 .

شكل رقم (1-10)

مهام ورتب أسلاك الأساتذة الباحثين الاستشفائيين الجامعيين

سلك الأساتذة المساعدين الاستشفائيين الجامعيين	سلك الأساتذة المحاضرين الاستشفائيين الجامعيين	سلك الأساتذة الاستشفائيين الجامعيين
الرتـــــب		المادة : 27
أستاذ مساعد استشفائي جامعي	الأستاذ المحاضر الاستشفائي الجامعي من قسم "ب"	الأستاذ المحاضر الاستشفائي الجامعي من قسم "أ"	رتبة أستاذ استشفائي جامعي
المهام المسندة في مجال الصحة			المواد : 29- 38- 42 – 51
- ضمان كل علاج مرتبط بكفاءته ، وخاصة العلاج الاختياري والعلاج ذا المستوى العالي . - ضمان خدمات الصحة ذات الصلة باختصاصه في المؤسسات والهياكل الاستشفائية الجامعية . - المساهمة في تحسين فاعلية المنظومة الوطنية الصحية عن طريق تنفيذ برامج النشاطات الصحية . - المساهمة في تسلسل العلاج من علاج اختياري وعلاج ذو مستوى عال	- ضمان خدمات الصحة ذات الصلة باختصاصه في المؤسسات والهياكل الاستشفائية الجامعية . - ضمان كل علاج مرتبط بكفائته وخاصة العلاج الاختياري والعلاج ذا المستوى العالي . - المساهمة في تحسين فاعلية المنظومة الوطنية الصحية عن طريق تنفيذ برامج النشاطات الصحية . - المساهمة في تسلسل العلاج من علاج أساسي إلى علاج اختياري وعلاج ذو مستوى عال	- ضمان كل علاج مرتبط بكفاءته ، وخاصة العلاج الاختياري والعلاج ذا المستوى العالي . - ضمان خدمات الصحة ذات الصلة باختصاصه في المؤسسات والهياكل الاستشفائية الجامعية . - المساهمة في تحسين فاعلية المنظومة الوطنية الصحية عن طريق التصور وإعداد و وضع برامج النشاطات الصحية . - المساهمة في تسلسل العلاج من علاج أساسي إلى علاج اختياري وعلاج ذو مستوى عال	- ضمان كل علاج مرتبط بكفاءته ، وخاصة العلاج الاختياري والعلاج ذا المستوى العالي . - ضمان خدمات الصحة ذات الصلة باختصاصه المطلوبة لدى المؤسسات والهياكل الاستشفائية الجامعية . - المساهمة في تحسين فاعلية المنظومة الوطنية الصحية عن طريق التصور واعداد و وضع برامج النشاطات الصحية . - المساهمة في تسلسل العلاج من علاج أساسي إلى علاج اختياري وعلاج ذو مستوى عال

المصدر : من إعداد الباحث بناءا على بالمرسوم التنفيذي رقم 08- 129 المؤرخ في 27 ربيع الثاني عام 1429 هـ الموافق لـ 3 مايو سنة 2008 م ، يتضمن القانون الاساسي الخاص بالأستاذ الباحث الاستشفائي الجامعي .

المبحث الثالث : الإطار المفاهيمي لتمكين الأطباء

تتشعب في العصر الحالي المصطلحات و مدلولاتها ، حتى يستقر لها مفهوم و محتوى ، تتعرض لكثير من الدراسات و التوظيف في مجالات أخرى . ليبرز موقعها و يتحدد لها توجه يتضمن إتفاقاً معلناً و متداولاً لماهيتها و كذا أسسها ومبادئها . و قد يتوسع مصطلح ما ليشمل جوانب أخرى تندرج ضمن مجالاته و قد يستحدث من الأصل بكناية أو تشبيه كمدلول ما .

المطلب الأول : ماهية التمكين

فالتمكين واسع المحتوى و المفاهيم في المجال الواحد ، إلا أنه وفق الدراسات في العلوم السياسية و الإجتماعية لا سيما المتعلقة بالفكر الإداري ،أن له معالم واضحة و أسس و مبادئ متفق عليها ، حظيت بالكثير من الدراسات البحثية في تأصيل المعنى و تصويب المفاهيم ، خصوصا بعد الفصل بينه و بين مرادفاته أو مشتقاته ، فعادة ما يكون هناك لبس بين التمكين و تفويض الصلاحيات ، و الصلاحيات و السلطة ، وكذا السلطة و المسؤولية . وتبعاً للعلاقة القوية بين التمكين و فهم مكوناته و المصطلحات القريبة منه في المعنى و المبادئ ، كان الأجدر التعريج على أهم المصطلحات التي كانت ولازالت لغير المختصين تشكل عائق أمام تطبيق محتواها و سياساتها ، فجادت الأدبيات العربية و الأجنبية في تبيان مفهوم و محددات كل منهم و مكوناتهم المميزة .

الفرع الاول : مفهوم التمكين

لم يعثر في الأدبيات العربية من شعر أو نثر او كتابات قديمة رغم ثرائها ، استخدام مصطلح تمكين أو مشتقاتها صراحة ، لكنها ربما تكون استخدمت بالمعنى أو الكناية لنفس المفهوم

أو المقصد ، ولأن القران الكريم نزل في العرب للناس عامة معجزة لغوية على اهلها إلى يوم الدين ورد فيه مصطلح التمكين بثراء ، حرفيا وكناية بشكل قد يصعب حصره ، بدأ من خلافة الانسان على الأرض وصولا إلى التسخير ، في الدراسة البلاغية لحذيفة تقي الدين الخطيب المعنونة بالتمكين أسسه وأساليبه وتأكيده على أن القرآن الكريم أضاف القدرة على التصرف كظل جديد للمفردة ، كما أنه عدد في ذلك أحدا عشرة موضعا بإشتقاقاته المتنوعة [1]. تثميناً لما قام به و إزكاءًا في تعداد اللفظ بالقرآن الكريم ، حيث ورد في ستة عشرة موضعا و ثمانية عشرة مرة صراحة ، بمختلف أزمنته وتصريفاته وجذره اللغوي ، قد تحمل معاني لا تكون تحت الظل الذي ظله التي تتطلب الكثير من التخصص ، ويمكن العودة لكتب التفسير في ذلك:

1. ﴿ أَلَمْ يَرَوْا كَمْ أَهْلَكْنَا مِن قَبْلِهِم مِّن قَرْنٍ مَّكَّنَّاهُمْ فِي الْأَرْضِ مَا لَمْ نُمَكِّن لَّكُمْ وَأَرْسَلْنَا السَّمَاءَ عَلَيْهِم مِّدْرَارًا وَجَعَلْنَا الْأَنْهَارَ تَجْرِي مِن تَحْتِهِمْ فَأَهْلَكْنَاهُم بِذُنُوبِهِمْ وَأَنشَأْنَا مِن بَعْدِهِمْ قَرْنًا آخَرِينَ ﴾ سورة الأنعام الآية 6 الجزء 7 ص 128
2. ﴿ وَلَقَدْ مَكَّنَّاكُمْ فِي الْأَرْضِ وَجَعَلْنَا لَكُمْ فِيهَا مَعَايِشَ ۗ قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ ﴾ سورة الأعراف الآية 10 الجزء 8 ص151
3. ﴿ وَإِن يُرِيدُوا خِيَانَتَكَ فَقَدْ خَانُوا اللَّهَ مِن قَبْلُ فَأَمْكَنَ مِنْهُمْ ۗ وَاللَّهُ عَلِيمٌ حَكِيمٌ ﴾ سورة الأنفال الآية 71 الجزء 10 ص 186
4. ﴿ وَقَالَ الَّذِي اشْتَرَاهُ مِن مِّصْرَ لِامْرَأَتِهِ أَكْرِمِي مَثْوَاهُ عَسَىٰ أَن يَنفَعَنَا أَوْ نَتَّخِذَهُ وَلَدًا ۚ وَكَذَٰلِكَ مَكَّنَّا لِيُوسُفَ فِي الْأَرْضِ وَلِنُعَلِّمَهُ مِن تَأْوِيلِ الْأَحَادِيثِ ۚ وَاللَّهُ غَالِبٌ عَلَىٰ أَمْرِهِ وَلَٰكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ ﴾ سورة يوسف الآية 21 الجزء 13 ص 242 .
5. ﴿ وَقَالَ الْمَلِكُ ائْتُونِي بِهِ أَسْتَخْلِصْهُ لِنَفْسِي ۖ فَلَمَّا كَلَّمَهُ قَالَ إِنَّكَ الْيَوْمَ لَدَيْنَا مَكِينٌ أَمِينٌ ﴾ سورة يوسف الاية 54 الجزء 13 ص 242

[1] حذيفة تقي الدين الخطيب ، التمكين ، أسسه وأساليبه ، دراسة بلاغية تطبيقية ، دار الكتب الوطنية ، الطبعة الأولى ، أبوظبي ، 2009 ، ص 14

6. ﴿ وَكَذَٰلِكَ مَكَّنَّا لِيُوسُفَ فِي الْأَرْضِ يَتَبَوَّأُ مِنْهَا حَيْثُ يَشَاءُ ۚ نُصِيبُ بِرَحْمَتِنَا مَن نَّشَاءُ ۖ وَلَا نُضِيعُ أَجْرَ الْمُحْسِنِينَ ﴾ سورة يوسف الاية 56 الجزء 13 ص 242

7. ﴿ إِنَّا مَكَّنَّا لَهُ فِي الْأَرْضِ وَآتَيْنَاهُ مِن كُلِّ شَيْءٍ سَبَبًا ﴾ سورة الكهف الاية 84 الجزء 16 ص 303

8. ﴿ قَالَ مَا مَكَّنِّي فِيهِ رَبِّي خَيْرٌ فَأَعِينُونِي بِقُوَّةٍ أَجْعَلْ بَيْنَكُمْ وَبَيْنَهُمْ رَدْمًا ﴾ سورة الكهف الآية 95 الجزء 16 ص 303

9. ﴿ الَّذِينَ إِن مَّكَّنَّاهُمْ فِي الْأَرْضِ أَقَامُوا الصَّلَاةَ وَآتَوُا الزَّكَاةَ وَأَمَرُوا بِالْمَعْرُوفِ وَنَهَوْا عَنِ الْمُنكَرِ ۗ وَلِلَّهِ عَاقِبَةُ الْأُمُورِ ﴾ سورة الحج الآية 41 الجزء 17 ص 337

10. ﴿ ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَّكِينٍ ﴾ سورة المؤمنون الآية 13 الجزء 18 ص 342

11. ﴿ وَعَدَ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنكُمْ وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ لَيَسْتَخْلِفَنَّهُمْ فِي الْأَرْضِ كَمَا اسْتَخْلَفَ الَّذِينَ مِن قَبْلِهِمْ وَلَيُمَكِّنَنَّ لَهُمْ دِينَهُمُ الَّذِي ارْتَضَىٰ لَهُمْ وَلَيُبَدِّلَنَّهُم مِّن بَعْدِ خَوْفِهِمْ أَمْنًا ۚ يَعْبُدُونَنِي لَا يُشْرِكُونَ بِي شَيْئًا ۚ وَمَن كَفَرَ بَعْدَ ذَٰلِكَ فَأُولَٰئِكَ هُمُ الْفَاسِقُونَ ﴾ سورة النور الآية 55 الجزء 18 ص 357

12. ﴿ وَنُمَكِّنَ لَهُمْ فِي الْأَرْضِ وَنُرِيَ فِرْعَوْنَ وَهَامَانَ وَجُنُودَهُمَا مِنْهُم مَّا كَانُوا يَحْذَرُونَ ﴾ سورة القصص الآية 6 الجزء 20 ص 386

13. ﴿ وَقَالُوا إِن نَّتَّبِعِ الْهُدَىٰ مَعَكَ نُتَخَطَّفْ مِنْ أَرْضِنَا ۚ أَوَلَمْ نُمَكِّن لَّهُمْ حَرَمًا آمِنًا يُجْبَىٰ إِلَيْهِ ثَمَرَاتُ كُلِّ شَيْءٍ رِّزْقًا مِّن لَّدُنَّا وَلَٰكِنَّ أَكْثَرَهُمْ لَا يَعْلَمُونَ ﴾ سورة القصص الآية 57 الجزء 20 ص 386

14. ﴿ وَلَقَدْ مَكَّنَّاهُمْ فِيمَا إِن مَّكَّنَّاكُمْ فِيهِ وَجَعَلْنَا لَهُمْ سَمْعًا وَأَبْصَارًا وَأَفْئِدَةً فَمَا أَغْنَىٰ عَنْهُمْ سَمْعُهُمْ وَلَا أَبْصَارُهُمْ وَلَا أَفْئِدَتُهُم مِّن شَيْءٍ إِذْ كَانُوا يَجْحَدُونَ بِآيَاتِ اللَّهِ وَحَاقَ بِهِم مَّا كَانُوا بِهِ يَسْتَهْزِئُونَ ﴾ سورة الاحقاف الآية 26 الجزء 26 ص 505

15. ﴿ فَجَعَلْنَاهُ فِي قَرَارٍ مَّكِينٍ﴾ سورة المرسلات الآية 21 الجزء 29 ص 581

16. ﴿ ذِي قُوَّةٍ عِندَ ذِي الْعَرْشِ مَكِينٍ ﴾ سورة التكوير الآية 20 الجزء 30 ص 586

إذا يعتبر التمكين مصطلحا قرانيا يحمل الكثير من المعاني وفلسفة في ايلائه وتطبيقه ، يكون تارة بمعنى الاستخلاف وأخرى بمعنى التكليف وبعدها صفة لله عز وجل صاحب السلطة والقرار المتين.

أولاً – لغة : في تفاسير اللغة ، التمكين من فعل مكن، وجاءت في معجم المنجد بمعنى " قوّى ، دعّم، سنّد "[1] وفعل يمكن باللغة الانجليزية empowering تعني منح الاحساس بالسلطة ، أما مكن فهي empower وتدل على التفويض كأن يقال فوض أحدا لفعل شيئ ما [2].

ثانياً – اصطلاحا : التمكين يحتل أهمية كبيرة ، في نتاج أفكار العلوم الإجتماعية المتعلقة بالفرد و العمل ، بغية تحقيق أهداف تجزم على فعالية العامل البشري كونه منطلق التقدم و التغيير نحو الأفضل ، ومن هذه التعاريف :

التعريف الأول : يعتبر الداهري التمكين بأنه مجموعة عمليات يمكن بواسطتها المدراء العاملين من التأثير في جوانب مختلفة للمنظمة عبر تمليك القوة ، وتزويدهم بالمعلومات ومنحهم الصلاحيات وتحميلهم المسؤوليات ، في صنع القرارات بالثقة الكافية ، بجعلهم مشاركين حقيقيين في انجاز المهام واختيار طرق العمل والمشاركة في المعلومات لإيجاد بيئة تعاونية ، لتكون المشاركة في تحقيق الأهداف ممكنة ، وإتاحة تقديم المقترحات والحلول وتنفيذها لإدامة السلوك الإداري الايجابي [3]. يركز في مجمل ما أتى على جانب المشاركة الفعالة و المسؤولة من خلال القوة الممنوحة من طرف المدراء ، بنية إيجاد أرضية خصبة تكون حافزا لتقديم أقصى المجهودات في سبيل النجاح .

التعريف الثاني : يتفق Hellvigel et al .&Schermerhorn et al . بأن التمكين في المنظمات عملية يتم بموجبها منح العاملين السلطة التي تخولهم من اتخاذ القرارات ذات الأثر فيهم

---

[1] المنجد في اللغة العربية المعاصرة ، مرجع سابق، ص 1352

[2] Dictionnaire larousse , français –Anglais , Library of Congress , Diffusion/Sales Houghton Mifflin Company , Boston, 2007, P 314

[3] صالح حسن الداهري ، أساسيات علم النفس الاداري ونظرياته ، دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع ، الطبعة العربية الاولى ، 2015 ،عمان ،ص 251

وفي عملهم[1] . وهذا الموجز الدقيق جدا لم يخض في طرق و أساليب التمكين تبعا لرؤية الباحثين في أصل التمكين كعملية تقوم على منح السلطة المحدودة التي تكون داعما في اتخاذ القرارات ذات الأثر فيهم و المنعكس على عملهم .

التعريف الثالث : التمكين هو" إعطاء الموظفين القوة للاتخاذ القرارات بشأن عملهم ، كإستراتيجية تهدف إلى تحرير الطاقات الكامنة لدى الأفراد ، وإشراكهم في عمليات بناء المنظمة ، باعتبار أن نجاح المنظمة يعتمد على تناغم حاجات الأفراد مع رؤية المنظمة وأهدافها البعيدة "[2] . أين اعتبر التمكين كاستراتيجية تحمل في آلياتها ما يحرر مكنونات الأفراد ذوي الصفات والمهارات المميزة والقادرة على الاندماج في ملك واحد مع اهداف ورؤية المنظمة ، لتحقيق ما تنشد إليه من جهة ، والدفع بقدرات الأفراد من جهة أخرى

مجمل التعاريف ترتكز على توصيف الأدوات التي تجعل من التمكين آلية تتم إذ ما طبقت أدواتها وسبلها . لكنها تتفق في مجملها على أنه هناك علاقة بين التمكين والسلطة وتفويض الصلاحيات ، وبتتبعها تنفك تلك المتشابهات برصد التبعات وتفسير العلاقات التنظيمية والانسانية منها . فيبدو أن جوهرة العلاقة في السلطة التي تعتمد على النطاق واتخاذ الأساليب التي تعمل على ابداء صفة التمكين ظاهرة ممثلة في المشاركة والتحفيز والعمل الجماعي .هنا يتفق البشابشة مع هذا الطرح بمنح الحرية لأفراد المنظمة في اتخاذ القرارات " من خلال توسيع نطاق

---

[1] زكريا مطلك الدوري ، أحمد علي صالح ، إدارة التمكين واقتصاديات الثقة في منظمات الألفية الثالثة ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008 ، ص 13

[2] حسين موسى قاسم البنة ، نعمة عباس الخفاجي ، إستراتيجية التمكين التنظيمي لتعزيز فاعلية عمليات إدارة المعرفة ،دار الأيام للنشر والتوزيع ، الطبعة العربية، عمان، 2014 ، ص 25

تفويض السلطة ، وزيادة المشاركة والتحفيز الذاتي ، والتأكيد على أهمية العمل الجماعي ، وتوفير بيئة تساعد على تطوير الشخصية وتنمية السلوك الإبداعي "[1] .

يمكن استنباط التعريف المقترح التالي من خلال توجيهات ومحتوى التعاريف المتطرق إليها أعلاه: **التمكين هو فكر يتجسد بآليات تبادلية بين صاحب السلطة و الآخرين وفق حدود رسمية أو غير رسمية ، يتم بموجبه مشاركة السلطة واتخاذ القرارات مع الأفراد ذوي السمات القيادية القادرة على دعم السياق العام للمنظمة أو المجموعات البشرية .**

الفرع الثاني : مكونات التمكين

أولاً – تفويض الصلاحيات أو السلطة : على مستوى المنظمة أين تكون العلاقات تتبع شكلا تنظيميا، تمارس فيه القيادة والسلطة من أجل فرض نسق معين في أداء المهام . فإن العلاق يعتبر التفويض بأنه " عملية دفع السلطة إلى الأسفل من الرئيس إلى المرؤوس "[2]. في تعريف موجز منه يحمل طيه الكثير ، فالعملية لا تتم إلا بوجود الطرفين الأساسيين الرئيس والمرؤوس وما يتمتع به الطرف الأول من سلطة تدفع للطرف الثاني ، مركزا على جوهر العملية المتمثل في السلطة وإتجاهها في إشارة إلى أن العملية ليس بالنقل إنما هي بالدفع .

أما الداهري يقول أنه عملية إدارية يتم بموجبها نقل جزء من السلطة أو الصلاحيات إلى شخص ذو مستوى أدنى إداريا ، ويندرج ضمن رؤية المدير وأسلوب عمله لتنفيذ عمل محدد ، وهو أسلوب لمعالجة النظام المركزي .[3]

---

[1] محمد بن زياد الدغيلبي ، التمكين الإداري في مؤسسات التعليم العالي ، دار الحامد للنشر والتوزيع ،الطبعة الأولى، عمان، 2018 ، ص 22

[2] بشير العلاق ، مبادئ الإدارة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة العربية ، 2008، عمان ،ص 226

[3] صالح حسن الداهري ، مرجع سابق ، ص 166

يكمن اللبس المثير في التمييز بين التمكين و تفويض الصلاحيات في مكونات كل منهم ، حيث أن جوهر العمليتان يتعلق بالسلطة و المسؤولية ، كما أشار القحطاني في سبر الفروق بين تفويض السلطة والتمكين . منوها إلى أن التفويض يكون من خلال إعطاء المدير للسلطة ، لكن المسؤولية تبقى على القائم بالتفويض فهي لا تفوض ، في حين أن التمكين يتضمن منح السلطة والمسؤولية[1].

الجدول رقم(1-1) : الفرق بين التفويض والتمكين

التفويض	التمكين
نقل جزء من الصلاحيات للعمال	اتاحت الفرصة لاتخاذ القرارات
في مجالات وبدرجة عمق محددة	تتاح الصلاحيات للمبادرة على نطاق واسع
تبقى المسؤولية على من فوض	النجاح أو الفشل ينسب للعامل الممكن
يتضمن قيادة العامل	القيادة تكون ذاتية
المعلومات تتاح بقدر مجال التفويض	المعلومات تتاح على الشيوع بين الرئيس والمرؤوس
السحب حالة الخطأ	معالجة الخطأ ومسبباته
قد يكون مؤقتا ، ويلغى أو يعدل نطاقه	يعتبر قناعة وخيارا استراتيجيا مستمرا

المصدر : محمد بن زياد الدغيلبي،مرجع سابق، ص ص 59 –60 .

ثانياً – السلطة : السلطة باللغة الفرنسية هي pouvoir وتعني القدرة والقوة والإمكانية [2]. يرتبط مفهوم السلطة و دلالتها الذهنية بالقوة و الطاعة المقابلة لها فالسلطة نزعة مكتسبة نتيجة شعور بالقوة و الهيمنة التي تتوجب المثول و الطاعة لأحكام المأتمر ، فعلى الصعيد التنظيمي الكلاسيكي يرى فايول السلطة بأنها " الحق في إصدار الأوامر و القوة لفرض الطاعة "[3] . ولعل أن هذا التعريف رغم موجز طرحه ، يحمل في طياته فلسفة عميقة ، حول هذا الحق و كيفية إكتسابه و

---

[1] محمد بن زياد الدغيلبي ، مرجع سابق ، ص 28

[2] Dictionnaire larousse , français –Anglais ,op.cit, P 800

[3] حياة غزال ، إعادة تصميم الهيكل التنظيمي و مقاومته كتغيير تنظيمي ، دار الأيام للنشر و التوزيع ، الطبعة الأولى، عمان ،2018 ، ص 85 .

مصدره و الذي قد يأتي من المكانة المكفولة بالقوانين أو الموقع في التنظيم ، أو تكون من خلال مكتسبات و مهارات الفرد التي تفرض سلطته و وجوب إتباعه ، أو ربما من الهالة الشخصية للفرد و سيطرته على أفراد تجمعهم مصلحة أو مصير مشترك . لكن هذا الحق معترف به يسمح بإصدار أوامر تحمل مضامين واجبات تتعلق بالموجه إليهم ، بالموازاة مع القوة لفرض الطاعة .

ومهما تعددت التعاريف التي تصف طابع السلطة و كيفيات ممارستها والتنظير لها ، يبقى ذالك الجانب الإنساني والجوهري فيها أن يكون ملهما لمكانة ونفوذ ولو ذو طابع شرفي غير مأجور ، كما عبر كورتوا عن ذالك قائلا : " فالسلطة هي مهمة سامية ليس لإطراء النزوات بل لحمل كل مجموعة بشرية على تحقيق رسالتها وأهدافها المقررة " [1].

ثالثاً – المسؤولية : تتمثل في قبول الفرد للقيام بأنشطة و واجبات معينة فهي ترتبط بتنفيذ الأعمال وفق المعايير المطلوبة ، مع مراعاة مساواتها للسلطة ، ولا يمكن تفويضها [2] أين يستلزم وجود المسائلة دائما [3]. فمن الصعب الفصل بينهم أو التميز بصفة دون أخرى فالمسؤولية هي تابع مباشر للسلطة وكذلك السلطة ، فالعلاقة بينهم ترابطية إلى حد بعيد ، السلطة دون مسؤولية لا يمكن تجسيدها ، باعتبار أن ممارس السلطة يحس بمسؤولياته والتزاماته التي تحدد نطاقه و مساره، كذلك هو الأمر في المسؤولية دون سلطة فهي فارغة من محتواها ، ولا يمكن تنفيذ المسؤوليات .

---

[1] ج–كورتوا ، الطريق إلى القيادة وتنمية الشخصية ، ترجمة سالم العيسى ، منشورات دار علاء الدين ، الطبعة الاولى، دمشق ، 1999 ، ص 13

[2] بشير العلاق ، مرجع سابق، ص 167

[3] المرجع نفسه ، ص 165

فالسلطة و المسؤولية ترتبطان بشكل وثيق وجوهري ، فيجب أن تكونا متكافئتين [1]. و" تبقى السلطة والمسؤولية صنوان مرتبطان ببعضهما "[2].

المطلب الثاني : السلطة الوظيفية للأطباء العامين

في إطار البحث على سلطات الطبيب الوظيفية ، وصفت ممارسة الطب قديما بأنها فن [3]. وقد صنف تشارلز فليبس الطبيب كعميل اقتصادي ومدخل في العملية الانتاجية ، بعد تمييز الأدوار التي تتيح له انتاج الخدمة الطبية والصحة [4]. أما من ناحية تمييز سلطاته الوظيفية ، يتم الوقوف على ما تتعلق بمهام الاطباء المباشرة والصريحة يعرفها العامة كأنشطة يزاولها الطبيب بصفته الوظيفية :

الفرع الأول : التشخيص والعلاج

الطبيب هو رأس هرم السلطة التقنية داخل المؤسسات العمومية للصحة ، هذا نابع من كفاءته على تشخيص وحل المشكلات و لواجهة رأيه في المسائل المتعلقة بصحة الأفراد و المجتمع، وهو من يقود سلسلة العلاج و فرق العمل سواءا بصفة رسمية أو غير رسمية . تقيد تلك السلطة يتنافى مع التمكين ، ما يجعل العوائق ذات النتائج الوخيمة ويعرقل سلسلة العلاج و الرعاية السليمة ، على النقيض إذ ما أتيح المجال الواسع في التمكين لهم ، فالرعاية الصحية أو المسائل

---

[1] حياة غزال ، مرجع سابق ، ص 86 .

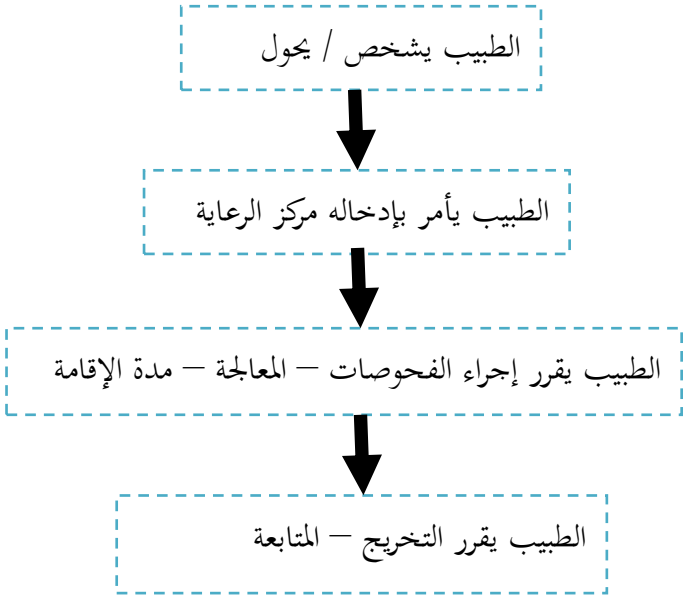
[2] ج–كورتوا ، مرجع سابق ، ص 27

[3] باتريشيا شو ، وآخرون ، تحسين الجودة والأداء في الرعاية الصحية –أداة من أجل التعلم المبرمج – ، ترجمة طلال بن عابد الأحمدي ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2007 ، ص 172

[4] تشارلز فليبس ، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي) ، ترجمة جلال البنا ، المجلس الأعلى للثقافة ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، 2003 ، ص 175

الصحية المتعلقة بالمجتمع و أمنه الصحي تنطلق و تنهى تحت إشرافه . سلطة الطبيب في الرعاية الصحية تحمل جوانب شخصية وأخلاقية وأبعاد قانونية وتمتد إلى الاجتماعية، بمراعاة السر المهني. المكانة العلمية والتكوين المخصص في الطب يتيح للطبيب قيادة عملية الرعاية والوقاية . يبرز الشكل أدناه مراحل واجراءات السلطة الوظيفية . التي أقرها باتريشيا شو وآخرون من نهج سلطوي في الرعاية .

الشكل رقم(1-11) :النهج السلطوي في الرعاية الطبية

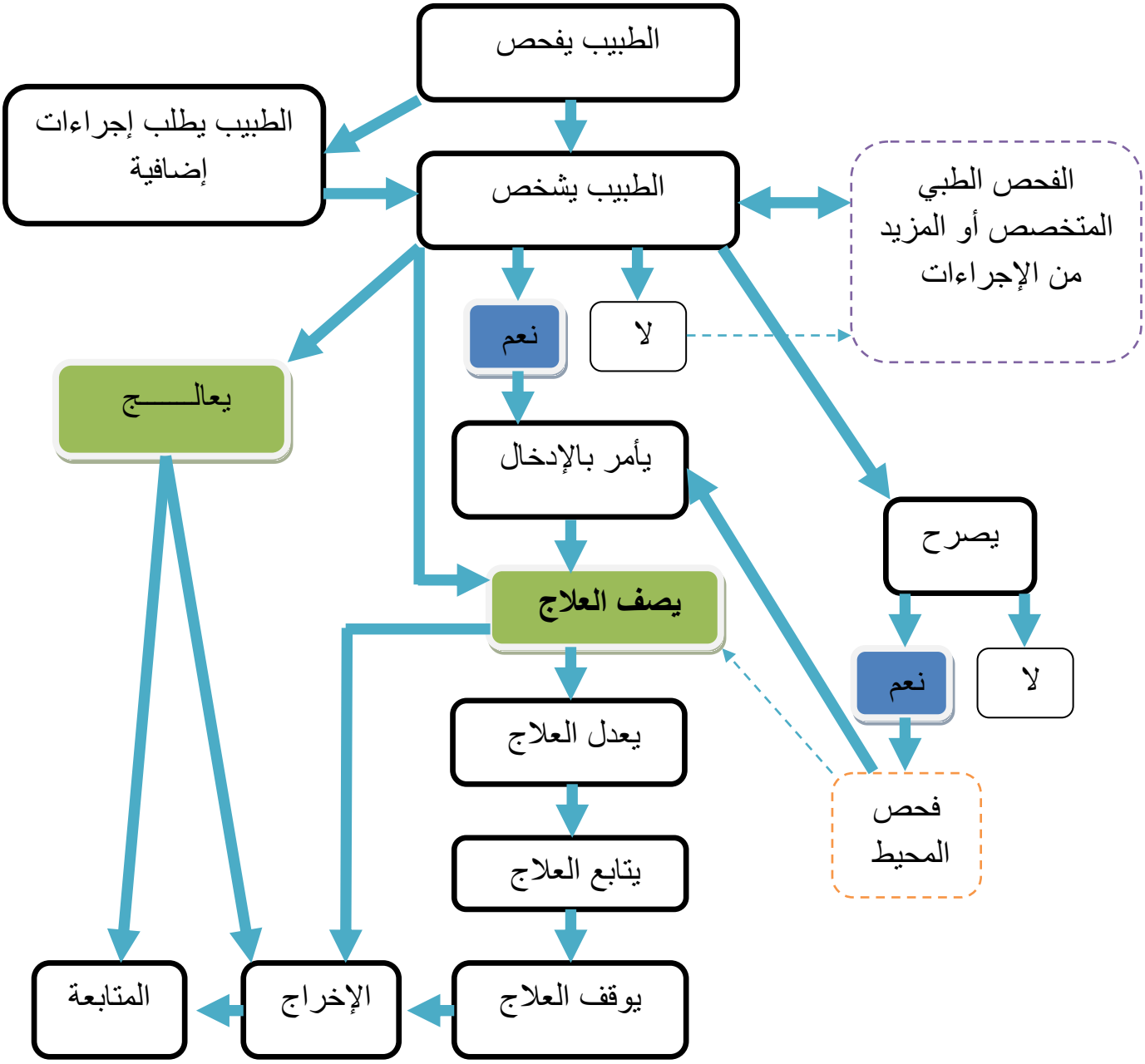


المصدر : باتريشيا شو وآخرون، مرجع سابق ، صفحة 173-بتصرف -.

حيث أن الطبيب المعاين للحالة يقرر بناء على تشخيصه أن يتابع أو يحول المريض آنياً، أو يأمر ببقاءه خارج مركز الرعاية وكذا داخله ، حسب ماتتطلبه الحالة ، من ثم يحدد طبيعة الفحوصات لتدقيق التشخيص والتأكد ، كما أنه يقرر فترة الإقامة للعناية المقربة . حال التعافي أو زوال الخطر يقوم بالتسريح النهائي أو البقاء قيد المتابعة الخارجية .

تتفق هذه المراحل في طبيعتها ، بالنسبة للحالات أو الإجراءات المعمول بها ، حيث يوضح الشكل **(1-12)** أدناه أهم الخطوات الاجرائية التي يقوم بها الطبيب العمومي أثناء مزاولة مهامه بالمؤسسات الصحية بالجزائر. يحمل نفس المضامين السابقة كمرجعية .

الشكل رقم (1-12) : النهج الوظيفي للطبيب العمومي



المصدر : من إعداد الباحث ، بناءاً على تتبع مسار العلاج الطبي ميدانيا

الفرع الثاني : الصفة التمثيلية

كما أنه من شأن الطبيب على مستوى المجالس العمومية خارج المؤسسة والتي يشارك فيها بصفته كفيلا للجانب الصحي المرتبط بالمجتمع لاسيما في :- مكتب حفظ الصحة البلدي ، لجان المعاينة على مستوى الدائرة ، لجان الرقابة للنظافة ، الأسواق والأغذية ، وللمياه الشروب و اللجان خاصة بمراقبة الممارسة الطبية وتداول الأدوية .

كما يمكنه المشاركة في أي لجنة تؤسسها السلطة العمومية بصفته الوظيفية كخلية الأزمة أو اللجان المؤقتة الخاصة بمشاريع محددة أو المهام الخاصة بتداول عقاقير أو أدوية ضارة بالأفراد والمحيط والمجتمع . سلطة الطبيب تمكنه من توجيه وتحريك السلطة العمومية إدارية كانت أو قضائية بما يخدم الواجب المهني الذي يؤكد على السلامة الصحية.

الفرع الثالث : الصفة الإستشارية

تتداخل السلطة في التنظيم داخل المؤسسات الصحية التي تظطلع بمهام الرعاية والعلاج وتقديم الخدمات الصحية ، لاسيما في الجانب التقني البحت المقابل للجانب الاداري المعني بالادارة والتسيير . الوظيفة الاستشارية لا تمارس أعمال مكررة أو روتينية ، فهي ذات طبيعة تخصصية وفنية . تقدم النصائح والمشورات فيما يتعلق بنظم العمل وتطويره [1].

فجوهر العمل الطبي يفرض تقاليد لا تجعل منه نمطيا كونه غير روتيني ، يترأس الطاقم الطبي هذا الجانب التقني ويكون في هرم السلطة ، لما له من قدرة على القيادة . حيث تبرز سلطة الأطباء في التنظيم إستشارياً بالمؤسسات العمومية للصحية من خلال :

---

[1] حبيب الصحاف ، معجم إدارة الموارد البشرية ، عربي –انجليزي ، مكتبة لبنان ناشرون ، الطبعة الأولى ، 1997 ، بيروت ، ص 24

1- **الهيئات الطبية** : الهيئات الطبية هي تشكيلات تنظيمية تندرج ضمن هيكلة المؤسسات الصحية بصفة أساسية تضم الأطباء رؤساء الوحدات الصحية تحت لواء المجلس الطبي أو العلمي تكون لها صفة استشارية ، وتشارك بصفة تمثيلية في المجالس الإدارية. والهيكل التنظيمي الاستشاري وهو مزيج بين الهيكل التنظيمي والوظيفي ، يقوم على تكريس وحدة مبدأ الأمر والمسائلة ، ويعمل على تحقيق أقصى فاعلية من الوظائف .[1] يتم تشكيل الهيئة الطبية بغرض تقديم الدعم التقني والفني لتنفيذ برامج أو خدمات [2]. في المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر يعبر عنها بما تكفله القوانين من تمثيليات تضم الأطباء ، حيث أن هذه الهيئات أو التمثيليات أو المجالس تعمل على تمكين الأطباء من المشاركة والتأثير على القرارات في شتى المسائل. وتتمثل هذه الهيئات في المجالس الطبية والعلمية على مستوى كل مؤسسة عمومية للصحة .

2 - **اللجان التقنية** : يقول باتريشيو أن اللجان الدائمة في هيئة العاملين الطبية تعمل على مراجعة الجوانب النوعية في خدمات الرعاية وكذا القضايا الأخلاقية التي تتخلل دورة رعاية المريض ، وتراجع النظم الكفيلة بتقديم خدمات الرعاية بمستواها المقبول والحث على تطويرها ، يشغل الطبيب المختص أو الأقرب في مجال التخصص عضوية اللجنة كما يشغل بعض الممارسين في التمريض والمجالات الإدارية عضوية تتعلق بذلك التخصص [3]. تختلف هذه اللجان من ناحية التشكيل والاختصاصات وتتفق من مؤسسة عمومية للصحة إلى أخرى ، وللأطباء عضوية أصيلة فيها . منها ما هو يعنى بالأمن والسلامة،النظافة الاستشفائية، الأدوية والمستهلكات، الأمن الداخلي ، الوقاية ، الجودة وغيرهم ، التي تجتمع بشكل دوري وفق ما يحدده التنظيم وما تنص عليه قرارات انشائها .

---

[1] مصطفى عبد العظيم فرماوي، مرجع سابق، ص 226

[2] طلال بن عابد الأحمدي ، إدارة الرعاية الصحية ، مرجع سابق ، ص 55

[3] باتريشيا شو ، ترجمة طلال بن عابد الأحمدي ، وآخرون ، مرجع سابق، 2007 ، ص405

المطلب الثالث : الإطار الفكري لتمكين الأطباء العامين

يضطلع الأطباء بإعتبارهم هرم الممارسين الطبيون في الصحة العمومية بالمؤسسات الصحية العمومية ناهيك عن مهامهم في التشخيص والوقاية والعلاج ،بعدة مهام ترتبط بالمشاركة في التسيير واتخاذ القرارات ، وهو ما نصت عليه القوانين في الجزائر المتعلقة بانشاء وسير وتنظيم المؤسسات العمومية للصحة ، والقوانين المحددة للأسلاك والرتب والمناصب العليا التي يتقلدها الأطباء ، تضفي عليهم سمة جديدة تتعلق بالتسيير الاستشفائي والتخطيط الصحي والإستشراف .

بعد استعراض موقع الأطباء بالمؤسسات العمومية للصحة والاطلاع على مختلف مجالات تمكينهم ، يمكن اعتماد تعريف إجرائي لتمكين الأطباء على أنه : **عملية استثمار للمعرفة الطبية التي يحوزها الأطباء في قيادة مختلف الأنشطة الصحية المتعلقة بالتسيير الاستشفائي ، عبر اتاحة النظم والأدوات التي تحقق أهداف المؤسسة تجاه المستخدمين والمجتمع.**

الفرع الأول : دوافع تمكين الأطباء

في معالجة أو مناقشة تلك الدوافع التي ترتبط بتمكين الأطباء في المؤسسات العمومية للصحة ، قد يبدر للذهن مستويان منها ، الدوافع التنظيمية هي تعبير عن رغبة و اتجاه المنظمة بإتاحة مجموع الآليات و الوسائل الإدارية و التنظيمية ، في سبيل الاستفادة من دمج الأطباء و تمكينهم من أوات التسيير ، وقد تكون هناك دوافع ذاتية تتعلق بالطبيب بصفة شخصية، وما يحكمها من ضوابط مهنية وأخلاقية ، تكون منفذا متاحا لنجاح عملية التمكين :

– قدرة الأطباء على الإضطلاع بالأدوار الإدارية و التسيير التقني ، نتيجة احتكاكهم المباشر بأصحاب القرار وفهم الاجراءات المشتركة .

– صعوبة الفصل النهائي بين القرارات الادارية البحتة والقرارات التقنية التي تتطلب الادراك التام بتفاصيل وسيرورة المصالح وحاجيات المجتمع .

– ضرورة اشراك الأطباء في التسيير الاستشفائي بصفتهم الأعلى في السلم التقني ، من أجل ضمان نفاذ القرارات في التنظيم .

– التأثير المباشر والغير مباشر لسلك الأطباء على صعيد سير العمليات والأنشطة الصحية ، وكذا المستخدمين تحت وصايتهم .

– الدراية الكاملة تطلعات و حاجيات المستخدمين ، كونهم قادة وموجهين للعمليات الصحية ، التي تتعلق بتقييم الأفراد وتكوينهم والاشراف على توفر ظروف العمل الملائمة من جهة ، وحاجات الكفاية الصحية للتكفل بالمرضى .

– قدرة الأطباء على معالجة المشاكل التنظيمية المتعلقة بالسلك التقني الذي يمثل السواد الأعظم في تركيبة المستخدمين ، و اصدار حلول واقعية وملائمة للظرف بالسرعة والكفاءة المطلوبة .

الفرع الثاني : المقومات

تعددت في الكثير من الدراسات طرح تلك المقومات الأساسية لتمكين العاملين ،إلا أنها تصب في كثير الأحيان في اتجاه واحد ، وقد رصد Bowen and Lawler أربعة مقومات أساسية ، أهمها :[1] – العلم والمعرفة والمهارة – الاتصال وتدفق المعلومات – الثقة بين القائد والمرؤوسين – الحوافز المادية والمعنوية .

[1] يحيا سليم ملحم ، التمكين كمفهوم إداري معاصر ، بحوث ودراسات المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، بدون دار نشر ، بدون بلد ، بدون سنة ، ص 54

وتعد مقومات تمكين الأطباء في المؤسسات العمومية للصحة على وجه متقارب مما سبق، إلا أنها أكثر إثراءً نتيجة تطور وتوسع العمل الصحي ، لاسيما بالمؤسسات العمومية التي تعد ذات وجه شمولي ، في خضم ذلك فإن أبرز تلك المقومات الداعمة لعملية تمكين الأطباء :

1 – **كفالة القوانين:** القوانين العمومية التي تحدد الحقوق والواجبات ، تتبع منها الأدوار الوظيفية والمهام المنوط بهم ، تحمل في طياتها آليات التمكين وقيادة المجموعات .

2 – **المكانة العلمية:** اعتمادا على تكوين الطبيب وحصوله على المؤهل العلمي لممارسة نشاطاته الحساسة باستئمانه و وصايته على الصحة العمومية ، تعتبر منطلقا منطقيا في تمكينه من تولي مهام الاشراف والقيادة في مجال تخصصه وحيثياته .

3 – **مرونة التنظيم:** تسمح المرونة في تجاوز عديد العقبات التي يمكن تكييفها أو تعديلها حسب التنظيم الداخلي بتوسيع مجال سلطة الاطباء ومسؤولياتهم .

4 – **ملاءة المؤسسة:**للمؤسسات العمومية للصحة سلطة مستمدة من الدولة ، تتيح لها التدخل بغرض الحماية الصحية والمجتمعية ضد الأخطار ، إذ أن الطبيب وبهذه الصفة ينفذ التزامات العون العمومي في مجاله بكل جدارة واستحقاق .

الفرع الثالث : المتطلبات

حتى يتم تمكين الأطباء بصفة فعالة في المؤسسات العمومية للصحة في ظل القوانين والصلاحيات المتاحة ، لابد من توفر متطلبات أساسية تعد حصرية في جانبها الكبير وشمولية في بعضها :

1 – المشاركة في القرارات: تعد أهم المتطلبات والتي يتم الولوج عبرها إلى مختلف الاجراءات التنظيمية وكذا العملية ، المشاركة تتيح للأطباء والمؤسسة على حد سواء الاستفادة من تداول المعلومات وتحليلها وتصويبها.

2 – كفاءة التنظيم :تتعلق كفاءة التنظيم بالايفاء بتطلعات الأطباء واستيعاب مجال تدخلاتهم التي هي جوهر العمل الصحي ، تبرز كفاءة التنظيم من خلال القدرة على الاستثمار في مؤهلات وتخصصات الأطباء.

3 – خصوبة البيئة الوظيفية: تعمل على نمو فكر تمكين الأطباء في المؤسسات العمومية للصحة ، تلك الجوانب المتعلقة بالجانب الوظيفي لهم ، يكون لها صلات مباشرة بالشعور بالرضا الوظيفي على نحوه المطلوب ، وفقا لطبيعة المهام والبيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة . حيث تكون هذه البيئة داعمة لتمكين الأطباء .

الفرع الرابع : المحاور

من خلال هذه المحاور يتم وصف وتحديد شكل التمكين المستخدم ، تشير العديد من المؤلفات إلى خمس 05 منها عموما [1]: – المهمة – تحديد المهمة –القوة – الالتزام – الثقافة التنظيمية ، والتي تبدو مقنعة لحد بعيد ، لإلمامها بجوانب التي يمكن من خلالها توصيف عملية التمكين . أما بالنسبة لتمكين الأطباء على مستوى المؤسسات العمومية للصحة، فإن أهم المحاور:

أولاً – الواجب المهني: تكون هذه الواجبات المهنية أوسع من الوظيفية ، يسمح له أداء الواجب المهني من ابداء رأيه والمشاركة في قرارات التنظيم والقرارات التقنية داخل وحدات مزاولة العمل .

---

[1] حسين موسى قاسم البنة ، وآخرون ، مرجع سابق ، ص ص 53 ، 54 .

ثانياً – الالتزامات الوظيفية: تعد مدخلا لتعزيز مكانة الطبيب في التنظيم وهي بوابة للتمكين ، بها يكسب الثقة والقدرة على تسيير الشؤون الصحية تبعا لتقييم مسؤولي التنظيم .

ثالثاً – الوازع الأخلاقي: الدور النبيل لهم وما يحوزنه من تأهيل وكفاءة وأمانة على السر المهني ، تعد كلها أخلاقيات مشرفة نحو الذات والمريض وكذا السلطات العمومية . تجعل من الأطباء أهلا للتمكين عن جدارة .

رابعاً –الثقافة التنظيمية : هي مجموعة القيم والمعتقدات والأهداف المشتركة المنشورة من طرف المدير بين عمال المنظمة ، عند تحديد نسق القيام بالمهام [1] . وتعتبر الروح التي يتشبع بها كل افراد المؤسسة ، تنعكس من تصرفاتهم وأداءهم للعمل . حال توفر ثقافة تنظيمية داعمة ومساندة لأفرادها تعتمد على المرونة والمشاركة مع بعض السمات الأخرى المتعلقة بتأهيل الفرد البشري والاهتمام بمختلف جوانب العمل ، تكون إحدى المحاور المتعلقة بتمكين الأطباء.

الفرع الخامس : الأساليب

جادت كثير من الأدبيات حول أساليب التمكين في ظل عصرنة الإدارة والتطور التنظيمي السريع ، ومن هذه الاتجاهات والأساليب نجد :

أولاً –التمكين النفسي : ينبع التمكين النفسي من ارادة التنظيم في بث روح التعاون والشعور بالإنتماء الكلي و الاحساس بالتأثير على سيرورة المهام وتوليد الدافعية . عبر تجسيد فكرة أن مكانة الطبيب في التنظيم حلقة جد مهمة لا يمكن الاستغناء عنها ، لا يكون التمكين النفسي

[1] نور الدين حاروش ، إدارة الموارد البشرية ، دار الأمة للطباعة والنشر ، الطبعة الثانية ، الجزائر ، 2016 ، ص 177

للأطباء عبر الأساليب الرسمية ، أنما من خلال السلوكات والمعاملات ، التي تمنح القوة والسلطة بحكم ثقة التنظيم فيهم .

ثانياً – التمكين الرسمي : هو ذلك النوع من التمكين الذي يأخذ طابع الرسمية عن طريق القيادة أو التمثيلية ، القصد من الرسمية هي " مدى تطبيق القواعد والتشريعات الإدارية التي يعمل بموجبها الأفراد "[1] ، على نحو التوثيق بالنظر للمؤهلات والمكانة . في المؤسسات العمومية للصحة يتولى الأطباء مناصب عليا تسمح لهم بممارسة مهام إدارية تتعلق بالتخطيط والتنظيم ، وكذا الاستشراف، يأخذ التمكين الرسمي صور متعددة . يكون في بعضها تفويض للصلاحيات ، تعزيز للسلطة ، توسيع وظيفي ، مشاركة ، زيادة مسؤوليات ، عضوية لجان أو دراسة ومتابعة مشاريع وتقييمها .

ثالثاً – التمكين من خلال الأبعاد المتعددة : مايميز هذا الأسلوب عن الأساليب السابقة ، أنه يقوم على مبدأ تعدد الأبعاد ، حتى تكون عملية التمكين فاعلة وناجحة يجب أن تقول على أسس تتفاعل فيما بينها : " التعليم ، القيادة الناجحة ، المراقبة الفاعلة ، الدعم والتشجيع المستمر ، الهيكلة المناسبة "[2]. استرشاداً بذلك ، فإن أسلوب تمكين الأطباء عبر فكرة الأبعاد المتعددة للأطباء في المؤسسات العمومية للصحة ، يستند على الدمج والاستحداث بين الاساليب التقليدية وتلك النابعة من التنظيم او مقتضيات العمل ، يتم بعدة طرق من أبرزها :

– الإثراء الوظيفي باعتماد توسيع التخصصات التي تتيح تولي سلطات ومسؤوليات

– الدمج التلقائي للأطباء في المسائل اللوجيستية وتتعلق حتما بمختلف الأنشطة والقائمين بها

---

[1] أحمد خليلي ، إدارة التنظيم غير الرسمي في المنظمات المعاصرة ، منشورات ألفا للوثائق ، الطبعة الأولى ، قسنطينة ، 2020 ، ص 27

[2] يحيا سليم ملحم ، مرجع سابق ، ص 42

– ممارسة القيادة المهنية للمستخدمين خلال ممارسة الواجبات المهنية أو تنفيذ المشاريع المؤطرة

الفرع السادس : المخرجات

هناك العديد من المزايا والنتائج الناجمة عن تمكين الأطباء بالمؤسسات العمومية للصحة على عدة أوجه مبوبة ، منها :

أولاً – على صعيد الأطباء :

– تحقيق المشاركة الفعلية في الشؤون الصحية

– تنمية المعارف والمهارات المهنية لاسيما في التسيير

– المشاركة في تحسين جودة الحياة الوظيفية

– تلبية النوازع الذاتية المتعلقة بالانجاز

– تحقيق الرضا الوظيفي

– تحفيز روح المبادرة والمساهمة

ثانياً – بالنسبة للمؤسسة :

– تطوير البرامج والأنشطة الصحية بشكل متجدد

– توحيد الأنماط العملية

– ترشيد القرارات

– تعزيز المكانة والشعور بالانتماء

– مرونة وسيرورة المهام

– تحقيق الولاء التنظيمي

– الفعالية المهنية التي تتضمن بعدين أساسين ، الشخصية وهي ما تعرف بفعالية الذات ، والعملية تلك التي تتعلق بالعمل المهني [1]. إستناداً على نظام واضح من القيم والأهداف المشتركة [2]. وفي الجانب الصحي يقول عنها لوآن آدي وآخرون أنها "تعنى بمنافع الرعاية الطبية من منظور تحسين الحالة الصحية "[3]. تنعكس على الحالة الصحية للناس ولا تقتصر على مجموع المنافع المفردة .

– تحقيق الكفاءة في أداء المهام الصحية ، حيث ربطها لوآن آدي وآخرون بالفاعلية المؤدية إلى التحسين ، فيقول بأنها تلك " العلاقة بين هذا التحسين في الحالة الصحية والطاقات المستهلكة لتحقيق التحسين المنشود "[4] . باعتبار أن الرعاية الطبية ناتج يهتم بالكفاءة الإنتاجية بأقل تكلفة ، أما باعتبارها مدخلات فإننا نهتم بتقديم أعلى قدر من الرعاية بمصادر متاحة محدودة .

– الحصول على الحلول والبدائل التقنية والفنية التي تساهم في الرفع من كفاءة الأداء الوظيفي . الذي يعتبر" نشاط يمكن الفرد من انجاز المهمة أو الهدف المخصص له بنجاح ، ويتوقف ذلك على القيود العادية للاستخدام المعقول للموارد المتاحة "[5]

– ضمان جو مهني محدد المعالم يمكن من تحسين العلاقات والاتصالات

– تقسيم العمل والتخفيف من الأعباء و الضغوط المهنية ، حيث يقول سوادي عطية أنه يؤدي إلى تحويل أهداف المنظمة إلى عدد من النشاطات والعمليات والإجراءات ، وهو ما أدى إلى احداث

---

[1] محمد نسيم علي سويلم: التوأمان الكفاءة والفاعلية ، دار جوانه للنشر والتوزيع ، القاهرة ، 2016 ، ص 68

[2] كيرت دار : الاخلاقيات في إدارة الخدمات الصحية ، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر ، ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ،الإدارة العامة للطباعة والنشر ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2017 ، ص 76

[3] لوآن آدي وآخرون ، تقويم نظام الرعاية الطبية – الفاعلية والكفاءة والإنصاف – ، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ،الإدارة العامة للطباعة والنشر ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2000 ، ص 17

[4] المرجع نفسه ، ص 17

[5] العياشي زرزار ، بوشمال عبد الغني ، منشورات ألفا للوثائق ، الطبعة الأولى ، قسنطينة ، 2020 ، ص 165

وظائف تضمن كل منها مجموعة من الواجبات والمسؤوليات التنفيذية .ووحدات تنظيمية صغيرة ذات مهام محددة ، وقد تظهر الحاجة إلى تجميع تلك الوحدات إلى وحدات أكبر [1].

ثالثاً – بالنسبة للمرضى :

– جودة في الخدمات و الرعاية الصحية ، حيث يعبر عن الرعاية الطبية الجيدة بأنها " هي تلك التي تمارس وتدرس من قبل قادة مهنة الطب في فترة معينة من التطور الاجتماعي والثقافي والمهني في مجتمع معين "[2] . فهي طبقا لهذا التعريف تضع من الأطباء مقدمي الرعاية محددا لها على أساس الالتزام بالمعايير المهنية ، وقد تأثرت هذه الرؤية الكلاسيكية بما قدمه دونابيديان الذي تبنى منظورا شاملا يقوم على " أساس قياس مؤشرات الهيكل والعمليات والنتائج أو المخرجات "[3] .

– الاستفادة من تطور الأنشطة المستحدثة لاسيما المتعلقة بالتغطية الصحية جغرافيا

– توطيد العلاقة بين المرضى والأطباء

– الحصول على الهدف المجمعي من المؤسسات العمومية للصحة متمثلا في الإنصاف ، الذي يعبر عنه بأنه " تقويم لعدالة توزيع منافع وأيضا أعباء (تكاليف) الرعاية الطبية "[4] بين المجموعات والأفراد .

---

[1] حامد سوادي عطية ، العملية الادارية ، معارف نظرية ومهارات تطبيقية ، بدون دار نشر ، بدون بلد ، بدون سنة ، ص 134

[2] حنان بنت عبد الرحيم الاحمدي ، سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ،الإدارة العامة للطباعة والنشر ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2017 ، ص 21

[3] المرجع نفسه ، ص 21

[4] لوآن آدي وآخرون ، مرجع سابق، ص 17

خلاصة :

لمكانة الأطباء في التنظيم بالمؤسسات العمومية للصحة بإختلاف أنواعها ونشاطاتها وحيزها الجغرافي والصحي أهمية كبيرة على الجانب التقني والعلمي وشؤون التسيير ، لذا مكن المشرع الجزائري الأطباء من مجموعة أدوات و وسائل تنظيمية تتيح لهم المشاركة الفعالة والميدانية في إدارة الشؤون الصحية بالمؤسسات العمومية من خلال قيادة فرق وجماعات العمل ، باعتبارهم الأعلى تصنيفا في الطاقم التقني ، وممارسة مهام القيادة والتسيير عبر توليهم مناصب عليا تشمل الوحدات والمصالح .

كما يتاح لهم رئاسة وعضوية المجالس الطبية والعلمية والإدارية التي تمكنهم من إبداء آرائهم حول المسائل التنظيمية والهيكلية بالمؤسسة ، لاسيما ما يتعلق بتوزيع المستخدمين التقنيين ، الأنشطة الصحية ، الهياكل الصحية ، إنشاء أو إلغاء الوحدات والمصالح الصحية ، البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة ، برامج الصحة والسكان الوطنية والمحلية ، وكل المسائل ذات الطابع التقني والعلمي والطبي التي تتعلق بالسير الحسن للمؤسسة وتقديم رعاية صحية أفضل بإعتماد على الأطباء كمرجع علمي في المسائل المتعلقة بالأمن الصحي .

الفصل الثاني

جودة الحياة الوظيفية للأطباء بالمؤسسات العمومية للصحة

تمهيد:

جودة الحياة الوظيفية مفهوم عصري يعبر عن علاقة العامل بالعمل ومقدار التلائم بينهم، وهي عامل مكون لطبيعة العمل في المؤسسات العمومية للصحة ذات البيئة النشطة والخطرة والطابع الحيوي ، لتعدد أنشطتها و تداخل مهامها بين الإدارية و التقنية ، ولإرتباطها بالعامل البشري في التعامل سواءا كمؤدي أو مستفيد .

يكون للعامل خصوصياته الوظيفية ومتطلباته المهنية والشخصية ، منها ماهو عام وأخرى خاص ، العام منها ما يتطلبه الحد الأدنى للعمل في بيئة مشتركة ، أما الخاص فهو ما تمليه المهام والموقع في التنظيم أو ظروف العمل ، يكون الأطباء العموميون في مقدمة هؤلاء من منطلق توليهم قيادة الأنشطة الصحية .

لذا فإن الاهتمام بجودة الحياة الوظيفية للأطباء العموميون يكتسي أهمية معتبرة ، لتعلقه بمصدر للحماية المجتمعية والمرجع الأول في الشأن الصحي ، بغية الحصول على مستوى الأداء المرغوب من ناحية والاستثمار في قدراتهم وخبراتهم وتحقيق تطلعاتهم من ناحية أخرى .

المبحث الأول : الإطار الفكري و المفاهيمي لجودة الحياة الوظيفية

للوقوف على معنى صريح لجودة الحياة الوظيفية لابد من فهم الثنائيات المكونة لها "جودة الحياة " "الحياة الوظيفية " ليستقيم المعنى ويتضح المقصد والمسلك ، فللحياة جودة تختص العلوم النفسية باعتبارها فرعا من العلوم الاجتماعية في دراستها ، كما أن للوظيفة جودة تختص العلوم الإدارية بدراستها تبعا لنفس الفرع ، الربط بينهما يشكل لنا ثلاثية تدمج بين مختلف العلوم الاجتماعية ذات الصلة مع بعض العلوم التقنية المتعلقة بملائمة وتكييف اماكن العمل .

المطلب الأول : التأصيل المفاهيمي لجودة الحياة الوظيفية

مصطلح جودة الحياة الوظيفية شائع الاستخدام في شتى الأنشطة البشرية ، لصلة الانسان بالعمل كأساس للحياة ، لذا في محاولة لفك مكوناته بغية الوصول إلى مفهوم دال ، كان حري التعرض إلى جملة مفاهيم ذات صلة .

الفرع الأول : جودة الحياة

وراء سعي الإنسان نحو تحقيق ذاته وإبراز ملكاته و مكتسباته المعبرة عن طموحه . فيها فك تساؤله المتعلق بالوجود ، نحو تحقيق جودة الحياة التي ترتبط بشكل أو آخر ومظاهر كثيرة ، حينها شاع مصطلح جودة الحياة الذي لاقى الإهتمام والمعالجة منذ زمن بعيد ، حيث أنه في الكتابات القديمة تحدث أرسطو (384 – 322 قبل الميلاد) عن الحياة الكريمة والعيش بشكل جيد ،وكيف يمكن للسياسة العامة أن تساعد في ذلك ، استخدم البيان الصادر عن Seth سنة

1889 م مصطلح جودة الحياة " نحن يجب ان لا ننظر إلى مجرد الكمية ، ولكن أيضا نوعية "الحياة" التي تشكل النهاية الأخلاقية "[1].

يشير مركز تعزيز الصحة بجامعة تونرتو أن مصطلح جودة الحياة يشمل ثلاث مجالات رئيسية ، أولها الكينونة (Being) بما تشمله من مكونات جسدية ونفسية وروحية ، ثم الانتماء (Belonging) بمعنى الروابط مع بيئة الفرد المادية والاجتماعية ، وأخرها ما هو منتظر (Becoming) متمثلة ما يقوم به الفرد من الأنشطة اليومية لتحقيق أهدافه وتطلعاته ذات الجوانب العملية والترفيهية والنمو [2]. لا يختلف الأمر كثيرا عن ما ذكره الفرماوي في كتابه جودة الحياة في جوهر الانسان، بمسانيد دينية وفلسفية ، أن السبيل لجودة الحياة يكمن في ثلاثة (03) امور مهمة : مجاهدة النفس ، التمسك بالكينونة وتعميق الوجود ، الاستشراف *.

في ذات السياق يقول حمدي علي الفرماوي عن الكينونة أنها " تمسك الانسان بجوهره ومكنونات الثراء فيه يجعله يسعى إلى تنمية وتوظيف مواهبه وامكانته الذاتية "[3] وأكد ذلك المعنى الكاتب إريك فروم في كتابه الشهير "to have or to be" [4] . في حين اعتمدت منظمة الصحة

---

* [أنظر : حمدي علي الفرماوي ، جودة الحياة في جوهر الانسان ، المؤتمر السنوي السادس – جودة الحياة – ، مركز الارشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، دار المنظومة ،مصر ، 2016].

[1] Sarah Adel Moneim El Ariane , Neghbborhood Urban Quality of Life , Guidelines for Urban Planning and Development of New Asseement Tool , A Thesis Submitted to the Faculty of Engineering , Cairo University , DOCTOR OF PHILOSOPHY in ARCHITECURE ,GIZA , EGYPT , 2012 , P 08

[2] Op.cit , P 10

[3] حمدي علي الفرماوي ، جودة الحياة في جوهر الانسان ، المؤتمر السنوي السادس – جودة الحياة – ، مركز الارشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، دار المنظومة، مصر ، 2016 ، ص 222

[4] المرجع نفسه ، ص 222

العالمية بعد تطويرها مقياس جودة الحياة النوعية ، أربعة (04) أبعاد تمثلها :[1] الصحة الجسدية ، النفسية ، العلاقات الاجتماعية ، البيئة .

الفرع الثاني : الحياة الوظيفية – ثنائية الحياة و العمل –

شائعة بمسميات " الحياة المهنية " "حياة العمل "، إلا أن معناها ومجالها الفكري والعملي يستند إلى منظور الوظيفة و العمل والمهنة ، إن أهميتها تتزايد للاعتبارات الفكرية والفلسفية والتوجهات العالمية ، أضحت لها مؤلفات ونظريات تحكم جوانبها بقدر لا بأس به من المعالجة والتنظير . الحياة الوظيفية تتعلق بأداء الانسان في الحياة من ناحية الجوهر ، والسواد الاعظم من وقته من ناحية المظهر ، هي ما يؤطر حياة الانسان ويجعل لها منعكسا في بقية شؤونه ، إذ أنها السبيل لبعث مكنونات الفرد وتحقيق ذاته ، تعبر عن مقدار المكانة والاستفادة من الفرد .

الحياة الوظيفية تتعلق برفاهية العاملين التي ترتبط بالرضا عن تأمين مجموعة الاحتياجات الإنسانية(الأمان الوظيفي، والصحي، والاحتياجات الاقتصادية والعائلية والاجتماعية، وحاجات تقدير الذات، واحتياجات الإدراك ، والاحتياجات المعرفية والاحتياجات الجمالية) نتيجة المشاركة في العمل[2].

ولإرتباط الحياة بالعمل نتعمق في تلك النظرة التي تفسر العمل بمفهومه العام سواء كان وظيفة او مهنة وكل ما يعبر عن نشاط انساني فكري بدني ، هو سنة كونية لاستمرار الحياة

---

[1] ألاء عبد الرحمن رفيق البشتاوي ، جودة الحياة وعلاقتها باختلاف أعراض الفصام لدى عينة من مراجعي عيادات الطب النفس الخاصة في عمان ، رسالة ماجستير ، علم النفس ، كلية الدراسات العليا ، الجامعة الاردنية ، آب ، 2015 ، ص 09 .

[2] بن خالد عبد الكريم، جودة حياة العمل في المنظمات الاستشفائية وأثرها تنمية الثقافة التنظيمية لدى الموظفين، مجلة الحقيقة، العدد41، جامعة أدرار ، الجزائر، 2017، ص532.

والخلق ، الانسان يجد في العمل كغاية، ما يحققه العمل كوسيلة باستثمار ما أتيح له من موارد . كثرت وجهات النظر حول فلسفة العمل وارتباطها بالحياة في الأديان السماوية والمذاهب الوضعية . أكد معجم إدارة الموارد البشرية على ارتباط حياة الانسان بالعمل حتى يكون له دور اجتماعي ومهني فيها ويحقق منفعة[1]. قد يصعب إيجازه بشكل بسيط ، يفي الموضوع حقه ، نتيجة عدد الدراسات والمؤلفات متعددة المجالات بين الفلسفية ،الاجتماعية ، الدينية ، الاقتصادية أو التنظيمية، التي ترى كل منها العلاقة من زاويتها . لكنه بوجه عام ، إن فكرة وجود الانسان في الحياة تتعلق بالعمل . حيث يقول أنس عبدو شكشك في كتابه "فلسفة الحياة دراسة الفكر والوجود" أن الانسان بصفته كائن يتحقق وجوده بعمله في الحياة ويقول عن العمل في هذا المعنى " عمل ونشاط وجهد وإنتاج وخصوبة وإبداع "[2] . أين أعطى بعدا لحياة الانسان في عمله الذي هو نتاج وغاية وجوده . زيادة على ذلك يعتبر العمل في موضع أخر بمثابة القوة حيث يقول " ومعنى الحياة وثيق الصلة بعملية تأكيد القوة ولكن القوة نفسها عند البعض قد تعني العمل "[3] في خضم سرده لمختلف وجهات النظر المتعلقة بفلسفة الحياة . ويسترسل في فصله المتعلق بحكمة الحياة ، أين قدم معاني لها ، وارتباط الهدف والإرادة بها ، وضمن تفسيره لسعي الانسان في تحقيق امكانياته الضمنية وما يخالجه ويمتلكه من مواهب " وإذ كان البعض قد وجد في العمل المعنى الوحيد للحياة الانسانية فما ذلك إلا لأن العمل هو الظاهرة الوحيدة المساوية للوجود البشري "[4].

---

[1] حبيب الصحاف ، مرجع سابق، ص 30

[2] أنس عبدو شكشك ، فلسفة الحياة دراسة الفكر والوجود ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، الطبعة العربية الأولى ، الاصدار الأول ، عمان ، 2009 ، ص 138

[3] المرجع نفسه ،ص 149

[4] المرجع نفسه ،ص 137

الفرع الثالث : جودة الحياة الوظيفية

أبدع ماركس في دمج المكونات الثلاث "الجودة " "الحياة" "العمل" في قوله " أن الإنسان يتكشف في الواقع أمام ذاته من حيث أنه كائن نوعي إذ يحوز علم الأشياء بعلم الدقة. وهذا الانتاج هو حياته النوعية المبدعة . ولذا فإن موضوع العمل هو التجسيد الموضوعي للحياة النوعية للإنسان "[1] ، وهو أقرب ما توصل إليه ماركس في الربط بين الحياة والعمل والجودة ، لعله أول من زرع البذرة لظهور جودة الحياة الوظيفية كفرع أصيل في العلوم الإدارية المتعلقة بدراسة الموارد البشرية .

أما أول ظهور لمصطلح جودة الحياة الوظيفية "Quality Of Work Life (QWL)" في مجلات الأبحاث والنشر كان في الولايات المتحدة الأمريكية في السبعينات من القرن العشرين، وبظهور تحديات تخفيض التكاليف، وإعادة الهيكلة عند الشركات في منتصف التسعينيات من القرن العشرين وحتى الآن، برزت جودة الحياة الوظيفية، حيث أصبح العاملون يسعون لرفع مستواهم التعليمي وتطلعاتهم المهنية في بيئة تعاني من انخفاض نمو الاقتصاد، ونقص فرص للتقدم والتطور، مما أدى إلى زيادة الاهتمام بجودة الحياة الوظيفية، والتخطيط للحياة الشخصية والمهنية[2].

نظرا لتعدد التعاريف لمصطلح جودة الحياة الوظيفية والتي اختلفت باختلاف وجهات النظر، سنعرض أبرز التعريفات التي تناولت مفهوم جودة الحياة الوظيفية :

---

[1] هنري أرفون ، فلسفة العمل ، ترجمة عادل العلاوا ، منشورات عويدات ، الطبعة الثانية ، بيروت ، باريس ، 1989 ، ص 45

[2] مروان حسن البربري، دور جودة الحياة الوظيفية في الحد من ظاهرة الاحتراق الوظيفي لدى العاملين،رسالة ماجستير ، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، جامعة الأقصى ،فلسطين ،2016،ص10.

التعريف الأول : يعتبر عبد الستار محروس بأن جودة الحياة الوظيفية بأنها توفير وخلق الظروف وبيئة العمل المناسبة التي تدعم وتعزز الرضا الوظيفي للعاملين، والأمن الوظيفي، وفرص النمو المهني، والسماح لهم بالمشاركة في اتخاذ القرارات، وتعزيز التعاون، وتحقيق العدالة في الأجور والمكافآت، فضلا عن سلامة بيئة العمل، مما يؤدى إلى إشباع حاجات العاملين ورغباتهم، وبما يحقق ردود فعل إيجابية تتمثل بسعيهم لزيادة الإنتاجية[1].

عدد هذا التعريف الأساليب التي يتحقق من خلالها جودة الحياة الوظيفية والتي قد يكون يوما ما تطورت مفاهيمها أو اندمجت ، حيث أن المصطلحات الإدارية والتقنية في الموارد البشرية كثيرا ما تتعرض للتحيين ، أحاط بكل ما يمكنه توفيره في بيئة العمل في سبيل اشباع الحاجيات وزيادة الانتاجية ، التي حددت توجه التعريف إلا أن المقصد واضح .

من زاوية أخرى ، قد تعبر بعض المؤلفات عن ضمنيات الاجراءات والوسائل والأساليب المتخذة بالنتيجة مباشرة ، حيث يقول Suttle في التعريف الأتي :

التعريف الثاني : أقصى مدى يستطيع الموظفين الوصول إليه من تلبية احتياجاتهم الشخصية الهامة في العمل[2].

كما يركز منظرون آخرون على الربط بين الأطراف المشكلة للعملية التي تبدو عليها جودة الحياة الوظيفية . في هذا المضمون يقول سيد محمد جاد الرب عن جودة الحياة الوظيفية :

التعريف الثالث : مجموعة من العمليات المتكاملة، والمخططة، والمستمرة، التي تستهدف تحسين مختلف الجوانب المؤثرة على الحياة الوظيفية للعاملين وحياتهم الشخصية أيضا، وتساهم

---

[1] عبد الستار محروس عبد الستار،القيادة الخادمة مدخل لتحسين جودة الحياة الوظيفية للعاملين ،المجلد السادس و العشرون،العدد فبراير،الجزء الأول كلية التربية ،جامعة الفيوم ، القاهرة، 2020، ص139.

[2] خليل إسماعيل إبراهيم ماضي،جودة الحياة الوظيفية وأثرها على مستوى الأداء الوظيفي للعاملين،أطروحة دكتوراه، كلية التجارة،جامعة قناة السويس ،مصر ،2014،ص60.

بدورها في تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمنظمة والعاملين فيها والمتعاملين معها[1]. وفي موضع آخر يقول بأنها "فلسفة الإدارة التي تؤكد على كرامة العاملين،وتطور التغييرات في ثقافة المنظمة،وتحسين الجوانب المعنوية والجسمانية للعاملين عن طريق إتاحة فرص النمو والتطوير".[2]

التعريف الرابع : تمثل الإيفاء بالاحتياجات البشرية في العمل من خلال درجة التناغم العالية بين واجبات العمل و بين مجموعة محدودة من الاحتياجات الصحية والاجتماعية، التي تؤدي إلى تحسين الحياة الوظيفية للعاملين ، وزيادة ربحية وكفاءة المنظمة[3].

ركزت التعاريف السابقة على سرد الحوادث التي تتحقق من خلالها جودة الحياة الوظيفية وكذا الأساليب الممكنة ، على هذا يمكن اقتراح لتعريف جودة الحياة الوظيفية :

التعريف المقترح : جودة الحياة الوظيفية هي مظهر ملموس ومحسوس لعناية الإدارة بمشاركة العمال في ضمان وسط عمل يلبي حاجيات العمال ورؤية المؤسسة بشكل متوافق وقابلة للتحيين والتحسين .

---

[1] سيد محمد جاد الرب ، جودة الحياة الوظيفية(QWL) في منظمات الأعمال العصري، مطبعة العشري ، مصر،2008،ص9.

[2] المرجع نفسه، ص7.

[3] Khosrowpour, M. (2001), "Managing information technology in a global economy", USA: Idea Group Publishing (IGP). p 378.

المطلب الثاني : دوافع تبني جودة الحياة الوظيفية

أثبتت مجالات جودة الحياة الوظيفية مكانة في تطوير الأداء والحفاظ على المورد البشري واستدامته ، فهناك توجه عالمي نحو تبني وتطوير أساليبها وتبادلها ، إلا أن هناك أكثر من ذلك من دوافع عملت على تبني مبادئها وتوجهاتها والأخذ بأساليبها .

الفرع الأول : التوجه نحو الجودة و الجودة الشاملة :يعرف سالم بن سعد القحطاني الجودة الشاملة بأنها التحسين المستمر للأداء بصفة عامة وللعمليات بشكل خاص ، دعامة للمراجعة الدورية لجميع مهام العمليات وتحيين أدوات القياس [1]. إستند الكاتب نفسه إلى ان تطبيق إدارة الجودة الكلية لا يتم الان من خلال تعزيز وإشراك العاملين في مشاريع تحسين الجودة ، والتمكين لهم بفتح الصلاحيات الكفيلة بذلك ، مع ضرورة تنمية الثقة مع القيادات ودعمهم على التعلم من الأخطاء [2]. في وجهة نظر تعتبر العامل هو مصدر أنتاجها مع ظرورة الإهتمام بمتطلباته الوظيفية والنفسية وهو منهج إعتماد جودة الحياة الوظيفية .

في حين يضفي عليها بعض المنظرين سمات ترتبط بجودة الحياة الوظيفية لعلاقتها الوثيقة بها ، في عديد الجوانب المرتبطة بالفرد والجماعة ، باعتبارهم مصدر الابداع والتحسين حين توفر علاقات وظيفية محفزة تثمن المكتسبات الفردية والجماعية في سبيل تحقيق جودة شاملة . حيث أنه في هذا الاطار يعرفها جوزيف جابلونسكي على أنها : "شكل تعاوني لإنجاز الأعمال، يعتمد على القدرات والمواهب الخاصة بكل من الإدارة والعاملين ، لتحسين الجودة والإنتاجية بشكل مستمر عن

---

[1] سالم بن سعد القحطاني ، القيادة الإدارية ، بدون دار نشر ، بدون توزيع ، الرياض ، 2016 ، ص213

[2] المرجع نفسه ، ص216

طريق فرق العمل"[1]. يضيف كل من Wayne Mondy & Shane R. Premeaux ميزات أخرى تتعلق باهتمام بعلاقات العمل ، وصولا إلى تشرب الانتماء لكل فرد في المؤسسة من أجل تحقيق التميز ، وتلك هي حجز الزاوية التي يمكن من خلالها تحقيق جودة شاملة، حيث يقولان بأنها : "التزام للتميز بواسطة كل فرد في المؤسسة التي تؤكد التميز للإنجاز بواسطة فرق العمل وعمليات التحسين المستمر" [2] .

الفرع الثاني : تنامي الفكر الوظيفي وريادة الأعمال : ما يشهده العالم من تطورات أقل ما يقال عنها سريعة في أنماط وفكر العمل نتيجة تعدد مصادر الثروة والمؤسسات الناشئة و المقاولاتية مع تسارع التكنولوجيا وتقنيات المعلومات والاتصال ، قدمت حلولا وبدائل كفيلة باثراء جانب الحياة الوظيفية ، بغية الوصول إلى جودة معتبرة فيها .التي هي نتاج المدارس الفكرية وتطورها ، بعيدا عن الأنماط الكلاسيكية في التسيير والإدارة . هذا التنامي في الفكر الوظيفي والتنظيمي قدم صور ومفاهيم أكثر جدية وفاعلية بعيدا عن البيروقراطية المترهلة . والتي تتكون لدى المنظمات الادارية ولم تحيينها فأصبحت تحمل تراكمات وموروث ثقيل[3].

الفرع الثالث : نمو المتطلبات الذاتية والمجتمعية : انتشار مجمعات الأعمال مع تمركزها في المدن الحضرية لعدة عوامل اقتصادية تتيح فرص النمو والتطور ، رفعت من مستوى جودة الحياة ككل ، والحياة الوظيفية هي جزء أصيل منها لتعلقها بالفرد مباشرة وتجعل منه أكثر تطلبا في مجال

---

[1] جوزيف جابلونسكي ، إدارة الجودة الشاملة، ج2، ترجمة عبد الفتاح السيد النعماني، سلسلة غصدارات بمبك (4)، مركز الخبرات المهنية للإدارة بمبك، القاهرة، 2006، ص26.

[2] Wayne Mondy & Shane R. Premeaux : Management Concepts, Practices and Skills, Seventh Edition, New Jersey, Engle Wood Cliffs, Prentice Hall Inc, 2007, P.550.

[3] سالم بن سعد القحطاني ، مرجع سابق ، ص294

العمل ، نتيجة تطلعاته الغير مسقفة وتوفر البدائل في مؤسسات أو مجالات أخرى قد توفر جودة حياة وظيفية أفضل . العلاقات الاجتماعية هي متنفس للفرد من الضغوط وتخفيف حدة التوترات[1].

الفرع الرابع : البحوث و الدراسات : أصبح من المعتاد إنشاء وحدات البحث والتطوير على مستوى كل منظمات الأعمال ، بغرض البحث في الجوانب التي تؤثر في الأداء ، البيانات والمعلومات مع تحليلها واتخاذ القرارات بشأن المشاكل أو الأزمات و الحلول والبدائل وكذا الخطط التي تتعلق باستمرار النشاط وتحقيق النمو بوضع الدراسات الاستشرافية.

الفرع الخامس : العولمة : والعولمة ترجمة لكلمة Mondialisation باللغة الفرنسية، بمعنى جعل الشيء على مستوى عالمي، والكلمة الفرنسية المذكورة إنّما هي ترجمة"Globalisation" الإنجليزية التي ظهرت أولاً في الولايات المتحدة الأمريكية، بمعنى تعميم الشيء وتوسيع دائرته ليشمل الكل. فهي إذا مصطلح يعني جعل العالم عالمًا واحدًا، موجهًا توجيهًا واحدًا في إطار حضارة واحدة، ولذلك قد تسمى الكونية أو الكوكبة [2]. يرى الدكتور أحمد صدقي الدجاني أن العولمة مشتقة من الفعل عولم على صيغة فوعل، واستخدام هذا الاشتقاق يفيد أن الفعل يحتاج لوجود فاعل يفعل، أي أنّ العولمة تحتاج لمن يعممها على العالم [3].التي مكنت من الاطلاع على النظم والتجارب المحققة في مجال العمل وأنماطه خارج الاقليم أو الحيز الجغرافي للدولة ، سيما في مجال الحياة الوظيفية، بالآليات القابلة للتطبيق إذ أنه أصبح لزاما على المؤسسات إتباع النسق الفعال الذي يخدم مصالحها ، مع انتشار الوعي العمالي بالمكتسبات المحققة في الحياة الوظيفية .

---

[1] عصام محمود حسن هانتش ، ابراهيم جابر السيد أحمد ، إدارة الضغوط ومعادلة التوترات ، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع ، دار الجديد للنشر والتوزيع ، دسوق ، الجزائر ، الطبعة الأولى ، 2019 ، ص 20

[2] ياسر عبد الجواد ، مقاربتان عربيتان للعوامة ، المستقبل العربي عدد 252 شباط 2000م ص2.

[3] أحمد صدقي الدجاني ، مفهوم العولمة وقراءة تاريخية للظاهرة ، جريدة القدس، 02/06 /1998م. ص13.

الفرع السادس: إرادة التغيير : التغيير هو حتمية تفرضها الظروف الداخلية والخارجية ، إذ أن هذا الفكر في تسارع مستمر نتيجة التقنيات الإدارية والتقنية المستحدثة ، والتي تدعي ضرورة تحيين الاساليب الإدارية والعملية . التي تتوافق مع متطلبات المورد البشري في ظل توفر البدائل وتحقيق تموقع للمؤسسة يضمن لها البقاء والتنافسية .

الفرع السابع : التشكيلات العمالية : في تجربة أجريت لمدة أسبوعين من نوفمبر 1931 إلى مايو 1932 ، إختير 14 عامل ، لملاحظة سلوك الجماعة ، تتكون التنظيمات بطريقة تلقائية ، نتيجة الشعور الضمني بإتخاذ مسلك واحد بغرض تحقيق هدف جماعي واحد وهو حماية مصلحتهم المشتركة ، وليس من المحتم أن يسبقه إتفاق صريح ، فقد يأتي نتيجة الشعور الواحد الذي تمليه ظروف العمل المحيطة بهم .[1] إذ أنه لابد أن تكون هناك تشكيلات رسمية أو غير رسمية في اطار العمل ، كونه مجتمعا داخليا له تفاعلاته ونتائجه بهدف حماية ذاتية أو مشتركة ، إذ يمكن رصد مستوى جودة الحياة الوظيفية من خلال هذه التشكيلات مع ضرورة تأطيرها واستثمارها .

[1] عبد المنعم عبد الحي ، السلوك الإجتماعي لعمال الصناعة ، أسس وتحليلات نظرية مع دراسة ميدانية ، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر ، الطبعة الأولى ، الإسكندرية ، 2018، ص 56 .

المطلب الثالث : أهداف جودة الحياة الوظيفية

لتعدد الدوافع النابعة من أهداف مرجوة الوصول إليها ، لجودة الحياة الوظيفية الكثير من الأهداف حسب ما أتخذت أو اعتمدت من أجله .

الفرع الأول : تحقيق الحاجيات والكفاية

يقول الله تعالى في محكم تنزيله : **لِإِيلَٰفِ قُرَيۡشٍ (1) إِۦلَٰفِهِمۡ رِحۡلَةَ ٱلشِّتَآءِ وَٱلصَّيۡفِ (2) فَلۡيَعۡبُدُواْ رَبَّ هَٰذَا ٱلۡبَيۡتِ (3) ٱلَّذِيٓ أَطۡعَمَهُم مِّن جُوعٖ وَءَامَنَهُم مِّنۡ خَوۡفِۭ(4)** . **سورة قريش مكية | رقم السورة: 106** كتعبير أساسي لحاجات الانسان ولا غنى عنها ، إذ أنها تضمن تلك الحاجات الفيزيولوجية بمرافقة حاجات الأمان . تعد الحاجيات الفيزيولوجية وحاجات الأمان التي تضمن استمرار وسلامة العنصر البشري ، وتمكنه من تحقيق الغايات أو الحاجيات الأخرى ، والتي تعددت نظرياتها لعلى أهمها ما صممه وصنفه إبراهام ماسلو. نقلا عن الكاتب عبد المنعم عبد الحي في كتابه السلوك الإجتماعي لعمال الصناعة " فالعمال لا يتصرفون بطريقة عشوائية و إنما يكونون مدفوعين في سلوكهم تجاه هدف معين (لإشباع حاجة معينة)" [1]. إلا أن الحاجيات المذكورة سواء كانت الأساسية أو الفرعية المكملة لها ، تقدمت العلوم بكثير من النظريات في طرحها و وصفها . أما الحاجيات التي تهدف جودة الحياة الوظيفية إلى تحقيقها وتخصها بالرعاية والدراسة ، تتمثل في :

أولاً – الحاجيات الفيزيولوجية : تعبر عن اهتمام جودة الحياة الوظيفية بالكائن المادي والمعنوي للعنصر البشري ، باعتباره مصدر التطور وهو الاستثمار الحقيقي ، الاقدر على احداث التغيير للأحسن وضمان سيرورة العمل . تسعى جودة الحياة الوظيفية ضمن هذه الحاجيات إلى : ضمان

[1] عبد المنعم عبد الحي ، مرجع سابق ، ص 145 .

الصحة البدنية ، تحسين الصحة النفسية ، تطوير القدرات البدينة، و تطوير تقنيات العمل الموافقة للقدرات البدنية والمعنوية .

ثانياً- حاجيات الأمان : إن الأمان هو احساس داخلي ذو مصادر خارجية ، إذ تهدف جوانب جودة الحياة الوظيفية على ضمانه من زوايا عديدة :

1- الأمان الفيزيولوجي : ما يتعلق بالبدني وأعضائه ، فهو الركيزة الأساسية في أداء الاعمال ، والشعور بالأمان الفيزيولوجي له انعكاساته على العمل بشكل ايجابي ، قد يتنازل الفرد عن بقية متطلباته أو حاجياته في مقابله .

2- الأمان الوظيفي : عبر شعور الفرد بالاستقرار ما يعزز الانتماء للوظيفة ، فاسحا المجال أمام تقديم ابدعاته واخلاصه لمصدر العمل . يتحقق هذا الشعور عبر آليات جودة الحياة الوظيفية المتعددة لاسيما تلك المتعلقة بالمشاركة ، التقدم والترقية ، فرق وجماعات العمل ، الحقوق والضمانات .

3 - الأمان الاجتماعي : يعتبر في حد ذاته من الحاجيات ، وفي نفس الوقت كمتطلب للحاجيات الاجتماعية . إذ تهتم به جوانب جودة الحياة الوظيفية لما له من أثر على الاداء والروح المعنوية للفرد .

4- الأمان العائلي والأسري : الحياة العائلية لصيقة بالحياة الوظيفية على مختلف الأوجه ، من الصعب فصلهم او تمييز أفضلية بينهم ، إذ تنصب آليات جودة الحياة الوظيفية على رصد أثر كل منهما على الآخر ، يتحقق الامان الأسري والعائلي من خلال ضمان الحد الادنى المتوازن من الحياة الوظيفية التي تكفل أو تزيد من تلبية الفرد لمتطلباته .

متى تم ضمان الحاجيات الفيزيولوجية وحاجيات الامان فإن مستوى جودة الحياة الوظيفية يكون ظاهريا في العمل ، إذ أنهم يعتبرون عصب اهتماماتها التي تفرع منها بقية الحاجيات ويمكن اعتبارها انتقالا من جودة إلى جودة أفضل .

ثالثاً – حاجيات العمل : تختلف من عمل إلى أخر حسب طبيعته ، إلا أنها اجمالا تمثل حاجيات العامل للتفاعل وانتاج مخرجات تكون في صالح المؤسسة مع شعور العامل بالقيمة لما انجز أو أدى . تتواجد ضمن جودة الحياة الوظيفية الكثير من الأدوات التي يمكنه الايفاء بحاجيات العمل ، وهي بشكل خاص ما يدفع للاهتمام بها كوسيلة للوصول إلى تطلعات المؤسسة والعمال ، كلهم عبر الآخر في عملية تفاعلية تصاعدية إلى حد الكفاية ، كلما زادت العناية بحاجيات العمل تكون ظاهرة في النتائج ، على صعيد العامل والمؤسسة . يمكن إدراج مضمون لهذه الحاجيات من خلال:

1- الانتماء : يندفع العمال نحو الارتباط بالعمل على خلفية الشعور بالأمان والكفاية ، وهو ما يحقق الانتماء . بتوفر محيط عمل ذو جودة حياة وظيفية معتبرة يندمج عبرها العامل في التنظيم وسيرورة العمل بكل قدراته ، كما يختار له توجها ضمن التشكيلات العمالية والتي تكون له مجتمعا داخليا . تشبع له حاجياته الداخلية من خلال إرتباط و احتكاك الفرد بالجماعة [1].

2- ملائمة العمل والأدوات : تعمل أدوات جودة الحياة الوظيفية على مطابقة العمل بالقدرات وكذا الأدوات ، من خلال استغلال الجوانب التقنية والمعنوية لدراسات الأرغونوميا .

[1] عبد المنعم عبد الحي ، مرجع سابق ، ص 146

3 – تحقيق الكفاية المادية . المخرج الأساسي على صعيد العامل من العمل هو ضمان الكفاية المادية . قد صنفها عبد المنعم عبد الحي في كتابه بانها حاجيات خارجية في العمل بقوله "وتشير الحاجيات الخارجية إلى العائد الاقتصادي مثل الحاجة إلى الأجر و ضمان العمل"[1].

4– إبراز القدرات باعتبارها رغبة متأصلة في الفرد أو تتأتى نتيجة تعلقه بمجال عمله ، تتيح له ابداء مكنوناته ونوازعه العملية من أجل الشعور بالمكانة والقيمة الذاتية ، في ذات السياق يشير عبد المنعم عبد الحي إليها بالنسبة لعمال الصناعة أن " الحاجة الى المكانة و الاشتغال بعمل مفيد يظهر قدرات الفرد و إمكانية تفوقه على غيره ، وتتولى الادارة في ميدان العمل توفير إشباعات لهذه الحاجات "[2].

5 – التدريب و التأهيل : يرى كونيلان أن التدريب ينجح في تحقيق أهدافه إذا توفرت الظروف الملائمة لذلك ، فهو وسيلة لتعديل السلوك والتزويد بمعلومات ومهارات في بيئة العمل المساعدة [3]. ينظر للتدريب ضمن الحاجيات باعتباره وسيلة تغذية علمية وعملية للعامل ، يفتح أمامه الأفاق ليتولى المكانة أو المنصب الذي يطمح إليه ، كما يعتبر أداة للتهذيب السلوكي و المهني وشحذ أو صقل القدرات .

رابعاً – الاحتواء : إذا كان العامل يسعى إلى الشعور بالانتماء فإن المؤسسة تعمل على تجسيد الاحتواء ، ذالك باستخدام النتائج المتحصل عليها المتعلقة بجودة الحياة الوظيفية . إذ يحقق سبيل اتصال يوفر معلومات عن العامل تجعل من المؤسسة تتفهم توجهاته لتكون بيئة خصبة في استثمار قدراته . من هذا المنطلق يقول عايد الوريكات في كتابه علم الإجتماع الطبي بأن أبحاث

---

[1] المرجع نفسه ، ص 146

[2] المرجع نفسه ، ص 146

[3] حامد سوادي عطية : العملية الادارية ، مرجع سابق ، ص 210

كاراسك و زملائه دعمت إدعاءات كوهين و شولر في مفهوم الإتجاه الذاتي الوظيفي ، "عندما دلت نتائج أبحاثهم على أن معدلات المرض و نوعية الحياة تأثر سلباً عن العمال الذين يعانون من كثرة متطلبات العمل و تدني سلطتهم و عدم وجود المرونة في بيئة العمل "[1].

خامساً – حاجيات الذات : إن تقنيات الإدارة والتنظيم الهادفة لتحقيق جودة الحياة الوظيفية تسعى نحو تقديم العمال أفضل ما لديهم ، وهي تعبير عن كفاية الحاجيات الأخرى وصولا إليها .

الفرع الثاني : معالجة الضغوط المهنية

الضغوط المهنية تنعكس على الانجاز ومردوديته العامل وجودته في العمل ، فعدم الاستقرار الوظيفي والتعب والإرهاق مع عوامل أخرى وظيفية تأثر على مستوى الطموح المهني للعامل ، وتؤدي إلى سوء الجودة والتذبذب في العمل [2]. تتفق أغلب الدراسات المتعلقة بجودة الحياة الوظيفية أو غيرها ذات العلاقة بالعمل أو العامل أو مكان العمل على أن أكثر الظواهر شيوعا ورصدا في الوظيفة ، معالجتها هي حل أو وقاية لظواهر ناتجة عنها لاسيما التسرب ، الاغتراب ، حوادث العمل ، الاتكال ، الأزمات والمشاكل الداخلية ، ضعف التنظيم وغيرها . يعتقد عصام محمود حسن هانتش وآخرون أن "أهمية دراسة ضغوط العمل تعود إلى أمرين أولهما قيمة العمل ذاته وأثره في حياة الأفراد وعلاقاتهم الاجتماعية والسياسية والاقتصادية وانعكاس تلك العلاقات على المجتمع بصفة عامة ، فضلا عن أثره على نفسية الانسان واتزان مشاعره "[3]. قد تلتقي حتما أغلب محاور واهتمامات جودة الحياة الوظيفية في الضغوط المهنية ، باعتبارها عاملا مشتركا بين أغلب

---

[1] عايد الوريكات ، علم الإجتماع الطبي ، دار وائل للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى،عمان ،2011 ،ص 200.

[2] نعيم عبد الوهاب شلبي ، إدارة الضغوط الحياتية من منظور اجتماعي معاصر ، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى المنصورة ، مصر، 2015 ، ص 26

[3] عصام محمود حسن هانتش وآخرون ، مرجع سابق ، ص 39

الظواهر المهنية التي تعمل على تحقيق الجودة فيها . لذا فإن الضغوط المهنية ذات المصادر المتعددة هي المظهر الأكثر شيوعا. تقع ضمن مركز اهتمامات جودة الحياة الوظيفية . يرجع طارق عبد الرؤوف عامر و إيهاب عيسى المصري الإهتمام بضغوط العمل في مجالات العمل الصناعي و الإداري لعدة أسباب منها : [1]

- هناك حاجة ملحة لتحسين جودة الحياة التنظيمية للعمال .

- ترتبط بالعديد من الأمراض الجسمية و النفسية لدى العمال .

[1] طارق عبد الرؤوف عامر ، إيهاب عيسى المصري : الضغوط المهنية و ضغوط العمل ، مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، 2018 ، ص 185 .

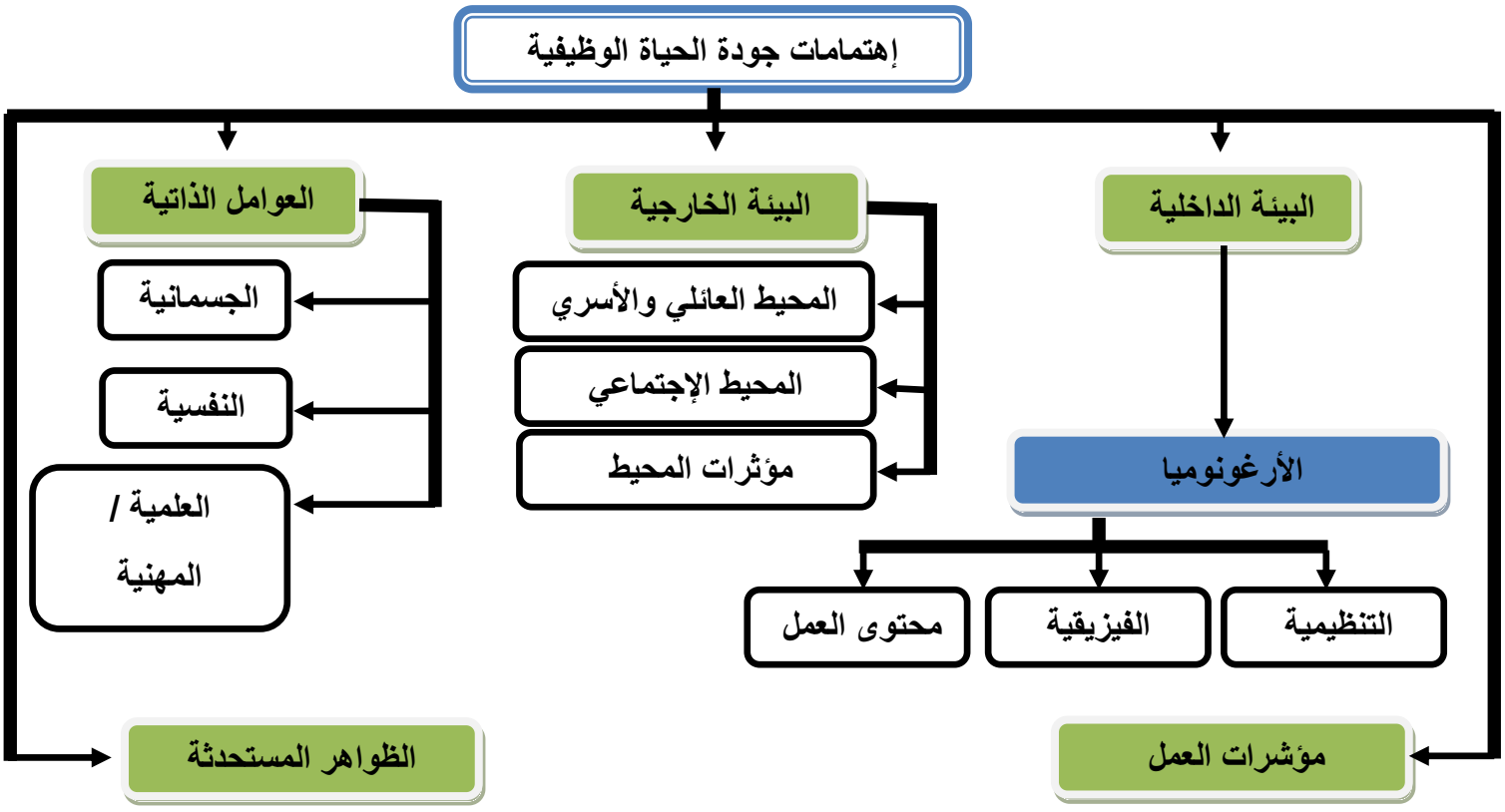
المبحث الثاني : جودة الحياة الوظيفية بالمؤسسات العمومية للصحة

العمل في المؤسسات العمومية للصحة يكتسي طابعا خاص ، يستمد من طبيعتها وظروف العمل فيها ، بالنظر إلى تركيبتها المادية والبشرية ، في مواجهة تطبيق سياسة عامة للصحة وتلبية حاجيات المجتمع .

المطلب الأول : محاور جودة الحياة الوظيفية

من أجل تحقيق جودة الحياة الوظيفية بالمؤسسات العمومية للصحية ، هناك جوانب لابد من تلبيتها ، تعتبر محور إهتماماتها ، على انه يمكن تصنيف تلك الجوانب إلى خمسة مسالك كبرى يوضحها الشكل المقترح أدناه :

الشكل رقم (2-1) : إهتمامات جودة الحياة الوظيفية بالمؤسسات العمومية للصحة



المصدر : من إعداد الباحث بناءا على تصور نظري للمحتوى

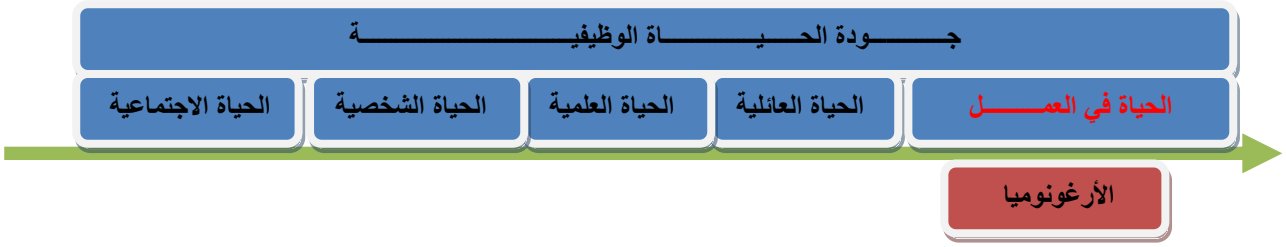
الفرع الأول : البيئة الداخلية

تظم المتغيرات و المؤثرات و مكونات البيئة الداخلية في مجال العمل ، إنطلاقا من الماديات وصولا إلى التنظيم و العلاقات المهنية .

أولاً – الأرغونوميا : قد لا يحدث اتفاق حول منشأ الأغونوميا إذ أنها لصيقة بعوامل العمل لاسيما المادية ، الحفريات والأثار الموجودة خير دليل على أن حياة الانسان العملية شهدت تطوير كثير من أدوات العمل المبتكرة من طرفه ، كوسيلة لميكنة الأشغال والاستفادة من القوى الطبيعية والجسدية . رجوعا إلى الإنسان الأول أو البدائي الذي أخذ في تطوير الأدوات الخاصة بإشعال النار ، الصيد ، الفلاحة و الكتابة وغيرها ، مع تطوره العقلي وتطور حاجياته وأصبح التنظيم يسود في المجتمع بظهور التجمعات السكانية حول المناطق التي تزخر بموارد الحياة ، أخذ في تطوير أماكن العيش والعمل ، حيث شيد المساكن والمدن ، المعابد ، ورش العمل وكل ما يتعلق بها من أدوات .

يمثل الشكل أدناه (2-2)، تصور نظري مقترح لموقع أو حجم الأرغونوميا من خلال مجالات دراستها ومشتملاتها نضير ما تكتسيه مجالات و إهتمامات جودة الحياة الوظيفية .

الشكل رقم (2-2): موقع الأرغونوميا بالنسبة لجودة الحياة الوظيفية



المصدر : من إعداد الباحث بناءا على تصور نظري

حيث أنه من خلال الشكل تمثل الأرغونوميا في حد ذاتها أحد إهتمامات جودة الحياة الوظيفية ، هذه الأخيرة التي تحوي الكثير من الإهتمامات الأخرى سواء تلك المتعلقة بالحيط المادي أو الإجتماعي و الأسري .

وبغرض التعرف و الإقتراب من حدود الأرغونوميا بإعتبارهها جانب مهم في الحياة ككل ، نورد أهم التعارف الدالة في ذالك :

التعريف الأول : يقول Chpanis أن الأرغونوميا " تجمع المعلومات حول سلوك الإنسان وقدراته وحدوده وخصائصه الأخرى التي تستخدم في تصميم الأشياء والآلات والأنظمة والمهام والأعمال والمحيط للحصول على تصميم آمن ومنتج مريح وفعال "[1]

التعريف الثاني: استنادا إلى الجمعية الدولية للأرغونوميا (A I E) حيث تقول بأن " الأرغونوميا تأخذ بعين الاعتبار كل الخصائص الفيزيولوجيا والنفسية للإنسان من أجل تصميم وتعديل أدوات العمل ، تعديل محيط العمل ، أو تعديل العمل في حد ذاته "[2]

التعريف المقترح : الأرغونوميا هي مجموعات التخصصات التقنية الهادفة إلى ملائمة علاقة الإنسان والآلة و العمل .

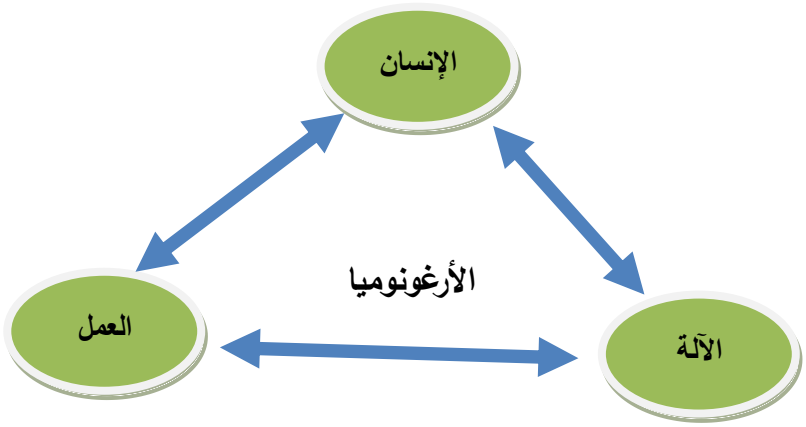
يمكن تمثيل أهم محاور الأرغونوميا من خلال الشكل (2-3) أدناه، حيث أنها تمثل الرابط والعلاقة بين تفاعل ثلاثة مكونات أساسية تحضى بإهتمامها وملائمتها وهي الإنسان والآلة والعمل.

---

[1] محمد مقداد ، مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية ، عدد خاص ، الملتقى الدولي حول المعاناة في العمل ، العدد 03 ، المجلد 03، ص-ص : 1-15 ، 2010 ، ص 6.

[2] سعدي لامياء ، أهمية الأرغومونيا التصحيحة في التخفيف من حوادث العمل ، دراسة ميدانية لتصحيح مركز المراقبة (الحراسة) في مؤسسة سونطراك ، رسالة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم ، جامعة الجزائر 02 ، 2012 ، ص 1.

الشكل رقم(2-3) : محاور الأرغونوميا



المصدر : من إعداد الباحث إستناداً إلى التعاريف

الأغونوميا يمكن اعتبارها اهتماما ومحورا من محاور جودة الحياة الوظيفية ، كثيرا ما يتم الخلط بينهما ، وذلك راجع إلى أن الأرغونوميا وتقنياتها في توسع بشكل مستمر ، لتشمل الجوانب التنظيمية والمعنوية والنفسية للعامل لإرتباطها بالتقنية والتكنولوجيا .

1 - **العوامل التنظيمية** : تتضمن كل ما يتعلق بالتنظيم الرسمي في وحدة العمل ، وقد أبدع الفكر البشري عبر مدارسه الفكرية انطلاقا من الكلاسيكية في رصد الظواهر حلولا تتعلق بالتنظيم من أجل توفير جودة حياة وظيفية معتبرة ، يتصل بهذه العوامل اللوجيستية محاور من شأنها التأثير بصفة ايجابية على الحياة الوظيفية :

1 .1 - قوة التنظيم : إن العمل تحت تنظيم قوي ومتماسك يتسم بوحدة الأمر ، ينمي شعور الحماية لدى العامل ، ويزيد من ثقته في التنظيم الذي يخضع إلى سلطته .

2.1 - الاثراء الوظيفي : بصدد ذلك يمكن أن نعتبر أن الاثراء الوظيفي هو تنمية قدرات العامل أو الموظف باكتساب مهارات جديدة ، حيث يعتبر محمد الكرخي المهارة هي تعبير عن المعرفة

التي يتمتع بها المشتغل والخبرة المكتسبة ، القابلة للتطبيق في ميدان عمله[1]. مع فتح المجال لإبراز مواهبه أو تمكنه من ابتكار سبل مستحدثة ترفع من الأداء الخاص والعام . كما أن الرتابة في العمل قد يؤدي إلى " الشعور بالإغتراب Alienation نتيجة للعمل الروتيني الممل و فقدان الإحساس بالرضا الوظيفي "[2]

3.1 – تصميم الوظيفية : هناك صلة قوية بين تصميم الوظيفة والحياة الوظيفية بشكل مطلق ، نتيجة أن تصميم الوظيفة هي المحدد لشخصية المهنة أو العمل المؤدى ، تضبط حدودها وصلاتها ومسؤولياتها ، بما يتلائم مع قدرات ومؤهلات وأيضا متطلبات العمل والعامل ، لذا فإن تصميم الوظيفة هو خريطة الحياة الوظيفية و المهنية باعتبارها مجال الاستثمار في المورد البشري. ودعمت أبحاث كاراسك و زملائه إدعاءات كوهين و شولر في مفهوم الإتجاه الذاتي الوظيفي "عندما دلت نتائج أبحاثهم على أن معدلات المرض و نوعية الحياة تأثر سلباً عند العمال الذين يعانون من كثرة متطلبات العمل و تدني سلطتهم و عدم وجود المرونة في بيئة العمل "[3].

4.1 – الاتصال التنظيمي : هو مجموعة القنوات و التقنيات الرسمية والغير رسمية المستخدمة ي نقل المعلومة . ولا يمكن حصر أهميته ببعض النقاط ، إلا ان جودة ونجاعة الاتصال في التنظيم تعد كأحد عناصر ترقية الحياة الوظيفية .

---

[1] مجيد الكرخي ، مؤشرات الأداء الرئيسية ، دار المناهج للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان ، 2015 ، ص30.

[2] سلوى السيد عبد القادر ، محمد عباس إبراهيم، الأنثروبولوجيا الإقتصادية ، الجزء الأول ، مداخل نظرية و تطبيقات ميدانية ، طبع ونشر وتوزيع دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 2017 ، ص 158 .

[3] عايد الوريكات ، مرجع سابق ، ص 200 .

5.1 – وفرات العمل : هي كل المؤثرات والحيثيات التي تربط التنظيم بطبيعة العمل ومحتواه ، وهي تعبير عن اهتمام السلطة التنظيمية بتوفير جو ملائم ومحفز يرفع من جودة الحياة الوظيفية ، تتنوع وتتعدد هذه الوفرات حسب طبيعتها والعمل كما أنها تتحكم فيها قدرات المؤسسة .

6.1 – أسلوب القيادة : أسلوب القيادة هو الوجه الظاهري للتنظيم بمواصفاته وخصائصه ، حيث أن القيادة هي الأداة السلطوية للتنظيم والمجسدة لرؤية المؤسسة . القيادة من أهم أدوات التوجيه فاعلية ، فهي الوسيلة الأساسية التي عن طريقها يستطيع المدير بث روح التآلف بين العاملين في المنظمة[1]. وهي متطلب بديهي في كل تنظيم . تتطلب الدمج بين الآليات الإدارية والمهارات الشخصية والعلاقات الفردية بصفة رسمية أو غير رسمية ، من أجل صياغة العمل المشترك من خلال الجماعات في مخرج نهائي يحقق مسعى التنظيم . مما لاشك فيه أن نجاح العمل المشترك في الجماعة غير كافي لنجاح القيادة في تحقيق رؤية التنظيم ، بل يتطلب الأمر التنسيق والانسجام ولو في حده الأدنى في توجيه الجهود نحو الهدف المشترك [2].

7.1– العلاقات المهنية : العلاقة المهنية Professional relations هي تلك الناشئة بين الموظف والمنظمة يحكمها الاحترام لا الالتزام ، تحت ظل أخلاقيات المهنة ، وتختلف عن العلاقة الوظيفية بسمتها الرسمية إذ أنها تقع تحت السلطات والمسؤوليات الممنوحة للموظفين [3]. وهي عامل مهم في التأثير على العمل و محيطه ، "فلقد أوضحت دراسات "مايو" مدى إرتباط تصرفات الفرد بزملائه ففي تجربة –"غرفة الفتيات " فالتغيرات الفيزيقية لم تكن العامل الأساسي في زيادة

[1] أيمن النحاس ومحسن هلال ، مبادئ الإدارة ، ط1 ، مكتبة الوفاء القانونية ،الإسكندرية ، 2009 م ، ص 227
[2] سالم بن سعد القحطاني ، مرجع سابق، ص 13
[3] حبيب الصحاف ، مرجع سابق ، ص 76

الإنتاج وتحسينه و إنما كان هناك عامل أخر وهو وجود نوع من "العلاقات" بينهم مما أدى إلى تحسين الإنتاج و رفع الروح المعنوية "[1].

2 – الفيزيقية : وتعني مجموع المكونات المادية أي الملموسة المستخدمة في انجاز المهام ، بغض النظر عن طبيعتها ، فالموظف أو العامل له حياة داخل المهنة يتفاعل معها ، يستخدم فيها أو ضمنها المحيط المادي، يكون له الأثر الكبير في الأداء ، يمكن تقسيمها إلى :

1.2 – أدوات العمل : يقول أدم سميث في كتابه بحث في طبيعة ثروة الأمم وأسبابها أنه يتسنى لكل عامل إدراك ما توفره الآلات المناسبة من جهد و وقت [2]. تمثل الأدوات أو الوسائل المستخدمة أو يتم الاستعانة بها ففي تنفيذ محتوى العمل بالشكل المطلوب وفق حلقة تسبقها أو تتلوها تمثل في جوهرها مدى توفير المؤسسة أو المنظمة مهما كانت صفة وطبيعة نشاطها للوسائل والأدوات المساعدة ، سواء كانت ميكانيكية أو مكتبية. في نظر هجل أن الأداة هي الوسيط الموجود العاقل بين الانسان والموضوع [3]. فالعامل أو الموظف يتعامل معها لإنتاج خدمة أو سلعة تلبي حاجة .

2.2 – مكان العمل : عكفت الكثير من الدراسات والتجارب منذ القدم على دراسة تأثير المحيط الفيزيائي للعمل ، الذي يمثل وحدة أو مكان العمل ، بمفهومه التقليدي أو الحديث تبقى مكونات هذا المحيط أحد أهم مكونات جودة الحياة الوظيفية ، لاسيما : التهوية ، الاضاءة ، التكييف ، الضوضاء ، مصادر الخطر والتلوث ، أدوات الحماية والسلامة المهنية ، سعة وملائمة الوحدة او المكان ، الانبعاثات الناجمة عن أدوات العمل ومحيطه .

---

[1] عبد المنعم عبد الحي ، مرجع سابق ، ص 55 .

[2] أدم سميث ، بحث في أسباب وطبيعة ثروة الأمم ، ترجمة حسني زينه ، معهد الدراسات الاستراتيجية ، الطبعة الأولى ، 2008 ، بغداد ، أربيل ، بيروت ، ص 18

[3] هنري أرفون ، مرجع سابق، ص 35

الفرع الثاني : البيئة الخارجية

أولاً – العوامل المحيطة : يقصد بها العوامل المادية الخارجية المؤثرة على البيئة الداخلية للعمل ، وتختلف هذه العوامل البيئية من تلك الطبيعية أو ذات الصلة بالأنشطة البشرية

ثانياً– المحيط الإجتماعي : تمتد في هذه الزاوية اختصاصات واهتمامات جودة الحياة الوظيفية إلى الأرغونوميا الطبية ، مما لا شك فيه أن المؤثرات الاجتماعية لها تبعات ومؤثرات على الحياة الوظيفية ، وتعتبر الوظيفة مصدرا لتعزيز المكان الاجتماعية للفرد ، كما أن دوافع الأفراد في الوظيفة تكون عادة من أجل تلبية الاحتياجات وتكون الاجتماعية منها لها نصيب حيث أن لكل مجتمع متطلباته .

في السلوك الإجتماعي لعمال الصناعة يقول عبد المنعم عبد الحي ، أن الحاجات الاجتماعية العمالية السائدة تكون على عدة أنماط ، منها : [1] حاجة العامل أن يصبح الآخرون في حاجة إليه، أن يعامل بكرامة و إحترام ، والرفعة و حماية النفس و الحاجة إلى الأنتماء .

1 –الأسرية والعائلية : العلاقة مترابطة بين العمل والأسرة أو العائلة ، إذ أنها ذات تأثير متبادل وقوي . باعتبار أن الوظيفة هي مصدر تلبية هذه الاحتياجات ، وتعتبر دافعا أيضا . من زاوية أخرى فإن الحياة الوظيفية هي منعكس للحياة الأسرية والعائلية . فلا يمكن تحقيق جودة معتبرة للحياة الوظيفية دون الاهتمام بالأخرى .

2– المؤثرات المحيطة : وهي ما لا يندرج في النسق المرتبط بالعلاقات الانسانية ، إنما تتشكل من المحيط المادي والجغرافي والصحي المحيط بمكان العمل ، يمكن إجمالا أن تكون :

---

[1] عبد المنعم عبد الحي ، مرجع سابق ، ص 150 .

– جغرافية مكان العمل : يتضمن الموقع الجغرافي لوحدة العمل أو الوظيفة عدة مؤثرات من شأنها التقليل من جودة الحياة الوظيفية أو زيادتها .

– الأمن والصحة والسلامة : ما يتعلق بهم من تهديد على الحياة في البيئة الخارجية ، أبرزها : مستوى الأمن و الظواهر المهددة للصحة .

الفرع الثالث :العوامل الذاتية

أولاً –الجسمانية : الجسم هو أهم الممتلكات المادية في مجال الصحة ، يمكن من خلاله أداء المهام أو القصور عنها، تهتم الدراسات المتعلقة بجودة الحياة الوظيفية بدراسة الظروف والمؤهلات الجسمانية ، باعتبارها من بين أهم عوامل الوظيفة ، إذ أن القدرات الجسمانية المرتبطة بأداء الوظيفة هي عامل حاسم من ناحية ، وتأثير تلك الوظيفة على الجسم من ناحية أخرى .

ثانياً –المعنوية : يتبادل التأثير بين العوامل المعنوية والجسدية ، مشكلة صحة الفرد ، التي تكتسب معنى في المؤسسات العمومية للصحة، وجودة الحياة الوظيفية تؤسس على سلامتهم .وتثري الجانب المعنوي المتعلق بالتحفيز ، التمكين ، روح العمل ، المكانة ، العلاقات المهنية و الأسرية أو العائلية ، التقدير وغيرهم يشكلون الدافع والحافز نحو الاداء والالتزام الوظيفي وكذا الانتماء .

ثالثاً –العلمية – المهنية : تعمل المؤسسات العمومية للصحة على ملائمة المكتسبات الفردية من علمية أو مهنية ، وتوظيفها بالشكل الذي يخدم الموظف وشعوره بالراحة في أداء مهامه على أساس قدراته و المؤسسة عبر الحصول على النتائج من ناحية ، وديمومة الاستثمار في المورد

البشري وترقيته من ناحية أخرى . من أجل ضمان جودة حياة وظيفية تكون المؤسسة أمام تصميم جيد وتوصيف للمهام بغية الاستفادة من المؤهلات البشرية المبدئية المكتسبة والقابلة للنمو

الفرع الرابع : مؤشرات العمل

من صلب اهتمامات جودة الحياة الوظيفية في المؤسسات العمومية للصحة الإعتماد على مؤشرات العمل ، كمقاييس يمكن من خلالها معرفة نتائج سياساتها للحكم عليها والعمل على تصحيحها ، تكون هذه المؤشرات دالة على السياسة المطبقة في فترة ما ، حسب الأوضاع التي تعيشها المؤسسة والتي قد تكون مقبولة في ظرف معين وغير مقبولة في أخر . كما ان مؤشرات العمل تعبر صراحة عن مدى الاهتمام بجودة الحياة الوظيفية ومستواها. يمثل الشكل تصور نظري لعلاقة جودة الحياة الوظيفية بمؤشرات العمل مع ضمان الثبات في متغيرات أخرى .

الفرع الخامس : الظواهر المستحدثة

هنا يقع في اهتمام جودة الحياة الوظيفية الدراسات والتجارب ذات الصلة بإدارة المعرفة ، تكنولوجيا الإعلام والإتصال ، العلوم الطبية ، العلوم الفيزيائية وغيرها من المستحدثات ذات الصلة ليبقى المجال مفتوحا من خلالها في استغلال كل ما يحقق جودة حياة وظيفية معتبرة .

المطلب الثاني : خصوصيات العمل الصحي العمومي

تتمتع المؤسسات الصحية العمومية بميزات تفرض أساليب إدارية أو طبية في العمل والرعاية ، تختلف فيما عن المؤسسات العمومية الأخرى ، بالعين الشاخصة و الفاحصة أو المدققة تبدو لنا بوضوح الميزات التي نصوغها في:

الفرع الأول : الطابع الإنساني : تقدم المؤسسات الصحية خدمات ورعاية صحية مجانية كانت أو مدفوعة ولو بشكل رمزي أو تضامني، إلا أن ذلك لا يوازي حماية الصحة وانقاذ الانفس . يغلب عليها الطابع الإنساني في التعامل مع الوافدين أو المرضى ، نضرا لطبيعة لجوئهم إلى المؤسسة الصحية لا يكون بدافع الفضول أو الرغبة أنما هي الحاجة وطلب المساعدة ، حيث تنص جميع الشرائع واللوائح والقوانين المحلية والدولية وكذا الصادر عن الهيئات ذات الطبيعة المجتمعية والانسانية على وجوب تقديم الرعاية الصحية كخدمة إنسانية في شتى الظروف والأزمنة ، أين تسقط خلالها العرقية، المذهبية وكافة التوجهات والانتماءات الاجتماعية .

الفرع الثاني : العلاقات الوظيفية : يكون العمل في المؤسسات الصحية في تشكيلات و أفواج أو جماعات، تخضع للأزمات والحالات الانسانية و تمر بمراحل نجاح وأخرى فشل ، كلها تزيد من تقوية الروابط الانسانية التي تنعكس على العلاقات الوظيفية ، بعيدا عن أي حسابات ثانوية تعمل على هشاشتها ، نجاح الفرد هو نجاح للمجموعة والعكس صحيح حتما ، وتخلي فرد عن مهامه له تبعات على وحدة العلاقات .

الفرع الثالث : التركيب التنظيمي : تضم المؤسسات الصحية طاقم إداري وآخر تقني يشمل الأطباء والممرضين ومختلف العاملين التقنيين ، لكل طاقم تنظيماته ولجانه ناهيك عن رتبه. تتفاعل هذه الطواقم بشكل مستمر لتنتج رعاية صحية مكتملة ، لا تتم بتخلي إلتزامات طرف عن

الآخر . يعتمد التركيب التنظيمي للمؤسسات الصحية على الغرض منها ، فالتنظيم " ما هو إلا وسيلة لتحقيق أهداف المستشفى "[1] ، لذا وجب في المؤسسات الصحية الدمج بين الطواقم للتواصل والتكفل بالانشغالات ، حيث تشكل داخلها تنظيمات مشتركة بين مختلف المهن والوظائف تحمل صيغ استشارية وتنفيذية . كل ذلك ينتج تراكيب تنظيمية تكون لها محاسنها إذ ما تم حسن توجيهها و إستغلالها ، حيث يتشكل في المؤسسة الصحية تنظيمات رسمية فاعلة و نافذة بحكم سلطاتها و صلاحياتها ، لتقابل بالموازة في التأثير بتنظيم غير رسمي مزوداً بالروابط الأنسانية و الخبرات له شأنه في سيرورة المهام و الأنشطة .

الفرع الرابع : الخدمة الآنية و الظرفية : تتعامل المؤسسات الصحية تحت ظروف عدم التأكد لتعلقها بالحياة أو الموت ، عندها تتوقف جميع المفاهيم أو مكاسب الحياة ، ينجر عن هذه الميزة ضرورة الجاهزية الآنية للعامل البشري والتجهيزات والمعدات وكذا الادوية والمستهلكات ، بالظروف السامحة للعمل .

الفرع الخامس : الإستمرارية :لا يمكن أن نتصور بأي حال من الأحوال توقف ولو جزئي للمؤسسات الصحية دون وجود المناوبة، تقدم خدماتها في جميع الظروف لا سيما الصعبة منها التي تشل قطاعات كبيرة ، تبقى قيد الخدمة لاستقبال الوافدين والحفاظ على صحة المجتمع .

الفرع السادس : التعرض للأزمات المتعلقة بالحياة : من الصعب أن تتوقع سيرورة الاعمال خلال جزء من اليوم بالمؤسسات العمومية للصحة كون أن مجملها غير مخططة إلا أنها تكون مجهزة إلى حد بعيد ، والارتباط هذه الانشطة بأسمى مفهوم وهو الحياة ، يتطلب الأمر توفر نسبة معتبرة من جودة الحياة الوظيفية دون تقصير في أحد جوانبها ، حتى يكون للطاقم العامل القدرة على

[1] طلال بن عابد الأحمدي ، التنظيم في المنظمات الصحية ، مرجع سابق ، ص 179

التكفل بالمرضى بشكل يضمن سلامة الحياة ، ومن غير المتوقع أن يتم العمل في ظل ظروف صعبة تنتج عنها كثرة الأخطاء والتي تشتد جسامة ولا يمكن تعويضها أو تخفيف الضرر نتيجة اختلال دعائم الحياة الوظيفية النفسية أو المعنوية وكذا المادية ، جودة الحياة الوظيفية بالمؤسسات الصحية تتيح المجال الأوسع للارتقاء بالخدمات وتجنب الاخطاء الطبية أو اللوجستية وخيمة العواقب والغير قابلة للتعويض أو الاستدراك .

الفرع السابع :إرتفاع نسبة المخاطرة :تعتبر المؤسسات الصحية بصفة عامة سواء كانت عمومية أو خاصة أو مختلطة وفي جميع دول العالم بمستويات مختلفة ، بيئة خطرة للعمل تتوجب الحيطة والحظر واليقظة بمستخديميها وقاصيديها . فبالرغم من أدوات الحماية والسلامة والنظافة الاستشفائية إلا أن الأخطار لاتزول بصفة كاملة. والأخطار المهددة للحياة بالنسبة للمستخدمين قد يكون لها عديد المسببات في المشوار المهني ، تبعا لطابع الاستعجال في معالجة الحالات الحرجة أين يتم التغاضي عن بعض البروتوكولات في سبيل انقاذ الحياة ، أو عن طريق الأمراض المتوطنة استشفائيا التي تكون مستعصية ومقاومة لوسائل النظافة والحماية الشخصية وكذا على الأسطح ، وربما تكون ذات مصادر أيونية ناجمة عن أجهزة التصوير الطبي . كلها أخطار تسبب أضرارا وخيمة على صحة المستخدمين تتطلب قدرا كبير من الرعاية والدراسات التقنية في حدودها القصوى التي تضمن الحماية والسلامة المهنية دون حد أدنى . ما يتطلب توفر قدر كبير من عوامل جودة الحياة الوظيفية ، سيما ما يتعلق ببيئة العمل وتنظيم العمل .

الفرع الثامن : تقارب الصلاحيات :مايميز المؤسسات العمومية للصحة والعمل الصحي عموما وجود التنظيم الرسمي والغير رسمي ما يسبب تداخلا ظاهريا في الصلاحيات الغير محددة تبعا للمسؤوليات ، تكون عادة بين الرتب المتقاربة وفي حالات محددة كثيرة أو نادرة الحدوث ، يتيح

الوصف الوظيفي وتحديد الصلاحيات وكذا تقسيم العمل والتخصص كعوامل تحسن من جودة الحياة الوظيفية .

الفرع التاسع : التطورات التقنية : العمل في المجال الصحي غير نمطي لاستحالة توقع الحالات الوافدة، ومن أجل تحقيق مستوى معتبر من جودة الحياة الوظيفية يتطلب الأمر مسايرة احتياجات المجتمع أو سبقها ، لتكون متوافقة مع الأبحاث والاكتشافات اليومية لطرائق التشخيص والتطبيب والمعالجة السريرية والدوائية المعتمدة على التكنولوجيا الحديثة ، ما يخفض من نسب الأخطاء المهنية وضمان فاعلية وأريحية أكبر لمستخدمي الصحة لها أثراها الايجابي على صحة المجتمع والمستخدمين ويجعل العمل في الوسط الصحي أكثر جودة . كما أن التطور التكنولوجي يسهم في زيادة الضغوط النفسية نتيجة عدم التوافق بين هذا التطور وقدرة المنظمة على تصميم الوضائف والسياسات و الهياكل التنظيمية والأنظمة الادارية [1].

الفرع العاشر : متطلبات المجتمع و المستخدمين : تنعكس جودة الحياة الوظيفية للمستخدمين في المؤسسات العمومية للصحة على الفاعلية المهنية ، من عديد النواحي سيما المتعلقة بحماية المجتمع ضد الاخطار الصحية التي تهددها ، فالتمتع بمستويات عالية منها يضع المستخدمين والمنشآت على أهبة الاستعداد في مواجهة الأخطار الصحية ، نتيجة توفر مكونات الجودة في العمل بالوسط الصحي ، أين يتمتع المستخدمين بشتى الظروف المؤهلة للعمل وتقدم الأفضل للمجتمع .

[1] ماجد سليمان دودين، أبحاث في العلوم الانسانية والاجتماعية ، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، بدون بلد، 2012 ، ص 200.

المطلب الثالث : الحياة الوظيفية لمستخدمي الصحة العمومية

سن المشرع الجزائري ترسانة من القوانين التي تتعلق بالعامل والعمل بما يضمن الحماية القانونية والسلامة الشخصية ضد كل أخطار المحيطة بمجالات العمل ، بشكل أساسي تقدم التشريعات والتنظيمات في المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر باعتبارها منشآت عامة والمستخدمين ضمنها موظفين عموميين تسري عليهم مجمل التشريعات والتنظيمات التي تتعلق بالوظيف العمومي في شتى مناحي ومجالات العمل .

بشكل عام ، نرصد أهم مجالات جودة الحياة الوظيفية التي سنها القانون الجزائري بمختلف نصوصه التشريعية بدءا من الدستور إلى تلك التنظيمية التي تقف على دقائق الأمور من تنفيذ للنصوص ومتابعتها. لكن نستقي أهم هذه الضمانات والحقوق من خلال المواد من 26 إلى 39 من الأمر 06-03 المؤرخ في 15 يوليو سنة 2006 م[1] ومدعمة بقوانين منظمة ، متمثلة في :

الفرع الأول : العطل و الغيابات والراحة : أشار التعديل الدستوري ديسمبر 2020 في المادة 66 منه إلى الحق في الراحة المكفولة بالقوانين في ممارستها[2] ، حيث يتميز العمل في المؤسسات العمومية للصحة بعدم الرتابة والروتين إذ أن الأحداث والحالات الوافدة تفرض طبيعة استثنائية غير متوقعة لسيرورة الأعمال في الوحدات الطبية ، لايعتبر الوقت المخصص للعمل ضابطا لها ، اذ انه قد تطول ساعات العمل المفروضة إلى أوقات متأخرة أو يتم الاستدعاء أثناء فترات الراحة ، تبعا لاستمرارية الخدمة الصحية العمومية وما تفرضه من إجراءات التسخير أو التواجد عند الطلب،

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 20 جمادى الثانية عام 1427هـ، الموافق 16 يوليو سنة 2006 ، العدد 46

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 15 جمادى الأولى عام 1442هـ، الموافق 30 ديسمبر سنة 2020 ، العدد 17

وكذا التناوب بين العمل الليلي والنهاري ، الأمر الذي يستوجب إحداث أساليب عمل تتيح أوقات للراحة والعطل بما يضمن سيرورة الخدمة العمومية وراحة المستخدمين . من هذا المنطلق يتمتع مستخدمي المؤسسات العمومية للصحة بفترات للراحة بعد أداء المهام كتعويض عن المناوبة الليلية والاستفادة من العطل السنوية والاستثنائية والاضافية المدفوعة الأجر باحترام التنظيمات والتشريعات الخاصة والعامة على مستخدمي الوظيفة العمومية ، وكذا الغيابات دون فقدان الراتب في حدود ماتسمح به القوانين بمتابعة الدراسات المرتبطة بنشاطات الممارسة أو التدريس والمشاركة في الدورات المتعلقة بالمجالس التي يمارس فيها عهدة انتخابية ، و دورات التكوين والمهام المرتبطة بالتمثيل النقابي والتظاهرات الدولية والرياضية والثقافية . و يمكنه الاستفادة من تراخيص الغياب المبرر دون المساس بالراتب بالانشطة ذات العلاقة المهنية كالمشاركة في المؤتمرات والملتقيات الوطنية أو الدولية. أو الغيابات الخاصة إثر المناسبات العائلية . كما أن التشريع أفسح مجالا واسعا واستثنائيا للمرأة الموظفة أثناء فترة الحمل والولادة والرضاعة . ما يبدي نوعا من المرونة والامتياز لمستخدمي قطاع الصحة نظير الخدمات المقدمة ويسهم في جودة الحياة الوظيفية .

الفرع الثاني : الراتب : يكفل القانون الجزائري لكافة مستخدمي المؤسسات العمومية الحق في تقاضي الراتب لقاء خدماتهم، بما يتلائم والشبكة الاستدلالية وتصنيف كل سلك او رتبة ، إذ أن مستخدمي قطاع الصحة يتوزعون بين مختلف النقاط الاستدلالية التي تثمن طبيعة الشهادات وسنوات العمل كمحدد للراتب الذي ينعكس بشتى صوره على جودة الحياة الوظيفية بالقطاع . إذ أن للدخل "تأثير واتصال مباشر بنوعية الحياة "[1]، باعتبار أن الراتب المتحصل عليه هو تعويض

[1] محمد الجوهري ، أحمد زايد وأخرون ،علم الاجتماع الاقتصادي ، الطبعة الأولى ، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان ، 2009 ، ص 434

للمجهودات الفكرية او البدنية المبذولة في سبيل حماية الصحة .وتمثل الرواتب والكفاءات والعوائد المالية اجمالا المقدمة عنصرا حاكما في نجاح أو فشل خطط تنمية الموارد البشرية .[1]

الفرع الثالث : الخدمات الاجتماعية : بالمؤسسات العمومية للصحة تتشكل لجان الخدمات الاجتماعية وفق المرسوم رقم 82-303 المؤرخ في 23 ذي القعدة عام 1402 الموافق 11 سبتمبر سنة 1982 يتعلق بتسيير الخدمات الاجتماعية[2] ، بغية الاهتمام بالجانب الاجتماعي للمستخدمين من نواحي توفير بعض الحاجيات الخاصة وصولا إلى الجانب الترفيهي وهو ما يبعث روحا في الحياة الوظيفية ويسهم في جودتها ليس ببعيد عن التنظيم إلا أنها تكتسي طابع التآلف والتضامن بين أفراد المؤسسة كونها اقتطاعات شهرية يخضع لها جميع الموظفين العموميين بنسب قانونية تستثمر في معالجة الجانب الاجتماعي لهم .

الفرع الرابع : الضمان الاجتماعي والتقاعد : تنص القوانين والتشريعات الأساسية للدولة لاسيما التعديل الدستوري ديسمبر 2020 عبر مادته 66 حول الضمان الإجتماعي [3]، والقانون رقم 83 – 11 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 هـ الموافق لـ 02 يوليو سنة 1983 م والمتعلق بالتأمينات الاجتماعية ، والذي أتبع بالقانون رقم 83-12 المؤرخ في 21 رمضان عام 1403 هـ الموافق لـ 02 يوليو سنة 1983 م والمتعلق بالتقاعد [4]، المعدلان والمتممان فيما بعد ، لكافة مستخدمي قطاع الوظيف العمومي على الحق في الضمان الاجتماعي بما يضمن تغطية الرعاية الصحية

---

[1] علي السلمي ، إدارة الموارد البشرية ، دار غريب للطابعة والنشر والتوزيع ، مكتبة الإدارة الجديدة ، القاهرة ، 1998 ، ص 227

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 26 ذو القعدة عام 1402 هـ الموافق 14 سبتمبر سنة 1982،العدد 37 .

[3] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، مرجع سابق ، 2020 ، العدد 17

[4] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 24 رمضان عام 1403 هـ الموافق 05 يوليو سنة 1983،العدد 28 .

وبعض الخدمات الاخرى مقابل اقتطاع شهري يعد إشتراك في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ، بنسب متفاوتة ، حسب الرتبة والسلك وكذا طبيعة المهام . كما يتضمن هذا الاقتطاع مساهمة الموظف في الصندوق الوطني للتقاعد الذي هو اقتطاع شهري يتم تحصيله بنسب متفاوتة تمثل عوائدا كمعاشات في نهاية المسار المهني ، سواء كان كاملا أو جزئي . وهوما عاملان مهمان يشكلان الضمانة المكفولة لمستخدمي قطاع الصحة في مواجهة حالات العجز الكلي أو النسبي و الاصابة بأمراض مهنية قد تكون خطيرة تعيق مسار العمل وأداء المهام ، ولا يعدان بمثابة الصحة الجسمانية أو العقلية بقدر ما هو تعويض عن ضرر ناجم يضمن الحقوق الأسرية للمكفولين وكذا كأموال مسترجعة لقاء اشتراكاتهم ، فمن جانب ضمان الحقوق يحس الفرد بالحماية الاجتماعية في مواجهة أطار العمل بالمؤسسات العمومية للصحة . ما يجعل عمال القطاع يتعرضون لمجازفات جسيمة تنبع من واجبهم الأخلاقي وفهمهم العميق لمعنى الحياة تحت كفالة الضمان الاجتماعي والتقاعد .

الفرع الخامس : المشاركة في الهيئة المستخدمة : ضمن المشرع الجزائري حق المستخدمين في المشاركة الفعلية بالهيئة المستخدمة في عدة نصوص بدأً من القانون رقم 78-12 المؤرخ في أول رمضان عام 1398 هـ الموافق لـ 5 غشت سنة 1978 م المتضمن القانون الأساسي العام للعامل[1] وصولا إلى الأمر 06-03 . عبر الهيئات الرسمية والتشكيلات الداخلية وهو ما يكرس مبدأ الشفافية في التسيير والمشاركة ، بنقل انطباعات المستخدمين عبر الطرق الرسمية المكفولة قانونا لاسيما عضوية مجلس الإدارة ، اللجان متساوية الاعضاء التي تتأسس كلجان تقنية أو لجان

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 04 رمضان 1398 هـ الموافق 08 غشت 1978، العدد 32

طعن، المجالس التقنية ، اللجان الداخلية والخارجية ، وغيرها . فالمشاركة من بين العوامل النفسية الدافعة و المحفزة للعمل [1].

الفرع السادس : التشغيل الفعلي : أكد التعديل الدستوري ديسمبر 2020 في مادته 66 الحق في العمل [2]، والعمل هو " وسيلة إنتاج السلع والخدمات التي يرغب فيها الأفراد "[3]، يعطي العمل فرصة لإبراز القدرات ومعنى للحياة ومكانة ضمن الحياة الاجتماعية ، حيث أبدت القوانين الخاصة بالعمل في المؤسسات العمومية للصحة اهتماما كبيرا بمحتوى العمل ، وتحديد المهام والالتزامات ، من خلال نصوص تشريعة وتنظيمية الخاصة بتنظيم القطاع وعلاقته الوثيقة بمختلف القطاعات الاخرى ، وإصدار قوانين خاصة بكل سلك تتضمن الرتب مع تحديد المهام والصلاحيات والعلاقات في العمل، ما يزكي جودة الحياة الوظيفية تلك الضوابط التي تنمي الالتزام الوظيفي تجاه المؤسسة الصحية ومرتفقيها .

الفرع السابع : الكرامة والصحة و السلامة البدنية و المعنوية : كرس التعديل الدستوري ديسمبر 2020عبر مادته 69 الحق في الحماية والأمن والنظافة أثناء العمل[4] ، كما نوه التشريع الجزائري عبر عدة قوانين تكفل علاقات العمل لا سيما الأمر 06-03 و القانون رقم 88-07 المؤرخ في 07 جمادى الثانية عام 1408 هـ الموافق لـ 26 يناير سنة 1988 م المتعلق بالوقاية الصحية والأمن وطب العمل[5] ، وفي مواضع كثيرة إلى ضرورة توفير جوانب وعوامل الحماية والصحة

---

[1] حياة غزال ، مرجع سابق ، ص 52 .

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، مرجع سابق ، 2020 ، العدد 17

[3] بوحفص مباركي ، العمل البشري ، دار الغرب للنشر والتوزيع ، الطبعة الثانية مزيدة ومنقحة، الجزائر ، 2004 ، ص 43

[4] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المرجع السابق ، 2020 ، العدد 17

[5] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 08 جمادى الثانية عام 1408 هـ الموافق 27 يناير 1988، العدد 04

البدنية والنفسية في العمل ، مع التمتع بالكرامة والحماية الوظيفية ضد كل أشكال التعنيف أو التعسف والإهانة ، مع ضرورة تبادل الاحترام في العلاقت الوظيفية والنهي إلى درجة تشديد العقوبات تجاه الإساءة أو كل الأفعال والممارسات التي تمس بالكرامة الصادرة عن المسؤول أو بين الموظفين أو من طرف خارجي ، بشتى أساليبها الضمنية والصريحة.

الفرع الثامن : الترقية والتكوين و تحسين المستوى: يرتبط التكوين وتحسين المستوى بالترقية إذ ان كل منهم يكمل الأخر و يعد من متطلباته ، حيث ضمن المشرع الجزائري الحق في الترقية والتكوين وتحسين المستوى لكافة مستخدمي المؤسسات العمومية للصحة من خلال القوانين الخاصة بكل سلك في جانب الحقوق، في مسعى منه إلى فتح الافاق في المسار المهني . فالجمود الوظيفي دون الاستفادة من هذه المنافع هو كبح للقدرات وروح المبادرة وسبب أصيل للعزوف المهني ونتائجه المدركة . لذا كرس الحق في التقدم الوظيفي عبر الترقية ودورات تحسين المستوى كإضافة لجودة الحياة الوظيفية ،وتأتي الترقية في قمة أعمال التنمية حين تصل قدرات رغبات الفرد إلى مستوى يناسب وظيفة أعلى .[1]

الفرع التاسع : الحوافز المادية و المعنوية –الاوسمة الشرفية و المكافات : الحوافز هي " الاساليب التي يعتمد عليها المدير ، للتأثير على سلوك الأفراد ، وخلق الدافع القوي لديهم على العمل بحماس وإخلاص لحقيق أهداف المنظمة"[2] الحوافز بشتى أشكالها هي وسيلة لانماء الروح الوظيفية لدى المستخدمين سيما في المؤسسات العمومية للصحة ، وتساهم في تعزيز تثمين المجهودات كما أنها تمنح صفة مميزة للمستفيدين بها لقاء أعمال أو مجهودات مبذولة ، تجعل

---

[1] علي السلمي ، مرجع سابق ، ص 219

[2] محمد الفاتح محمود بشير المغربي ، إدارة الموارد البشرية ، دار النشر للجامعات ، الطبعة الاولى، مصر ، 2013 ، ص 166 .

منهم يعملون بجد وتفاني بغية الاستفادة منها ، ولو كانت شرفية غير مادية إلا أنها تعتبر إضافة في الحياة الوظيفية ومصدرا للفخر والاعتزاز ، وتضفي على الحياة الوظيفية لمسة من الاعتبار والامتنان لقاء مجهودات تدفع بالطموح لدى الأفراد الآخرين لكسب هذا الامتياز أو الشرف.

الفرع العاشر : تكييف المناصب : ما يميز العمل في المؤسسات العمومية للصحة أنظمة العمل وفق المداومات والمناوبات وتعدد الوحدات والمصالح ، التي يتوجب على المستخدم طيلة حياته الوظيفية ممارسة المهام فيها ، ما يجعلهم عرضة للأخطار المهنية . لذا سن المشرع الجزائري تنظيمات تمكن من تكييف المناصب تبعا للقدرة البدنية والنفسية لمستخدمي القطاع العموميى بعد معاينة طبيب العمل والمراقبة الطبية لمصالح الضمان الإجتماعي كما نصت عدة مراسلات في ذات المضمون ، من بينها المراسلة الصادرة عن المديرية العامة للوظيفة العمومية بالجزائر رقم 14098 المؤرخة في 2018/12/31 ، وهي خطوة فعالة لضمان جودة الحياة الوظيفية و استثمار الطاقات البشرية ومكتسباتها الثمينة بالشكل الذي يحقق الإنتفاع والديمومة .

الفرع الاحدى عشر : الحماية القانونية والمتابعة التأديبية : أولت القوانين والتشريعات الجزائرية أهمية قصوى لحماية المستخدمين ضد أي متابعات قانونية وجزائية تطالهم أثناء ممارسة مهامهم العمومية. الشيء الذي تعزز مؤخرا في قطاع الصحة باصدار الأمر رقم 20-01 مؤرخ في 30 يوليو سنة 2020، يعدل ويتمم الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 8 يونيو سنة 1966 والمتضمن قانون العقوبات بإضافة قسم أول مكرر بعنوان "الإهانة والتعدي على المؤسسات الصحية ومستخدميها" [1]، يشدد العقوبات والجزاء ضد كل مساس معنوي أو مادي بالمستخدمين والمؤسسات

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 09 ذي الحجة عام 1441 هـ الموافق 30 يوليو سنة 2020،العدد 44

الصحية. مكنت من تحسين جودة الحياة الوظيفية والعمل في ظروف أكثر أريحية في كفالة القانون نتيجة الشعور بالأمان والاستقرار الوظيفي وكذا الأمن والسلامة أثناء ممارسة المهام .

الفرع الثاني عشر : الانتماء النقابي : كفل القانون الجزائري المتعلق بالعمال والموظفين سيما في القطاع الصحي حرية تنظيم وتشكيل النقابات والعمل في الأطر المحددة وفق القوانين التي نجد من بينها القانون رقم 90-14 المؤرخ في 09 ذي القعدة عام 1410 هـ الموافق لـ 02 يوليو سنة 1990 م والمتعلق بكيفيات ممارسة الحق النقابي المعدل والمتمم[1] ، ويرتبط عادة العمل النقابي بممارسة حق دستوري مكفول يمارس بكل حرية في إطار القانون كما ورد في المادة 69 من دستور ديسمبر 2020 [2]، سيما أن هذه المؤسسات ذات مجال حيوي وحساس يولي حياة الأفراد والمجتمع أهمية قصوى ، وبصورة مشرقة وهي الأكثر شيوعا فإن العمل النقابي يضفي ديناميكية وحركة بين العمل والإدارة في ايصال الانشغالات والتكفل بالمطالب بالاضافة إلى المجال المفتوح من طرف وزارة الصحة بإشراكهم بصفو استشارية في قرارات التسيير و دمجهم في لجان الحوار و فك النزاعات وهو ما يقدم إضافة في جودة الحياة الوظيفية نتيجة هذا المزج بين التنظيمات الرسمية والغير رسمية لايجاد بيئة عمل أكثر تحفيز على العمل . ويشعر من خلالها العامل عبر تمثيلياته أو نقاباته بوصول انشغاله وأخذه بعين الاعتبار وكذا محاولة الوصول إلى مقارابات لا تختلف مع القوانين كما انها لا تمنح أو تقصي حق غير واجب .

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 26 رمضان عام 1443 هـ الموافق 27 أبريل سنة 2022،العدد 30

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، مرجع سابق ، 2020 ، العدد 17

الفرع الثالث عشر : احترام الرأي :يعتبر الرأي في مجال الوظيفة ضمن قطاع الصحة العمومية أداة تطرح ضمن التنظيمات الرسمية بالمؤسسات ، يؤخذ بعين الاعتبار لما يقدمه من إضافة في مجال التسيير أو مجالات التحكيم عبر المجالس واللجان ضمن التنظيم وكذا النقابات والتمثيليات واللجان المشتركة ، وهو ما ينمي جوانب عديدة في جودة الحياة الوظيفية قد تكون المشاركة أهمها.

الفرع الرابع عشر : حرية الانتماء والحماية من التمييز : أجازت الكثير من التشريعات لا سيما الأمر 06-03 والإخرى ذات الصلة ، حرية الانتماء والحماية من التمييز بجميع أشكالهم ، فلا يتأثر المسار المهني للموظف أو حقوقه بذلك ، كل موظف له حق الانتماء للتشكيلات الداخلية بالمؤسسة والخارجية أو التيارات السياسية والجمعيات ، كما له الحق في الحماية من التمييز العرقي أو غيره ، فالمؤسسة العمومية للصحة تتعامل مع مختلف الأطياف والانتماءات ، بشتى المجالات التي تضمن سلامة الأفراد والمجتمع بعيدا عن التمييز . فهي خدمة انسانية بالدرجة الاولى وغير مخصصة لأفراد أو توجهات دون سواها ، من غير المقبول ولا الأخلاقي أن تظل بظلالها على المسار المهني أو جودة الحياة الوظيفية بالمؤسسة.

الفرع الخامس عشر : الوضعيات الأساسية : خلال المسار المهني للموظف بالمؤسسات العمومية للصحة يكون في احدى الوضعيات الأساسية التالية : القيام بالخدمة ، الانتداب ، خارج الإطار ، الاستداع ، الخدمة الوطنية . حيث يستفيد من خلالهم بحقوقه الوظيفية تبعا للقوانين المتعددة، لا سيما المرسوم التنفيذيٍّ رقم 20-373 المؤرخ في 26 ربيع الثاني عام 1442 هـ الموافق لـ 12 ديسمبر سنة 2020 م يتعلق بالوضعيات القانونية الأساسية للموظف [1]، وتشكل هذه الوضعيات المخارج الأساسية للموظف في حياته المهنية ، في حال حدوث أي أمر يستدعي

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 05 جمادى الأولى عام 1442 هـ الموافق 20 ديسمبر 2020، العدد 77

الحفاظ على منصبه بالموازاة مع ممارسة مهام أو أنشطة أخرى أو الانقطاع المؤقت عن العمل ، هذه الوضعيات الأساسية تعتبر مجالا واسعا لاضفاء مزيد من المرونة على جودة الحياة الوظيفية وتجعل منهم عنصرا فعالا يتمتع بالأمان والاستقرار الوظيفي .

المبحث الثالث : جودة الحياة الوظيفية للأطباء العامين

بالإظافة إلى ما نص عليه الأمر رقم 06-03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427هـ الموافق15 يوليو سنة 2006م المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفية العمومية[1] يستفيد الأطباء من الحقوق المنصوص عليها للموظف العمومي . وما تمليه القوانين الخاصة و الأساسية ، لاسيما المرسوم التنفيذي رقم 09 -393 المؤرخ في 07 ذي الحجة عام 1430هـ الموافق لـ 24 نوفمبر سنة 2009 م يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية [2].و المرسوم التنفيذي رقم 09-394 المؤرخ في 07 ذي الحجة عام 1430 هـ الموافق 24 نوفمبر سنة 2009 م يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لسلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية[3] ، حيث أضافت حقوق خاصة تكرس التمتع بجودة حياة وظيفية معتبرة ، من بينها :

- الاستفادة من الخدمات الصحية الوقائية في اطار طب العمل
- أحكام خاصة تتعلق بالتوظيف والترقية والتصنيف والوضعيات القانونية الأساسية
- ضمان النقل لممارسة المهام في المداومة أو العمل الليلي
- خدمات الاطعام المجاني لمستخدمي المناوبة
- توفير البدلات الطبية أثناء ممارسة المهام
- خصوصية التكوين والتقييم

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، مرجع سابق ، العدد 46 ، سنة 2006.

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، العدد 70 ، المؤرخ في 29 نوفمبر سنة 2009 .

[3] الجريدةالرسمية للجمهورية الجزائرية ، المرجع نفسه .

المطلب الأول : طبيعة العمل الطبي العمومي

المؤسسات العمومية للصحة هي الوحدات الحكومية التي تبرز من خلالها السياسة الصحية العامة المنتهجة من طرف الدولة ، يحكم العمل في المؤسسات العمومية للصحة ضوابط وأعراف وأخلاقيات تنبع من دورها وتوجهاتها . وبطبيعة الحال فإن العمل الطبي ضمن منظومة مؤطرة ، لها خصوصياتها المكفولة بالتشريع يكون له طابعه المميز عن العمل في أطر أو بيئة مختلفة ، ومن خصوصيات العمل الطبي في المؤسسات العمومية للصحة :

الفرع الأول : الالتزام بالتنظيم : يراعي الطاقم الطبي العامل بالمؤسسات العمومية للصحة أحكام التنظيم حين تقديمه للخدمة ، وتمثل في مجموعها الضوابط القانونية والدستورية المكفولة للمريض والطبيب، مما يضع أطرا محددة لا يمكن تجاوزها كما لا يمكن عدم تقديمها ، ويعكس التنظيم داخل المؤسسات العمومية للصحة الذي يتميز بالتعقيد ، التوجه العام لها والسياسة الصحية العامة. حيث " تعد وظيفة الأطباء الوظيفة الحاكمة في المجال الصحي وخاصة في المستشفيات بسبب أن الأطباء هم الوحيدون المؤهلون والمفوضون قانونا بممارسة مهنة الطب " [1] بحيث يعتمد الأطباء تنظيما فعالا لأنفسهم يضع اللوائح الداخلية التي تحكم ممارساته في مجال الرعاية الصحية . مما يضع الطبيب تحت طائلة الالتزامات القانونية والأخلاقية لحفظ الحقوق بما يضمن السلامة العامة، وهو هدف نبيل فيه كفالة يقصدها التنظيم ، إلا أن عدم المرونة فيه تكبح دافعية الطبيب في أداء المهام الواجبة ، وتجعل منه يؤدي عملا نمطيا روتينيا ، لتجنب التبعات القانونية .

الفرع الثاني : تقاسم المسؤولية : يعمل الطبيب في هيكل عمومي يستقي سيادته من الدولة ، حيث أنه أثناء ممارسته لمهامه يعتبر عون من أعوان الدولة ، تتكفل بحمايته ومتابعة أنشطته ،

---

[1] طلال بن عايد الأحمدي : التنظيم في المنظمات الصحية ،مرجع سابق، ص 239

ضمن الأطر التي يمليها التنظيم . هنا تتعد أوجه النظر في روح المسؤولية ، فأداء الطبيب لمهامه هي جوهر العملية الصحية ، تعبر عن أداء المؤسسة لمهامها ومقاصدها . أما بالنسبة للتابعات الناجمة عن خطأ أو سهوا ، هناك من يعتبرها تتعلق بالطبيب وآخرون يرون أنها تتعلق بالمؤسسة وأكثرهم يقسم بينهم المسؤولية ، لكل طرف حججه التي تتطلب المعالجة الفردية للسلوكات الطبية أو المؤسسية . وهو ماجادت به الأراء الفقهية في المجال الطبي .

الفرع الثالث : عدم الانتقاء : كان القصد من انشاء المؤسسات الحكومية أن تكون متاحة للعامة ، دون تمييز أو انتقاء الأمر الذي يضع الأطباء العموميون في مواجهة مختلف الحالات الوافدة ، من أبسطها تدريجا إلى أعقدها ، ويضعهم ضمن عدد لا متناهي من الاحتمالات امام كل حالة على حدى ، التي تتطلب المعالجة الدقيقة للمعلومات للوصول إلى التشخيص الحقيقي . وبهذا فإن الأطباء العموميون يشتغلون أمام قائمة طويلة من الأمراض المتعددة قريبة التشابه فيما بينها وتلك البعيدة والمترابطة ، مما يضعهم أيضا أمام بذل مجهود ذهني وبدني من أجل فصل الحالات والحذر من الوقوع في الأخطاء .التي قد تسبب ضررا للمريض وكذا الطبيب والمؤسسة التابع لها .

الفرع الرابع : المجانية : أكد التعديل الدستوري المؤرخ في 06 مارس 2016 في مادته 66 على أن "الرعاية الصحية حق للمواطنين"[1] .ولا ينظر إلى المجانية في السياسة العامة للصحة من الناحية المادية ، بل هي مكسب دستوري وإجتماعي وتكريس لمبدأ حاكمية الدولة والحفاظ على الصحة العمومية مع ضمان الحد الكافي من الرعاية ، بهذا تكون مقصدا لجميع الحالات العامة أو التخصصية ، والعمل في ظل هذا المبدأ يفرض سمته بتقبل المستويات المرضية أو الفكرية أو الاجتماعية وغيرها، أمام القواعد الأخلاقية والتنظيمية بتقديم المساعدة والرعاية على وجهها الأمثل.

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، مرجع سابق ، 2016 ، العدد 14

الفرع الخامس : العلاقة مع المريض : تختلف علاقة المريض مع الطبيب حسب موقعه ، وفي هذا الصدد يقول محمد حسين قاسم استنادا إلى أحمد شرف الدين ومحمد حسين منصور بأن العلاقة بين الطبيب والمريض ذات طبيعة تعاقدية مع احترام أصول وقواعد المهنة ، أما في المؤسسات العمومية فقد اقرت محكمة النقض الفرنسية على نحو صريح لأول مرة بتاريخ 1939/05/30، هذا التكييف تبنته محكمة النقض المصرية بتاريخ 1969/06/20 على أن العلاقة بين الطبيب والمريض ليست عقدية بل هي " علاقة شخص مكلف بأداء خدمة عامة طبقا للوائح بشخص يتمتع بخدمة المرفق العام طبقا للقانون "[1] . من زاوية أخرى يراها أنس محمد عبد الغفار تندرج ضمن نظام العقد إذا كانت الممارسة الطبية في نطاق الجانب الاقتصادي أو القانوني، أما إذا كانت ضمن الجانب الانساني فتكون خارج النطاق العقدي [2]. رغم ما في العبارة من بساطة فان في طياتها فصل الخطاب يؤيدها المنطق من جانب المعاملة والمقصد.

مع اختلاف زوايا النظر للقضية اجمالا في فك سر العلاقة بين الطبيب العامل في المؤسسة العمومية للصحة والمريض ، فان الأمر يتضح من هدف وجود الطبيب في ذلك الموقع الذي يعتبر عونا للدولة بالدرجة الأولى وممثلا لها . ومن ثم ما تمليه عليه نوازعه الأخلاقية والمهنية النبيلة ، فان هذه العلاقة ليست عقدية فحسب بل هي دستورية و انسانية مقدسة حريٌ أن توصف بأرقى الصفات الممكنة ، وتمتد أوسع من هذا المنظور وحسب ، باعتبار أن الطبيب في علاقة عقدية مع المؤسسة العمومية الممثلة للدولة كتنظيم وأخرى مع المريض . يحمل التزامه تجاه الطرفين بأداء مهامه وتقديم الخدمة الصحية في ذات الوقت ، حيث أن لابد أن يغلب أحد العقود

---

[1] محمد حسين قاسم ، اثبات الخطأ في المجال الطبي ، دار الجامعة الجديدة ، الاسكندرية ، 2016 ، ص 11

[2] أنس محمد عبد الغفار ، التزامات الطبيب تجاه المريض ، دار شتات للنشر والبرمجيات ، دار الكتب القانونية ، مصر – الامارات ، بدون سنة ، ص 18

عن الأخر من باب حماية الصحة العمومية ، والايفاء بالتزاماته الوظيفية والمجتمعية تبعا لأهليته في حسن التقدير.

الفرع السادس : الوسائل المتاحة :الوسائل العمومية المتاحة أمام المرضى من تجهيزات ومعدات مساعدة ففي التشخيص والعلاج والتكفل التام ، هي الجانب المادي الممثل لمستوى الخدمة الصحية في الدولة ، والعمل وفق ما هو متاح يضع الأطقم الطبية أمام الخيارات المتوفرة في سبل العلاج ، تجعل من المكان مصدرا للراحة أو مسببا للضغوط . فلا يمكن توظيف المعلومات والخبرات ذات الشأن بالعلاج والمتابعة الصحية دون مرافقة للتجهيزات الداعمة وأدوات التشخيص ، والتي تخفف من البروتوكولات البديلة أو الاعتماد على الأعراض والتشخيص السريري لوحده في متابعة الحالات .

الفرع السابع : الشمولية : يقصد بالشمولية في العلاج في المؤسسات العمومية للصحة ذلك التدفق للمرضى أو طالبي الخدمة وكذا الحالات الحرجة لنفس الموقع والطاقم الطبي ، سيما للمؤسسات الجوارية ذات الشأن الشمولي الغير تخصصي ، فيكون العمل مع الاطقم الطبية المواجهة لهذا التدفق طبيعة خاصة ، شبيهة إلى حد كبير بمعالجة الأزمات كونها تعمل بنسق غير محدد ، ترتفع وتيرته أمام الطوارئ وتنخفض في الخدمات العادية ، وعادة ما يتخلل أحدها الأخر . تتداخل حينها المسؤوليات والصلاحيات انطلاقا من الفرز للحالات الحرجة عن غيرها التي تبدو عادية ، ويكون عامل الوقت والدقة في التشخيص مع صحة مسار التدخل عوامل جد مهمة ، يتم كل هذا الجانب التقني بمهارة إدارة الاتصالات ، التنسيق ، التوجيه والإشراف وصولا إلى التنفيذ .

الفرع الثامن : الامتداد :كل متقدم إلى المؤسسة العمومية للصحة يخضع لإشراف طبي عام أو تخصصي أثناء مكوثه حتى علاجه ، وتمتد هذه العلاقة إلى المنزل عبر العلاج أو الإستشفاء

المنزلي ، فالخدمة الطبية العمومية ممتدة تقنيا ولوجيستيا ، والأمر هنا لا يقف فقط عند المعالجة او التكفل النهائي بالمريض، إنما قد تتسع لتشمل أهله وذويه أو المحيط خصوصا في حالة الامراض المعدية أو الأمراض المتنقلة استشفائيا ، لتكون الخدمة المقدمة وقائية ذات طابع علاجي أو العكس . هذا ما يضع الطبيب أو الأطقم الطبيبة أمام عدة اعتبارات واختيارات ، لا تقف عن العلاج في المستشفى أو المنزل ، حيث أنها تتحول من طابع وظيفي إلى طابع مهني ثم انساني واجتماعي ، هكذا يكون للعمل وفق هذه الانماط أساليب مختلفة ، تتنوع معها الالتزامات والضوابط، من معالج أو مقدمي خدمة إلى متتبع وحارس للشأن الصحي العام .

الفرع التاسع : صمام مجتمعي :تهدف المؤسسات العمومية للصحة عبر مرافقها وأطقمها الطبية إلى أن تكون المقصد لجميع شرائح المجتمع ، فالطبيب والأطقم الطبية تمارس مهامها بالشكل الذي توظف فيه مهاراتها وخبراتها من جهة ، ويستنبط المستوى الصحي للمجتمع والأفراد من جهة أخرى ، من خلال اكتشاف الأمراض المنتشرة ذات الصلة بالبيئة أو مصادر العيش وغيرها ، والعمل على التنويه لها عبر سلطة المؤسسة ، فهو يمارس بهذه الصفة السلطة المجتمعية للصحة كونه يمثل توجه المؤسسة والدولة للحماية العامة .

المطلب الثاني : قياس جودة الحياة الوظيفية للأطباء

لا تكون مؤشرات قياس جودة الحياة الوظيفية للأطباء بالمؤسسات العمومية للصحة كمية كونها خدمات ، تتخذ مؤشرات للأداء ، مع تقييم الوضعية المهنية للأطباء كأدوات للقياس . من واقع الملاحظة والخبرة المهنية الميدانية في الإدارة الصحية بالمؤسسات العمومية ، نعتمد أهم هذه المؤشرات في محاولة تنظيرية قابلة للتطبيق ، كمايلي :

الفرع الأول : المؤشرات التنظيمية :

تدل على تلك المؤشرات التي يمكن الاعتماد عليها في قياس جودة الحياة الوظيفية للأطباء تبعا للتنظيم وأساليب الإدارة ، نجد من بينها :

أولا : نسبة التمثيل في المجالس : يكون في المجالس الإدارية واللجان وكذا التمثيليات عدد مقنن من الاطباء ، عزوف الأطباء عن المشاركة فيها هو دليل عن نقص جودة الحياة الوظيفية ، نابعا من عدم المشاركة و التهميش أو الإهمال من جانب الإدارة ، وظواهر الملل وعدم الانتماء والاحتراق الوظيفي للأطباء ، نقترح أن تحسب النسبة كالتالي :

عدد المجالس = عدد المجالس التنظيمية + اللجان + فرق المشاريع + التمثيليات

نسبة التمثيل = عدد المجالس * 100 / عدد الأطباء

ثانيا : ساعات العمل : الحجم الساعي يكون مقننا ، وأي زيادة فيه تكون مبررة ، هناك نقطة حدية تعتبر مؤشرا على جودة الحياة الوظيفية للأطباء ، فمن غير المعقول الحكم على ضخامة عدد ساعات العمل كمعيار لنقص الجودة ، أو نقصان ساعات العمل كمعيار للجودة ، إلا برصد حجم الضغوط المهنية . وقد تكون ساعات العمل دافعا للتغيب أو الإهمال المهني . كلما كانت ساعات

العمل ملائمة مع الاخذ في عين الاعتبار المناوبات والايام التعويضية تكون هناك جودة حياة وظيفية معتبرة ، تمكن الاطباء من أداء مهامها على وجه أفضل .

ثالثا : سيرورة الحياة المهنية : الاطلاع على المسار المهني للأطباء هو دليل على جودة حياتهم الوظيفية ، حيث يتم تسجيل الاوضاع المهنية الشائعة دون الفردية للحكم على ذلك .

رابعا : رشادة النفقات : يتمكن الاطباء بصفتهم المشرفين على عمليات الاقتناء والتوزيع للأدوية والمستهلكات الطبية من التحكم في النفقات مع ايجاد البدائل الكفيلة ، لهذه الرشادة مظاهر عديدة :

– قيمة الادوية المستهلكة وغير مبررة ، المنتهية الصلاحية و الغير ضرورية

– التكلفة المباشرة للمريض بمشتملاتها التي تتضمن العلاج ، التحويل ، المتابعة ، والتكاليف الغير مباشرة . حيث تقوم الإدارة بصفة شهرية باحتساب التكاليف بمنظور مادي قد يكون له تعبير موازني ، نقترح الصيغة الآتية في حساب :

تكلفة المريض الواحد شهريا = كتلة الأجور والرواتب الشهرية + التكاليف الملحقة + قيمة الادوية والمستهلكات + التكاليف المتغيرة / عدد المستفدين شهريا

أما بالمنظور الوقائي فإن الأمر يختلف تماما ، لعلى أن بعض الأمراض المنتشرة تكون لها لقاحات وأمصال زهيدة التكلفة ، تغني عن التكاليف الباهضة في حالة الاصابة بالمرض . ناهيك عن المنظور الانساني أن الحياة لا تقدر بثمن .

خامسا : النمو الوظيفي : يحتسب عدد أو نسبة الأطباء الذين تمت ترقيتهم في السلك أو تأهيلهم إلى مناصب عليا وظيفية كانت أو هيكلية ، كما يلي :

– نسبة الترقي = عدد المستفدين * 100 / عدد الأطباء

- نسبة التأهيل = عدد المستفيدين * 100 / عدد الأطباء

إلا أنه في نسبة الترقي والتأهيل يستثنى عدد الأطباء ذوي الحالات الخاصة المستفيدين من انقطاع علاقة العمل المؤقتة وكذا من لا يحوزون شروط الترقية والتأهيل .

سادسا : الدوران الوظيفي : يعتبر مؤشرا هاما في جودة الحياة الوظيفية ، كما أن الاستقرار في المؤسسات العمومية للصحة ظاهرة استثنائية ومحدودة للتخصصات ، إجمالا فإن الأطباء العموميون في مسيرة حياتهم الوظيفية ، لابد من تدويرهم على الوحدات والمصالح باعتبارها وجها من أوجه التدريب في مكان العمل وإثراء المكتسبات المعرفية والتنظيمية مع تجنب ظاهرة الملل الوظيفي ، كما أنها تسمح باكتساب شخصية مؤثرة عبر بناء العلاقات المهنية في مختلف المصالح.

الفرع الثاني : المؤشرات المهنية :

تعتبر المؤشرات المهنية التي تتعلق بجودة الحياة الوظيفية للأطباء بوصلة ذات مؤشر لمستواها ، عبر فحص الأنشطة المتداولة في المؤسسات العمومية للصحة ، والتي تعتبر منعكسا ، من بينها :

أولا : نسبة التحويلات : تعتبر نسبة التحويلات المتعلقة بالمرضى مؤشرا لجودة الحياة الوظيفية للأطباء على زاويتين بمراعاة الواجب القانوني والمهني والاخلاقي:

- إذا كانت جودة الحياة الوظيفية على مستوى معتبر فإن لها تأثيرا يرتبط بالدافعية في العمل مع توفر شروطه طبعا ، فإن ذلك يلزم التكفل بالمرضى على مستوى المؤسسة .

- أما إذا كانت جودة الحياة الوظيفية متدنية فإنه من الضروري تحويل المرضى المعقدة حالاتهم ولا يمكن تلبيتها على مستوى المؤسسة إلى مؤسسات أخرى ذات الشأن أو التخصص .

نقترح أن تحسب النسبة اليومية للتحويلات كالتالي :

- نسبة المرضى المحولين = عدد الحالات الحرجة –عدد الحالات الحرجة المتكفل بها /100

ثانيا : الحالات المتكفل بها : وهي تعبير عن حجم النشاط ، إعتبار تلك الحالات الصعبة تتطلب التفرغ ، ولا تعني أبدا ضخامة الأعداد المتكفل بها جودة الخدمة ، بل يتم النظر إلى طبيعتها وتعقيد وسلامة اجراءات كل حالة على حدى ، التفرغ التام للأطباء في معالجة حالات صعبة تتعلق بالحياة والنجاح فيها ، قد تكون مؤشرا اقوى لما يتمتعون به وتتميز به المؤسسة من جودة حياة وظيفية .

ثالثا : الشكاوى : يكون عدد الشكاوي بعد معالجتها وضبط محتواها مؤشر عن جودة الحياة الوظيفية للأطباء إلى حد ما .

رابعا : معدلات الغياب : الغياب هو تعبير عن عدم الالتزام التنظيمي والملل الوظيفي أو ضعف التنظيم ، وقد يكون لأسباب أخرى . يحسب صافي معدلات الغياب كمقترح كالتالي:

صافي التغيب = عدد التغيب – عدد التغيب المبرر أو القاهر

- عدد الغيابات الشهري = صافي الغياب *عدد أيام العمل *100 / 30

ولا تحتسب تلك الغيابات الممنوحة تحت كفالة القانون كالتراخيص و من أجل إجراء أشغال مكملة أو تكوين وغيرها .

خامسا : التسرب المهني : يدل التسرب المهني تحت ظروف التنقل إلى نفس المهام في مؤسسة أخرى من نفس الطبيعة مع استثناء الأسباب الاجتماعية على ضعف جودة الحياة الوظيفية ، أما التسرب الناجم عن استكمال دراسات أو تغيير طبيعة العمل قد لا يكون وجها لذلك .

سادسا : الأمراض المهنية : المرض المهني occupational disease كما أشار إليه نبيه غطاس في معجمه بأنه " أي مرض يتضح أو يثبت أنه متسبب عن ظروف وأحوال العمل في مهنة معينة "[1] ، وهي منعكس حقيقي لجودة الحياة الطبية للأطباء ، إذ أنهم أدرى الموظفين بسبل الوقاية منها ، تسجيل الإصابات بالأمراض المهنية في صفوف الأطباء له مؤشر قوي على مستوى جودة الحياة الوظيفية بالمؤسسة ، نقترح حسابها كما يلي :

نسبة الإصابة بالامراض المهنية = عدد الأمراض المهنية المثبتة *100 / عدد الأطباء

سابعا : الأداء الفعلي : يصعب الحكم على الاداء الفعلي للأطباء نتيجة خلفياتهم العلمية والقانونية والاخلاقية . كل الظن أن أدائهم فعلي ولا يحتمل غير ذلك ، يتم تقييم هذا الأداء من خلال الاطباء رؤساء الوحدات والمنسقين ضمن المجلس الطبي ، المقترح صيغته كالتالي:

الأداء الفعلي = عدد الحالات الحرجة المتكفل بها + عدد الحالات الشهرية / عدد أيام العمل – صافي التغيب

[1] نبيه غطاس : معجم مصطلحات الإقتصاد و المال و إدارة الأعمال ، الطبعة الأولى ، طبعة جديدة ، مكتبة لبنان ، 2000 ، ص 382

المطلب الثالث : تحسين جودة الحياة الوظيفية للأطباء

تعد جودة الحياة الوظيفية للأطباء بالمؤسسات العمومية للصحة ضمانة أساسية في سبيل الرفع من جودة الخدمات الصحية، التي تنعكس على أمن و سلامة المجتمع ، بغية تحقيقها تمتد جودة الحياة الوظيفية إلى أكثر من نطاق ، منها ما يتعلق بالهياكل المادية وأخرى بطبيعة العمل او السياسة العامة والموارد البشرية . من أجل ضمان مستوى متوازن من جودة الحياة الوظيفية بالمؤسسات العمومية للصحة ، يجب مراعاة :

الفرع الأول : الاستثمار في المورد البشري : الركيزة الأساسية في تنمية خدمات المؤسسات العمومية للصحة تعتبر ما تمتلكه من موارد بشرية ، التي تعتبر حجر الزاوية في ضمان ديمومة وكفاية الخدمة العمومية على وجهها القويم كماً ونوعاً. المورد البشري المتمثل في الأطباء ، ثروة غير مسترجعة حال فقدانها، كونها كفاءات ذات محصلة من الخبرات ، قادر على تجاوز الأزمات والتكيف مع البيئة المحيطة إذ ما تم رعايته والاهتمام به في جانب الوظيفة ، كانت له مخرجات بالحجم ذاته أو أكثر ، تظهر من خلال الحماية الصحية العمومية . حتى تتوفر جودة للحياة الوظيفية عبر الاستثمار في المورد البشري يتطلب الأمر :

– ضمان التكوين والتأهيل المهني المستمر باتباع أساليب تدريبية معاصرة وملائمة للواقع من جهة ومسايرة للتطورات من جهة أخرى .

– كفالة الحقوق المنصوص عليها قانونا وتفعيل دور المجالس التقنية والحركة العمالية .

– اتخاذ تدابير التمكين في التسيير الصحي للرتب والأسلاك المؤهلة للقيادة لاسيما الأطباء .

– اعتماد الخصوصيات لكل سلك أو رتبة في توزيع المهام والاضطلاع بالمسؤوليات وفق القوانين الأساسية الخاصة .

– تكوين الأطباء على أدوات التسيير الصحي لتكون متوافقة مع السياسة العامة والخاصة بالمؤسسة .

– تكييف أنماط العمل الخاصة بالأطباء من حيث الحجم والالتزامات بما يتلاءم مع القدرات والمؤهلات .

– إشراك الأطباء في وضع الخطط والبرامج المتعلقة بالصحة والسكان ، المقتنيات والتجهيزات ، تخطيط الهياكل الصحية ، وكل ما له علاقة بتحسين جودة الخدمة الصحية .

– تثمين الخبرات التقنية والإدارية للأطباء بوضع رتب للمكونين الميدانيين في التنظيم .

– ضمان الحماية الصحية للأطباء ضد الاخطار المهنية من خلال التكفل التام باحتياتهم من جهة، وأمن وسلامة أماكن العمل من جهة أخرى .

– الموازنة بين الحياة الوظيفية والاجتماعية عبر الاهتمام بشروط الحياة الكريمة للمستخدمين من نواحي عدة اهمها : الايواء ، النقل ، الحماية الأسرية ، الامتيازات الوظيفية .

الفرع الثاني : تكييف التنظيم :تعد المؤسسات العمومية للصحة من المؤسسات المتطلبة لوجود نسق تنظيمي يحكم الاختصاصات والصلاحيات والوسائل المستخدمة مادية كانت أو بشرية ، كونها تتعامل في وسط يتميز بالخطورة ومع مسائل تتعلق بالحياة ، للقيام بدورها يتداخل التنظيم الرسمي والغير رسمي ليكون في صالح الطرفين ، مقدمي الخدمة ومتلقيها . يحكم التنظيم الرسمي تلك القواعد القانونية والإدارية في حين يحدد طبيعة التنظيم الغير رسمي شبكة العلاقات

والتشكيلات التي تتكون تبعا للشخصيات والنفوذ وغيرها من الاعتبارات . إلا أن هذا الحراك بين التنظيم الرسمي والغير رسمي في المؤسسات العمومية للصحة عندما يكون مؤطرا قائم على إحترام القوانين والأعراف التي تهدف في مجملها إلى خدمة طالبي الخدمة في ظروف صحية ومريحة من ناحية ، وبيئة ذات جودة حياة وظيفية معتبرة من ناحية أخرى .

لذا فالتفاعل بين التنظيم الرسمي والغير رسمي هو صيغة صحية محدد لتنمية وصيانة جودة الحياة الوظيفية للأطباء بالمؤسسات العمومية للصحة في ظل المتطلبات التالية :

– تأطير التنظيمات الغير رسمية والاستفادة من تأثيرها بما يفيد خطة عمل المؤسسة ولا يتعارض مع مسارتها التنظيمية .

– تفعيل دور التنظيمات الرسمية للاضطلاع بمهامها المتاحة قانونا مع ازالة العوائق الإدارية أو التقنية التي تعرقل مهامها وإدماج الأطباء .

– تمكين الأطباء في التنظيم والمؤثرين في الفرق والجماعات ، لتوجيه وتصويب المشاريع والمهام وفق ما يتلائم مع رؤية وأبعاد المؤسسة في تقديم خدماتها .

– الاستفادة من المواهب والكفاءات للأطباء بدمجها في التنظيمات الرسمية والاستثمار فيها من أجل وضعها في السياق العام للمؤسسة .

– ابداء المرونة الكافية امام الأطباء في ممارسة المهام والمشاركة في إتخاذ القرار عبر فتح قنوات تكامل بين اللجان التي يرأسونها ، ليكون هناك تنسيق في التوجهات .

– تقريب الأطباء من أجهزة المشاركة بشكل دوري من أجهزة صنع القرار بشكل فعلي وملموس ، والخروج بتوصيات تتلائم مع قدرات المؤسسة وواجبات الموظفين ، لتكون خطة عمل ذات قابيلية للتحقيق وبرؤية مشتركة تقنية–إدارية .

– اعتماد على الأطباء في التسيير لما لهم خيارات تسمح بالمشاركة في تحسين القرارات والخدمات المقدمة ، مع تفعيل أنماط فرق العمل واكتشاف القيادات الميدانية المؤثرة ، لتتكون رؤية قابلة للتحقيق في حدود الموارد المتاحة

الفرع الثالث : الخصوصيات التقنية والفنية :يقول طارق عبد الرؤوف عامر و إيهاب عيسى المصري في شرحه للوظائف النشطة ، بأنها الوظائف التي فيها ضغط عالي في الأداء و تميل ساعات العمل أن تكون طويلة و لكنها تكون جزئياً تبعاً لحرية تصرف العمال كالأطباء [1].لطبيعة عمل الأطباء ومتطلباته في المؤسسات العمومية للصحة ذات الطابع المجاني والالتزامات الاجتماعية والأخلاقية والقانونية خصوصيات تقنية وفنية يجب مراعاتها ، من أجل ديمومة الخدمة العمومية الصحية والارتقاء بها فهي ذات تغطية وتوقيت كلي دون انقطاع في مواجهة التنبؤ بالحالات الوافدة ، رغم العوائق والصعوبات في الامدادات المستمرة بشكل ثابت . قد تؤثر في انخفاض المستويات التقنية والفنية لها ولو بشكل مؤقت ، وهو ما يؤثر بشكل جلي على جودة الحياة الوظيفية وبالتالي على مستوى الخدمات. تمس هذه الخصوصيات التقنية والفنية كل الجوانب بدأ من تأهيل المورد البشري و هيكلة المقرات الصحية والوسائل المتاحة وصولا إلى الجو العام السائد في العمل ، لذا فإن ضمان مستوى معتبر من جودة الحياة الوظيفية في المؤسسات العمومية للصحة يتطلب :

[1] طارق عبد الرؤوف عامر وآخرون، مرجع سابق ، ص 187 .

– تفعيل دور اللجان التقنية على المستوى المركزي للقيام بالتوازنات الخاصة للمصالح والمناطق التي تشهد ضغط كبيرا ، في سبيل التكفل الأمثل بالحالات وتخفيف الضغوطات المهنية .

– الاعتماد على الهندسة الصحية بجانبيها ، جانب هندرة العمل وكذا جانب التصميم العمراني للمنشئات العمومية للصحة بما يضمن التغطية الكفيلة بتلبية حاجيات المجتمع المتزايدة وكفاءة المنشئات مع مراعاة الجانب الفني في التصميم بالشكل الذي يتيح التحكم في التدفق وراحة المستخدمين .

– اضفاء نوع من المرونة في تطبيق قوانين الوظيف العمومي وأدوات التسيير على مستخدمي المؤسسات العمومية للصحة ، كون أن طبيعة المهام وتميزها بالظرفية ، تحتم ايجاد حلول في التعامل مع الحالات وتوفير الحاجيات بشكل آني و اجتياز بعض القواعد الادارية أو التنظيمية . ما يعتبر في مؤسسات أخرى تنضوي تحت ذات القوانين في حكم الأخطاء المهنية .

– تفعيل الاتفاقات والاتفاقيات الجماعية داخل المؤسسات العمومية للصحة ، التي تحمل في طياتها معالجة الخصوصيات الفنية والتقنية في العمل والتعامل بين الجانب التقني والإداري من أجل الإيفاء بالحاجات الاجتماعية بالكيفيات المطابقة للقوانين وقدرات المؤسسة والمستخدمين .

– ضرورة اشراك والأخذ بتوصيات المجالس الطبية واللجان التقنية في الشؤون الخاصة والعامة ، لتكون سندا في التسيير يرتكز على قواعد علمية وتقنية وفنية .

خلاصة :

للحياة الوظيفية في الوسط الصحي العمومي خصوصية مكتسبة من طبيعة نشاطها وتعاملاتها ، حيث أن المؤسسات العمومية للصحة تتميز بالشمولية والاستمرار مايفرض طبيعة خاصة من المهام تنعكس على مستخدميها ، لاسيما الاطباء بالدرجة الأولى ، بصفتهم مشرفين عن العمليات الصحية في هذه المؤسسات ومشاركين في جودة خدماتها .

وتعتبر جودة الحياة الوظيفية في المؤسسات العمومية للصحة متطلبا مكوناً للمهام المسندة لابد من توفره ، كون أن بيئة العمل تكتسي نوعا منالخصوصية و الخطورة في نواحي عديدة ، تكون خفية في الكثير منها ما يشكل تهديدا على المستخدمين والمرضى بشكل متفاوت ومتقارب .

كما أن جودة الحياة الوظيفية للأطباء هي منعكس حقيقي لجودة الخدمات الصحية ككل ، يتبادل كل منهم التأثير ، فمن الطبيعي أن العناية والرعاية الوظيفية للأطباء ، يكون لها أثر إيجابي في سيرورة العمل و العلاقات الوظيفية و طبيعة الخدمات ، أين أولى المشرع الجزائري في نصوصه أهمية للجوانب المتعلقة بالوظيفة العمومية عامة و الأطباء بصفة خاصة .

الفصل الثالث

تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية ضمن محتوى مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر

تمهيد:

يعبر مشروع المؤسسة الصحية المكفول بالقوانين والتشريعات عن الرغبة في تطوير الأنشطة الصحية لترقى للمستويات العالمية أو المجاورة ، في ظل المكاسب المحققة ، التي تشكل البنية التحتية للانطلاق نحو التخصص والتميز . يمتد هذا المشروع من مرحلة تمهيدية مؤسسة له إلى أن يصبح أداة تسيير جماعي ، تبنى عليه التوجهات العامة للسياسة الصحية والخاصة بالمؤسسة .

حيث أنه حمل في طياته كمرحلة تمهيدية إدماج وتمكين الأطباء مع التركيز على حياتهم الوظيفية ، باعتبارهم محرك الجانب الصحيح الذي بدوره ترتبط به جوانب الإدارة والتسيير من رشادة في تجسيد النفقات العمومية بالتوازن مع حماية الصحة العمومية . وجودة الحياة الوظيفية للأطباء هي أحد مظاهر مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر ، كأرضية خصبة في مواجهة التسرب أو الملل الوظيفي وأداة للتكفل بمتطلباتهم .

المبحث الأول : مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر

يمثل توجه الدولة الجزائرية في مجال الصحة نحو اعتماد مشروع المؤسسة الصحية ، خطوة طموحة نحو تجسيد التزاماتها تجاه تطورات صحية مشهودة بشكل متسارع ، في خطة مرحلية و ممنهجة ، تعمل على تخطيط المهام والالتزامات باستثمار الخبرات والكفاءة المهنية للمستخدمين . في خضم ذالك اسدت السلطات الصحية جملة من القوانين والتعليمات رافقتها عمليات تكوين حول أنماط وطرق تسيير وتفعيل مشروع المؤسسة الصحية على أرض الواقع .

المطلب الأول : تعريف مشروع المؤسسة الصحية

مشروع المؤسسة الصحية في الجزائر هو مضطلح مستحدث في أدبيات وتشريعات المؤسسات العمومية للصحة ، كما أنه كألية تسيير معتمدة في العالم حديث النشأة نسبيا .

الفرع الأول : المشروع

أولاً– لغة : المشروع من بين المصطلحات الاكثر انتشارا في مجال ريادة الأعمال مستمد من كلمة projet المحدثة في الثقافة الفرنسية ، والتي لم تتبلور دلالاتها الاصطلاحية إلا في منتصف القرن العشرين ، في الاشتقاق اللغوي لهذه الكلمة في اللغة اللاتينية لها معنى إلقاء أو رمي موضوع أو شيء إلى الأمام projection . المشروع Projet باللغة الفرنسية من قاموس AUZOU، تعني الهدف الذي يراد نيله ، ومجموع الوسائل المترابطة من أجل التحقيق [1].

[1] Dictionnaire larousse , français –Anglais , op.cit, P 1744

المشروع في اللغة الانجليزية هو Project ذات الدلالة على " العمل الذي ينطوي على شيء من الخطورة والمغامرة ، وتستخدم أيضا بمعنى الرغبة في المجازفة والمخاطر[1]، وفي موضع آخر يكون مرادفها باللغة الانجليزية venture إلا أنها تحمل الخصائص ذاتها والمفهوم نفسه ، خصوصا ما يتعلق بالمجازفة والمخاطرة .[2]

أما في اللغة العربية ، المشروع في المنجد هو ماصوغه وأباحه الشرع ، والشرع هو الطريق كما أنها تأتي بمعنى القانون.[3]

ثانياً – إصطلاحاً :

التعريف الأول : عرفت جمعية إدارة المشاريع البريطانية المشروع على أنه " مجموعة من الأنشطة المترابطة غير الروتينية لها بدايات ونهايات زمنية محددة يتم تنفيذها من قبل شخص أو منظمة لتحقيق أداء وهدف محدد في ايطار معايير الكلفة ، الزمن ، والجودة "[4]

التعريف الثاني : يرى ثريفر يونغ بأن المشروع نظرة تجديدية يتخطى ما تقوم به المؤسسة بشكل يومي و يتطلب عناية خاصة ، حيث يصرح بأن المشروع " هو أي نشاط يتجاوز ما نعتبره عمل روتينا للمؤسسة . وهذا ما يميز المشروع كشيء يجب أن يحظى بمعاملة خاصة "[5].

---

[1] نبيه غطاس ، مرجع سابق ، ص 197

[2] المرجع نفسه، ص 563

[3] المنجد في اللغة العربية المعاصرة ، مرجع سابق، ص 762

[4] موسى أحمد خير الدين ، إدارة المشاريع المعاصرة ، دار وائل للنشر والتوزيع ، الطبقة الثانية ، عمان ، 2014، ص 29

[5] ثريفر يونغ: إدارة المشاريع ، ترجمة سامي تيسير سلمان ، بيت الأفكار الدولية ، توزيع مؤسسة المؤتمن للتجارة، الرياض ،1418 هـ ، ص 13

الفرع الثاني : مشروع المؤسســـــة

رغم ان مصطلح مشروع المؤسسة يعتبر حديثاً نوعا ما ، إلا أنه وجد له تعريف في بعض المراجع المعتمدة ، لاسيما الرسمية منها ، وهي تلك الصادرة عن وزارة أو هيئة حكومية .

التعريف الأول : مشروع المؤسسة يبنى على قاعدة تقييم المؤسسة لنفسها بشكل تلقائي وبتشخيص الوضع أي أنه اختيار الإجراءات الواجب اتباعها وفقا للوسائل والموارد المتاحة للمؤسسة بنظرة تتوافق وتطوير الواقع ، وتحسين الوضعية الغير مرضية .[1]

لا يختلف مفهوم مشروع المؤسسة الصحية عن مفهوم مشروع المؤسسة ، حيث أنه مجرد توصيف للهيئة التي ترعى تطبيقه و تتخذه أسلوب إدارة مستقبلي .

التعريف الثاني : مشروع المؤسسة هو رؤية إسترتيجية لمستقبل المؤسسة ، يعد وفق رؤية رشيدة ، ويرتكز على معطياتها، هذه الرؤية تصاغ في مخطط سنوي عملي ، ينجز و ينفذ عبر فرق عمل تحوز على الخبرات.[2]

التعريف المقترح : **يعتبر مشروع المؤسسة إطارا ومقاربة وآلية، يأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات والحاجات المحلية للمؤسسة وروادها، ويتشكل من مجموعة من العمليات المرتبطة والمتناسقة والمتكاملة والمتمحورة حول هدف أو عدة أهداف، والتي يراد بها تحسين فعالية المؤسسة ونجاعة خدماتها والرفع من جودتها.**

---

[1] République et canton de GENEVE : Département de I'nstruction publique, Direction générale de l'enseignement primaire, Directive, le 08 octobre 2008 , page 02 .

[2] Ministere de la SPRH : manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalière, réalise dans le cadre des activités du PASS-UE.DZ , convention de financement Enpi/2008-19658 ,Algerie , p 08 .

المطلب الثاني : إعتماد مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر

قبل إعتماد مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر . مر بعدة مراحل تمهيدية كالإدارة بالأهداف و عقود النجاعة ، لتكون منطلقاً أو أرضية له ، ناهيك على أنه مدرج في القوانين المنشأة للمؤسسات العمومية للصحة بالجزائر ، ضمن مهامها الذي يعد للعرض و يناقش على مستوى مجالس الإدارة .

الفرع الأول : التأسيس

مشروع المؤسسة الصحية بحكم القانون و التوجهات الكبرى لوزارة الصحة تعنى به المؤسسات العمومية للصحة المشاركة في تنفيذ الخدمات العامة للصحة . حيث ورد في المواد القانونية الخاصة بانشاء المؤسسات العمومية للصحة من مهام مجلس الإدارة مناقشه وتداوله ، كما أكد القانون رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال عام 1439 هـ الموافق لـ 02 يوليو سنة 2018 م المتعلق بالصحة الذي يعتبر دعامة قوانين الصحة في الجزائر في مادته 290 على ضرورة إعداد مشروع المؤسسة ومخطط مسعى الجودة كمتطلب أساسي في تحقيق الأهداف، التي تتعلق بتنمية الصحة . سبقته جملة مناشير وتعليمات وزارية كل حسب تخصصه ومهامه كي ترقى في مجملها إلى تحقيق الغاية المنتظرة من إعادة هيكلة المؤسسات بإتباع أسلوب تحديد الصلاحيات والمهام وفصلها لعدم التداخل بغرض التكامل ، نذكر من بينها :

أولاً- التعليمة رقم 05 المؤرخة في 30 جويلية 2013 ، المتعلقة بإعادة هيكلة المصالح الصحية العمومية ، ركزت هذه التعليمة على تنفيذ التنظيم الصحي والفاعلية والكفاءة في تنفيذ الأنشطة. و التي ألحقت بالمذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 افريل 2014 و المتعلقة بوضع حيز التنفيذ لمشروع

المؤسسة ، لوحة القيادة و مؤشرات التسيير . للتأكيد على الانصلاق العمل بهم على وجه السرعة، و قد حددت شهر ماي من ذات السنة كاقصى اجل للبدء في تنفيذه .

المعززان برسالة المهمة للتنفيذ رقم 121 المؤرخة في 20 أفريل 2014 بخصوص الإلتزام بتنفيذ التعليمات التي إحتوتها . (الملحق رقم : 01) .

ثانيا– التعليمة رقم 06 المؤرخة في 08 جانفي 2014 المتعلقة بعقد النجاعة وتنفيذ الأنشطة ، والتي من خلالها تم التمهيد لمشروع المؤسسة الصحية من خلال انطلاقة أولية تقيم كل ستة أشهر يتضح من خلالها مدى التزام المؤسسات الصحية بتنفيذ الأهداف الموضوعة باستخدام وسائلها .

ثالثاً– التعليمة الوزارية رقم 1 المؤرخ في 16 أفريل 2014 (الملحق رقم : 02) ،المتعلقة بوضع حيز التنفيذ في لمشروع المؤسسة الصحية ولوحة القيادة ومؤشرات قياس الأداء في التسيير ، تعتبر هذه التعليمة المؤسس والمنظر لمشروع المؤسسة الصحية التي من خلالها تم وضع حيز تنفيذ لمشرع المؤسسة الصحية ، لوحة القيادة ، مؤشرات قياس الأداء لأدوات التسيير ، عقد النجاعة . في مجملها يعملون بشكل متكامل حيث ألزمت هذه التعليمة جميع المؤسسات العمومية للصحة باختلاف أشكالها على عقد النجاعة بشكل منفرد مع وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تلتزم فيه بتحقيق نتائج طموحة في شتى المجالات الطبية والإدارية ، تترجم في مشروع المؤسسة على شكل أهداف وكذا طرق تنفيذها وتقييمها من خلال التوقع المسبق للنتائج والسبل المتخذة لتحقيقها والتعليق على النتائج ، من خلال مؤشرات قياسها . يخصص لكل هدف في المشروع لوحة قيادة استشرافية بجميع محوياتها وعناصرها .

الفرع الثاني : مكوناته

يتكون مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر من مجموعة من الدعامات والوثائق المسندة ، ترتبط فيما بينها ، لتكون دالة على حجم الأنشطة ومستويات التنفيذ ، وهي :

أولاً – عقد النجاعة : في القانون الجزائري العقد حسب المادة 54 من القانون المدني هو " اتفاق يلتزم بموجبه شخص او عدة أشخاص نحو شخص أو عدة أشخاص اخرين بمنح أو فعل أو عدم فعل شيء ما "[1]وعقد النجاعة بصفته أحد مكونات مشروع المؤسسة الصحية في الجزائر فهو عبارة عن التزام شرفي ناشئ بين مؤسسات الدولة يتضمن الزام المؤسسة المتعاقدة بتحقيق عتبة من الأنشطة أمام الوصاية ، يستقى منه النية الصادقة والشفافية في تنفيذ محتوى الاتفاق الذي تحكمه مدة زمنية مرنة لإطلاع الوصاية على حجم تنفيذ الاتفاق المبرم من أجل التوجيه والتمويل . تبرز من خلال جدول (الملحق رقم :02) الذي يتضمن محاور عديدة تضم عقد الأنشطة .

ثانياً – المخططات الثلاث : وهي ما تسمى بـ 3P تستهدف هذه المخططات ثلاث (03) نقاط أساسية (الملحق رقم : 02):

1– تسوية الحياة المهنية لمستخدمي الصحة : هذه العملية عبارة عن خطة زمنية لتسوية مسائل مهنية عالقة أو قيد التنفيذ ، وما يتخللها من اجراءات تصحيحية ، لاطلاع الوصاية عن تلك القضايا التي لا يمكن تسويتها على مستوى المؤسسة ، لايجاد حلول وتدخلات تعود بالنفع في ضمان تسوية فعلية للحياة المهنية لكافة مستخدمي القطاع .

[1] Lahlou KHIAR GHENIMA , dictionnaire de droit des obligations ,éditions ENAG , Alger ,2018 , P 56

2- تصفية الديون الناشئة عن الصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد باستور الجزائر : باعتبارهم الركيزة الأساسية في تموين المستشفيات العمومية للصحة بكافة المتطلبات والمستهلكات وأدوية وكذا أمصال و لقاحات تستخدم في الأنشطة الصحية اليومية .

3- الفحوصات الطبية المتخصصة الخارجية: تتضمن هذه الخطوة المتعاقد عليها تقريب الفحوصات الطبية المتخصصة من المواطن بصفة غير مركزية ، حيث أنه يتم اجراءها على مستوى العيادات متعددة الخدمات لانتشارها الواسع في مختلف البلديات .

ثالثاً - لوحة القيادة لتنفيذ الأنشطة : تتضمن لوحة القيادة على مستواها الأفقي الفكرة من اتباعها، حيث تحدت فيها الأهداف المرجو تحقيقها وبمرور الوقت يرصد ضمنها نسبة التحقيق ثلاثيا أو سداسيا ، مع خانة تخص الفارق وتبريره وكذا الاجراءات التصحيحية ومن ثم تتكون المحصلة النهائية . على المستوى العمودي يوجد أبواب الميزانية بشقيها في جانب الالتزام و التسوية المالية للاعتمادات ، ليأتي بعدها تقييم المشاريع كل بما يحمل من أهداف وتكاليف ومدة انجاز ، تهدف لوحة القيادة إلى :

- تبيان مدى الالتزام تجاه المراقب المالي في استهلاك الاعتمادات المالية بصورة شفافة وحقيقية .

- مدى تسوية الالتزامات وصولا إلى مرحلة الدفع عبر الخزينة العمومية دون تحفظات أو عوائق ينبغي مراجعتها .

- الفوائض المالية المتبقية من العمليات المنجزة وكيفيات استغلالها عبر التحويلات بين الأبواب والمواد .

– بالنسبة لتقييم المشاريع ، يحتوي كل مشروع على أهداف انجاز أنشطة أو أشغال ، تتضح من خلال لوحة القيادة مدى الالتزام بها ، الفوائض المالية ، حجم التكاليف اليومية والكلية ، مستوى تنفيذ المشاريع ، حجم الأنشطة ، الانحرافات المسجلة .

رابعاً – المشاريع : وهي الأجنحة المكونة لمشروع المؤسسة ، يتم وضع مخطط مصاغ في الجدول يضبط : طبيعة المشكل ، الاجراءات المتخذة ، مجموعة العمل والمسؤول ، مؤشرات القياس ، النتائج المرجوة ، المدة الزمنية ، نسبة التحقيق . هذه المشاريع هي : المشروع الطبي ، مشروع الجودة ، مشروع التمريض ، مشروع إدارة الموارد البشرية و مشروع التجهيزات و صيانتها .

خامساً – الـ 24 نقطة : تعتبر خارطة طريق ينبغي الالتزام بها وتمثل في محتواها أدوات الربط بين مختلف المشاريع بهدف توحيد النمط الساري بين جميع المؤسسات العمومية للصحة على المستوى الوطني ، كانت هذه النقاط الـ 24 محل تقييم دوري من طرف الوصاية .

المطلب الثالث : الخصائص الفنية لمشروع المؤسسة الصحية بالجزائر

يرى راغب أحمد راغب أن للمشروع مجموعة مواصفات :[1] السمة الخاصة ، له دورة حياة ، له إطار عمل مقسمة إلى نشاطات معرفة ، وضوح الهدف ، الموازنة المحددة ، الموارد المتعددة . في حين قدم موصى أحمد خير الدين أهم ستة 06 خصائص للمشروع تميزها عن غيرها من المنظمات:[2] الغاية ، دورة حياة محدودة ، التفرد ، الاعتمادية الداخلية ، الصراع و المخاطر. ما أجاد به كلاهما يتقارب مع تلك الخصائص الفنية لمشروع المؤسسة الصحية بالجزائر، والتي نستقيها من manuel d'elaboration d'une projet d'etablissement hospitaliere ، المعد خصيصا للمؤسسات العمومية للصحة بالجزائر ، كنموذج موحد يحدد الأطر و الأهداف و النتائج المرجوة ، ويعتبر المسند الأول في طريقة الإعداد و التنفيذ . والممارسة الفعلية للعمل به يمكن أن نستخلص أهم الخصائص المتمثلة في :

أولاً – دورة الحياة : مشروع المؤسسة الصحية يحتوي على نقطة إنطلاق وإنتهاء ، تمثل في حد ذاتها فترة زمنية تعبر عن دورة حياة المشروع ، تتخللها نقاط مراجعة وتوجيه التي تعتبر كبصمة وسمة له تجعله مختلفا عن بقية المشاريع ، يؤثر على هذه الدورة مجموعة من العوامل :

- طبيعة الأهداف والأنشطة .
- المدة الزمنية المخصصة للتحقيق .
- فترات التوقف وتعديل المسار .
- علاقته بالمشاريع الموازية أو الفرعية

---

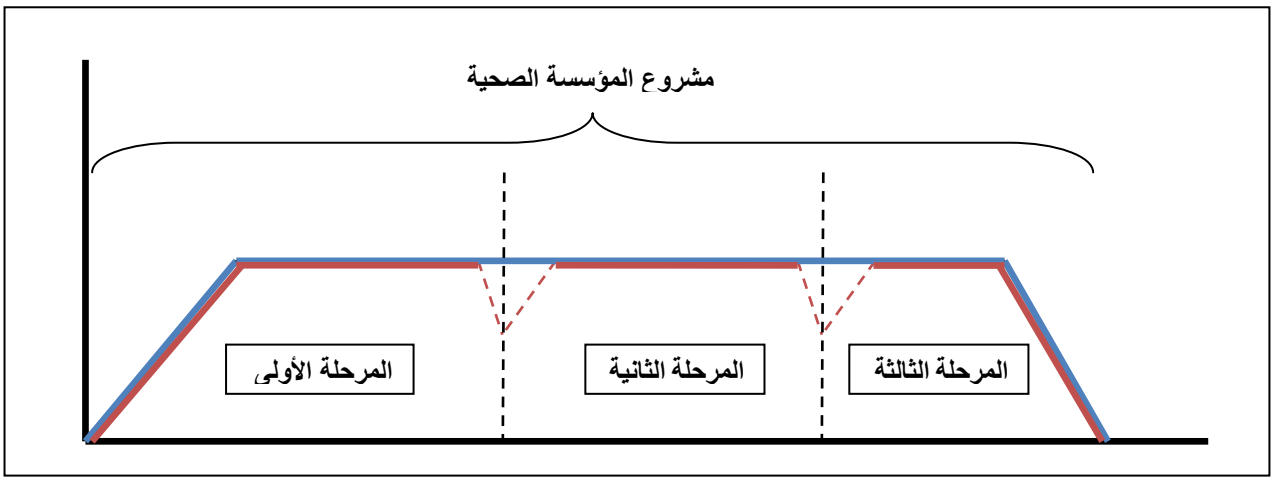
[1] راغب أحمد راغب، الإدارة الصناعية، دار البداية ناشرون وموزعون، الطبعة الأولى ، 2010، عمان، ص 69

[2] موسى أحمد خير الدين ، مرجع سابق، ص ص 34-35

- هيكلة وتشكيلة الموارد البشرية من حيث الكفاءة والأداء .
- العوامل والمؤثرات الداخلية والخارجية الداعمة أو المثبطة .
- مدى تحقيق الأهداف والأنشطة المبرمجة

يمثل الشكل **(3-1)** أدناه، دورة حياة مشروع المؤسسة الصحية في مختلف مراحل تنفيذه

الشكل رقم (3-1) : دورة حياة مشروع المؤسسة الصحية



المصدر : من إعداد الباحث من خلال الإطلاع على مشروع المؤسسة

ثانياً - الاجرائية :يتمتع مشروع المؤسسة الصحية بصياغة أهداف اجرائية بعيدة عن الجانب النظري والمموه وكذا الضبابي في تقييمها بعد الأداء ، وهذه الخاصية هي تعبير تطبيقي يظهر في الميدان كمنعكس للأهداف ، حيث أن كل هدف يتم تطبيقه عن طريق أهداف اجرائية تترجم مدى امكانية الأفراد أو الوحدة أو الفريق على الانجاز أو التعلم من خلال مجموعة الأهداف الاجرائية .

ثالثاً - المرونة : تأتي صفة المرونة كخاصية مميزة لمشروع المؤسسة الصحية من فكرة التخطيط وعدم القدرة على التنبؤ وتوقع المتغيرات بشكل دقيق ، لذا وجب على واضيعيه طرح مجموعة البدائل والحلول البديلة ذات نفس الأثر والتوجه المحقق للأهداف الموضوعة . مع تعديلات ظرفية

أو دائمة . قد تتسبب في بعض التكاليف الاضافية أو انحراف المدى الزمني ، بشكل مدروس ومخطط تبعا للتغيرات الطارئة .

رابعاً – التشاركية والتضامن : نجاح مشروع المؤسسة يعتمد على فكرة العمل الجماعي ، نجاح الفرد يكون من خلال الجماعة ، فالكل بمختلف مستوياتهم يسعون نحو نجاح أهداف وتوجهات المؤسسة ، وكل له اسهامته في الوصول إلى تحقيق أعلى نسب الانجاز في المهام المكلف بها ، التي تتبلور نهاية الأمر في مشروع المؤسسة ، ما يحقق صلات التشارك والتضامن بين العمال مع زيادة التزامهم الوظيفي والترابط بين حلقات العمل من أجل تحقيق الأفضل .

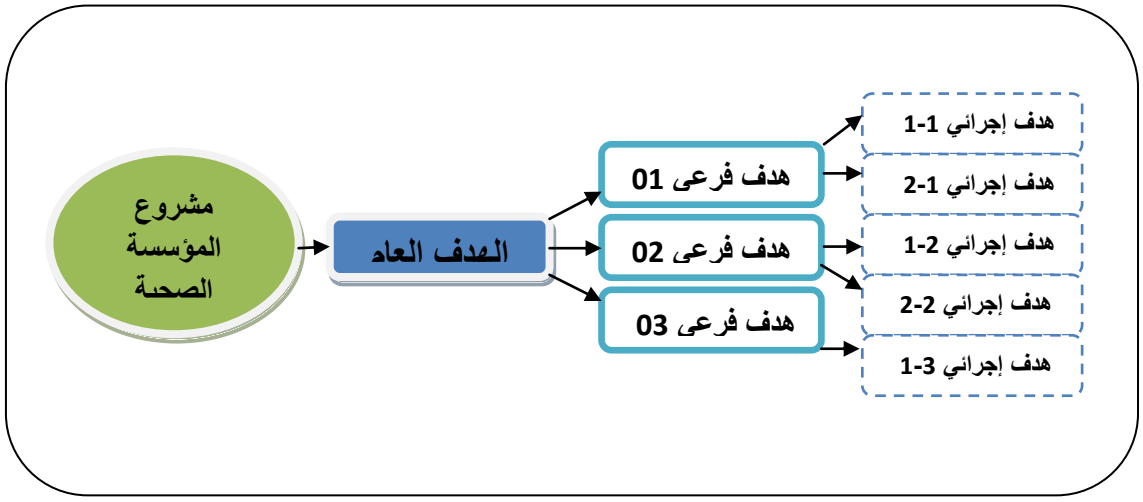
خامساً – الاتساق : يقصد به التناسق في سير الأهداف والتكامل فيما بينها ، فمشروع المؤسسة هو مجموعة أهداف جزئية منبثقة عن الهدف العام ، لتصاغ في مشاريع فرعية تحمل أهداف ثانوية واجرائية ، تتكامل وتتأثر فيما بينها لتتوازى بشكل مصوب وتتساير فيما بينها . إذ ان أي خلل يصيب احداها له تبعاته على الأخرى .

سادساً – المرحلية :لا ينجز مشروع المؤسسة الصحية على مرحلة واحدة ، وهذا راجع لتأثير الخصائص الأخرى ومتطلباتها ، كونه ينطوي على مدة زمنية وعمليات تقييم وتقويم وفق المستحدثات أو دواعي داخلية أو خارجية ، لذا فان لجنة القيادة للمشروع تعمل بشكل مستمر ودوري على تقييم الأداء والنتائج المتوصل إليها نسبيا ، مع طرح وفرض الحلول والتعديلات الواجبة للرفع من أدائه أو المحافظة على الثبات والتوازن ، وكثيرا ما تعتبر المرحلة عبارة على دورة حياة للمشروع تحمل ترميزات أو أرقام تسلسلية لتكون منطلقا للمشروع الذي يليه ويتسق معه .

سابعاً – وحدة التوجه : يتخلل مسار أي مشروع جوانب تؤثر عليه، تتعلق ربما بالسياسة الصحية العامة ، الظروف المحيطة ، الحركات الحرجة ، إرادة التغيير وغيرها ، لعلا أهمها وأبرزها

جانب المخاطرة كونه فكرة على مدة زمنية تحت ظروف عدم التأكد ، لذا فإن في مرحلة اعداده وتنفيذه يجب أن يكون هناك قدر من التنسيق في وحدة الأهداف فالمتطلبات الصحية التي هي جوهر المشاريع لها جوانب عديدة مادية وبشرية وحتى اجتماعية ، من شانها التأثير والتسبب في انحراف في مسار التحقيق . لذا فإن من أهم خصائص مشروع المؤسسة الصحية هو وحدة المسار ، فالأهداف كلها متكاملة فيما بينها ولها صلات قوية أو طفيفة ، تتطلب من كل أعضائه ديمومة التنسيق والاتصال للوصول إلى النتائج . يمكن توضيح نمط تفريع مشروع المؤسسة الصحية في الشكل (3-2) أدناه .

الشكل رقم (3-2): نمط تفريع مشروع المؤسسة الصحية



المصدر : إعداد الباحث من خلال الإطلاع على مشروع المؤسسة الصحية

يشير الشكل أعلاه ، إلى أن لمشروع المؤسسة الصحية يتضمن هدف عام ، يصاغ إلى أهداف فرعية و التي بدورها تنقسم إلى أهداف فرعية ، كل منها يحمل أهداف إجرائية على شكل مهام تكلف بها فرق العمل . تتكامل الأهداف الإجرائية وتليها الفرعية لتحقق الهدف العام للمشروع.

المبحث الثاني : ميكانيزمات التنفيذ

بإعتبار مشروع المؤسسة الصحية في الجزائر توجه ذو خارطة طريق ، لابد أن يكون له تأطير نظري يقابله معايير تحقيق و تقييم ، لذا فإنه يمر بخطوات محددة أثناء دورة حياته ، تكسبه صفاته و تميزه من مؤسسة عمومية للصحة على أخرى .

المطلب الأول : التوجهات الكبرى

يتخذ مشروع المؤسسة الصحية في الجزائر أطر واسعة في تجسيد الرؤية التي تطمح إليها السياسة الصحية العامة ، تتمثل في توجهات كبرى كي تكون قاعدة ومنطلق .

الفرع الأول : ترشيد النفقات العامة: الدارس للعلوم الاجتماعية يعلم بديهيا ذلك التضخم المستمر في النفقات العمومية نتيجة زيادة الطلب العمومي ، وهو أمر واجب على الدولة بمؤسساتها الايفاء به والمحافظة على التوازنات الداخلية . وفي الشأن الصحي فإن مبدأ المجانية مكسب دستوري . تقابله أعباء تعمل الدولة على ضمانها من خلال نظم عديدة من بينها مساهمة صناديق الضمان الاجتماعي وإعانات الدولة . التي تعتبر ضمن المؤسسات العمومية للصحة مصادرا للإيرادات ، لتتحول حينها إلى نفقات للتكفل بالحاجات الصحية الاجتماعية ونفقات المستخدمين .

ارتكز مشروع المؤسسة الصحية في الجزائر على هذا المحور للتقليل من التكاليف مع ضمان الجودة في الرعاية والخدمة الصحية ، في ظل غياب موارد أخرى ، إذ اعتمد آليات التسيير كسبيل لترشيد النفقات العمومية ، عبر الاستثمار في الموارد المتاحة لاسيما البشرية منها ، القادرة على ايجاد الحلول والبدائل وتسيير المرفق العام ذو الشأن الحساس بمرونة تخفف من

التقلبات والظروف الطارئة ، واعتماد آليات تمويل وتموين مبنية على توقعات مستقبلية قابلة للتحقيق . لعلا أهم هذه الآليات الهادفة إل ترشيد الإنفاق العام على المستوى الصحي :

– ضمان جودة معتبرة في الحياة الوظفية لدى مستخدمي المؤسسات العمومية كدافع وحافز للاستثمار البشري .

– الاستفادة من خبرات أهل المجال وعلى رأسهم الأطباء باعتبارهم قادة العمليات الصحية ، وتمكينهم من المشاركة في صنع القرارات المحددة لتوجه المؤسسات .

– الاستعانة بالتجارب الدولية في مجال التسيير الصحي وتكريس مشروع المؤسسة الصحية .

– إعادة الهيكلة في التنظيم على مستوى المؤسسات والمستخدمين ، وإنشاء المرافق التخصصية مع ضبط حدودها العلاجية .

الفرع الثاني : التحكم في التكاليف : التكلفة هي تعبير عن تضحية ذات قيمة اقتصادية في سبيل الحصول على سلعة أو خدمة في الحاضر أو المستقبل[1]، تقع ضمن أهم توجهات اعتماد مشروع المؤسسة كآلية للتسيير في المؤسسات العمومية للصحة ، بإنشاء وحدات على مستوى المؤسسات العمومية للصحة معنية بحساب التكاليف من جهة ، ومن جهة أخرى المتابعة المستمرة للوحة القيادة بشكل ربع سنوي في مشروع المؤسسة ، والذي يتضح من خلاله العمل المستمر في ايجاد الحلول المتعلقة بتقليل التكاليف وضبطها بالمستوى الذي يضمن سيرورة المؤسسات في تقديمها لخدماتها . ويمكن تقسيم هذه التكاليف المبذولة في صالح الشأن الصحي حسب طبيعتها إلى :

[1] أحمد محمد نور، محاسبة التكاليف لاغراض القياس في بيئة التصنيع المعاصرة، الدار الجامعية، مصر، 2004، ص65.

– تكاليف العلاج : تضم كل المستهلكات والمتطلبات من الادوية المستخدمة في العلاج والرعاية .

– تكاليف الأنشطة الوقائية : تشمل المستلزمات والمصاريف المتعلقة بالتحريات الوبائية .

– التكاليف الملحقة : تلك التي تتعلق بسداد الدين العمومي نتيجة تلقي خدمات أساسية من بينها تكاليف الكهرباء والغاز والهاتفية .

– التكاليف الإدارية : تضم الأعباء المتعلقة بالأنشطة الإدارية .

– التكاليف المتعلقة بالمستخدمين : إن الأجر الذي يتلقاه مستخدمي الصحة في سبيل تقديم الخدمة الصحية ، يُحمل شأنه شأن بقية التكاليف إلى الأنشطة المرتبطة بتقديم الخدمة والرعاية الصحية ، وتضم هذه التكاليف الأجور والرواتب طن تعويضات ، المنح ، الاقامة ، الاطعام ، النقل وغيرها .

– التكاليف الاستثنائية : وهي تلك الناشئة عن الظروف الغير متوقعة ، يمكن أن ندرج ضمنها : تحويل الأنشطة أو زيادتها ، الأشغال الاستثنائية ، الصيانة العلاجية ، اضطرابات السوق ، التعديل في القوانين ، الأوبئة والأمراض الموسمية .

الفرع الثالث : تحقيق الجودة : تعد الجودة أحد القيود الثلاثة التي تحكم عملية إدارة المشروعات رفقة الكلفة والزمن، وهي صعبة التحديد والمراقبة [1]. والجودة في المؤسسات العمومية للصحة هي مطلب ثنائي القطب ومتطلب اساسي تفرضه تداعيات الامور .

[1] محمد نصر الدين الدراملي، إدارة المشروعات، دار غيداء للنشر والتوزيع، الطبعة الاولى عمان،2017 ، ص 14

حيث يرى الحريري على المستوى الصحي بشكل خاص تطورت مشاريع تحسين الجودة لعدة أسباب :[1]

– التقدم في العلوم والتكنولوجيا الطبية المنعكس على تطور الأجهزة والتقنيات ، الأمر الذي يحتم وضع وتكييف طرق إدارية تضمن تحسين الرعاية الصحية .

– نجاح برامج ضمان الجودة في كثير المجالات ، مما استدعى تبني نفس الطرق على مستوى الخدمات الصحية .

– عالجت عديد الدول قضية تحسين الرعاية الصحية بزيادة الإنفاق ، شكلت تحديا وأدت إلى مشاكل إقتصادية ، فكانت فكرة تحسين كفاءة وفاعلية الموارد المتاحة كحل بديل .

والجودة بمنظور مشروع المؤسسة في الجزائر تنطوي على عدة اعتبارات تحمل في خصائصها بصمة مشروع المؤسسة الوطني ، حيث تمس :

– جودة الحياة الوظيفية لمستخدمي الصحة العمومية ، لتنعكس على طبيعة الخدمات .

– جودة الخدمة والرعاية الصحية

– عموم الجودة في جميع الأنشطة العلاجية أو الرعاية باعتماد معايير للقياس يمكن الحكم عليها وتكون صورة حقيقية عن الواقع .

– جودة وحوكمة التسيير الاستشفائي ، باتباع الأساليب الادارية المستحدثة في التنظيم عبر النظم المبتكرة من خلال فرق العمل وتمكين الأطباء .

---

[1] محمد سرور الحريري ، أنظمة إدارة الإنتاج الحديثة والمتقدمة – مدخل إستراتيجي ، دار المنهجية للنشر والتوزيع ، بدون طبعة، عمان ، بدون سنة ، ص 166

الفرع الرابع : تحسين الأداء : في علم الإدارة يمثل الأداء تعبيرا عن الحالة الفعلية عن العمل ، أما الانجاز فهو نهاية النشاط [1]. يستند مشروع المؤسسة إلى تأهيل وتأطير المؤسسات العمومية للصحة ومستخدميها من أجل تحسين الاداء ، تقدم المؤسسة الصحية مجموعة خدمات ، بإستعمال أدوات و وسائل تقنية مساعدة نتيجة مجهود إداري و طبي ، و الأداء هو المعبر عن خدماتها المقدمة و جودتها ، تحسين الأداء هو مجموعة الأدوات التي تنعكس على توفير خدمات أفضل لطالبي الخدمة من المؤسسات الصحية ، في سبيل تحقيق ذلك يتخذ مشروع المؤسسة الصحية الأداء سواءاً تعلق بالمورد البشري أو المادي مرجعاً له بهدف تحسن جودة الخدمات الصحية .

الفرع الخامس : الوقاية : تعتبر الوقاية نقطة الانطلاق في أي عملية صحية ، حيث يتبادر للذهن بأن الوقاية هي مجرد عملية تحسيس أو تقديم توصيات لتجنب المرض أو العدوى . لكن مفهومها يمتد بشكل شاسع انطلاقا من ما سبق وصولا للاستشفاء والعلاج . هي فرع أصيل في العلوم الطبية بالمؤسسات الصحية ، ترافق كل العمليات الصحية المتعلقة بالفرد والمجتمع ، من أهم أنشطة الوقاية المنوطة بالمؤسسة الصحية التي تحضى باهتمام معدي مشروع المؤسسة الصحية :

- التحسيس وتقديم الارشادات حول مختلف المواضيع الصحية
- تحصين الأفراد والمجتمع ضد الأخطار الوبائية باللقاحات والأمصال
- تتبع سلاسل العدوى وكسرها
- تقييد الأمراض الاستشفائية المتنقلة

[1] مجيد الكرخي ، مرجع سابق ،ص 30

الفرع السادس : التدريب والتكوين : تعتبر المؤسسة الصحية ميدانا للتدريب والتكوين بالنسبة للعاملين والطلبة من أجل الحصول على معارف ومكتسبات علمية ومهارات ميدانية ، تؤهلهم مستقبلا للإنخراط في المنظومة الصحية ، حيث يعتمد نظام التكوين فيها على التعلم بالممارسة تحت إشراف طبي رفيع المستوى، يتحقق هذا من خلال اعتماد مشروع المؤسسة على خطة تكوين تأهيلي متواصل لجميع الأسلاك والرتب، لتكون ذات أهلية متوافقة مع خططه وأهداف.

الفرع السابع : حماية الصحة : في البرنامج العام للعمل 2002-2005 تقول المنظمة العالمية للصحة بأن حماية الصحة ستكون وجها مهما من الأنشطة الانسانية [1]. يكرس مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر مبدأ حماية الصحة للسكان بأن يقتضي من المؤسسة الصحية أن تلعب عدة أدوار في المجتمع بغرض حماية السكان .

الفرع الثامن : تحقيق التنمية المتوازنة: يقصد به حالة التوازن في تقديم الخدمات والرعاية الصحية بين جميع أفراد المجتمع بحصولهم على خدمة أو رعاية طبية بجودة مطلوبة ، وتحقيق النمو فيها ، في هذا النسق " تتلخص جودة الرعاية الصحية في تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة ممكنة للصحة العامة دون زيادة التعرض للمخاطر ، وبهذا ، فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة ممكنة بين المخاطر والفوائد "[2] ، فالأمراض والأوبئة وعدة عوامل أخرى تتعلق بالنفقات وإدارة الموارد تشكل عبئا على النهوض بمستوى الخدمة والرعاية الصحية المقدمة ، من خلال تناسق محاور مشروع المؤسسة الصحية وترابطها حيث أن جملة الأهداف المرجوة تكون لها أفاق ونسب تحقيق تقبل التعديل والاثراء حسب المتطلبات.

---

[1] Michel BELANGER , Droit international humanitaire général , Imprimerie moderne de bayeux , 2eme édition , Gualino éditeur , EJA , Paris ,2006 , P44

[2] محمد سرور الحريري ، أنظمة إدارة الإنتاج الحديثة والمتقدمة – مدخل إستراتيجي ، مرجع سابق، ص 165

الفرع التاسع :التربية والثقافة الصحية: تشير منظمة الصحة العالمة بأن التربية الصحية " تظم فرص بناء وعي للتعلم ، تنطوي على بعض أشكال الإتصال التي تهدف إلى تحسين المعرفة الصحية "[1] . بمنضور محلي تعتبر أهم ما تؤطره المؤسسات العمومية للصحة في المجتمع من أجل تكريس سلوك وثقافة صحية، حيث ان الروح المستمدة من مشروع المؤسسة الصحية انطلاقا من الفرد العامل في المؤسسات الصحية لتنعكس على أفراد المجتمع. لقد ابدت البرامج الوطنية في سبيل ذلك عدة محاور على جميع الأصعدة انطلاقا من التلاميذ وصولا إلى الكبار وأولياء الأمور ، تمس هذه المحاور كل ما له الشأن بالحفاظ على الصحة العمومية والسلوك الصحي . لمحاربة الادمان ، ترقية التغذية الصحية ، صحة الام والطفل والمراهقين ، حماية الأشخاص المسنين ، وسط العمل والأوساط المدرسية والجامعية والمهنية ، حماية البيئة ، الوسط العقابي وغيرها الكثير من المحاور المتداخلة ، حتى يتكون الوعي المطلوب في التصريح والتقرب من المؤسسات الصحية العمومية لرصد الأمراض والأوبئة والمظاهر الغير صحية في المجتمع .

1 كريمة نايت عبد السلام ، أهمية التربية الصحية في تحسين طبيعة اتجاهات المرضى المزمنين نحو السلوك الصحي ، مجلة دراسات في علم نفس الصحة ، المجلد الثاني ، العدد الثالث ، جامعة الجزائر 02 ، 2017 ، ص 34 .

المطلب الثاني: مراحـــل الإعـــداد

تتفق مراحل إعداد مشروع المؤسسة في مختلف الأدبيات والكتب المنظرة ، حيث قدم Saporta et Verstraete خمسة (05) أوجه في إعداد مشروع المؤسسة تتمثل في :[1] – الفكرة – الفرص أو مناسبات الأعمال – طريقة الأعمال – الرؤية الاستراتيجية – مخطط الأعمال.

أما على مستوى العمومي بالمؤسسات الصحية ، يعتمد مشروع المؤسسة على مراحل بارزة، على خلفية القوانين والاجراءات التنظيمية الحاكمة والمؤطرة ، وتبعا لشمولية عمل المؤسسات الصحية حتى تكون في تطلعات المجتمع وقدراتها . بذالك يمر مشروع المؤسسة الصحية بخمسة (05) خطوات ، نأتي على ذكرها :

الفرع الأول : العرض : وهو فرصة نابعة من جميع أفراد المؤسسة والرغبة في التغيير إلى الأفضل للخروج من الحلقة المفرغة من الأعمال الروتينية التي تثير الرتابة في العمل وما ينجم عنها من تدني في مستوى الاداء وانعكاساته . يكون هذا العرض من خلال مشروع تمهيدي يحمل – تشخيص لحالة المؤسسة في الوقت الفعلي مقارنة بسنوات فارطة و الرؤية الأولية للمشروع بحدها الأدنى الذي يفوق الحد الحالي من الأنشطة ، مع تثمين المكتسبات والطاقات والموارد مع عرض تجارب مماثلة، من ثم طرح المشروع للإثراء .

الفرع الثاني : التخطيط الصحي: يشمل التخطيط الصحي الجوانب الإدارية والطبية والتقنية سواءا كانت عامة أو داخلية ، منجزة من طرف مسؤولي المشروع بعد خضوعها للإثراء . من أجل ضمان التنسق والتوازن في تحقيق الرؤية ، يتم من خلال :

---

[1] Jean Rédis , Finance entrepreneuriale , le créateur d'entreprise et les investisseurs en capital ,éditions De Boeck Université , 1er édition , Imprimé en Belgique , Bruxelles , 2009 , P 15

- تشكيل لجنة القيادة العامة
- توزيع الأنشطة والمهام وفق المشاريع
- تبويب الأنشطة والبرامج إلى مشاريع فرعية
- ضبط المخطط الزمني والتكاليف المرافقة
- تشكيل الفرق بمرعاة الكفاءة والاختصاص
- صياغة الخطط البديلة

الفرع الثالث : التهيئة: تشمل هذه الخطوة حصول كافة المشاركين في تنفيذ المشروع الصحي لاسيما أعضاء لجنة القيادة العليا وقادة الفرق على التكوين اللازم في المجال الذي كلفوا به ، فالإداري يكتسب ويتعرف على أهم أنماط وسبل التواصل مع الطبي ، كذلك القائد الطبي يتاح له أن يتمكن ويتعرف على الخطوط العريضة في التسيير الإداري ، وهكذا حتى يتحقق الانسجام والتوافق بين مسيري المشروع الصحي بالمؤسسة ، يتخلل هذه الخطوة :

- تدريب تقني وإداري
- استحداث وثائق وسجلات وأنظمة للمتابعة
- ضبط تواريخ الانطلاق ومتطلباته
- وضع محاكاة أولية للتنفيذ ومحاكاة في الخطط البديلة
- ربط المشروع بالبدائل المطروحة سواءا على المستوى التنظيمي أو الإجرائي

الفرع الرابع : الوضع حيز التنفيذ :وهي الخطوة التي تأذن بالتطبيق الفعلي لكل ما سبق ، لتتولى كل الفرق موقعها في التنظيم و بداية الحصول على المؤشرات الفعلية التي تنبأ بالمقدرة على التنفيذ و الإستمرار على الصعيد النفسي و العملي . يحتاج تنفيذ الأنشطة المتعددة للمشروع إلى موارد مختلفة ، وهي مترابطة وتراتبية لا يمكن تجاوز أحدها ولا يمكن فصل الأجزاء المؤلفة لنظامه عن بعضها [1]. يتخلل هذه الخطوة :

- تفقد وضعية الأعمال بشكل يومي

[1] محمد نصر الدين الدراملي ، مرجع سابق ، ص 12

- معالجة الإنحرافات و إختلال التوازن اللذان يشوهان النتيجة النهائية

- تثمين النتائج بشكل يومي و تتبع نسب التحقيق

- تبني الفرص المحدثة و لم تكن في التوقع مالم تسبب إنخرافاً في الخطط

- التقييم و المراجعة دورياً بشكل مرافق لا تسبب توقفاً في الإنجاز .

الفرع الخامس : المراجعة والإقفال : يمكن أن يكون للمشروع المنجز محصلة نهاية غير قابلة للتطوير هنا يكون بصدد الدمج كمكسب أو دعم في مشروع أخر ، أو الحفاظ عليه بمستواه الحالي حتى يتسنى التعامل معه . ففي تمام أهداف و أجال المشروع ، يكون إعداد محصلة التقارير النهائية للأداء مع تعديل هيكلة الفريق إذا تقرر دمجه أو ترقيته والإستفادة من المعيقات و الأخطاء و الإنحرافات المسجلة .

المطلب الثالث : إدارة مشروع المؤسسة الصحية

الفرع الأول: المرتكزات: كل المقومات والخصائص الإدارية والفنية للمؤسسة الصحية ، تجعل منها مرنة وديناميةٍ . وتعد المنظمات المرنة والدينامية الأكثر تقبلا وخصوبة لنجاح المشروعات الصحية، فتعتبر الثقافة والبنية التنظيمية من الأمور " الحاسمة في نجاح إدارة المشروع "[1]. حيث أنه أدارة المشروع في المؤسسة الصحية عملية بالغة الحساسية لإرتباطها المباشر بصحة الفرد والمجتمع والتي لا تسمح بمجال للخطأ .

كخطوط عريضة يقول ثريفر يونغ بأن إدارة المشروع هي عملية نشطة وحيوية تتميز بكونها تركز على :[2]

- الأهداف والضبط والتغيير
- استغلال الفرص بالبحث عن معاير جديدة
- الكثير من المهارات
- تقوية الأداء لتحقيق معايير عالية للعمل والجودة

أما في المؤسسة الصحية فإن إدارة مشاريع الصحة تنطلق من الرغبة في تحقيق أداء يكون في مستوى التطلعات ومكافئا للموارد ، مما سبق في التعرف على خصوصية التسيير ونمط العمل بالمؤسسة الصحية ، فإن إدارة مشروع المؤسسة الصحية يرتكز على :

- الوقوف على حجم الثغرة بين تطلعات المؤسسة بما تكتسبه من قدرات وما يتلقاه المرتفق.
- استثمار واستغلال المعارف والمكتسبات المهنية وتنميتها .
- رسم أهداف فعلية محددة الزمن وما يتبعها من موارد

---

[1] باتريشيا شو وآخرون ، مرجع سابق ، 2007 ، ص 480

[2] ثريفر يونغ: ترجمة سامي تيسير سلمان ، مرجع سابق، ص 18 – ص 19

- ترابط المشاريع الفرعية والجزئية مع تحديثها دوريا .

- ضبط المقاييس والتقييم الذاتي والتنظيمي لكل مشروع

- تراكمية الأهداف ونمائها ، الانتهاء من مشروع هو بداية لمشروع أخر

أكتسبت هذه المرتكزات من طبيعة نشاط المؤسسة الصحية سيما الاستمرارية والاستجابة ، مضافا إليها إستغلال واستثمار الموارد المتاحة مع الضبط الزمني الذي يشكل عاملا مهما ، واستمرارية المشاريع ونمائها لتكون أسلوب عمل جماعي ، باعتبار أن المؤسسة الصحية تقدم خدمة مستمرة .

الفرع الثاني : الوظائف : يعد مشروع المؤسسة الصحية تركيب عضوي في المؤسسة الصحية ، يحمل طيه مجموعة من الأهداف الفاعلة و بغرض التغيير على جميع الأصعدة . تطرح هنا مسألة السلطة و الصلاحيات ، بإعتبار أن قادة المشاريع ليسو من ذوي السلطة الوظيفية فيه ، سلطتهم الوظيفية تكون متاحة بكفالة القوانين بحكم مناصبهم أو وظائفهم التي يزاولونها .

أولا : المدير الوظيفي : في المشروع هو ذلك الشخص المعين في منصب وظيفي بحكم مؤهلات منصوص عليها قانونا ، أو من له الخبرة الكافية في إدارة مجموعة أفراد ، تكون له سلطة وصلاحيات تتميز بقلة المرونة يضع لها من يحكمهم في التنظيم .

ثانيا : مدير المشروع : فهو ذلك الشخص الذي يتولى منصبا وظيفيا في التنظيم بالموازاة مع المنصب الهيكلي كمدير للمشروع ، الذي يقود من خلاله مجموعة أفراد للوفاء بالالتزامات محددة المدة والمهام . وله وظيفة إدارية تشتمل في المشروع على " تحديد وتقدير احتياجات ودراسات

الجدوى . وتحديد الأهداف والأساليب وإعداد الميزانيات ، المتابعة والتقييم من أجل التنفيذ أهداف المشروع بفاعلية وكفاءة أكبر "[1]

هناك علاقة تبادلية بين المدير الوظيفي ومدير المشروع في المؤسسة ، كلاهما يحوز وظيفة في التنظيم وقد تؤهله كفاءته أو بعض الميزات على قيادة مشروع ، الذي يكون عادة متفق على أطره وتوجهاته ، هذه العلاقة التبادلية في المؤسسات الصحية المرنة تكون لها نتائج ايجابية من عدة نواحي :

- تبادل الخبرات بين مدير المشروع والمدير الوظيفي
- المساندة في نقاط الضعف
- ازالة الصعوبات التي تعرقل أحدهم بمساعدة الطرف الآخر
- التضامن الوظيفي

يبرز خير الدين أهم الفروقات بين مدير المشروع والمدير الوظيفي ، موضحة في الجدول أدناه.

الجدول رقم (3-1) : مقارنة بين خصائص مدير المشروع والمدير الوظيفي

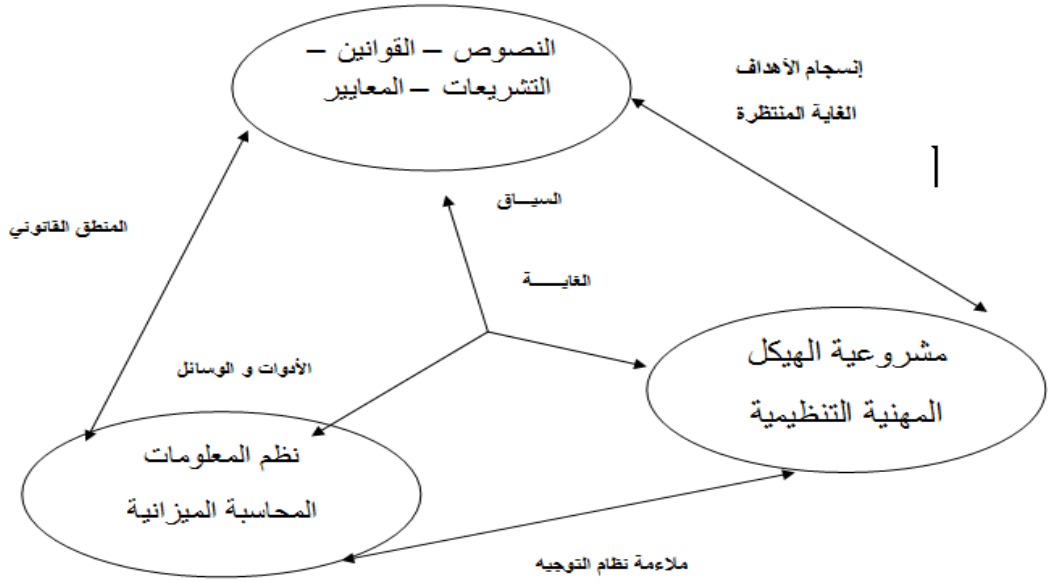
المدير الوظيفي	مدير المشروع
متخصص ويمتلك معرفة عميقة بالوظيفة التي يتولاها	معرفة عامة ومتوسطة
يستخدم الأسلوب التحليلي وذلك بسبب التخصص ، الأمر الذي يجعله متعمقا في متابعة الجوانب المتعلقة بالوظيفة التي يديرها	يستخدم أسلوب النظام ، مهمته تجميع الأجزاء المتخصصة في العمل لتشكل منظومة متكاملة تعمل بنظام مشترك
مباشر ولديه معرفة فنية عالية بعمله	يسهل الأمور لأصحاب المعرفة الفنية من أجل أداء المهام بطريقة تساعد في انجاز المشروع بالمواصفات المطلوبة

المصدر : موسى أحمد خير الدين ، مرجع سابق ، ص 115

[1] محمد نصر الدين الدراملي ، مرجع سابق ، ص 19

ثالثاً : نمط القيادة : يقترح VINOT في أبحاثه المتعلقة بالتسيير الصحي ، نمط قيادة يدمج مشروع المؤسسة كطرف أصيل فيه باقتراح منطق الانسجام في تداخل الأنشطة ، وفق الشكل أدناه:

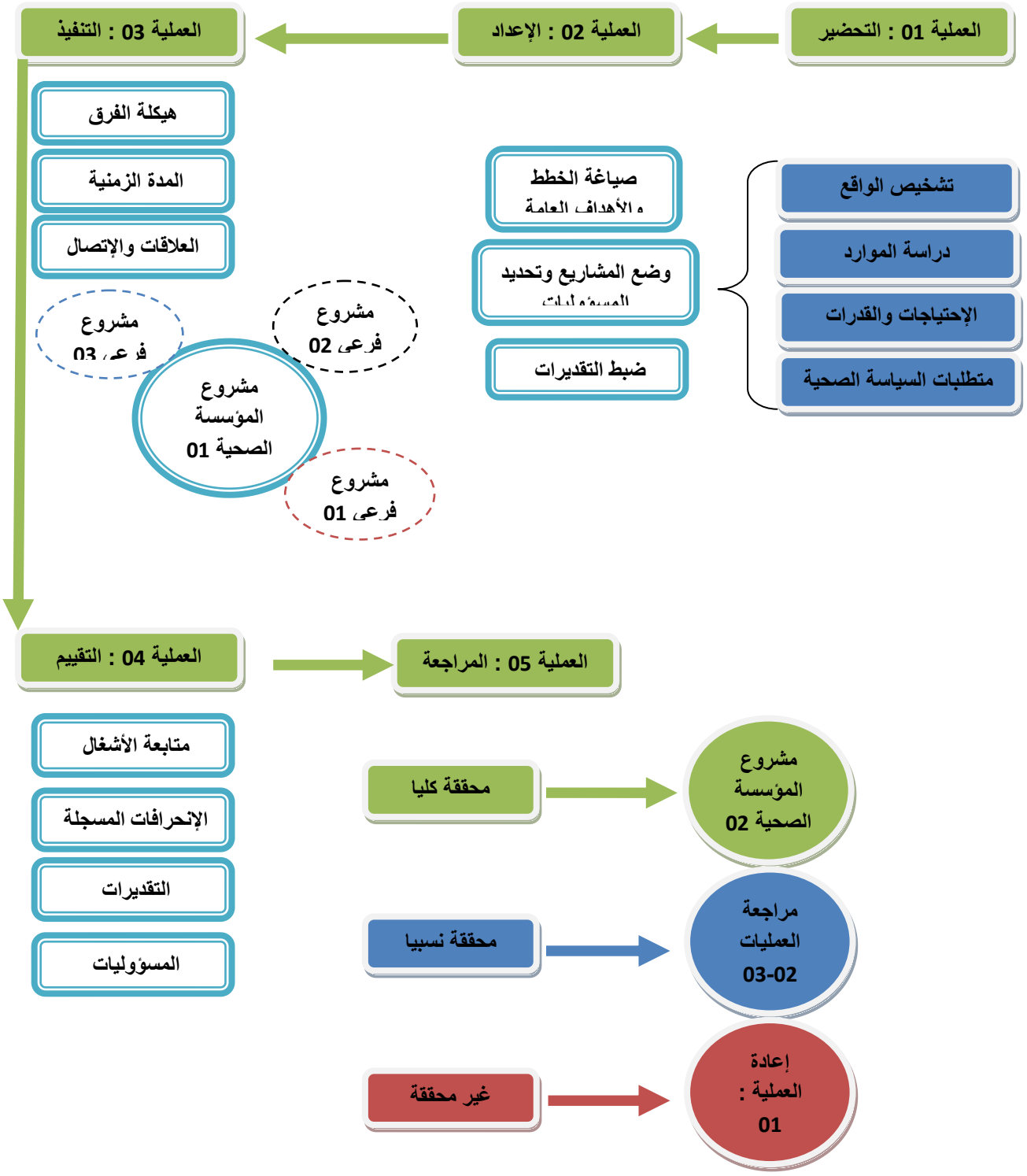
الشكل رقم (3-3) : نمط القيادة بمشروع المؤسسة الصحية



المصدر: D.VINOT, Le projet d'etablissement à l'hopital : de la formalisation du concept à son instrumentation , these de doctorat en Sciences de gestion ,universite Jean mouline , بتصرف – Lyon 3,1999, p224.

ما يتضمنه الشكل أعلاه ، ليس ببعيد من الناحية النظرية في نمط قيادة مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر ، إلا أنه بصورة أقرب للواقع فالفهم و التنفيذ و من ثم المراجعة و التقييم ، يبرز الشكل أدناه (3-4)، المراحل الإجرائية و التنفيذية التي يمر بها مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر ، الذي يتظمن شرحاً مرفوقاً بالخطوات الخمس التي تتضمن كل منها عمليات :

الشكل رقم (3-4) : سيرورة تطبيق مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر



المصدر : من إعداد الباحث بعد الإطلاع والخبرة المهنية بمشروع المؤسسة الصحية

المبحث الثالث : أبعاد تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية ضمن مشروع المؤسسة الصحية

يزخر مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر بآليات لتمكين الأطباء و إرساء أدوات تفعيلها ، كما أنه يحوي وفرات تحسن و تتكفل بجودة الحياة الوظيفية لهم ، والتي يستقى منها أبعاد ممثلة لهم ، والتي تبدو بارزة وقابلة للقياس والتدليل عليها ولها صلات ببعضها البعض ولو من ناحية غير مباشرة ، كونها تستهدف جهة واحدة .

المطلب الأول : آليات التمكين و وفرات جودة الحياة الوظيفية

من خلال معالجة ما ورد في مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر عبر النخطط التوجيهي لإعداده ، يتم إستنباط أهم أليات تمكين الأطباء و الوفرات المتعلقة بجودة الحياة الوظيفية .

الفرع الأول : آليات تمكين الأطباء

فكرة تجسيد مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر جاءت نتيجة تفكير عميق يبتعد عن البيروقراطية البحتة ، ويثمن الخبرات والكفاءات الصحية ، بعدما بلغت الجزائر مراحل معتبرة في الرعاية الصحية ، آن لها أن تلحق بركب الدول على المستوى الذي تحدده الاتفاقات الدولية المنضوية تحتها وكذا تطلعات الفرد ، كون أن التقنية تستورد لكن الكفاءة البشرية تكون . في المنظور التنظيمي يكون للمؤسسة الصحية قطبان أساسيان أولهما إداري وثانيهم طبي للنهوض بها وجعلها مسايرة ، يبرز من خلال مشروع المؤسسة الصحية إيلاء المكانة المستحقة للأطباء عبر تمكينهم من خلال :

أولاً – تأطير فرق العمل : إن أولى المهام المنوطة بالأطباء خلال تطبيق مشروع المؤسسة الصحية تأطير فرق العمل ، المكونة من المساعدين في عملية الرعاية الصحية ، سواء كانوا ممرضين أو بيولوجيين ومختلف وظائف أفراد الفريق . فتتكون على مستوى على كل مصلحة أو وحدة طبية فريق عمل بقيادة طبية محددة الاختصاص للقيام بمهام إعتيادية أو خاصة ، يشحذ هذا التنظيم المصغر خبرات أعضاء فريق العمل وينمط المهام في سياق واضح .وعند اختيار أعضاء فريق المشروع لابد لمدير المشروع التركيز على مجموعة صفات : [1]

– امتلاك مهارات فنية عالية – يكون لهم حساسية للسياسات التنظيمية

– لديهم احترام قوي للذات – يمتلكون توجه قوي لمشكلة وهدف المشروع

ثانياً – تسيير المشاريع : خص مشروع المؤسسة الصحية الأطباء بالمؤسسات العمومية بالصحة بمهام إشرافية وتوسيع في نطاق الإشراف ، في رؤية مضمونة النتائج إذ ما توفرت أدوات العمل . يشرف الأطباء ويقودون فرق المشاريع حسب نوعه واحتياجات المؤسسة طبقا للأهداف الموضوعة محليا أو وطنيا . يقودوا الأطباء المشروع الطبي ، مشروع التمريض ، مشروع الجودة ، مشروع الرعاية ، مشروع الأمن والسلامة الوظيفية ، وكل مشروع له علاقة بالوقاية و تحسين الرعاية الطبية . ويرى خير الدين أن عملية إدارة المشروع تتطلب ممارسة الوظائف الإدارية المتمثلة في : [2]– التخطيط – التنظيم– اختيار الطاقم – الموازنة – التوجيه – الرقابة . وعلى نفس المنوال فإن الأطباء من خلال مشروع المؤسسة يمارسون تلك الوظائف الإدارية بصلاحيات مطلقة وأخرى محدودة . بالنسبة للصلاحيات المطلقة خلال تنفيذ المشروع فالأطباء لهم أن يقوموا بالتخطيط الصحي وإختيار الطاقم والتوجيه ، أما في جانب المشاركة من خلال صلاحيات محدودة يكون لهم

---

[1] موسى أحمد خير الدين ، مرجع سابق، ص 119

[2] المرجع نفسه ، ص ص 110 ، 111

شأن التنظيم والرأي في الموازنة بما يضمن سيرورة وترابط المشاريع بأقصى منفعة صحية كما يضمن الأطباء اختيار البدائل .

ثالثاً – المشاركة في تخطيط الخدمات الصحية :التخطيط بصفة عامة يتطلب دراية إدارية أو إحتكاك مباشر مع أهل الاختصاص ، ليساق تبعا للإحتياجات ومطابقا للقدرات . يتخذ التخطيط عدة خطوات وهي ذاتها في سبع خطوات أشار إليها محمد هاني محمد :[1] وضع الأهداف ، تحليل وتقييم البيئة ، تحديد البدائل ، تقييم البدائل ، اختيار الحل الأمثل ، تنفيذ الخطة ، مراقبة وتقييم. تتلائم هذه الخطوات إلى حد كبير في التخطيط للخدمات الصحية وتنفيذ مشاريع المؤسسات العمومية للصحة ، حيث يعتبر توماس بأن تخطيط الخدمات الصحية " هي تلك العملية التي تتولى تقييم الاحتياجات الصحية الكلية لمنطقة جغرافية أو لعدد من السكان وتحديد كيفية الوفاء لهذه الاحتياجات "[2] من خلال السبل الأكثر فاعلية وتخصيص الموارد المتاحة أو المتوقعة مستقبلا، بالقدر الذي لا يسبب أي انقطاع في الإمدادات أو قطع سلسلة العلاج والرعاية. وتشارك هيئة الأطباء في إدارة المؤسسة من خلال تقديمه للمعلومات والبيانات عن الحالة والاحتياجات الصحية في المجتمع ، وتحديد الأولويات وضبط البرامج مع توجهات تحقيق الكفاءة والفاعلية ، ويتم ذلك عبر إعداد الأطباء لهذه المهمة بالتدريب المؤهل للتخطيط الاستراتيجي كما تعمل على زيادة الوعي لدى الأطباء وتوجيه الممارسات الفردية وممارسة التأثير المالي بعد التكوين

---

[1] محمد هاني محمد : الإدارة الاستراتيجية الحديثة ، دار المعتز للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، 2015 ، عمان ، الأردن ، ص 25

[2] ريتشارد ك. توماس : تخطيط الخدمات الصحية ، ترجمة سهير عبد الرحمن هجرس ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ،الإدارة العامة للطباعة والنشر ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2015 ، ص 15

المخصص للإشراك في القرارات المالية للمؤسسة [1]. في هذا الصدد طرح مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر منهج تمكين الأطباء من تخطيط الخدمات الصحية بمشاركة الإدارة نظرا لصعوبة الممارسة الفردية لكل منهما بشكل منفصل لعدة عوامل :

- الدراية الكافية بالاحتياجات الصحية - إمكانية التكيف مع الموارد المتاحة
- اتخاذ القرارات المصيرية في ظروف عدم اليقين - توافر البدائل في أنماط الرعاية
- القدرة على ضمان سيرورة تقديم الخدمات - التنبؤ بالأزمات الصحية

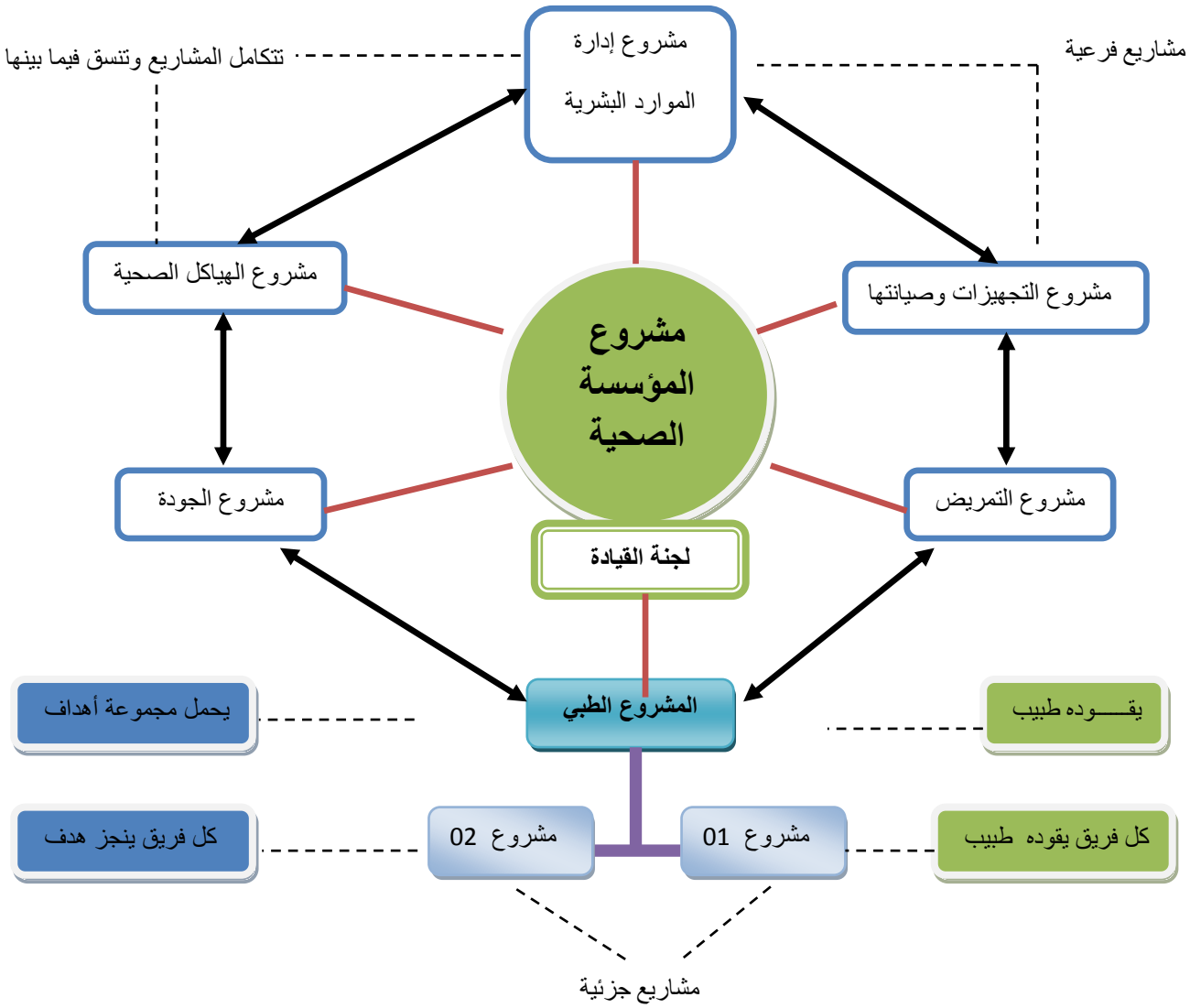
رابعاً- المشاركة في لجنة القيادة : المشاركة المباشرة عامل حسم في نجاح المشاريع ، حيث "أهتمت النظريات الحديثة بتحسين نوعية ظروف العمل وتنمية المهارات وتشجيع العمال على المشاركة في القرارات " [2].لذا طبقاً لهذة الصورة فإن لجنة القيادة لمشروع المؤسسة هي لجنة تنظيمية وظيفية وليست هيكلية ، لا تندرج في الهيكل التنظيمي للمؤسسة أنما تنشأ لدواعي وظيفية وهي قيادة وتوجيه وتقييم مشروع المؤسسة ، تتكون من المدير بصفته رئيسا للجنة لتكون لها صيغة تنفيذية ، رئيس المجلس الطبي بصفته نائبا ،الأطباء رؤساء المصالح والوحدات الطبية،الأطباء الاخصائيون،الصيدلي المسؤول ،جراح الأسنان المسؤول ،المدراء الفرعيين ،ممثلي الشبه طبي ، وكل من تراهم اللجنة ذوي دور فعال في تنفيذ المشاريع بصفتهم أعضاءا مشاركين حسب نوع المشروع والأهداف المرجوة منه . لا تحدد فترات انعقاد مجلس لجنة القيادة ، قد تكون شهرية أو أسبوعية وربما تتخذ فترات أخرى كلما ادعت الضرورة . في ما يلي شكل توضيحي لمراحل قيادة الأطباء التقنية لمشروع المؤسسة الصحية بالمؤسسات العمومية للصحة :

---

[1] طلال بن عابد الأحمدي : التنظيم في المنظمات الصحية ،مرجع سابق، ص ص 240-241 .

[2] نور الدين حاروش، مرجع سابق ، ص 178

الشكل رقم (3-5): موقع الأطباء في مشروع المؤسسة



المصدر : إعداد الباحث بناءا على مطوية إعداد مشروع المؤسسة الصحية

من خلال الشكل أعلاه ، نجد أن مشروع المؤسسة الصحية يحتوي على أجنحة تسمى المشاريع ، والتي بدورها تنقسم إلى مشاريع فرعية ، يتولى تنفيذها الفرق الطبية أو التقنية ، تكون تحت إشراف طبيب أو يتولى قيادتها وتخطيط أنشطتها ، فمجمل الأنشطة الصحية بالمؤسسات العمومية ، تصب ضمن خريطة العلاج .

الفرع الثاني : وفرات جودة الحياة الوظيفية بمشروع المؤسسة

يعتمد تطبيق مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر على كفاءة العامل البشري ، من خلال توفير جو وبيئة ملائمة للعمل بغية الحصول على تنفيذ للبرامج بمستويات مرتفعة في الأداء من منظور المؤسسة وتحسن في الخدمات والرعاية الصحية . تبدو ملامح تلك الوفرات لجودة الحياة الوظيفية بمشروع المؤسسة الصحية في الجزائر من خلال عدة أهداف :

أولاً- على صعيد الحياة المهنية

- تثمين الخبرات
- تحسين ظروف العمل
- اثراء النظام التعويضي
- ملائمة اماكن العمل وسلامتها
- الترقية في المناصب العليا
- تخطيط الوظائف والعمل
- أريحية العمل في فرق المناوبة
- التنسيق بين الوحدات الطبية
- تأمين العمال والممتلكات

ب- على صعيد الجانب المادي : يعتبر الجانب المادي في المؤسسات الصحية الذي يتمثل في متطلبات العمل أحد روافد جودة الحياة الوظيفية لما له تأثير على نطاق واسع في جودة الخدمة الصحية وكذا رفع الضغوط على المستخدمين عبر تمكينهم من وسائل تضمن اريحية وفاعلية في العمل .

- توفير معدات العمل الملائمة
- الامداد المستمر بالمواد المستهلكات
- تهيئة أماكن العمل والراحة
- هيكلة المصالح بما يضمن أنسنة الخدمة الصحية
- توفير الأدوية والمستهلكات اللازمة لسيرورة الأعمال الصحية لاسيما الطارئة منها

المطلب الثاني : أبعاد تمكين الأطباءضمن مشروع المؤسسة الصحية

يوفر مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر مجموعة أهداف عبر تمكين الأطباء ، حيث نستقي منه الأبعاد الارتكازية والأساسية التالية :

الفرع الأول – تفويض السلطة : أبرز ما يميز مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر في طرحه لتمكين الأطباء بما يمتلكونه من مؤهلات كفيلة على إحداث التغيير الايجابي هو تفويض السلطة وتوسيع نطاقها لهم ، وتتم بإجراءات فعلية في الميدان من خلال قيادة فرق العمل، بتخطيط وتنفيذ محتوى عملها أو التعديل عليه بما يتماشى مع الأهداف المسطرة مع تحمل المسؤوليات و التبعات ، وتتضمن هذه العملية في الأصل جملة من الصلاحيات الميدانية :

أولاً. التوجيه : يتفق جبريل وآخرون بأنه هو عملية " تفاعل قيادية واعية بين طرفين أحدهما الموجه والأخر هو الفرد المطلوب توجيهه "[1] ، وفي مشروع المؤسسة الصحية يمارس الأطباء هذه المهمة بحدود متفاوتة وزوايا مختلفة ، حسب نوع الأهداف وحجم الأنشطة ، فتارة نجدها يقوم بمهام التوجيه مباشرة وأخرى بصفة غير مباشرة حسب موقعه في التنظيم .

ثانياً. الاشراف المباشر عن تخطيط وتنفيذ الأنشطة : حيث اعتمد مشروع المؤسسة الصحية اضفاء الصفة الرسمية والغير رسمية على الأطباء في تولي المهام مع امدادهم بالسلطة الكافية لتنفيذ محتوى المشاريع ، مايتطابق مع رؤية رشوان في وصفه للمشرف على انه ذلك الشخص

[1] فاروق السعيد جريل ، مصطفى السعيد جبريل ، ابراهيم ابراهيم أحمد : المدخل إلى علم النفس ، عامر للطباعة والنشر ، المنصورة ، 2003 ، ص 21

الذي له مكانة رسمية يستمد سلطته من التنظيم ، يوجه نشاط الجماعة ويقوم بأعمال اشرافية تنظيمية ليصبح قائدا في جماعته .[1]

ثالثاً. توسيع نطاق الإشراف : توسيع صلاحيات الموظف stretch-out تكلم عنها نبيه غطاس في معجمه بمعناها الواسع دون تحديد صفة الموظف ، حيث قدم لها معنى في اصطلاحات العمل على أنها " توسيع صلاحيات ومسؤوليات الموظف دون أن يصاحب ذلك زيادة في مكافآته أو أجره"[2]. تمتد صلاحيات الأطباء في مشروع المؤسسة إلى ممارسة التقنيات الإدارية التي تندرج ضمن تنفيذ الخطط والقيام بمهامهم الاشرافية . الأمر الذي يتطلب توسيع نطاق الاشراف ، الذي يعبر عنه الداهري بأنه المدى الاداري ، فهو يعطي خصائص مميزة للهيكل التنظيمي .[3] في إشارة منه إلى حجم الصلاحيات والسلطة التي يمتلكها المشرف وما يحدثه هذا الامر من لمسة مميزة في الهيكل التنظيمي ، يصب في ذات التوجه سوادي عطية الذي عرفه " بأنه عدد المرؤوسين الذين يشرف عليهم مدير أو رئيس واحد وبصورة مباشرة " [4] من خلال ممارسة الاشراف على الأفراد وما ينطوي عليه ذلك .

الفرع الثاني – التدريب : يتمتع الأطباء بمعارف ومهارات نظرية وتطبيقية تمكنهم من الاضطلاع بمهام التكوين والتدريب للأفراد العاملين تحت وصايتهم التقنية ، والعمل في المؤسسات العمومية للصحة يحمل في خصوصياته استمرارية التدريب أثناء مزاولة المهام عادة ، أستثمر هذا الجانب

---

[1] حسين عبد الحميد أحمد رشوان ، القيادة ، دراسة في علم الاجتماع النفسي والاداري والتنظيمي ، مؤسسة شباب الجامعة ، الاسكندرية ، 2010 ، ص 224-225

[2] نبيه غطاس ، مرجع سابق، ص 522

[3] صالح حسن الداهري ، مرجع سابق ، ص 168

[4] حامد سوادي عطية ، مرجع سابق، ص 149

كبعد لتمكين الأطباء في تنفيذ مشروع المؤسسة الصحية باعتباره مهمة أصيلة في ميدانهم وركن أساسي في العمل

الفرع الثالث – المشاركة في صناعة القرار : يتأسس مشروع المؤسسة الصحية بالمؤسسات العمومية بالصحة من منطلق فكرة المشاركة على جميع الأصعدة ، ولمختلف الفاعلين والمؤثرين ، يتصدر هؤلاء الأطباء حيث أنهم يسهمون على أكثر من نطاق في تخطيط ومتابعة وتنفيذ وكذا تقويم وتصويب المشروع . على أساس تمكنهم من صناعة القرار وكفاءتهم وتجاربهم الميدانية ، ما يعبر عن نمط إداري ينبثق عن النظريات الحديثة يدعى الإدارة بالمشاركة ، حيث أشار حاروش أن " تشجيع العمال على المشاركة في القرارات " [1] من بين إهتماماتها . من هذا المنظور الواسع يعتبر بعد أو مبدأ المشاركة من القواعد والأدوات المعيارية التي تتخذ بشأن الأطباء في تنفيذ مشروع المؤسسة الصحية ، عبر عدة جوانب :

– مشاركة الأطباء في تخطيط الخدمات الصحية التي هي جوهر مشروع المؤسسة الصحية ورسالة المؤسسة .

– تولي الأطباء سلطة القيادة والتسيير للفرق الطبية والمشاريع الصحية .

– تمكن الأطباء من أدوات تقييم سير المشروع مع القدرة على التصويب والتقويم .

– العضوية والرئاسة للمجالس واللجان الإدارية والتقنية التي تشرف على تنفيذ مشروع المؤسسة الصحية .

– اعتماد الآراء التقنية المتعلقة بالتسيير كمرجعية لأهداف وتقييم المشروع .

[1] نور الدين حاروش ، مرجع سابق ، ص 178

– تفعيل السلطة الوظيفية بجانب صلاحيات الأطباء لتمكينهم من طرح المعايير التقنية في تخطيط وتنفيذ الأنشطة الصحية .

الفرع الرابع – الدافعية : هي أحد المقومات التي تحقق الانجاز وتتبع من محبة الاطباء في انجاز المهام والمشاريع ، والاضطلاع بشتى الجوانب اللوجستية والتقنية وما تنطوي عليه من مخاطر ومسؤوليات، لكنها تشكل حجز الزاوية في النهوض بالطموحات وتوسيع أفاق العمل . مما يكون له الأثر البليغ على الروح الجماعية ككل ، بطبيعة الحال يرغب أطباء القطاع العمومي في تجسيد ما تكونوا لأجل ، ومتعة الانجاز في الوفاء بالحاجات الصحية للمرضى مع بعث ثقافة صحية نابعة من المؤسسة ، لتكون معبرا عن مستوى الرعاية . كما أن الرغبة في تحقيق الذات يكون محركها الدافعية بشقيها ، الذاتي و مصدره التكوين والأخلاقيات ، والمؤسسي الذي مصدره محتوى مشروع المؤسسة . ما يشكل ما يعرف بالمدافعة التعاونية ، يعبر عنه مصطفى عبد العظيم فرماوي على أنه نموذج يقوم على ترويج التعاون بين مختلف الجماعات في المنظمة بهدف تقوية أعضائها وإقامة علاقات منتجة [1]. فما يوفره من آليات لتمكين الأطباء جدير أن يلقى الصدى في نفوسهم وسلوكهم ، نحو التعاضد وفهم الالتزامات الواجبة تحت مظلة الهدف العام .

الفرع الخامس – التأثير : يرى التأثير كعامل حاسم في إدارة مشروع المؤسسة والأفراد ، وبالنظر إلى المؤسسات العمومية للصحة ، يتصدر الأطباء قائمة المؤثرين في الأعمال والأنشطة او الأفراد مستندين في ذلك إلى مكانتهم العلمية والتنظيمية التي تؤهلهم لقيادة الأفراد والأنشطة . فالتأثير يعتبر هالة التمكين إذا ما زود بالصلاحيات الكافية ، قد يكون أصيلا و كاريزما في شخصيات

[1] مصطفى عبد العظيم فرماوي ، مرجع سابق، ص 199

الأطباء أو مكتسبا ينبع من قوة السلطة المتاحة لهم ، وهو منطلق مشروع المؤسسة الصحية في سعيه نحو تمكين الأطباء في علاقة تبادلية بين تأثير الأفراد على الجماعات والعكس .

المطلب الثالث : أبعاد جودة الحياة الوظيفية ضمن مشروع المؤسسة الصحية

وهي تلك المحاور التي تتصل بجودة حياة الأطباء الوظيفية طي مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر ، حيث أنه تكون منصوصة صراحة أو ضمنياً ، بمعالجة هذا المحتوى ، تم تصنيفها في ثمانية (08) أبعاد للقياس :

الفرع الأول- التكوين والتعليم : إن من أهم مبررات استخدام نظرية فيليب . بي .كروزبي التي تعتمد في مفهومها للجودة على أنها المطابقة للمتطلبات ، هي قدرة العمال على تحقيقها بواسطة التدريب والتعليم .[1]أولى مشروع المؤسسة الصحية جانب التكوين والتعليم أهمية تساير نماء المشاريع ، بالتزود بمختلف المعلومات والتقنيات الموافقة للمهام المباشرة من أجل تنفيذها . يتم التكوين والتعلم بشكل مباشر و نمط مرحلي ، حيث أن محتواه يتطابق مع المهام الجزئية التي يكلف بها المستخدمون ، ويتم الرفع من تلك القدرات والمكتسبات بصفة تدريجية من خلال اجتياز مشروع إلى آخر ، تبعا للشكبة الاجرائية المعتمدة في تنفيذها وطرق وآليات ومناهج العمل . فهما عصب تنفيذ المشاريع إذ ما أردنا تنفيذها ونمائها ، يتعلق كل من التكوين والتعليم بتزويد القائمين بتنفيذ مشروع المؤسسة على مختلف الأصعدة وفي كل مراحله بالتزود بالمعلومات الكافية التي تندرج ضمن تنفيذ المهام وتحقيق رؤية المؤسسة .

[1] رعد الصرن، إدارة الجودة الشاملة (مدخل الوظائف والأدوات) دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع ، دمشق ، سنة 2016 ، ص 81

الفرع الثاني- فرق العمل : جوهر مشروع المؤسسة الصحية في القيام بالمهام يعتمد على فرق العمل عبر تفعيلها وتنميتها ، فهي سر النجاح كون أن العمل في المؤسسات العمومية للصحة يعتمد على التخصص لنجاعة التكفل بالحالات الوافدة . ويرى Ricky W. Griffin أنه من دواعي انشائها القيام بمهام كبيرة نوعا ما [1]، فالمجهود الفردي لا يوازي في نتائجه نتائج الفريق من عدة زوايا أهمها ، تماسك التنظيم والتعليم والتكوين المباشر ، وتنمية الروح الجماعية والتنافس لتقديم الأفضل. و روح الفريق Team spirit تتجلى في قدرة الفريق على العمل الجماعي تضع للأهداف الجماعية أفضلية عن الفردية ، مما يحقق تعظيما في الجهد الجماعي [2]. ناهيك عن تحمل الاعباء والمسؤوليات والتضامن فيما بينهم ، بما يخدم الصالح العالم والمؤسسة ، مع تنمية القدرات القيادية والتحكم التنظيمي . من هذا المنطلق وبناءا على قدرات الأفراد وتشكيل الفرق التي تتميز بقدرات ومكتسبات يتم بناء مشروع المؤسسة الصحية ، يثرى بثراء فرق العمل وقدراتها ويحجم كذلك .

ثالثاً- الاستقرار والأمن الوظيفي : يعول مشروع المؤسسة الصحية من خلال بعث برامج وهيكلة الفرق وإثراء محتوى العمل على بث فكرة الاستقرار والأمن الوظيفي ، كون أن نتائجهم العكسية تعتبر خسارة للكفاءات والخبرات المكتسبة في القطاع العمومي ، ولم يتم الاستثمار فيها . على خلفية أن حقوق الموارد البشرية في المؤسسة التمتع بالأمن الوظيفي ، وهي مسؤولية المنظمة والعمال كل من طبيعة التزاماته [3]. من هذه الزاوية فإن توفير ظروف العمل التي تصون الكرامة وتحمل قيمة مضافة هي استثمار في المورد البشري واستمرار للمرفق العمومي . بمراعاة جوانب تبدو بسيطة لاكنها تزيح فكرة التسرب الوظيفي ، أين يجد المستخدم بيئة داعمة لنشاطه وتلبي

---

[1] Griffen,Ricky, "Management;2nd. Edition, (Boston: Mifflin Company), 1987, Page 345

[2] حبيب الصحاف ، مرجع سابق، ص 78

[3] كامل بربر : إدارة الموارد البشرية – اتجاهات وممارسات ، دار المنهل اللبناني ، دون طبعة ، دون بلد ، دون سنة ، ص 244

حاجاته النفسية في الريادة وكسب ثقة واحترام الآخرين . يتبين الاستقرار الوظيفي Job stability من خلال معدلات البقاء في العمل واحتساب متوسط العمر الوظيفي للعمال [1].

الفرع الثالث– الصحة والسلامة المهنية : إن عمود الحياة ككل يرتكز على الصحة التي من خلالها يستطيع المستخدم العمل في أي مجال ، بطبيعة الحال فالحياة كلها تنطوي على مخاطر تهدد صحة وقدرات الانسان .ناهيك عن تلك الناجمة عن العمل لاسيما في القطاع الصحي العمومي بما يحمله من خصائص تتفاوت في مستوى الخطورة ونتائجها . التمتع بالصحة له مدلول وظيفي كمنعكس لمستوى الأمن والسلامة والتي تمكنه من أداء مهامه على وجهها الامثل ، و كلما تدنى مستوى الأمن والسلامة في المؤسسة تأثرت صحة المستخدمين مسببة تعثر دائم في أداء المهام المنوطة بها تبعا للنزيف الذي تشهده مواردها البشرية ، سواء بفقدانهم والحرمان من قدراتهم أو بتدني أدائهم . فلا يمكن العمل في القطاع الصحي ذو مصادر الخطورة العليا دون توفر شروط السلامة المهنية ووعي المستخدمين بأهمية برامج الأمن و السلامة . حيث تعتبر مسؤولية برامج الوقاية والسلامة والأمن تضامنية و مشتركة بين المؤسسة والعمال [2]. ما عكف على ارساء دعائمه مشروع المؤسسة الصحية .

الفرع الخامس– التصميم الوظيفي : يبدو أن التصميم الوظيفي من أبرز ملامح اعداد وتنفيذ مشروع المؤسسة الصحية ، الذي يعتمد اعتمادا كليا على توصيف المهام والوظائف مع تعديلها ان اقتضت المصلحة ذلك ، فهو ينطلق من تصميم الوظيفة إلى توسيع الوظيفة . التي يشير إليها الشماع بأنها زيادةً في المهام الموكلة التي يقوم الموظف بتنفيذها أو أدائها لتمتد من مهامه العادية

---

[1] حبيب الصحاف ، مرجع سابق، ص 89

[2] كامل بربر ، المرجع نفسه ، ص 248

إلى مهام الاشراف أو التوجيه أو القيادة [1]. ما يسههم بشكل جلي في رفع قدرات ومكاسب المستخدمين ويحقق التوجهات والأهداف المرجوة من تصميم الوظيفة ومشروع المؤسسة على حد سواء. يبرز هذا التوجه من خلال مراحل الاعداد والتنفيذ والتقويم

الفرع السادس– التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية : تتبادل الحياة الشخصية والوظيفية التأثير، حيث أشارت العديد من الدراسات والأبحاث إلى ذلك ، فقد تكون داعمة أو مصدراً لبعض الضغوطات والتوتر[2]. بالرجوع للأصل فإن الحياة الشخصية ممتدة تزكيها في جودتها الحياة الوظيفية إذا كانت كذلك . لذا اهتم مشروع المؤسسة الصحية بالحياة الوظيفية والرفع من جودتها باتخاذ جملة أساليب ومحاور أساسية تكون سندا ودعامة للحياة الشخصية ، من خلال تخطيط العمل والوظائف ، ضمان أوقات الراحة ، تكييف المناصب والمسؤوليات حسب القدرات و إتاحة الفرصة لإبراز القدرات للكفاءات القيادية والتشغيلية.

الفرع السابع– التقليل من ضغوط العمل : لا يمكن بأي حال من الأحوال القضاء على ضغوط العمل عموما في القطاع العام وبالمؤسسات الصحية العمومية بشكل خاص ظن كونها قد تحدث بشكل متحكم فيه ويمكن معالجته من الوسط الداخلي ، أو تكون متأتية من البيئة الخارجية بمشتملاتها ومكوناتها الأمر الذي يمكن التخفيف منه فقط . وفي كلتا الحالتين أثرى مشروع المؤسسة الصحية جوانب عديدة للوصول إلى ذات الهدف ، بإجراءات معالجة تلك الناتجة عن الوسط الداخلي ومسايرة الأخرى .

---

[1] خليل محمد الشماع، مبادئ الإدارة مع التركيز على إدارة الأعمال، الموصل : دار الكتب للطباعة والنشر، ط1، 1999، صفحة 156.

[2] بوادو فاطيمة ، أثر أبعاد جودة الحياة الوظيفية في تحسين الأداء الوظيفي للعاملين بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين حركيا – تيسيمسيلت– ، مجلة شعاع للدراسات الإقتصادية ، المجلد 06 ، العدد 02 ، جامعة تيسيمسيلت ، 2022 ، ص 661 .

الفرع الثامن– الالتزام التنظيمي : يعتبره Porter Lymon بأنه "قوة تطالق الفرد مع مؤسسته وإرتباطه بها"[1] ،إذ أنه المحصلة الدالة على ثقة الفرد في التنظيم ، يخضع للوائحه ويحترم نظامه وتسلسله ، مشروع المؤسسة الصحية يرى أن للأطباء مجالات عديدة خارج المؤسسة يمكن لهم ممارسة مهامهم فيهم . بهذا المنظور طوع التنظيم ليتكيف مع الطبيعة المهنية لهم ومكانتهم ورغباتهم الوظيفية لتكون محل اشباع لهم . ما ينتج التزاما نحو المهام الموكلة لهم ، والنهوض بجودة خدمات المؤسسة ، باعتبارهم أصحاب البيئة الموصوفة بهم وجانب الحياة المهنية يعزز الانتماء والالتزام بشكل حقيقي. المهمة هنا تبادلية حيث انهم الأدرى بالشؤون التقنية وجودتها التي هي منعكس لجودة الحياة الوظيفية المطلوبة والتي توفرها المؤسسة ، تبعا لخصوصية مهامهم. و ادماجهم مع تحقيق متطلباتهم المهنية لاسيما ظروف العمل والمشاركة تجعل من التزامهم الوظيفي نتاجا لها.

[1] عبد الرحمن برقوق ، هدى درنوني ، الالتزام التنظيمي (المفهوم، الأبعاد والنتائج) ، مجلة علوم الإنسان والمجتمع ، المجلد 03، العدد 05، جامعة محمد خيضر ، بسكرة ، 2014 ، ص 18 .

خلاصة :

ضم مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر العديد من الأهداف العامة و الإجرائية التي تتطلب الدراسات المخصصة و المعمقة ، حيث أنه أثرى مختلف الجوانب التي تعمل على تمكين الأطباء من خلال تأطير و قيادة العمل بالمؤسسات العمومية ، ومشاركتهم في صناعة القرارات التي تضل بضلها على جودة حياتهم الوظيفية كمكسب مرافق أو ناتج عن تمكينهم .

كما أن مشروع المؤسسة الصحية عمل على إستثمار الجوانب العملية و الخبرات الميدانية للأطباء العموميون في تجسيد رؤية السلطة الصحية ، لما لهم من كفاءة ودراية ، تثمن من خلال نتائج تمكينهم ، على مستواهم الشخصي و العام ، وتعمل على إبداء وجه مشرف للصحة العمومية.

يمكن من خلال مشروع المؤسسة الصحية تأطير العمل الصحي و توجيهه بما يخدم السياسة العامة و الرفع من جودة الخدمات الصحية من جهة ، والرفع من كفاءة المنظومة ككل و التي في مقدمتها قيادة العمليات و التخطيط الصحي من طرف الأطباء ، فمن خلاله يكون لهم الصفة الممكنة من تطبيق تطلعاتهم و تقويم الأنظمة الصحية ، قناعة بقدرتهم على تولي ذالك وأهليتهم .

الفصل الرابع

الدراســـــة الميدانية لعينـــــة مـن المؤسســـــات العموميـــة للصحـــــة بالجزائـــــر

تمهيد :

نحاول في هذا الفصل الوصول إلى طبيعة العلاقة التي تربط تمكين الأطباء بجودة الحياة الوظيفية في ظل تطبيق مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر، بعد اختيار أبعاد ممثلة لكل منهم ، وذلك عبر خطوات منهجية تستند إحداها على سابقتها ، وتتدرج كلها في مسعى التحقق من الفرضيات المطروحة في مقابل التساؤولات .

نرصد أهم علاقات الارتباط بين متغيرات الدراسة بشكل كلي وجزئي وأيضا تقاطعي ، بطريقة مرحلية مستندة على النتائج الاحصائية وتحليل محتواها ومناقشتها ، انطلاقا من مستوى الاستجابة للعينة محل الدراسة .

المبحث الأول : إجراءات الدراسة

من أجل المعالجة السليمة والوصول إلى نتائج يمكن الحكم عليها ، لابد أن تمر الدراسة بخطوات منهجية تحدد أطرها ومحتواها ، ليتم تفسير النتائج بمصداقية العينة محل الدراسة .

المطلب الأول : العينة الإستطلاعية والنهائية

إعتمادا على العينة الاستطلاعية يتم تعميم أداة الدراسة على العينة النهائية ، لذا فإن ضبط صلاحية الأداة وانتقاء العينة من قواعد اجراء الدراسات الميدانية ، والتعرف على خصائصها ومكوناتها وظروف الدراسة .

الفرع الأول: مجالات الدراسة

أولاً- المجال المكاني : تم اجراء الدراسة على مستوى عينة من المؤسسات العمومية للصحة في عدة ولايات، موضحة في الجدول أدناه:

الجدول رقم (4-1): المجال المكاني لعينة الدراسة.

المؤسسة العمومية	الولاية
المؤسسة العمومية للصة الجوارية قايس	خنشلة
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية يابوس	خنشلة
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم و الطفل صالحي بلقاسم	خنشلة
مركز مكافحة السرطان – المركز الإستشفائي الجامعي	باتنة
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الدبيلة	الوادي
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تمنغاست	تمنغاست
المؤسسة العمومية الاستشفائية مصباح بغدادي	تمنغاست
المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم و الطفل	تمنغاست

المصدر: من إعداد الباحث.

ثانياً – المجال الزماني :

لتعلق دراسة الحالة بالمستخدمين الطبيين بالمؤسسات العمومية للصحة ، كان اختيار المجال الزماني بالغ الصعوبة لما شهده العالم والبلاد من جائحة كورونا ، والتي قد تأثر على استجابات العينة نظرا لتعلقها بالأطباء بالدرجة الاولى و جودة الحياة الوظيفية بالمؤسسات العمومية للصحة ، لذا فإن التبعات العامة لهذه الجائحة العالمية تظل مستمرة لسنوات أو عقود، كمرجع تاريخي لحدث عالمي أثر كل القطاعات لا سيما المجالات الصحية بالدرجة الأولى من جميع الجوانب .

مراعاة لكل ذلك كان من الأنسب أنه تم اختيار زوال الجائحة واستقرار الوضع و العودة التدريجية للأنشطة بصفتها العادية تبعا للتعليمات الوزارية المنظمة لها ، تم اجراء الجانب التطبيقي على العينة الاستطلاعية و النهائية في المؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة في المفترة الممتدة من شهر جانفي 2022 الى غاية شهر ماي 2022 .

الفرع الثاني: العينة الاستطلاعية والنهائية

أولاً– **العينة الإستطلاعية** : شملت الدراسة الاستطلاعية عينة مقدرة بثلاثين (30) فردا، حيث تم توزيعها على المؤسسة العمومية للصحة الجوارية قايس و يابوس لولاية خنشلة ، هذا من أجل ضبط ادات القياس للظاهرة قبل تطبيقها على العينة النهائية .

ثانياً– مجتمع الدراسة النهائي :

1. **تحديد حجم العينة** : هناك طرق عديدة تتقارب فيما بينها لحساب حجم العينة المعبرة عن الدراسة ، والتي تسمح بإجراء القياسات و الاختبارات الدالة على المجتمع الأصلي .

الجدول رقم (4-2): عملية توزيع الاستمارة على العينة محل الدراسة

حجم المجتمع	عدد الاستمارات المستردة	الفارق	عدد الاستمارات الصالحة للدراسة	النسبة المئوية
297	224	74	211	71.04

المصدر: من اعداد الباحث

2. مجتمع الدراسة النهائي

لتحديد حجم العينة المثالي والأقرب في تمثيل حجم المجتمع ، تستخدم عدة صيغ رياضية تم صياغتها على شكل برمجيات متطورة ، تتوفر عليها مواقع متخصصة من بينها :

- https://calc-web.com/sample_size_calculator
- https://select-statistics.co.uk/calculators/sample-size-calculator-population-proportion/
- https://www.calculator.net/sample-size-calculator.html
- https://www.checkmarket.com/sample-size-calculator/
- https://calc-web.com/sample_size_calculator

حيث تم المطابقة بينها و الحصول على نتائج موحدة ، مبينة في الجدول أدناه :

الجدول رقم (4-3) : حساب العينة النهائية لمجتمع الدراسة

حجم المجتمع	مستوى الثقة	نسبة الخطأ	العينة النهائية الممثلة
297	% 95	% 05	**168**

المصدر : من إعداد الباحث بناءاً على مخرجات المواقع الإلكترونية أعلاه بتاريخ 2021/05/21

3. توزيع أفراد العينة : شملت العينة النهائية لمجتمع الدراسة (168 فرداً) من عدة مؤسسات عمومية للصحة بالجزائر ، يكون توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الديموغرافية .

1.3 حسب الوظيفة :

ضمت العينة بالمؤسسات محل الدراسة أربعة (04) رتب للأطباء ، موضحة في الجدول أدناه :

الجدول رقم (4-4): توزيع افراد العينة حسب الوظيفة

الرتب	توزيع العينة	النسبة %	العينة المطلوبة
سلك الأطباء العامون	76	45,2	**168**
سلك جراحو الأسنان	43	25,6	
الأطباء المتخصصون	35	20,8	
سلك الأساتذة	14	8,3	

المصدر : من إعداد الباحث

يمثل الأطباء العامون بمختلف رتبهم نسبة (45,2 %) من حجم العينة وهذا من الطبيعي، فإن مسار العملية الطبية ينطلق بهم وأن توجدهم يكون على مستوى كل المؤسسات العمومية للصحة ، يليهم جراحو الاسنان بمختلف رتبهم بنسبة (25,6 %) المتواجدين بأغلب المؤسسات العمومية للصحة بمستويات متفاوتة فالبعض منهم يتواجد على مستوى المؤسسات الإستشفائية لكن أغلبهم على مستوى المؤسسات الجوارية ، من ثم يتواجد الممارسون الطبيون المتخصصون بنسبة (20,8 %) و الذين يتواجدون على مستوى كل المؤسسات العمومية للصحة بأعداد متفاوتة حسب التخصص و الحاجية نتيجة أنهم يتلقون تكوينا مخصصا ومستوى كفايتهم في توجيه الحالات المتكفل بها ، في حين يتواجد الأساتذة الإستشفائيون الجامعيون على مستوى الوحدات و المصالح

الطبية بالمراكز الطبية الجامعية المعنية بتكوين الاطباء العامين و المتخصصين والمساعدين ، كانت نسبتهم في العينة محل الدراسة (8,3 %) .

2.3 حسب الخبرة المهنية

الجدول رقم (4-5) : توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية

النوع	العدد	النسبة المئوية %
من 0 إلى 10 سنوات	47	27,9
من 11 إلى 20 سنة	45	26,7
من 21 إلى 30 سنة	43	25,5
أكثر من 30 سنة	33	19,6
المجموع	168	100

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

كانت مستويات الخبرة بين مختلف فئات الاطباء موزعة بشكل متفاوت ، فكانت من (0 إلى 10سنوات) بنسبة (27,9 %) أما ذوي الخبرة التي تتراوح بين (11 إلى 20 سنة) فكانت متقاربة مع سابقتها بنسبة (26,7 %) ، في حين أن ذوي الخبرة المهنية التي تتراوح بين (21 إلى 30 سنة) فكانت بنسبة (25,5 %) ، أما النسبة الأقل مسجلة في ذوي الخبرة أكثر من 30 سنة والتي كانت بنسبة (19,6 %).

3.3 حسب النوع :

يوضح الجدول أدناه توزيع عينة الدراسة موزعة حسب الجنس كمايلي :

الجدول رقم (4-6) : توزيع أفراد العينة حسب النوع

النوع	العدد	النسبة المئوية %
ذكر	87	51,8
أنثى	81	48,2
المجموع	168	100

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

تتقارب نسبة الذكور في العينة محل الدراسة مع الإناث ، حيث كان تمثيل الذكور بنسبة (51,80 %) في مقابل الإناث بنسبة (48,20 %) كون أن قطاع الصحة مختلط والمهام الطبية النبيلة يمكن أن يقوم بها كلا الجنسين تبعاً للتكوين المتلقى .

4.3 حسب الوضعية العائلية

الجدول رقم (4-7) : توزيع أفراد العينة حسب الوضعية العائلية

النوع	العدد	النسبة المئوية %
أعزب	52	31,0
متزوج	116	69,0
المجموع	168	100

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

تشكل نسبة المتزوجين (69 %) من حجم العينة بين الذكور و الإناث ، في مقابل نسبة (31 %) من غير المتزوجين و لم تحدد أداة الدراسة حالات الإنفصال لعدم تخصصها في دراسة الفروقات بين الجنسين .

المطلب الثاني : بناء أداة الدراسة

الأداة المعتمدة في هذه الدراسة هو استبيان مغلق مكون من ثلاث (03) متغيرات ، يضم كل متغير عدد من الفقرات المقدرة كليا بستون (60) فقرة .(الملحق رقم :03).

الفرع الأول : الخطوات الخاصة ببناء أداة الدراسة :

لابد أن تتوفر مجموعة سيمات شكلية وأخرى موضوعية في تصميم الإستبيان الذي هو أداة الدراسة المعتمدة في التقييم وقياس مدى الاستجابة في المتغيرات ، حيث تم الاطلاع على الكثير من المراجع المتخصصة في إعداد وتصميم الاستبيان .

أولاً– المعطيات الديموغرافية : ضمت أداة الدراسة معطيات ديموغرافية واجبة متمثلة في (السن ، الرتبة، الخبرة المهنية) ، وهي معطيات أساسية لتحديد عينة الدراسة بشيء من الاستطلاع والتعرف على خصائص العينة .

ثانياً– المعطيات الفيرموغرافية : وهي مايتعلق بطبيعة نشاط الأطباء وتصنيف المؤسسات العمومية للصحة .

ثالثاً– صياغة أسئلة المتغيرات : لم تكن أسئلة المتغيرات موجهة أو إيحائية ، بل كانت أسئلة مجردة ولا تحمل أي صفات تتعلق بفرض إحتمالات ، باعتماد مقياس لكارت الخماسي في تقييم مستوى الاستجابة .

رابعاً– مرحلة الصياغة الأولية : تم خلال هذه المرحلة على أبرز الدراسات السابقة التي تناولت مجالات الدراسة بأبعاد مختلفة مع المقاييس المنشورة في الكتب ذات الإختصاص من أجل الحصول على صياغة أولية لفقرات كل مقياس .لا سيما :

– كتاب قياس الصحة لمؤلفه آن بولنج والذي قام بترجمته الاستاذ الدكتور حسين حشمت وطباعة مجموعة النيل العربية سنة 2008 ، حيث أنه تم الاسترشاد بالمقاييس المتعلقة:

– بنوعية الرفاهة في قياس القدرة الوظيفية .

– استبيان الحالة الصحية (HSQ–12).

– استبيان الصحة العامة لجولد برج (JHQ).

– قياسات نوعية الحياة (QLQ).

– مؤشر نوعية الحياة لسبيدزر (QL INDX) وقياسات نوعية الحياة الفردية .

بالاضافة الى الدراسات السابقة ، وسلسلة المقالات المنجزة من طرفنا مدعمة بالخبرة الشخصية في الميدان .

خامساً– مرحلة العرض والتحكيم : تم العرض الأولي على مجموعة من العياديين النفسانيين في الصحة العمومية و المجلس الطبي بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية قايس ولاية خنشلة لرفع اللبس أو التأويل وتبسيط العبارات لتكون في مجال إهتمام الأطباء بصفة واضحة وجلية ، وتجنب المصطلحات والعبارات المعقدة التي تحتمل أكثر من تأويل .

سادساً– مرحلة التجربة الميدانية : كانت التجربة الميدانية على المؤسسة العمومية للصحة الجوارية قايس ولاية خنشلة وحساب ثبات وصدق الأداة الذي تميز بتحقيق مستويات عالية .

سابعاً- مرحلة الحكم والتقدير : من أجل القيام بالدراسة الميدانية بشكل موسع كان هناك دمج وحذف لبعض العبارات التي تصب في مجال واحد باستخدام التجربة الميدانية وكذا معامل الثبات ألفا كرونباغ .

ثامناً- مرحلة الصياغة النهائية : بعد الحصول على نموذج نهائي لأداة الدراسة تمت تجربته على العينة الاستطلاعية وقياس مختلف الاستجابات فقرة بفقرة ، والتي أبدت مستويات موثوقة وصادقة، يمكن تعميمه وإعتماده كأداة للقياس . وصولاً إلى اعداد الاستبيان الموجه تبعا لاشكالية و فرضاية الدراسة، ضمت هذه الاداة ثلاث(03) متغيرات يضم كل منهم فقرات كما يلي :

1- متغير تمكين الأطباء :

يحتوي هذا المتغير على خمسة (05) أبعاد ممثلة له (تفويض السلطة، التدريب، المشاركة في صناعة القرار، التأثير، الدافعية) . كما أنه كل بُعد يضم اربعة (04) فقرات، ليكون مجموع فقرات قياس المتغير عشرون(20) .

2- متغير جودة الحياة الوظيفية :

يحتوي هذا المتغير على ثمانية (08) أبعاد ممثلة له (التكوين و التعليم، فرق العمل، الاستقرار والأمن الوظيفي، الصحة والسلامة المهنية،التصميم الوظيفي، التوازن بين الحياة الشخصية و الوظيفية، التقليل من ضغوط العمل، الإلتزام التنظيمي) . كما أنه كل بُعد يضم ثلاثة (03) فقرات، ليكون مجموع فقرات قياس المتغير اربعة وعشرون(24) .

3- متغير مشروع المؤسسة :يحتوي هذا المتغير على ستة عشرة (16) فقرة ممثلة له ، حيث تم اعتماد صياغة الفقرات على توجهات مشروع المؤسسة الصحية في الجزائر لا سيما ما يتعلق

بتمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية ، لابراز علاقة المتغير المستقل و التابع في ظل هذا المتغير .

تاسعاً – مفتاح الدراسة :كانت دراجات الاختيارات مقسمة من واحد إلى خمسة وفق طريقة "ليكارت" الخماسي ، يوضح الجدول أدناه مفاتيح الاستبيان.

الجدول رقم (4–8): مفتاح الدراسة وفقا سلم ليكارت الخماسي.

العبارات	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما
الأوزان	1	2	3	4	5

المصدر: من إعداد الباحث.

عاشراً– مستويات الإستجابة: قسمت مستويات الاستجابة المقدرة بالدرجات إلى ثلاث(03) مستويات، كما يوضحها الجدول أدناه:

الجدول رقم (4–9): تقدير درجات الاستجابة و مستوياتها .

المستوى	**تقدير الدرجة**
منخفض	1 – 1.66
متوسط	1.67 – 2.32
مرتفع	2.33 – 3

المصدر: من إعداد الباحث.

الفرع الثاني : الأدوات الاحصائية المستعملة

تتوجه الدراسة نحو معرفة العلاقة بين تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية في ظل تطبيق مشروع المؤسسة الصحية لعينة من المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر، ومن منطلق الاشكالية

المطروحة و الفرضيات ، يتم تحليل استجابة افراد العينة باستخدام أدوات إحصائية دالة وذات صلة بالموضوع في تحديد العلاقة و طبيعتها ، متمثلة في :

-معامل ألفا كرونباج للتأكد من ثبات وصدق العينة.

- إختبار **Kolmogorov-Smirnov** للتوزيع الطبيعي لاستجابة أفراد العينة .

-أداة **KMO** للتحقق من صدق المحتوى.

- المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية للتعرف على توجه العينة ومستويات الاستجابة و كذا التباين .

- معامل الارتباط سبيرمان براون لمعرفة قوة العلاقة بين الفقرات والأبعاد الممثلة لمتغيرات الدراسة، كون أن مقياس ليكارت رتبي ، ومعامل الإرتباط بيرسون بين الأبعاد والمتغيرات .

- انحدار الخطي البسيط و المتعدد لتحديد طبيعة العلاقة .

- تحليل انوفا **ANOVA** للكشف عن حجم التباين وتحكيم العلاقات .

تم معالجة البيانات باستخدام برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية في نسخته 23 .

المطلب الثالث : إختبار أداة الدراسة

تهتم هذه الإختبارات بقياس مدى صلاحية الاداة المستخدمة في الدراسة ، لنقل الظواهر و الانطباعات الشخصية أو المهنية بصفة أمنة وصادقة ومعبرة ، لتصاغ بشكل علمي، رياضي أو احصائي .

الفرع الاول : إختبار توزيع وثبات النموذج

التوزيع الطبيعي أو المعتدل هو أحد أشكال التوزيع ، التي نجد من بينها توزيع بواسون وبعض التوزيعات الحرة ، يشترط إختبار التوزيع الطبيعي من أجل إعتماد أدوات الإحصاء المعلمي.

أولاً- إختبار Kolmogorov-Smirnov[a] :

الجدول رقم (4-10) : إختبار Kolmogorov-Smirnov[a]

	Normal	Uniform	Exponential
الإستبانة	إختبار Kolmogorov-Smirnov[a]	إختبار Kolmogorov-Smirnov[a]	إختبار Kolmogorov-Smirnov[a]
الإستبانة ككل	,200*	,023	,000
متغير تمكين الأطباء	,200*	,038	,000
متغير جودة الحياة الوظيفية	,072	,021	,000
متغير مشروع المؤسسة الصحية	,116	,003	,000

المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

الإعتماد على هذا " الأسلوب الإحصائي يستفاد منه التحقق من صحة الفرض الذي يتم اختباره بأسلوب كا مربع، ألا أن أسلوب كلوموجروف – سميرونوف أكثر دقة "[1] عندما تكون جميع شروط كا[2] مستوفاة [2] . حيث يتضح أن إختبار Kolmogorov-Smirnov[a] دال إحصائيا بقيمة (0,200) عند مستوى معنوية ≥0,05 للإستبانة ككل ومتغير تمكين الأطباء ، والأمر ذاته لبقية المتغيرات حيث أن الإختبار حقق قيم أكبر من مستوى المعنوية. و هو ما يدل بأن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي . (الملحق رقم :04)

ثانياً : ثبات الأداة

لقياس ثبات الأداة ومدى صلاحيتها للتعبير عن محتواها، لابد أن تتمتع بدرجة موثوقية عالية، لذا يتم التحقق من ذلك عبر مرحلتين :

1- الثبات من خلال ألفا كرونباخ :

للحصول على قيمة ثبات الاستمارة، تم اعتماد معادلة ألفا كرونباخ للعينة الاستطلاعية المقدرة بثلاثون (30) فردا، يوضح الجدول التالي قيم معاملات ألفا كرونباخ لمتغيرات الدراسة الثلاث(03) : (الملحق رقم : 05)

---

[1] أحمد الرفاعي غنيم، نصر محمود صبري, *تعلم بنفسك التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام SPSS*. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ، الأردن ، دون سنة ، ص 262 .

[2] محمد شامل بهاء الدين فهمي ، *الإحصاء بلا معاناة ، المفاهيم مع التطبيقات باستخدام برنامج SPSS* ، الجزء الأول. مركز البحوث ، الرياض ،2005 ، ص 381

الجدول رقم (4-11): معامل ألفاكرونباخ لمتغيرات الدراسة في العينة الإستطلاعية

المتغيرات	عدد الفقرات	أفراد العينة الإستطلاعية	قيمة الثبات ألفا كرونباخ
تمكين الأطباء	20	30	**,814**
جودة الحياة الوظيفية	24		**.852**
مشروع المؤسسة الصحية	16		**.885**

المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

معامل ألفاكرونباخ في العينة الإستطلاعية لمتغير تمكين الأطباء بفقراته الممثله له يبلغ (,814) ، كما بلغ لمتغير جودة الحياة الوظيفية قيمة (,852) عبر الفقرات الممثلة لها ، أما من خلال الفقرات الممثلة لمتغير مشروع المؤسسة الصحية فقد سجل قيمة (,885) . كلها تفوق قيمة (0,60) مما يشير إلى أن الأداة تتمتع بثبات و موثوقية عالية و أنها صالحة لما أنجزت لقياسه .

أما ثبات جميع الفقرات المكونة للأداة للعينة محل الدراسة ، موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (4-12) : معامل ألفاكرونباخ للفقرات في العينة الإستطلاعية

العينة الإستطلاعية	عدد الفقرات	معامل ألفاكرونباخ
30	60	,943

المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

معامل ألفا كرونباخ للعينة الاستطلاعية المكونة من ثلاثون (30) فردا من فئة الأطباء ، بعدد فقرات بلغ ستون (60) فقرة ممثلة لأداة الدراسة ككل حصل على قيمة 94,3 %. وهي قيمة تفوق 60% مما يدل على أن الأداة تتمتع بموثوقية و ثبات عال جدا، وأنها صالحة لما أنجزت لقياسه.

2- الثبات من خلال التجزئة النصفية :

تعمل طريقة الثبات من خلال التجزئة النصفية إلى التأكد من تقسيم البيانات ومدى ثبات كل جزء منها ، يتم تطبيق التقنية للمتغيرات الثلاث (03) أدناه : (الملحق رقم :05)

1.2 . متغير تمكين الأطباء : يمثل الجدول أدناه قيم الثبات الجزئي ألفاكرونباخ

الجدول رقم (4-13) : الثبات بإستخدام التجزئة النصفية لمتغير تمكين الأطباء

المعاملات	الأجزاء		القيمة / العدد	التباين
معامل ألفا كرونباخ	الجزء الأول	القيمة	,680	32,028
		الفقرات	10[a]	
	الجزء الثاني	القيمة	,704	24,110
		الفقرات	10[b]	
	مجموع الفقرات		20	93,959
الإرتباط بين النماذج			,681	
معامل سبيرمان-براون		التساوي	,810	
		عدم التساوي	,810	
معامل Guttman للتجزئة النصفية			,805	

المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

قسمت مجموع الفقرات البالغة (20) فقرة بشكل متساوي إلى جزئين (02) يضم كل منها (10) فقرات ، إلا أن هناك فروق في ثبات الجزء الأول حيث كانت قيمة ألفاكرونباخ تساوي (,680) ، أما الجزء الثاني فقد بلغت (,704) .

كما أن التباين غير متساوي بالنسبة لجزئي متغير تمكين الأطباء ، حيث بلغ للجزء الأول قيمة (32,028) ، أما التباين المحقق للجزء الثاني سجل قيمة (24,110) ، في حين بلغ في كلا الجزئين قيمة (93,959) . وبالتالي فإن معامل ثبات متغير تمكين الأطباء بإستخدام التجزئة

النصفية يمثله معامل Guttman والذي يبلغ (,805) . و هي أكبر من (0,60) ما يشير إلى أن المتغير ذو ثبات عال ، كما أن الأداة صالحة لقياسه .

2.2 . متغير جودة الحياة الوظيفية : يمثل الجدول أدناه قيم الثبات الجزئي ألفاكرونباخ

الجدول رقم (4-14) : الثبات بإستخدام التجزئة النصفية لمتغير جودة الحياة الوظيفية

المعاملات	الأجزاء		القيمة / العدد	التباين
معامل ألفا كرونباخ	الجزء الأول	القيمة	,769	51,582
		الفقرات	12[a]	
	الجزء الثاني	القيمة	,653	37,292
		الفقرات	12[b]	
	مجموع الفقرات		24	164,523
الإرتباط بين النماذج			,862	
معامل سبيرمان-براون		التساوي	,926	
		عدم التساوي	,926	
معامل Guttman للتجزئة النصفية			**,920**	

المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

قسمت مجموع الفقرات البالغ عددها (24) فقرة بشكل متساوي إلى جزئين (02) يضم كل منها (12) فقرة ، إلا أن هناك فروق في الثبات لمتغير جودة الحياة الوظيفية ، حيث كانت قيمة ألفاكرونباخ للجزء الأول مايقارب (,770) ، أما الجزء الثاني فقد بلغت (,653) .

كما أن التباين غير متساوي بالنسبة لجزئي متغير جودة الحياة الوظيفية ، حيث بلغ للجزء الأول قيمة (51,582) ، أما التباين المحقق للجزء الثاني سجل قيمة (37,292) ، في حين بلغ في كلا الجزئين قيمة (164,523) . وبالتالي فإن معامل ثبات متغير جودة الحياة الوظيفية

بإستخدام التجزئة النصفية يمثله معامل Guttman والذي يبلغ (,920). و هي أكبر من (0,60) ما يشير إلى أن المتغير ذو ثبات عال ، كما أن الأداة صالحة لقياسه .

3.2 . متغير مشروع المؤسسة الصحية : يمثل الجدول أدناه قيم الثبات الجزئي ألفاكرونباخ

الجدول رقم (4-15) : الثبات بإستخدام التجزئة النصفية لمتغير مشروع المؤسسة الصحية

المعاملات	الأجزاء		القيمة / العدد	التباين
معامل ألفا كرونباخ	الجزء الأول	القيمة	,917	50,466
		الفقرات	8[a]	
	الجزء الثاني	القيمة	,775	28,562
		الفقرات	8[b]	
	مجموع الفقرات		16	112,648
الإرتباط بين النماذج			,443	
معامل سبيرمان-براون		التساوي	,614	
		عدم التساوي	,614	
معامل Guttman للتجزئة النصفية			,597	

المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

قسمت مجموع الفقرات البالغ عددها (16) فقرة بشكل متساوي إلى جزئين (02) يضم كل منها (08) فقرات ، إلا أن هناك فروق في الثبات لمتغير مشروع المؤسسة الصحية ، حيث كانت قيمة ألفاكرونباخ للجزء الأول تساوي (,917) ، أما الجزء الثاني فقد بلغت (,775) .

كما أن التباين غير متساوي بالنسبة لجزئي متغير مشروع المؤسسة الصحية ، حيث بلغ للجزء الأول قيمة (50,466) ، أما التباين المحقق للجزء الثاني سجل قيمة (28,562) ، في حين بلغ في كلا الجزئين قيمة (112,648) . وبالتالي فإن معامل ثبات متغير مشروع المؤسسة

الصحية بإستخدام التجزئة النصفية يمثله معامل Guttman والذي يقارب (0,60). و هي ماتطابق القيمة المقبولة، ما يشير إلى أن المتغير ذو ثبات عال ، كما أن الأداة صالحة لقياسه .

الفرع الثاني : إختبار صدق الأداة

أولاً- اختبار KMO للتأكد من جودة القياس : يتم بأكثر من طريقة ، لكن الأكثر شيوعا وتداولا، اختبار KMO الذي يتم من خلاله الحكم على مدى كفاية حجم العينة ، وتتراوح قيمته بين الصفر (0) والواحد الصحيح (1) ويشير صاحب الاختبار Kaiser إلى أن الحد الأدنى المقبول لهذه الإحصائية هي 0.50 حتى يمكن الحكم بكفاية حجم العينة "[1]

الجدول رقم (4-16) : اختبار جودة القياس

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	,765
الدلالة المعنوية بدرجة حرية **1540**	,000

المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

قيمة اختبار **KMO** للتأكد من جودة القياس بلغت 76,5 **%** للعينة الاستطلاعية، وهي قيمة مقبولة جداً وهذا يعني أن القياس ممتاز، وتبلغ درجة المعنوية للقياس (,000) وهي تعبر عن اختزال العوامل بجودة عالية .

ثانياً- مربع الثبات : يمكن ايجاد الصيغة الرياضية للصدق من خلال الجذر التربيعي لمعامل الثبات ، يوضح الجدول أدناه قيم الصدق تبعا للثبات:

[1] أسامة ربيع أمين. التحليل الإحصائي للتغيرات المتعددة باستخدام برنامج SPSS، كلية التجارة ، جامعة المنوفية ، دون سنة ، ص 188

الجدول رقم (4-17) صدق العينة الاستطلاعية تبعا للثبات .

حجم العينة	عدد الفقرات	الثبات باستخدام ألفا كرونباخ	الصدق = الجذر التربيعي للثبات
30	60	**% 94,3**	**% 97,1**

المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

يبلغ معامل الصدق لمعامل ألفا كرونباخ 97,1 % ، هذه الحالة أكبر من 0.8 وهي في المنطقة التي أشار إليها كلين [1]، تحمل دلالة على وثوقية جيدة ، يتضح أن معامل الثبات ألفاكرونباغ يساوي 94,3% و الصدق 97,1 % مما يعني تمتع الأداة بثبات و صدق جيد .

ثالثاً- الصدق العاملي :

يستخدم التحليل العاملي "كأحد إجراءات تحقيق صدق الأداة والذي يهدف إلى تحليل مجموعة من معاملات الارتباط إلى عدد اقل من العوامل"[2] ، فمن خلال التحليل العاملي للأداة نجد أن هناك تشبعات تفوق 30% حسب محك جيلفورد مع نسب التفسير التي تفوق 10 % الذي يعتبر في حد ذاته نسبة مقبولة[3] لكل من الأبعاد الممثلة بالنسبة لمتغير تمكين الأطباء (الملحق رقم :06)، جودة الحياة الوظيفية (الملحق رقم :07)، وفقرات مشروع المؤسسة الصحية (الملحق رقم :08). وكذا للمتغيرات (الملحق رقم : 09) .

[1] لجنة التأليف والترجمة ، الإحصاء باستخدام SPSS ، شعاع للنشر والعلوم ، سوريا ، 2007، ص 666

[2] محمود السيد أبو النيل، الإحصاء النفسي والاجتماعي والتربوي – سلسلة علم النفس.دار النهضة العربية للطباعة والنشر. بيروت، 1987، ص 167

[3] نبيل جمعة صالح النجار، الإحصاء التحليلي مع تطبيقات برمجية SPSS ، دار الحامد للنشر و التوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان، 2015 ، ص334

رابعاً- الإتساق الداخلي : يشير الإتساق الداخلي إلى مدى توزان الفقرات و إرتباطها ، وهذا معبر جيد عن صدق المحتوى ، و يستخدم معامل الارتباط لتقدير أدلة الصدق ، سواء كان الصدق المحكمي أو الصدق التمييزي أو البنائي ، حيث يعد البداية لهذه الأساليب الاحصائية .[1]

1. **متغير تمكين الأطباء :** يوضح الجدول أدناه مختلف مستويات الإرتباط سبيرمان براون .

الجدول رقم (4-18) معامل الإرتباط سبيرمان بين الفقرات والأبعاد والمتغير تمكين الأطباء

	الأبعاد والفقرات	معامل الإرتباط بين الفقرات و الأبعاد	مستوى الدلالة
	بعد تفويض السلطة	**1**	//
01	تفوضني الإدارة سلطات كافية لانجاز مهام وظيفتي	,426*	,019
02	تثق الإدارة في قدرتي على أداء المهام الموكولة إلي	,380*	,039
03	لا يمارس رؤسائي الصلاحيات المفوضة إلا خلال فترة التفويض	,840**	,000
04	تمنحني الإدارة المرونة المناسبة للتصرف في أداء مهامي	,493**	,006
	بعد التدريب	**1**	//
05	تتبنى المنظمة خطة واضحة للتدريب	,545**	,002
06	توفر لي المنظمة دورات تدريبية لتطوير مهاراتي	,560**	,001
07	تشجع المنظمة الموظفين على تبادل الخبرات فيما بينهم	,682**	,000
08	تكون محاور التدريب وفق الاحتياجات	,696**	,000
	بعد المشاركة في صناعة القرار	1	//
09	أتواصل بسهولة مع رئيسي بالعمل	,889**	,000
10	أساهم في وضع الاهداف المتعلقة بوظيفتي	,776**	,000
11	تتقبل الادارة ملاحظاتي المتعلقة بأدائها	,388*	,034
12	أشارك في أشغال اللجان التقنية و الإدارية في مايخص شؤون عملي	,470**	,009
	التأثير	1	//
13	أملك صلاحية أتخاذ القرار في الامور البسيطة والروتينية	,622**	,000

[1] عبد الناصر السيد عامر ، نمذجة المعادلة البنائية للعلوم النفسية والاجتماعية ، الأسس والتطبيقات والقضايا ، الجزء الأول ، دار جامعة نايف للنشر ، الرياض ، 2018 ، ص 50

14	أملك صلاحية مواجهة الامور الطارئة المتعلقة بوظيفتي	,666**	,000
15	تتناسب صلاحياتي مع حجم مسؤولياتي	,565**	,001
16	لدي الحرية في وضع الحلول المتعلقة بموقع العمل	,485**	,007
	بعد الدافعية	1	//
17	أسعى دائما لتحقيق الانجاز الافضل في وظيفتي	,540**	,002
18	أشعر بأهمية وظيفيتي وموقعي الوظيفي في المستشفى	,565**	,001
19	الاهتمام بمبادراتي ومقترحاتي يدفعني لتطوير ادائي	,726**	,000
20	أسعى إلى تطوير الأنشطة الصحية	,627**	,000

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

هناك ارتباطات متفاوتة القوة بين الفقرات والبعد الذي تنتمي إليه ، للتأكد من تمثيل الفقرة ومساهمتها في البعد . حيث كانت النتائج الموضحة في الجدول أعلاه :

بعد تفويض السلطة : سجلت الفقرة رقم (03) أعلى معامل ارتباط سبيرمان براون بقيمة (,840) . ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية 0,01 ، كما كانت أقل قيمة مسجلة في الفقرة رقم (02) بقيمة (,380) إلا أنها معنوية عند مستوى الدلالة 0,05 . نقوم بمعاينة كل بعد :

بعد التدريب : سجل معامل ارتباط سبيرمان أعلى قيمة له (,696) على مستوى الفقرة رقم(08) وكانت أدنى قيمة مسجلة (,545)على مستوى الفقرة رقم (05) إلا أنها تبقى كلها ذات مستوى دلالة عند (0,01) .

بعد المشاركة في صناعة القرار : كانت أعلى قيمة لمعامل الإرتباط سبيرمان في الفقرة رقم (09) بمقدار (,898) ، أما أدناها سجلت على مستوى الفقرة رقم (11) بقيمة (,388) ذات مستوى دلالة عند القيمة 0,05 .

بعد التأثير : أعلى معامل إرتباط سجل في الفقرة رقم (14) بقيمة (,666) وأقل قيمة في الفقرة رقم (16) بقيمة (,485) وهي دالة إحصائيا عند المستوى 0,05 .

بعد الدافعية : كانت أعلى قيمة ارتباط (,726) قد سجلت في الفقرة رقم (19) ، أما الدنيا (,540) فكانت في الفقرة (17) ، لكنها ذات دلالة معنوية عند 0,05 .

كل الفقرات الممثلة للأبعاد ذات مستوى دلالة عند 0,05 ، تراوحت قوة الإرتباط سبيرمان براون بين القوية والمتوسطة ، لذا فإن مستويات الإرتباط طردية وموجبة .

2. متغير جودة الحياة الوظيفية: يوضح الجدول أدناه مختلف مستويات الإرتباط سبيرمان براون.

الجدول رقم (4-19) معامل الإرتباط سبيرمان براون بين الفقرات والأبعاد والمتغير جودة الحياة الوظيفية

	الأبعاد والفقرات	معامل الإرتباط بين الفقرات و الأبعاد	مستوى الدلالة
بعد التكوين والتعليم		1	,000
01	تولي الإدارة أهمية كبيرة لبرامج التكوين والتعلم	,630**	,000
02	الإطار العام لبرامج التكوين يتميز بالملائمة للمشاركين	,925**	,000
03	هناك مزج بين التكوين الإداري والتقني	,723**	,000
بعد فرق العمل		1	//
04	تتميز فرق العمل بجو عالي من التحفيز والمناخ المناسب للعمل	,893**	,000
05	يساهم العمال والمستخدمون في تجاوز المشكلات المتعلقة بالعمل	,374*	,042
06	هناك جو من التعاون والتضامن بين أفراد فريق العمل	,805**	,000
بعد الاستقرار والأمن الوظيفي		1	//
07	هناك طمأنينة عند تنفيذ مهامك	,465**	,010
08	لديك شعور بالاستقرار في العمل بالمؤسسة	,546**	,002
09	توفر المؤسسة الحماية الكافية في مواجهة المشاكل المهنية	,828**	,000
بعد الصحة والسلامة المهنية		1	//
10	تهتم الإدارة بصحة وسلامة العمال	,590**	,001
11	توفر الإدارة إجراءات الوقاية والسلامة المهنية	,814**	,000
12	تقوم الإدارة بالمتابعة الدورية الصحية	,546**	,002

بعد التصميم الوظيفي		1	//
13	تعتبر المهام الوظيفية واضحة وسلسة	,657**	,000
14	هناك تلاءم بين قدراتك وكفاءاتك و المهام المسندة	,484**	,007
15	تمنح المؤسسة حرية في أداء المهام	,678**	,000
بعد التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية		1	//
16	تراعي المؤسسة الحياة الشخصية في تخطيط الوظائف	,694**	,000
17	يتاح لكم وقت كافي لقضائه مع الأسرة	,731**	,000
18	تعطي المؤسسة رخصة تغيب للتكفل بأحد أفراد الأسرة	,701**	,000
بعد التقليل من ضغوط العمل		1	//
19	توفر المؤسسة برامج الرفاهية الاجتماعية	,583**	,001
20	تعالج التظلمات والشكاوى بالسرعة الكافية	,430*	,018
21	تراعي الإدارة فترات الذروة بالمرافقة اللازمة	,662**	,000
بعد الالتزام التنظيمي		1	//
22	هناك شعور بالفخر والانتماء للمؤسسة	,504**	,005
23	التعليمات والتوجيهات تطبق بالصرامة الواجبة	,563**	,001
24	تهتم لسمعة المؤسسة	,573**	,001

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

بدراسة الفقرات ومستوى ارتباطها بابعادها التي تمثلها في الدراسة ، يتضح من خلال الجدول أعلاه :

بعد التكوين والتعليم : سجل أعلى معامل إرتباط على مستوى الفقرة رقم (02) بقيمة (,925) ومستوى دلالة عند 0,01 ، أما أقل ارتباط كان على مستوى الفقرة رقم (01) بقيمة (,630) لكنها ذات معنوية عند القيمة 0,01 .

بعد فرق العمل : من بين الفقرات حازت الفقرة رقم (04) على أعلى قيمة إرتباط مقدرة بـ(,893) وذات دلالة معنوية عند0,01 ، أما الفقرة رقم (05) ذات قيمة ارتباط مقدر بـ (,374) لها قيمة معنوية عند 0,05 .

بعد الاستقرار والأمن الوظيفي : أعلى معامل إرتباط سجل في الفقرة رقم (09) مقداره (,828) ذو مستوى دلالة عند 0,01 ، أما الفقرة رقم (07) كان لها أقل معامل إرتباط (,465) ذات مستوى دلالة معنوية عند القيمة 0,05 .

بعد الصحة والسلامة المهنية : سجلت الفقرة رقم (11) قيمة ارتباط (,814) معنوية عند مستوى الدلالة 0,01 ، والفقرة رقم (12) كان لها أدنى قيمة إرتباط (,546) ذات مستوى دلالة معنوية عند 0,05 .

بعد التصميم الوظيفي : كانت مستويات الإرتباط فيه متوسطة ، حيث أن الفقرة رقم (15) سجلت أعلى قيمة (,678) ذات مستوى دلالة عند 0,01 ، والفقرة رقم (14) كان لها أدنى معامل إرتباط بقيمة (,484) ذو دلالة معنوية عند (0,05) .

بعد التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية : كل معاملات الإرتباط للفقرات قوية ذات قيمة معنوية عند 0,01 حيث سجلت الفقرة رقم (17) أعلى مستوى إرتباط (,731) ، والقيمة الدنيا (,694) بالفقرة رقم (16) .

بعد التقليل من ضغوط العمل : كانت معاملات الإرتباط متوسطة ، حيث سجلت الفقرة رقم (21) أعلى قيمة (,662) ذات دلالة إحصائية عند 0,01 ، والفقرة رقم (20) أقل مستوى إرتباط بقيمة (,430) ذات دلالة معنوية عند 0,05 .

بعد الإلتزام التنظيمي : كل الفقرات متوسطة الإرتباط ومتقاربة ، ذات دلالة معنوية عند 0,05 ، حيث أن الفقرة رقم (24) سجلت أعلى قيمة (,573) بينما كانت أقل قيمة (,504) بالفقرة رقم (22) .

أغلب فقرات المتغير الممثلة لأبعادها ، سجلت معاملات إرتباط قوية إلى متوسطة ، كما أنها موجبة ، وهو مايعبر عن صلاحية الفقرات .

3. مشروع المؤسسة الصحية : يوضح الجدول أدناه مختلف مستويات الإرتباط سبيرمان براون .

الجدول رقم (4-20) معامل الإرتباط سبيرمان بين الفقرات والمتغير مشروع المؤسسة الصحية

	العبـــــــارة	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
	مشروع المؤسسة الصحية	1	//
01	تتوفر فترة المناوبة فترات راحة	,582**	,001
02	توقيت و برنامج المناوبة عادل و ملائم	,636**	,000
03	ترى بأن برنامج المناوبة ملائم	,723**	,000
04	تسدد المستحقات المالية في وقتها	,718**	,000
05	تتم الترقيات في الدرجات في حينها	,361*	,050
06	هناك تحسن في تسيير حياتك المهنية	,694**	,000
07	تتواجد السبل الكافية للإستعلام حول الملف المهني	,526**	,003
08	يتم تسوية المخلفات المالية العالقة للسنوات الماضية	,446*	,014
09	الترقية في الرتبة تتم سنويا	,698**	,000
10	وسائل العمل متاحة دون نقص مؤثر	,404*	,027
11	هناك تواصل بين الوحدات الطبية والادارية	,683**	,000
12	أنماط العمل أصبحت أكثر تنظيما	,568**	,001
13	يتوفر مكان العمل على المتطلبات الشخصية	,646**	,000
14	تنجز الأعمال والأنشطة في حينها دون تأجيل	,550**	,002
15	هناك تحسن في التكفل بالحالات المرضية	,407*	,026
16	حجم المهام يتلائم مع تشكيلة الفرق	,386*	,035

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

لم يحتوي متغير مشروع المؤسسة الصحية على أبعاد ، لكن من الملاحظ أن كل الفقرات ترتبط بالمتغير بمستويات متوسطة إلى قوية وموجبة ، ذات دلالة إحصائية معنوية عند 0,01 في القوية منها ، أما البقية فإنها سجلت دلالة معنوية عند القيمة 0,05 .

مايدل على أن الأداة تتمتع بإتساق داخلي كبير ، وهو ما يرجح صلاحية إستخدامها وتعميمها على العينة الكلية .

المبحث الثاني : إختبار الفرضيات وعرض النتائج

يتم عرض وتحليل ومناقشة الفرضيات المرتبطة بمتغيرات الدراسة ورصد أهم علاقات الارتباط فيما بينها عبر استعراض وتحليل استجابة افراد العينة النهائية لأداة الدراسة .

المطلب الأول : إختبار الفرضية الفرعية الأولى (مستويات الإستجابة)

ينطلق هذا المطلب من **التساؤل الفرعي الأول : ما مستوى كل من تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة ؟** والذي صيغت له الفرضية **الفرعية الأولى : هناك مستوى مرتفع لتمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة ؟**

الفرع الأول : متغير تمكين الأطباء

توضح الجداول أدناه مستويات الإستجابة للعينة النهائية محل الدراسة ، مقسمة حسب كل بعد ودرجته الكلية .

أولاً. البعد الأول– تفويض السلطة : يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة أفراد العينة محل الدراسة تبعاً للمتوسط الحسابي.

الجدول رقم (4-21) : استجابة افراد العينة لبعد تفويض السلطة

رقم	الفقرات	البدائل						متوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
		التكرار	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	تفوضني الإدارة سلطات كافية لانجاز مهام وظيفتي	التكرار	66	56	23	15	8	3,9345	1,14849	مرتفع	01
		النسبة	39,3	33,3	13,7	8,9	4,8				
02	تثق الإدارة في قدرتي على أداء المهام الموكولة إلي	التكرار	63	56	22	19	8	3,8750	1,17452	مرتفع	02
		النسبة	37,5	33,3	13,1	11,3	4,8				
03	لا يمارس رؤسائي الصلاحيات المفوضة إلا خلال فترة التفويض	التكرار	51	35	35	25	22	3,4048	1,39391	متوسط	04
		النسبة	30,4	20,8	20,8	14,9	13,1				
04	تمنحني الإدارة المرونة المناسبة للتصرف في أداء مهامي	التكرار	65	56	16	15	16	3,8274	1,29484	مرتفع	03
		النسبة	38,7	33,3	9,5	8,9	9,5				
الدرجة الكلية								3,7604	,79734	مرتفع	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يعتبر هذا البعد من أكثر الأبعاد تمثيلا لتمكين الأطباء من الناحية النظرية ، من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لإستجابة أفراد العينة حول الفقرات الأربعة الممثلة لبعد تفويض السلطة ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (3,40 – 3,90) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي مسجل في الفقرة الأولى التي نصها" تفوضني الإدارة سلطات كافية لانجاز مهام وظيفتي" بمتوسط حسابي قدره (3,93) بمستوى مرتفع ، أما أقل متوسط حسابي مسجل كان للفقرة الثالثة التي نصها

" لا يمارس رؤسائي الصلاحيات المفوضة إلا خلال فترة التفويض" بمتوسط حسابي قدره (3,40) بمستوى متوسط . بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة مرتفعة بمتوسط حسابي يبلغ (3,76) ، هو ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد تفويض السلطة كانت بمستوى مرتفع.

ثانياً. البعد الثاني– التدريب : يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة أفراد العينة محل الدراسة تبعاً للمتوسط الحسابي.

الجدول رقم (4–22) : استجابة افراد العينة لبعد التدريب

رقم	الفقرات	البدائل						متوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
		التكرار	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	تتبنى المنظمة خطة واضحة للتدريب	التكرار	79	35	19	24	11	3,8750	1,31863	مرتفع	02
		النسبة	47,0	20,8	11,3	14,3	6,5				
02	توفر لي المنظمة دورات تدريبية لتطوير مهاراتي	التكرار	72	49	18	15	14	3,8929	1,28107	مرتفع	01
		النسبة	42,9	29,2	10,7	8,9	8,3				
03	تشجع المنظمة الموظفين على تبادل الخبرات فيما بينهم	التكرار	54	37	30	30	17	3,4821	1,36673	متوسط	04
		النسبة	32,1	22,0	17,9	17,9	10,1				
04	تكون محاور التدريب وفق الاحتياجات	التكرار	68	51	18	14	17	3,8274	1,31776	مرتفع	03
		النسبة	40,5	30,4	10,7	8,3	10,1				
الدرجة الكلية								3,7693	,85952	مرتفع	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الأربعة الممثلة لبعد التدريب ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (3,48 – 3,89) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي مسجل في الفقرة الثانية التي نصها " توفر لي المنظمة دورات تدريبية لتطوير مهاراتي " بمتوسط حسابي قدره (3,89) بمستوى مرتفع ، وأقل متوسط حسابي مسجل كان للفقرة الثالثة التي نصها" تشجع المنظمة الموظفين على تبادل الخبرات فيما بينهم " بمتوسط حساب قدره (3,48) بمستوى متوسط. بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,76) بمستوى مرتفع.وهو ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد التدريب كانت بمستوى مرتفع.

ثالثاً. البعد الثالث– المشاركة في صناعة القرار : يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة أفراد العينة محل الدراسة تبعاً للمتوسط الحسابي.

الجدول رقم (4–23) : استجابة افراد العينة لبعد المشاركة في صناعة القرار

رقم	الفقرات		البدائل					متوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
			موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	أتواصل بسهولة مع رئيسي بالعمل	التكرار	64	43	22	22	17	3,6845	1,36307	مرتفع	03
		النسبة	38,1	25,6	13,1	13,1	10,1				
02	أساهم في وضع الاهداف المتعلقة بوظيفتي	التكرار	58	42	23	25	20	3,5536	1,40042	متوسط	04
		النسبة	34,5	25,0	13,7	14,9	11,9				
03	تتقبل الادارة ملاحظاتي	التكرار	74	43	16	23	12	3,8571	1,30996	مرتفع	02
		النسبة	44,0	25,6	9,5	13,7	7,1				

	المتعلقة بأدائها									
04	أشارك في أشغال اللجان التقنية و الإدارية في مايخص شؤون عملي	التكرار	78	50	11	16	13	3,9762	1,27130	مرتفع	01
		النسبة	46,4	29,8	6,5	9,5	7,7				
الدرجة الكلية								3,7679	,87187	مرتفع	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الأربعة الممثلة لبعد المشاركة في صناعة القرار ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (3,55 – 3,97) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي مسجل في الفقرة الرابعة التي نصها" أشارك في أشغال اللجان التقنية و الإدارية في مايخص شؤون عملي " بمتوسط حسابي قدره (3,97) بمستوى مرتفع ، وأقل متوسط حسابي مسجل كان بالفقرة الثاني التي نصها" أساهم في وضع الاهداف المتعلقة بوظيفتي " بمتوسط حساب قدره (3,55) بمستوى متوسط . بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,76) بمستوى مرتفع.وهو ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد المشاركة في صناعة القرار كانت بمستوى مرتفع.

رابعاً. البعد الرابع– التأثير :يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة أفراد العينة محل الدراسة تبعاً للمتوسط الحسابي.

الجدول رقم (4-24) : استجابة افراد العينة لبعد التأثير

رقم	الفقرات		البدائل					متوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
		التكرار	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	أملك صلاحية أتخاذ القرار في الامور البسيطة والروتينية	التكرار	66	42	28	15	17	3,7440	1,33132	مرتفع	03
		النسبة	39,3	25,0	16,7	8,9	10,1				
02	أملك صلاحية مواجهة الامور الطارئة المتعلقة بوظيفتي	التكرار	68	48	24	16	12	3,8571	1,24912	مرتفع	02
		النسبة	40,5	28,6	14,3	9,5	7,1				
03	تتناسب صلاحياتي مع حجم مسؤولياتي	التكرار	69	37	25	19	18	3,7143	1,38054	مرتفع	04
		النسبة	41,1	22,0	14,9	11,3	10,7				
04	لدي الحرية في وضع الحلول المتعلقة بموقع العمل	التكرار	82	47	17	9	13	4,0476	1,22748	مرتفع	01
		النسبة	48,8	28,0	10,1	5,4	7,7				
الدرجة الكلية								3,8408	,82867	مرتفع	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الأربعة الممثلة لبعد التأثير ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (3,71 – 4,04) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي مسجل في الفقرة الرابع التي نصها" لدي الحرية في وضع الحلول المتعلقة بموقع العمل " بمتوسط حسابي قدره (4,04) بمستوى مرتفع ، وأقل متوسط حسابي مسجل كان بالفقرة الثالث التي نصها" تتناسب صلاحياتي مع حجم مسؤولياتي " بمتوسط حساب قدره (3,71) بمستوى متوسط . بينما كانت

الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,84) بمستوى مرتفع.وهو ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد التأثير كانت بمستوى مرتفع.

خامساً. البعد الخامس- الدافعية : يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة أفراد العينة محل الدراسة تبعاً للمتوسط الحسابي.

الجدول رقم (4-25) : استجابة افراد العينة لبعد الدافعية

رقم	الفقرات	البدائل						متوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
		التكرار	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	أسعى دائما لتحقيق الانجاز الافضل في وظيفتي	التكرار	80	47	10	17	14	3,9643	1,30358	مرتفع	01
		النسبة	47,6	28,0	6,0	10,1	8,3				
02	أشعر بأهمية وظيفيتي وموقعي الوظيفي في المستشفى	التكرار	63	44	23	23	15	3,6964	1,33474	مرتفع	04
		النسبة	37,5	26,2	13,7	13,7	8,9				
03	الاهتمام بمبادراتي ومقترحاتي يدفعني لتطوير ادائي	التكرار	65	42	29	20	12	3,7619	1,27734	مرتفع	03
		النسبة	38,7	25,0	17,3	11,9	7,1				
04	أسعى إلى تطوير الأنشطة الصحية	التكرار	66	50	16	21	15	3,7798	1,32424	مرتفع	02
		النسبة	39,3	29,8	9,5	12,5	8,9				
الدرجة الكلية								3,8006	,91050	مرتفع	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الأربعة الممثلة لبعد الدافعية ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (3,69 – 3,96) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي مسجل في الفقرة الأولى التي نصها" أسعى دائما لتحقيق الانجاز الافضل في وظيفتي " بمتوسط حسابي قدره (3,96) بمستوى مرتفع ، وأقل متوسط حسابي مسجل كان بالفقرة الثاني التي نصها" أشعر بأهمية وظيفيتي وموقعي الوظيفي في المستشفى " بمتوسط حساب قدره (3,69) بمستوى متوسط. بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,80) بمستوى مرتفع.وهو ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد الدافعية كانت بمستوى مرتفع.

الفرع الثاني : جودة الحياة الوظيفية

توضح الجداول أدناه مستويات الإستجابة للعينة النهائية محل الدراسة ، مقسمة حسب كل بعد ودرجته الكلية .

أولاً. البعد الأول – التكوين والتعليم : يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة أفراد العينة محل الدراسة تبعاً للمتوسط الحسابي.

الجدول رقم (4-26) : استجابة افراد العينة لبعد التكوين والتعليم

رقم	الفقرات		البدائل					متوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
		التكرار	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	تولي الإدارة أهمية كبيرة لبرامج التكوين والتعلم	التكرار	67	44	21	24	12	3,7738	1,30270	مرتفع	01
		النسبة	39,9	26,2	12,5	14,3	7,1				
02	الإطار العام لبرامج التكوين يتميز بالملائمة للمشاركين	التكرار	54	40	26	27	21	3,4702	1,40540	متوسط	03
		النسبة	32,1	23,8	15,5	16,1	12,5				
03	هناك مزج بين التكوين الإداري والتقني	التكرار	61	51	20	21	15	3,7262	1,31186	مرتفع	02
		النسبة	36,3	30,4	11,9	12,5	8,9				
الدرجة الكلية								3,6567	,95433	متوسط	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الثلاث الممثلة لبعد التكوين والتعليم ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (3,72 – 3,77) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي مسجل في الفقرة الأولى التي نصها" تولي الإدارة أهمية كبيرة لبرامج التكوين والتعلم " بمتوسط حسابي قدره (3,77) بمستوى مرتفع ، وأقل متوسط حسابي مسجل كان بالفقرة الثالثة التي نصها " هناك مزج بين التكوين الإداري والتقني " بمتوسط حساب قدره (3,72) بمستوى متوسط . بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,65) بمستوى متوسط.وهو

ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد التكوين والتعليم كانت بمستوى متوسط .

ثانياً. البعد الثاني– فرق العمل : يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة أفراد العينة

الجدول رقم (4–27) : استجابة افراد العينة لبعد فرق العمل

رقم	الفقرات	البدائل						متوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
		التكرار	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	تتميز فرق العمل بجو عالي من التحفيز والمناخ المناسب للعمل	التكرار	57	37	35	19	20	3,5476	1,37039	متوسط	03
		النسبة	33,9	22,0	20,8	11,3	11,9				
02	يساهم العمال والمستخدمون في تجاوز المشكلات المتعلقة بالعمل	التكرار	69	46	21	17	15	3,8155	1,31158	مرتفع	01
		النسبة	41,1	27,4	12,5	10,1	8,9				
03	هناك جو من التعاون والتضامن بين أفراد فريق العمل	التكرار	59	48	31	18	12	3,7381	1,24409	مرتفع	02
		النسبة	35,1	28,6	18,5	10,7	7,1				
الدرجة الكلية								3,7004	,95935	مرتفع	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الثلاث الممثلة لبعد فرق العمل ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (3,54 – 3,81) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي

مسجل في الفقرة الثانية التي نصها" يساهم العمال والمستخدمون في تجاوز المشكلات المتعلقة بالعمل " بمتوسط حسابي قدره (3,81) بمستوى مرتفع ، وأقل متوسط حسابي مسجل كان بالفقرة الأولى التي نصها " تتميز فرق العمل بجو عالي من التحفيز والمناخ المناسب للعمل " بمتوسط حساب قدره (3,54) بمستوى متوسط . بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,70) بمستوى مرتفع .وهو ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد فرق العمل كانت بمستوى مرتفع .

ثالثاً. البعد الثالث- الاستقرار والأمن الوظيفي : يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة أفراد العينة محل الدراسة تبعاً للمتوسط الحسابي.

الجدول رقم (4-28) : استجابة افراد العينة لبعد الاستقرار والأمن الوظيفي

رقم	الفقرات	البدائل						متوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
		التكرار	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	هناك طمأنينة عند تنفيذ مهامك	التكرار	66	56	23	15	8	3,9345	1,14849	مرتفع	01
		النسبة	39,3	33,3	13,7	8,9	4,8				
02	لديك شعور بالاستقرار في العمل بالمؤسسة	التكرار	63	56	22	19	8	3,8750	1,17452	مرتفع	02
		النسبة	37,5	33,3	13,1	11,3	4,8				
03	توفر المؤسسة الحماية الكافية في مواجهة المشاكل المهنية	التكرار	54	41	30	30	13	3,5536	1,31212	متوسط	03
		النسبة	32,1	24,4	17,9	17,9	7,7				
الدرجة الكلية								3,7877	,85738	مرتفع	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الثلاث الممثلة لبعد الاستقرار والأمن الوظيفي ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (3,55 – 3,93) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي مسجل في الفقرة الأولى التي نصها" هناك طمأنينة عند تنفيذ مهامك " بمتوسط حسابي قدره (3,93) بمستوى مرتفع ، وأقل متوسط حسابي مسجل كان بالفقرة الثالث التي نصها " توفر المؤسسة الحماية الكافية في مواجهة المشاكل المهنية " بمتوسط حساب قدره (3,55) بمستوى متوسط . بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,78) بمستوى مرتفع .وهو ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد الاستقرار والأمن الوظيفي كانت بمستوى مرتفع .

رابعاً. البعد الرابع – الصحة والسلامة المهنية : يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة أفراد العينة محل الدراسة تبعاً للمتوسط الحسابي.

الجدول رقم (4–29) : استجابة افراد العينة لبعد الصحة والسلامة المهنية

رقم	الفقرات		البدائل					المتوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
			موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	تهتم الإدارة بصحة وسلامة العمال	التكرار	62	47	27	17	15	3,7381	1,29595	مرتفع	01
		النسبة	36,9	28,0	16,1	10,1	8,9				
02	توفر الإدارة إجراءات الوقاية والسلامة المهنية	التكرار	57	44	20	25	22	3,5298	1,42234	متوسط	03
		النسبة	33,9	26,2	11,9	14,9	13,1				

03	تقوم الإدارة بالمتابعة الدورية الصحية	التكرار	57	48	23	17	23	3,5893	1,39859	متوسط	02
		النسبة	33,9	28,6	13,7	10,1	13,7				
الدرجة الكلية								3,6190	,90042	متوسط	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الثلاث الممثلة لبعد الصحة والسلامة المهنية ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (3,58 – 3,73) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي مسجل في الفقرة الأولى التي نصها" تهتم الإدارة بصحة وسلامة العمال " بمتوسط حسابي قدره (3,73) بمستوى مرتفع ، وأقل متوسط حسابي مسجل كان بالفقرة الثالث التي نصها " تقوم الإدارة بالمتابعة الدورية الصحية " بمتوسط حساب قدره (3,58) بمستوى متوسط . بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,61) بمستوى متوسط.وهو ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد الصحة والسلامة المهنية كانت بمستوى متوسط .

خامساً. البعد الخامس – التصميم الوظيفي: يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة أفراد العينة محل الدراسة تبعاً للمتوسط الحسابي.

الجدول رقم (4-30) : استجابة افراد العينة لبعد التصميم الوظيفي

رقم	الفقرات	البدائل						المتوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
		التكرار	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	تعتبر المهام الوظيفية واضحة وسلسة	التكرار	59	38	27	23	21	3,5417	1,40935	متوسط	02
		النسبة	35,1	22,6	16,1	13,7	12,5				
02	هناك تلاءم بين قدراتك وكفاءاتك و المهام المسندة	التكرار	69	52	15	18	14	3,8571	1,29155	مرتفع	01
		النسبة	41,1	31,0	8,9	10,7	8,3				
03	تمنح المؤسسة حرية في أداء المهام	التكرار	46	41	35	27	19	3,4048	1,34136	متوسط	03
		النسبة	27,4	24,4	20,8	16,1	11,3				
الدرجة الكلية								3,6012	,89596	متوسط	

المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الثلاث الممثلة لبعد التصميم الوظيفي ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (3,40 – 3,85) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي مسجل في الفقرة الثانية التي نصها" هناك تلاءم بين قدراتك وكفاءاتك و المهام المسندة " بمتوسط حسابي قدره (3,85) بمستوى مرتفع ، وأقل متوسط حسابي مسجل كان بالفقرة الثالثة التي نصها " تمنح المؤسسة حرية في أداء المهام " بمتوسط حساب قدره (3,40) بمستوى متوسط . بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,60) بمستوى متوسط.وهو

ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد التصميم الوظيفي كانت بمستوى متوسط .

سادساً. البعد السادس – التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية: يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة أفراد العينة محل الدراسة تبعاً للمتوسط الحسابي.

الجدول رقم (4-31) : استجابة افراد العينة لبعد التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية

رقم	الفقرات	البدائل						متوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
		التكرار	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	تراعي المؤسسة الحياة الشخصية في تخطيط الوظائف	التكرار	53	49	23	23	20	3,5476	1,37039	متوسط	02
		النسبة	31,5	29,2	13,7	13,7	11,9				
02	يتاح لكم وقت كافي لقضائه مع الأسرة	التكرار	51	41	33	27	16	3,5000	1,32683	متوسط	03
		النسبة	30,4	24,4	19,6	16,1	9,5				
03	تعطي المؤسسة رخصة تغيب للتكفل بأحد أفراد الأسرة	التكرار	70	48	13	21	16	3,8036	1,35036	مرتفع	01
		النسبة	41,7	28,6	7,7	12,5	9,5				
الدرجة الكلية								3,6171	,96142	متوسط	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الثلاث الممثلة لبعد التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح

بين (3,50 – 3,80) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي مسجل في الفقرة الثالثة التي نصها" تعطي المؤسسة رخصة تغيب للتكفل بأحد أفراد الأسرة " بمتوسط حسابي قدره (3,80) بمستوى مرتفع ، وأقل متوسط حسابي مسجل كان بالفقرة الثانية التي نصها " يتاح لكم وقت كافي لقضائه مع الأسرة " بمتوسط حساب قدره (3,50) بمستوى متوسط . بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,61) بمستوى متوسط.وهو ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية كانت بمستوى متوسط .

سابعاً. البعد السابع – التقليل من ضغوط العمل: يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة الأفراد

الجدول رقم (4-32) : استجابة افراد العينة لبعد التقليل من ضغوط العمل

رقم	الفقرات		البدائل						المتوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
			التكرار	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	توفر المؤسسة برامج الرفاهية الاجتماعية	التكرار	72	43	16	16	21		3,7679	1,40986	مرتفع	02
		النسبة	42,9	25,6	9,5	9,5	12,5					
02	تعالج التظلمات والشكاوى بالسرعة الكافية	التكرار	76	43	21	18	10		3,9345	1,24362	مرتفع	01
		النسبة	45,2	25,6	12,5	10,7	6,0					
03	تراعي الإدارة فترات الذروة بالمرافقة اللازمة	التكرار	56	46	29	20	17		3,6190	1,32597	متوسط	03
		النسبة	33,3	27,4	17,3	11,9	10,1					
الدرجة الكلية									3,7738	,92810	مرتفع	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الثلاث الممثلة لبعد التقليل من ضغوط العمل ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (3,61 – 3,93) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي مسجل في الفقرة الثانية التي نصها" تعالج التظلمات والشكاوى بالسرعة الكافية " بمتوسط حسابي قدره (3,93) بمستوى مرتفع ، وأقل متوسط حسابي مسجل كان بالفقرة الثالثة التي نصها " تراعي الإدارة فترات الذروة بالمرافقة اللازمة " بمتوسط حساب قدره (3,61) بمستوى متوسط . بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,77) بمستوى مرتفع.وهو ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية كانت بمستوى مرتفع .

ثامناً. البعد الثامن – الالتزام التنظيمي: يوضح الجدول أدناه، مستوى إستجابة أفراد العينة محل الدراسة تبعاً للمتوسط الحسابي.

الجدول رقم (4–33) : استجابة افراد العينة لبعد الالتزام التنظيمي

رقم	الفقرات	البدائل						المتوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
		التكرار	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	هناك شعور بالفخر والانتماء للمؤسسة	التكرار	69	45	19	18	17	3,7798	1,35109	مرتفع	03
		النسبة	41,1	26,8	11,3	10,7	10,1				
02	التعليمات والتوجيهات تطبق بالصرامة الواجبة	التكرار	71	48	24	16	9	3,9286	1,19666	مرتفع	01
		النسبة	42,3	28,6	14,3	9,5	5,4				

03	تهتم لسمعة المؤسسة	التكرار	68	48	19	14	19	3,7857	1,35427	مرتفع	02
		النسبة	40,5	28,6	11,3	8,3	11,3				
الدرجة الكلية								3,8313	1,04458	مرتفع	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الثلاث الممثلة لبعد الالتزام التنظيمي ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (3,77 – 3,92) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي مسجل في الفقرة الثانية التي نصها" التعليمات والتوجيهات تطبق بالصرامة الواجبة " بمتوسط حسابي قدره (3,92) بمستوى مرتفع ، وأقل متوسط حسابي مسجل كان بالفقرة الأولى التي نصها " هناك شعور بالفخر والانتماء للمؤسسة " بمتوسط حساب قدره (3,77) بمستوى متوسط . بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,83) بمستوى مرتفع.وهو ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول بعد الالتزام التنظيمي كانت بمستوى مرتفع .

الفرع الثالث : مشروع المؤسسة الصحية

يوضح الجدول أدناه، مستويات الإستجابة للعينة النهائية محل الدراسة ، مقسمة حسب كل بعد ودرجته الكلية .

الجدول رقم (4-34) : استجابة افراد العينة لمشروع المؤسسة الصحية

رقم	الفقرات		البدائل					المتوسط الحسابي	الانحراف المعيار	المستوى	الترتيب
			موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما				
01	تتوفر فترة المناوبة فترات راحة	التكرار	48	47	28	26	19	3,4702	1,34888	متوسط	09
		النسبة	28,6	28,0	16,7	15,5	11,3				
02	توقيت و برنامج المناوبة عادل و ملائم	التكرار	53	43	27	26	19	3,5060	1,37121	متوسط	08
		النسبة	31,5	25,6	16,1	15,5	11,3				
03	ترى بأن برنامج المناوبة ملائم	التكرار	63	42	33	16	14	3,7381	1,28202	مرتفع	05
		النسبة	37,5	25,0	19,6	9,5	8,3				
04	تسدد المستحقات المالية في وقتها	التكرار	48	47	29	22	22	3,4583	1,37058	متوسط	10
		النسبة	28,6	28,0	17,3	13,1	13,1				
05	تتم الترقيات في الدرجات في حينها	التكرار	66	54	10	22	16	3,7857	1,34094	مرتفع	04
		النسبة	39,3	32,1	6,0	13,1	9,5				
06	هناك تحسن في تسيير حياتك المهنية	التكرار	43	44	29	29	23	3,3274	1,38208	متوسط	11
		النسبة	25,6	26,2	17,3	17,3	13,7				
07	تتواجد السبل الكافية للإستعلام حول الملف المهني	التكرار	61	45	27	19	16	3,6905	1,32209	مرتفع	06
		النسبة	36,3	26,8	16,1	11,3	9,5				
08	يتم تسوية المخلفات المالية العالقة للسنوات	التكرار	60	40	30	20	18	3,6190	1,35721	متوسط	07
		النسبة	35,7	23,8	17,9	11,9	10,7				

	الماضية									
09	الترقية في الرتبة تتم سنويا	التكرار	56	59	26	18	9	3,8036	1,16977	مرتفع	03
		النسبة	33,3	35,1	15,5	10,7	5,4				
10	وسائل العمل متاحة دون نقص مؤثر	التكرار	72	51	14	14	17	3,8750	1,32316	مرتفع	01
		النسبة	42,9	30,4	8,3	8,3	10,1				
11	هناك تواصل بين الوحدات الطبية والادارية	التكرار	20	36	34	50	28	2,8214	1,27773	مرتفع	02
		النسبة	11,9	21,4	20,2	29,8	16,7				
12	أنماط العمل أصبحت أكثر تنظيما	التكرار	30	35	34	38	31	2,9702	1,37743	متوسط	14
		النسبة	17,9	20,8	20,2	22,6	18,5				
13	يتوفر مكان العمل على المتطلبات الشخصية	التكرار	27	48	28	31	34	3,0179	1,39062	متوسط	13
		النسبة	16,1	28,6	16,7	18,5	20,2				
14	تنجز الأعمال والأنشطة في حينها دون تأجيل	التكرار	38	35	31	30	34	3,0774	1,45181	متوسط	12
		النسبة	22,6	20,8	18,5	17,9	20,2				
15	هناك تحسن في التكفل بالحالات المرضية	التكرار	37	29	25	35	42	2,9048	1,50543	متوسط	15
		النسبة	22,0	17,3	14,9	20,8	25,0				
16	حجم المهام يتلائم مع تشكيلة الفرق	التكرار	43	22	22	17	64	2,7798	1,65759	متوسط	16
		النسبة	25,6	13,1	13,1	10,1	38,1				
الدرجة الكلية								3,3653	,56273	متوسط	

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول الموضح لقيم التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة حول الفقرات الستة عشرة (16) الممثلة لمتغير مشروع المؤسسة الصحية ذات العلاقة بمحتوى الدراسة ، يتضح أن المتوسطة الحسابية تتراوح بين (2,77 – 3,87) من المستوى المتوسط إلى المستوى المرتفع في مستويات الإستجابة ، حيث كان أعلى متوسط حسابي يسجل في الفقرة العاشر التي نصها على " وسائل العمل متاحة دون نقص مؤثر " بمتوسط حسابي قدره (3,87) بمستوى مرتفع ، أما أقل متوسط حسابي مسجل كان بالفقرة السادسة عشرة التي نصها " حجم المهام يتلائم مع تشكيلة الفرق " بمتوسط حساب قدره (2,77) بمستوى متوسط . بينما كانت الدرجة الكلية للاستجابة بمتوسط حسابي يبلغ (3,36) بمستوى متوسط .

وهو ما يشير إلى أن مستوى الإستجابة لأفراد العينة بالمؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة حول فقرات متغير مشروع المؤسسة الصحية كانت بمستوى متوسط .

المطلب الثاني: إختبار الفرضية الفرعية الثانية (الإنحدار الخطي البسيط)

من أجل التأكد من علاقة الارتباط الخطي التي هي محور **التساؤل الفرعي الثاني : هل هناك علاقة خطية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ≤0,05 بين تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة ؟** وصيغت له **الفرضية الفرعية الثانية : هناك علاقة خطية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ≤0,05 بين تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة ؟**

تتم المعالجة مرحليا بالتأكد من علاقات الارتباط بين متغيرات الدراسة ، من ثم معايرة العلاقة ذات النموذج الأنسب .

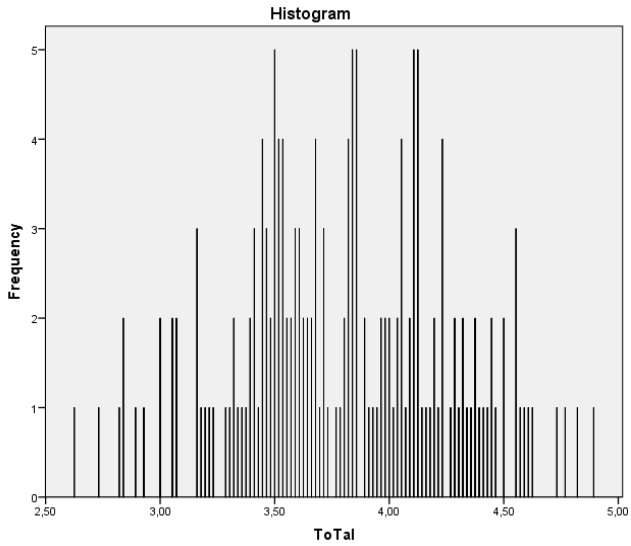
الفرع الأول: التأكد من شروط العلاقة الخطية

من أجل رصد علاقة الارتباط الخطي بين المتغيرات الثلاثة للعينة محل الدراسة ، لابد أن تحقق المتغيرات الثلاث شروط متعارف عليها .

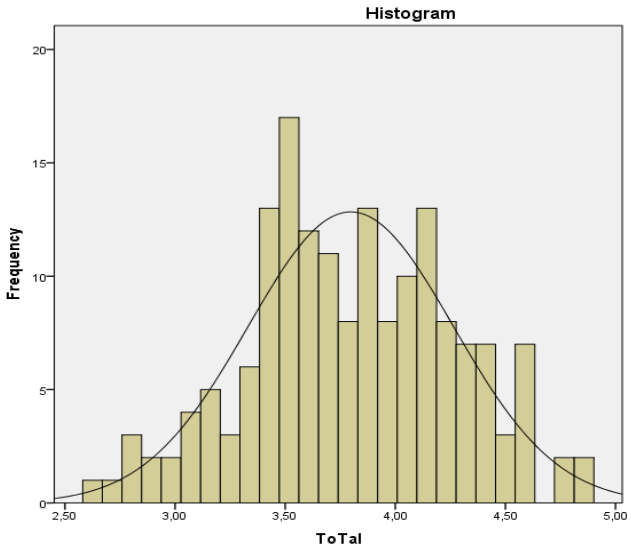
أولاً. التوزيع الطبيعي للبيانات :

تمثل الأشكال أدناه ، منحنى و أعمدة التوزيع الطبيعي للبيانات للعينة النهائية محل الدراسة :

الشكل رقم (4-2) : تمثيل البيانات بالأعمدة للتوزيع الطبيعي



الشكل رقم (4-1) : تمثيل البيانات بالأعمدة مع منحنى التوزيع الطبيعي



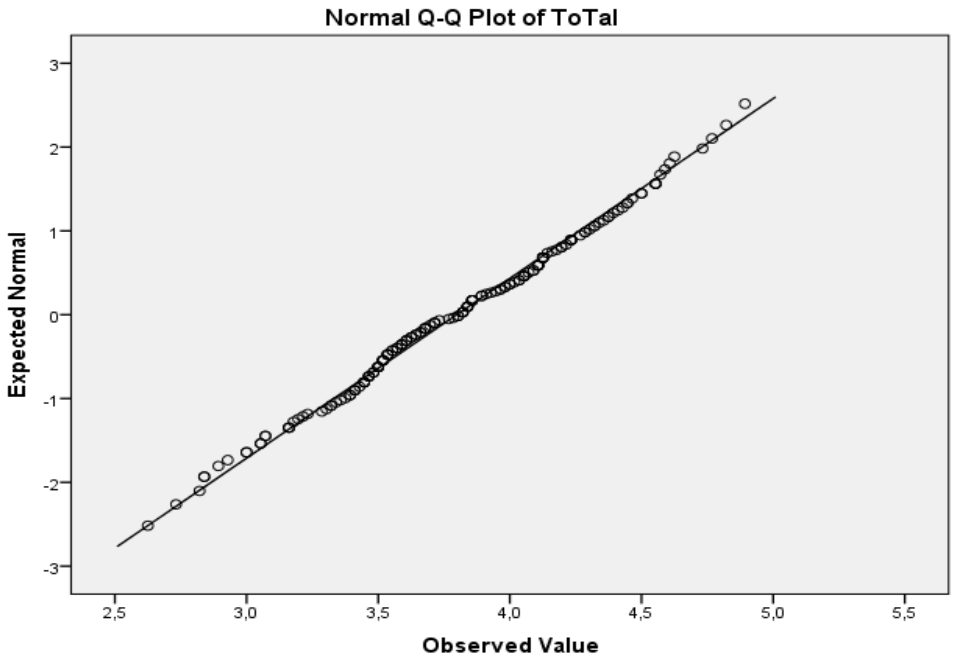
المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

من خلال الأشكال (4-5) (4-6) يتضح بأن البيانات المدخلة للعينة الإستطلاعية تتبع التوزيع الطبيعي ، حيث تنساب البيانات صعوداً إلى نقطة الذروة من ثم تنساب نزولا دون وجود ميلان أو قيم متطرفة كبيرة . حيث أن " وجود القيم المتطرفة في البيانات يؤدي إلى تشويه حجم الارتباط "[1]،

[1] عبد الناصر السيد عامر ، نمذجة المعادلة البنائية للعلوم النفسية والاجتماعية ، الأسس والتطبيقات والقضايا ،الجزء الأول ، دار جامعة نايف للنشر ، الرياض ، 2018 ، ص 58

يمثل الشكل أدناه، توزيع البيانات :

الشكل رقم (4-3) : توزيع البيانات على خط التوزيع الطبيعي



المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

يتضح محاذات جميع النقاط على خط معادلة الإنحدار و هو ما يؤكد بأن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي .

ثانياً. الإرتباط المتقاطع بين المتغيرات : للوصول إلى صحة أو نفي إفتراض العلاقة الخطية ، ناهيك عن التوزيع الطبيعي ، مبدئيا يجب أن تبدي المتغيرات نوعا من الإرتباط و لم يتم تحديد عتبة له في أغلب المراجع ، لكنه يبدو من خلال قوته أو ضعفه وتأثيره على مخرجات الدراسة ، يلخص الجدول التالي قيم معامل الارتباط بينها .

الجدول رقم (4-35): معامل الارتباط بين متغيرات الدراسة

		تمكين الأطباء	جودة الحياة الوظيفية	مشروع المؤسسة
تمكين الأطباء	معامل الإرتباط	1	,774**	,418**
	مستوى الدلالة	//	,000	,000
جودة الحياة الوظيفية	معامل الإرتباط	,774**	1	,502**
	مستوى الدلالة	,000	//	,000
مشروع المؤسسة	معامل الإرتباط	,418**	,502**	1
	مستوى الدلالة	,000	,000	//

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يشير معامل الارتباط إلى قوة العلاقة بين متغير تمكين الاطباء و جودة الحياة الوظيفية بقيمت (77,4 %) ومستوى دلالة بلغت (0,000) بالدرجة الأولى وهو ارتباط طردي قوي ، يليه ارتباط متغير جودة الحياة الوظيفية بمشروع المؤسسة الصحية الدال احصائيا عند مستوى دلالة 0,05≥ بقيمت (50,2 %) ، أما قيمة معامل الإرتباط بين المتغيرات مشروع المؤسسة و تمكين الأطباء بلغ (41,8%) و هو معنوي عند مستوى معنوية 0,05≥

للتحقق أكثر ومعرفة مستويات الإرتباط بين الأبعاد الممثلة للمتغيرات بشكل تقاطعي مع المتغيرات الأخرى في الدراسة ، نقوم بتفحصا بشكل تتابعي كما يلي :

1. معامل إرتباط أبعاد تمكين الأطباء (لتفويض السلطة ،التدريب ، المشاركة في صنع القرار، التأثير و الدافعية) بجودة الحياة الوظيفية .

يمثل الجدول التالي مستويات معامل الإرتباط بين أبعاد تمكين الأطباء و متغير جودة الحياة الوظيفية:

الجدول (4-36): معاملات الارتباط بين أبعاد تمكين الأطباء و متغير جودة الحياة الوظيفية

	معامل الإرتباط	المعنوية
جودة الحياة الوظيفية	1	//
تفويض السلطة	,648**	,000
التدريب	,509**	,000
المشاركة في صنع القرار	,579**	,000
التأثير	,635**	,000
الدافعية	,539**	,000

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يشير الجدول إلى أن علاقة كل الابعاد الممثلة لمتغير تمكين الأطباء مع متغير جودة الحياة الوظيفية ككل ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ≥0,05 ، إذ كان أعلى معامل ارتباط على مستوى بعد تفويض السلطة بقيمة (64,8 %) ويعتبر إرتباط قوي . يتدرج في القوة نزولا إلى أدنى مستوى ارتباط الذي سجل في بعد التدريب بقيمة (50,9%) و هو ارتباط متوسط . أي أنه هناك علاقة إرتباط دال إحصائيا عند مستوى معنوية ≥0,05 لأبعاد تمكين الأطباء مع متغير جودة الحياة الوظيفية.

2. معامل إرتباط أبعاد جودة الحياة الوظيفية (للتكوين والتعليم ، فرق العمل ، الاستقرار والأمن الوظيفي ، الصحة والسلامة المهنية ، التصميم الوظيفي ، التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية ، الالتزام التنظيمي و التقليل من ضغوط العمل) بمشروع المؤسسة الصحية .

يمثل الجدول أدناه قيم معامل إرتباط بين أبعاد جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية.

الجدول رقم (4-37): معامل إرتباط بين أبعاد جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية

	معامل الإرتباط	المعنوية
مشروع المؤسسة الصحية	1	//
التكوين والتعليم	,391**	,000
فرق العمل	,433**	,000
الاستقرار والأمن الوظيفي	,367**	,000
الصحة والسلامة المهنية	,303**	,000
التصميم الوظيفي	,244**	,001
التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية	,420**	,000
الالتزام التنظيمي	,188*	,015
التقليل من ضغوط العمل	,372**	,000

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يشير الجدول إلى أن علاقة كل الأبعاد الممثلة لمتغير جودة الحياة الوظيفية مع متغير مشروع المؤسسة الصحية ككل ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ≤0,05 ، إذ كان أعلى معامل ارتباط على مستوى بعد فرق العمل بقيمة (43,3 **%**) من المستوى المتوسط . وأدنى مستوى ارتباط سجل في بعد الالتزام التنظيمي بقيمة (18,8 **%**) و هو ارتباط ضعيف.

3. معامل إرتباط أبعاد تمكين الأطباء (تفويض السلطة ، للتدريب ، المشاركة في صناعة القرار، التأثير والدافعية) بمشروع المؤسسة الصحية .

يمثل الجدول أدناه ، قيم ومعنوية معامل الإرتباط بين أبعاد تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية.

الجدول رقم (4-38): معامل إرتباط بين أبعاد تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية

مشروع المؤسسة الصحية	معامل الإرتباط	المعنوية
مشروع المؤسسة الصحية	1	//
لتفويض السلطة	,262**	,001
التدريب	,273**	,000
المشاركة في صنع القرار	,365**	,000
التأثير	,343**	,000
الدافعية	,319**	,000

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يشير الجدول إلى أن علاقة كل الابعاد الممثلة لمتغير تمكين الاطباء مع متغير مشروع المؤسسة الصحية ككل ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ≤0,05 ، إذ كان أعلى معامل ارتباط على مستوى بعد المشاركة في صنع القرار بقيمة (36,5 **%**) . وأدنى مستوى ارتباط سجل في بعد تفويض السلطة بقيمة (26,2 **%**) و هو ارتباط ضعيف.

4. معامل إرتباط أبعاد جودة الحياة الوظيفية (التكوين والتعليم ، فرق العمل ، الاستقرار والأمن الوظيفي ، الصحة والسلامة المهنية ، التصميم الوظيفي ، التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية ، التقليل من ضغوط العمل و الالتزام التنظيمي) بتمكين الأطباء.

يمثل الجدول أدناه ، قيم ومعنوية معامل الإرتباط بين أبعاد جودة الحياة الوظيفية و تمكين الأطباء.

الجدول رقم (4-39):معامل إرتباط بين أبعاد جودة الحياة الوظيفية و تمكين الأطباء

	معامل الإرتباط	المعنوية
تمكين الأطباء	1	//
بعد التكوين والتعليم	,744**	,000
بعد فرق العمل	,723**	,000
بعد الاستقرار والأمن الوظيفي	,562**	,000
بعد الصحة والسلامة المهنية	,350**	,000
بعد التصميم الوظيفي	,452**	,000
بعد التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية	,323**	,000
بعد الالتزام التنظيمي	,547**	,000
بعد التقليل من ضغوط العمل	,470**	,000

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يشير الجدول إلى أن علاقة كل الابعاد الممثلة لمتغير جودة الحياة الوظيفية مع متغير تمكين الاطباء ككل ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ≥0,05 ، إذ كان أعلى معامل ارتباط على مستوى بعد التكوين والتعليم بقيمة (74,4 **%**) . وأدنى مستوى ارتباط سجل في بعد التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية بقيمة (32,3 **%**) و هو ارتباط طردي قوي في حده الاعلى و ضعيف في حده الادنى.

الفرع الثاني : طبيعة العلاقة

لدراسة احتمالية العلاقة الخطية بين متغيرات الدراسة ،في حين تم ايجاد علاقة ارتباط ولو بيسط بين متغيرات الدراسة بشكل متقاطع ، تتم معايرة النماذج ومدى مطابقتها الاحصائية باستخدام تحليل أنوفا للنماذج الخطية و المنحنية.

أولاً. نموذج العلاقة بين تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية

يمثل الجدول أدناه ، مختلف نماذج الإنحدار الخطي و المنحني بين متغير تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية.

الجدول رقم (4-40): معايرة النماذج للعلاقة بين متغير تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية

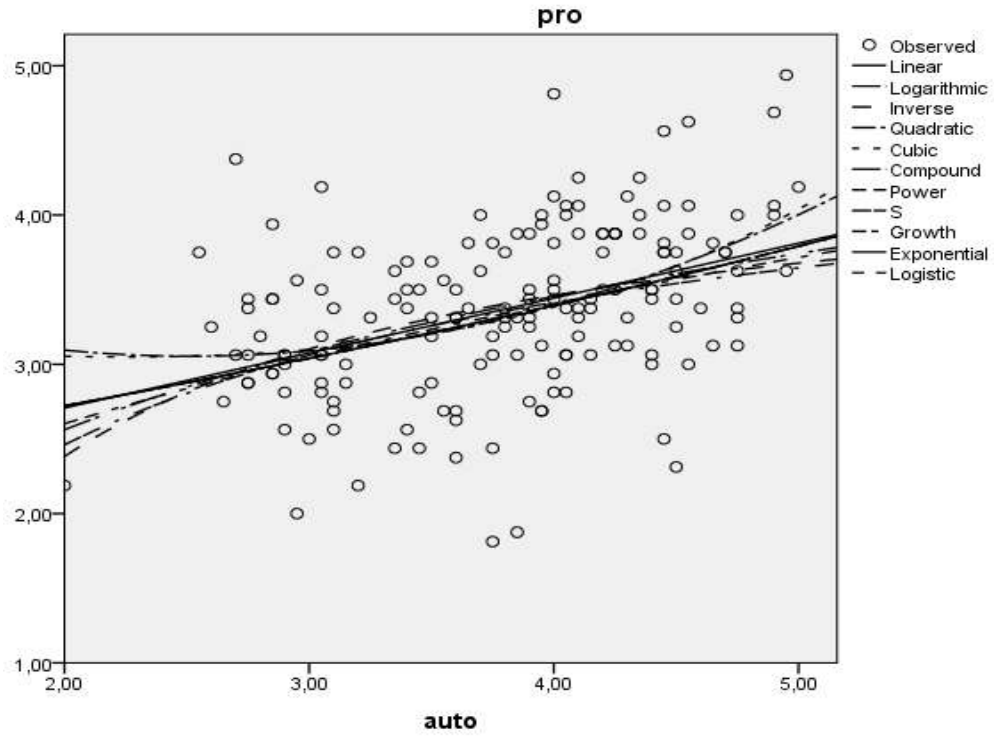
النموذج	معامل التحديد R Square	معامل F	درجة الحرية		المعنوية
			df1	df2	
النموذج الخطي					
Linear	,175	35,161	1	166	,000
النماذج الغير خطية / المنحنية					
Logarithmic	,165	32,721	1	166	,000
Inverse	,152	29,856	1	166	,000
Quadratic	,189	19,247	2	165	,000
Cubic	,191	19,452	2	165	,000
Compound	,163	32,291	1	166	,000
Power	,155	30,425	1	166	,000
S	,145	28,200	1	166	,000
Growth	,163	32,291	1	166	,000
Exponential	,163	32,291	1	166	,000
Logistic	,163	32,291	1	166	,000

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول ، بلغ معامل تحديد النموذج الخطي Linear (17.5 %) بمعامل فيشر (F) بلغ (35,161) و بدرجة حرية (166) ومعنوية (0,000) . يتقارب مع النموذج التربيعي Quadratic حيث كانت قيمة معامل التحديد تساوي (18,9 %) و النموذج التكعيبي Cubic الذي سجل معامل تحديد يبلغ (19,1 %) مع فقدان في درجة الحرية بلغت (165) و قيم معامل فيشر (F) مقدرة بـ (19,247) و (19,452) على التوالي . يتطلب التمييز بينهم و

النماذج الأخرى ذات النتائج المتقاربة تحليل انوفا لتأكد من معنوية الانحدار و تبرير البواقي و توزيعها.يمثل الشكل التالي الرسم البياني لمختلف نماذج الانحدار .

الشكل رقم (4-4) : تمثيل معادلات الانحدار الخطي و المنحني لعلاقة تمكين الاطباء بمشروع المؤسسة الصحية



المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

1. تحليل انوفا ANOVA لنماذج الانحدار :

يبرز إختبار أنوفا **ANOVA** لتحليل التباين أهم المؤشرات المساعدة في الحكم على طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة . لذا يكون التحليل والمقارنة بين النماذج القريبة للفصل بينها .

يمثل الجدول أدناه تحليل أنوفا للإنحدار الخطي بين تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية.

الجدول رقم (4-41) : الإنحدار الخطي Linear لعلاقة تمكين الأطباء بمشروع المؤسسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	9,243	1	9,243	,418	,175	35,161	,000
البواقي	43,639	166	,263				
المجموع	52,883	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	1,972		8,273	,000			
التمكين	,368	,418	5,930	,000			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر(17,5%) من مشروع المؤسسة الصحية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي(0,000) وهي أقل من 0,05≥ وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t تبلغ(0,000) وهي أقل من (0,05) ، بذلك تعتبر دالة إحصائية ، وأن الإنحدار معنوي.

يمثل الجدول أدناه تحليل أنوفا للإنحدار التربيعي بين تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية.

الجدول رقم (4-42) : الإنحدار التربيعي لعلاقة تمكين الأطباء بمشروع المؤسسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	10,004	2	5,002	,435	,189	19,247	,000
البواقي	42,879	165	,260				
المجموع	52,883	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	4,025		3,289	,001			
التمكين	-,772	-,877	-1,153	,250			
التمكين 2**	,154	1,301	1,710	,089			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يتبين من خلال تحليل ANOVA أن قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر(18,9%) من مشروع المؤسسة الصحية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي(0,000) وهي أقل من(0,05) وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t لتمكين الأطباء تساوي(0,250) و لتمكين الأطباء **2 تبلغ(0,089) وهي أكبر من(0,05) ،بذلك تعتبر غير دالة إحصائية، وأن الإنحدار غير معنوي .

يمثل الجدول أدناه تحليل أنوفا للإنحدار التكعيبي بين تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية.

الجدول رقم (4-43) : الإنحدار التكعيبي Cubic لعلاقة تمكين الأطباء بمشروع المؤسسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	10,090	2	5,045	,437	,191	19,452	,000
البواقي	42,793	165	,259				
المجموع	52,883	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	3,172		7,119	,000			
التمكين **2	-,072	-,614	-,758	,449			
التمكين **3	,021	1,045	1,291	,199			

المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

يتبين من خلال تحليل ANOVA أن قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر(19,7%) من مشروع المؤسسة الصحية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي(0,000) وهي أقل من(0,05) وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t لتمكين الأطباء**2 كانت(0,449)و تمكين الأطباء**3 تبلغ(0,925) وهي أكبر من(0,05)،بذلك تعتبر غير دالة إحصائية، وأن الإنحدار غير معنوي.

ثانياً. نموذج العلاقة بين جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية

يضم الجدول أدناه، نتائج تحليل أنوفا لمعايرة العلاقة بين متغير جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية .

الجدول رقم (4-44): معايرة النماذج للعلاقة بين متغير جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية .

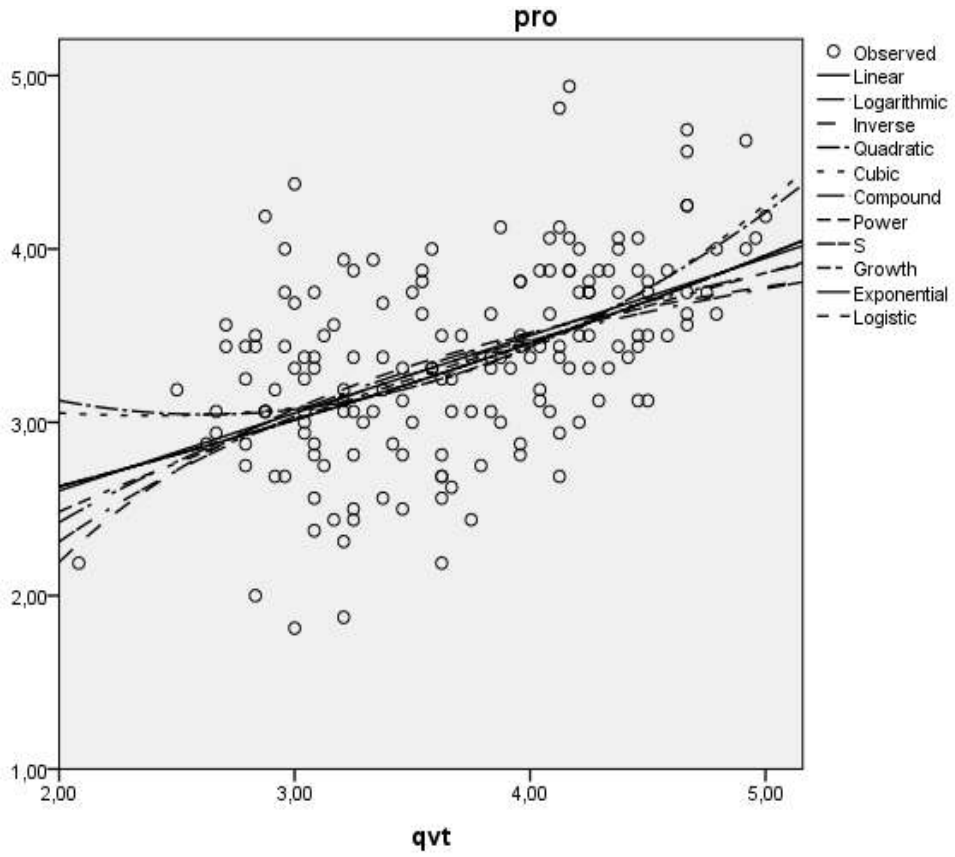
النموذج	معامل التحديد R Square	معامل F	درجة الحرية		المعنوية
			df1	df2	
النموذج الخطي					
Linear	,252	56,064	1	166	,000
النماذج الغير خطية /المنحمية					
Logarithmic	,238	51,895	1	166	,000
Inverse	,221	47,095	1	166	,000
Quadratic	,275	31,252	2	165	,000
Cubic	,277	31,550	2	165	,000
Compound	,243	53,328	1	166	,000
Power	,231	49,990	1	166	,000
S	,217	46,006	1	166	,000
Growth	,243	53,328	1	166	,000
Exponential	,243	53,328	1	166	,000
Logistic	,243	53,328	1	166	,000

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول بلغ معامل تحديد النموذج الخطي Linear (25.2 %) بمعامل فيشر (F) بلغ (56,064) و بدرجة حرية (166) ومعنوية (0,000) . يتقارب صعوداً مع النموذج التربيعي Quadratic حيث كانت قيمة معامل التحديد تساوي (27,5 %) و النموذج التكعيبي Cubic الذي سجل معامل تحديد يبلغ (27,7 %) مع فقدان في درجة الحرية التي بلغت (165) لكليهما، و قيم معامل فيشر (F) مقدرة بـ (31,252) و (31,550) على التوالي .

يتطلب التمييز بينهم و النماذج الأخرى ذات النتائج المتقاربة تحليل انوفا ANOVA للتأكد من معنوية الانحدار و تبرير البواقي و توزيعها. يمثل الشكل الرسم البياني لمعادلات الإنحدار الخطي البسيط و المنحنية بين متغير جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية .

الشكل رقم (4-5) : تمثيل معادلات الانحدار الخطي و المنحني لعلاقة متغير جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية .



المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

1. تحليل التباين ANOVA :

تضم الجداول أدناه ، نتائج تحليل التباين أنوفا لمختلف نماذج الإنحدار في العلاقة بين جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية .

الجدول رقم (4-45) : الإنحدار الخطي بين جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	13,351	1	13,351	,502	,252	56,064	,000
البواقي	39,531	166	,238				
المجموع	52,883	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	,447		7,630	,000			
جودة الحياة الوظيفية	1,711	,502	7,488	,000			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

قيمة معامل التحديد لجودة الحياة الوظيفية تفسر(25,2%) من مشروع المؤسسة الصحية، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي(0,000) وهي أقل من(0,05) وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t تبلغ (0,000) وهي أقل من (0,05)،بذلك تعتبر دالة إحصائية ، وأن الإنحدار معنوي.

الجدول رقم (4-46) : الإنحدار التربيعي بين جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	14,529	2	7,264	,524	,275	31,252	,000
البواقي	38,354	165	,232				
المجموع	52,883	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	4,466		3,590	,000			
ج ح و	-1,083	-1,217	-1,587	,114			
ج ح و 2**	,206	1,726	2,251	,026			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

قيمة معامل التحديد لجودة الحياة الوظيفية تفسر(27,5%) من مشروع المؤسسة الصحية، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي (0,000) وهي أقل من(0,05) وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t لجودة الحياة الوظيفية تساوي(0,114) و جودة الحياة الوظيفية **2 تبلغ (0,025) الأولى أكبر من (0,05) أما الأخرى أكبر من(0,05)،بذلك تعتبر غير دالة إحصائية عند هذا المستوى ، وأن الإنحدار غير معنوي .

الجدول رقم (4-47) : الإنحدار التكعيبي بين جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	14,629	2	7,315	,526	,277	31,550	,000
البواقي	38,254	165	,232				
المجموع	52,883	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	3,241		7,265	,000			
جودة الحياة الوظيفية **2	-,105	-,878	-1,082	,281			
جودة الحياة الوظيفية **3	,029	1,396	1,720	,087			

المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

قيمة معامل التحديد لجودة الحياة الوظيفية تفسر(17,5%) من مشروع المؤسسة الصحية، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي(0,000) وهي أقل من(0,05) وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t لجودة الحياة

الوظيفية **2 كانت (0,281) و لجودة الحياة الوظيفية **3 تبلغ (0,087) وهي أكبر من(0,05)،بذلك تعتبر غير دالة إحصائية، وأن الإنحدار غير معنوي.

ثالثاً. نموذج العلاقة بين تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

سجلنا سابقا قيمة إرتباط عال بين تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية ويوضحه الجدول (4-35)، يدعي الأمر التأكد بإستخدام إختبارات مساندة لسلامة التحليل .

1. إختبار مشكلة التعددية والمصاحبة الخطية

يتم دراسة الإرتباط الذاتي كشرط من متطلبات الإختبار الخطي و معرفة مستويات ضعف أو قوة العلاقة التي تنفي أو تؤكد مشكلة التعددية الخطية . حيث إن الارتباطات العالية بين المتغيرات المستقلة ينشأ عنه التلازمية الخطية .[1]

من خلال الجدول الجدول رقم(4-35) فإن الإرتباط التقاطعي بين المتغييرات تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية تبدي علاقة قوية تفوق 0.7 ، مع عدم وجود إرتباط ذاتي بينها حيث أنها لا تبلغ قيمة 0.9 حتى تكون مشكلة التعددية الخطية . إظافة لذالك يتم التأكد من خلال معامل تضخم التباين **VIF** و إختبار التباين المسموح **Tolerance** للتحقق من عدم وجود مصاحبة خطية ، في الجدول أدناه.

الجدول رقم (4-48) : إختبار قيم VIF و Tolerance تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية

المتغيرات	VIF معامل تضخم التباين	Tolerance التباين المسموح
تمكين الأطباء	2,499	,400
جودة الحياة الوظيفية	2,499	,400

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

[1] عبد الناصر السيد عامر ، مرجع سابق ، ص57

قيمة VIF أقل من 10 و هو يؤكد عدم وجود إحتمال لمشكلة التعددية الخطية لكن لا ينفيه تماما، إلا أنها تبقى محتملة في القيم الأكثر من 3 ، كلا المتغيرين حققا قيمة (2,499) و هي أقل من الحدود الدنيا المشكلة للتعددية الخطية ، الأمر الذي يؤكد عدمها. كما أن قيمة التباين المسموح Tolerance بلغت قيمة (0,4) وهي تزيد عن الحد المسموح 0.1 التي تسبب المصاحبة الخطية. لذا يمكن التحقق من خطية العلاقة عبر تحليل أنوفا ANOVA .

2. معايرة النماذج الخطية و المنحنية :

يمثل الجدول أدناه ، معايرة إحصائية للعلاقة بين تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

الجدول رقم (4-49): معايرة النماذج للعلاقة بين تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

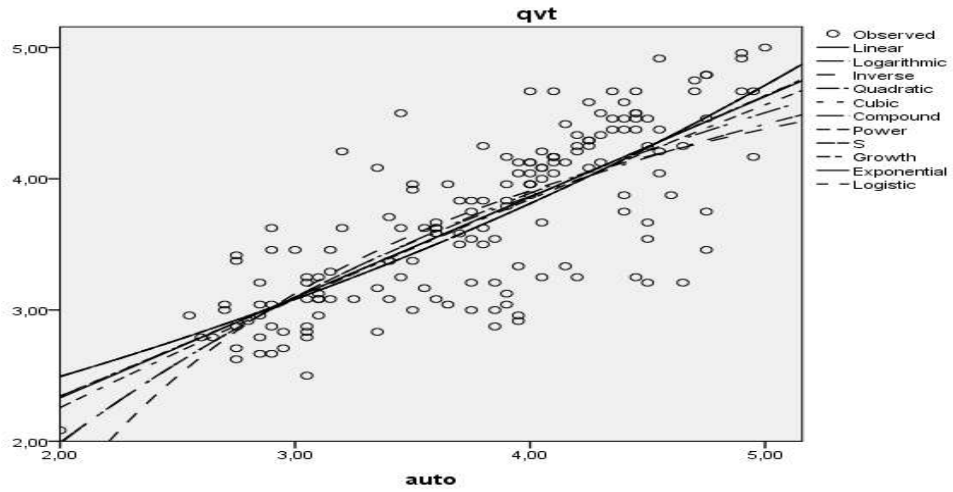
النموذج	معامل التحديد R Square	معامل F	درجة الحرية		المعنوية
			df1	df2	
النموذج الخطي					
Linear الخطي	,600	248,765	1	166	,000
النماذج الغير خطية /المنحمية					
Logarithmic اللوغارتمي	,594	242,740	1	166	,000
Inverse العكسي	,575	224,417	1	166	,000
Quadratic التكعيبي	,600	123,639	2	165	,000
Cubic التربيعي	,600	123,643	2	165	,000
Compound المجمع	,603	252,002	1	166	,000
Power القوة	,607	256,114	1	166	,000
S	,598	247,216	1	166	,000
Growth النامي	,603	252,002	1	166	,000
Exponential المتسارع	,603	252,002	1	166	,000
Logistic اللوجستي	,603	252,002	1	166	,000

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول بلغ معامل تحديد النموذج الخطي Linear (25.2 %) بمعامل فيشر (F) بلغ (248,765) و بدرجة حرية (166) ومعنوية (0,000) . يتقارب صعوداً مع

النموذج التربيعي Quadratic حيث كانت قيمة معامل التحديد تساوي (60,0 %) و النموذج التكعيبي Cubic الذي سجل معامل تحديده أيضا ماقيمته (60,0 %) مع فقدان في درجة الحرية التي بلغت (165) لكليهما، و قيم معامل فيشر (F) مقدرة بـ (123,639) و (123,643) على التوالي. في حين حققت النماذج Compound ، Growth ، Exponential ، Logistic معاملات تحديد أعلى من النماذج الثلاث الأولى بقيم (60,3 %) لكل منهم و قيم فيشر F على الترتيب (252,002) ، (252,002) ، (252,002) ، (252,002) و بدرجة معنوية (0,000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0,05) . يتفوق على كافة النماذج السابقة ، النموذج المنحني القوة Power والذي بلغ معامل تحديده (60,7 %) بمعامل فيشر دال إحصائيا عند مستوى دلالة (0,05) بلغ قيمة (256,114). يتطلب التمييز بين النماذج ذات النتائج المتقاربة إجراء تحليل انوفا ANOVA للتباين و إبراز الفروقات الإحصائية والتأكد من معنوية الانحدار و تبرير البواقي و توزيعها. يمثل الشكل الرسم البياني لمعادلات الإنحدار الخطي البسيط و المنحنية بين متغير جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية .

الشكل رقم (4-6) : تمثيل معادلات الانحدار الخطي و المنحني لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية



المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

3. تحليل التباين ANOVA للعلاقة بين تمكين الأطباء بجودة الحياة الوظيفية :

تمثل الجداول أدناه ، تحليل التباين أنوفا لتفسير العلاقة :

الجدول رقم (4-50) : الإنحدار الخطي لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	40,002	1	40,002				
البواقي	26,693	166	,161	,774	,600	248,765	,000
المجموع	66,695	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	,799		4,289	,000			
التمكين	,765	,774	15,772	,000			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر 60,0% من جودة الحياة الوظيفية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي 0,000 وهي أقل من ≥0,05 وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t تبلغ 0,000 وهي أقل من ≥0,05 ،بذلك تعتبر دالة إحصائية ، وأن الإنحدار معنوي.

الجدول رقم (4-51) : الإنحدار اللوغاريتمي لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	39,609	1	39,609				
البواقي	27,087	166	,163	,771	,594	242,740	,000
المجموع	66,695	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	,077		,329	,742			
التمكين	2,750	,771	15,580	,000			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر 59,4% من جودة الحياة الوظيفية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي 0,000 وهي أقل من ≥0,05 وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t تبلغ 0,000 وهي أقل من ≥0,05 ،بذلك تعتبر دالة إحصائية ، وأن الإنحدار معنوي.

الجدول رقم (4-52) : الإنحدار المعكوس لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	38,337	1	38,337	,771	,594	224,417	,000
البواقي	28,358	166	,171				
المجموع	66,695	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	6,263		35,968	,000			
1/التمكين	-9,415	-,758	-14,981	,000			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يتبين من خلال تحليل ANOVA أن قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر 59,4% من جودة الحياة الوظيفية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي 0,000 وهي أقل من ≥0,05 وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t تبلغ 0,000 وهي أقل من ≥0,05 ،بذلك تعتبر دالة إحصائية ، وأن الإنحدار معنوي.

الجدول رقم (4-53) : الإنحدار التربيعي لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	40,003	2	20,001	,774	,600	123,639	,000
البواقي	26,693	165	,162				
المجموع	66,695	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابث	,863		,894	,373			
التمكين	,730	,739	1,382	,169			
التمكين2**	,005	,036	,067	,947			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يتبين من خلال تحليل ANOVA أن قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر 60,0% من جودة الحياة الوظيفية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي 0,000 وهي أقل من 0,05 وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t لتمكين الأطباء بلغت (0,169) ولتمكين الأطباء**2 تبلغ 0,947 وهي أكبر من 0,05 ،بذلك تعتبر غير دالة إحصائية، وأن الإنحدار غير معنوي .

الجدول رقم (4-54) : الإنحدار التكعيبي لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	40,003	2	20,002	,774	,600	123,643	,000
البواقي	26,692	165	,162				
المجموع	66,695	167					
التمكين	,741	,750	2,701	,008			
التمكين **3	,001	,025	,089	,929			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يتبين من خلال تحليل ANOVA أن قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر 60,0% من جودة الحياة الوظيفية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي 0,000 وهي أقل من 0,05 وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t لتمكين الأطباء **3 تبلغ 0,929 وهي أكبر من 0,05 ،بذلك تعتبر غير دالة إحصائية، وأن الإنحدار غير معنوي.

الجدول رقم (4-55) : الإنحدار المجمع لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	3,076	1	3,076	,776	,603	252,002	,000
البواقي	2,026	166	,012				
المجموع	5,102	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	1,631		19,474	,000			
التمكين	1,236	2,174	74,800	,000			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يتبين أن قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر 60,3% من جودة الحياة الوظيفية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي 0,000 وهي أقل من 0,05 وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t تبلغ 0,000 وهي أقل من 0,05 ،بذلك تعتبر دالة إحصائية ، وأن الإنحدار معنوي.

الجدول رقم (4-56) : إنحدار القوة Power لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	3,095	1	3,095	,779	,607	256,114	,000
البواقي	2,006	166	,012				
المجموع	5,102	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	1,324		16,004	,000			
التمكين	,769	,779	15,669	,000			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

قيمة معامل التحديد من خلال تحليل ANOVA لتمكين الأطباء تفسر 60,7% من جودة الحياة الوظيفية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي 0,000 وهي أقل من 0,05 وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t تبلغ 0,000 وهي أقل من 0,05 ،بذلك تعتبر دالة إحصائية ، وأن الإنحدار معنوي.

الجدول رقم (4-57) : الإنحدار S لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	3,052	1	3,052	,773	,598	247,216	,000
البواقي	2,049	166	,012				
المجموع	5,102	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	-2,657		-15,723	,000			
1/التمكين	2,017	-,773	43,080	,000			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال تحليل ANOVA قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر 59,8% من جودة الحياة الوظيفية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي

0,000 وهي أقل من 0,05 وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t تبلغ 0,000 وهي أقل من 0,05 ،بذلك تعتبر دالة إحصائية ، وأن الإنحدار معنوي.

الجدول رقم (4-58) : الإنحدار النامي لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	3,076	1	3,076	,776	,603	252,002	,000
البواقي	2,026	166	,012				
المجموع	5,102	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	,489		9,525	,000			
التمكين	,212	,776	15,875	,000			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال تحليل ANOVA قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر 60,3% من جودة الحياة الوظيفية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي 0,000 وهي أقل من 0,05 وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t تبلغ 0,000 وهي أقل من 0,05 ،بذلك تعتبر دالة إحصائية ، وأن الإنحدار معنوي.

الجدول رقم (4-59) : الإنحدار المتسارع لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	3,076	1	3,076	,776	,603	252,002	,000
البواقي	2,026	166	,012				
المجموع	5,102	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	1,631		19,474	,000			
التمكين	,212	,776	15,875	,000			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال تحليل ANOVA قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر 60,3% من جودة الحياة الوظيفية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي 0,000 وهي أقل من 0,05 وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t تبلغ 0,000 وهي أقل من 0,05 ،بذلك تعتبر دالة إحصائية ، وأن الإنحدار معنوي.

الجدول رقم (4-60) : الإنحدار اللوجيستي لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الإرتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	3,076	1	3,076	,776	,603	252,002	,000
البواقي	2,026	166	,012				
المجموع	5,102	167					
المعاملات	**B**	**Beta**	**قيمة t**	**المعنوية**			
الثابت	,613		19,474	,000			
التمكين	,809	,460	74,800	,000			

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال تحليل ANOVA قيمة معامل التحديد لتمكين الأطباء تفسر 60,3% من جودة الحياة الوظيفية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي 0,000 وهي أقل من 0,05 وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار . كما ان دلالة الاختبار t تبلغ 0,000 وهي أقل من 0,05 ،بذلك تعتبر دالة إحصائية ، وأن الإنحدار معنوي.

المطلب الثالث: إختبار الفرضية الفرعية الثالثة (الإنحدار الخطي المتعدد)

إنطلاقا مما سبق ، بغية الوصول إلى التحقق من **التساؤل الفرعي الثالث : هل هناك علاقة خطية متعددة ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ≤0,05 بين تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة** ؟ صيغت الفرضية الجزئية الثالثة: **هل هناك علاقة خطية متعددة ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ≤0,05 بين تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة؟**

الفرع الأول : الأبعاد الأكثر تمثيلاً في العلاقة

بعد معاينة خطية العلاقة بين تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية ، نعتبر أن كل بعد من أبعاد المتغير المستقل تمكين الأطباء ، بعداً مستقلاً بذاته ، من أجل إختيار أفضل نموذج يسهم في قوة العلاقة ، عبر دراسة الإنحدار الخطي المتعدد بعدة طرق للمعالجة السليمة .

أولاً. الإنحدار الخطي المتعدد القياسي :

يعتمد هذا النوع من التحليل على إدخال كافة المتغيرات المستقلة في المعادلة أو النموذج دون إستبعاد ، لمعرفة مساهمة كل متغير مستقل في العلاقة مع ملاحظة الإرتباط الجزئي و معنوية (t)، يوضح الجدول التالي المتغيرات المدخلة .

الجدول رقم (4-61) : المتغيرات المدخلة و المستبعدة في طريقة الإنحدار المتعدد القياسي لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

النماذج	المتغيرات المدخلة	المتغيرات المستبعدة	الطريقة
01	تفويض السلطة ،التدريب ، المشاركة في صناعة القرار ، التأثير ، الدافعية	//	الإدخال دون شروط

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

1- إختبار التعددية و المصاحبة الخطية :

تتعقد العلاقة في الإنحدار المتعدد ، لذا يجب معايرة قيم VIF و Tolerance للنموذج ، القيم الناتجة موضحة في الجدول أدناه :

الجدول رقم (4-62) : إختبار التعددية و المصاحبة الخطية لعلاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

	تفويض السلطة	التدريب	المشاركة في صناعة القرار	التأثير	الدافعية
VIF	1,318	1,803	1,666	1,861	1,621
Tolerance	,759	,555	,600	,537	,617

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

قيم VIF للمتغيرات المستقلة جميعها أقل من 3 ، لذا ليست هناك تعددية خطية بشكل مؤكد ، كما لأن قيم Tolerance بعيدة عن القيمة الحرجة 0,1 ما يثبت عدم وجود مصاحبة خطية .

2- تحليل ANOVA للإنحدار المتعدد القياسي:

يمثل الجدول أدناه ، مخرجات تحليل أنوفا لعلاقة الإنحدار المتعدد القياسي للمتغيرات المستقلة (أبعاد تمكين الأطباء) على جودة الحياة الوظيفية.

الجدول رقم (4-63) :الإنحدار المتعدد القياسي للمتغيرات المستقلة على جودة الحياة الوظيفية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	قيمة F	مستوى الدلالة
الانحدار	43,650	5	8,730	,809[a]	,654	61,367	,000[b]
الخطأ	23,046	162	,142				
المجموع	66,695	167					
	B	Beta	الارتباط الجزئي	قيمة t	المعنوية		
الثابت	,630			3,509	,001		
تفويض السلطة	,321	,405	,514	7,631	,000		
التدريب	,049	,066	,084	1,068	,287		
المشاركة في صناعة القرار	,119	,165	,212	2,763	,006		
التأثير	,250	,328	,379	5,212	,000		
الدافعية	,070	,101	,134	1,725	,086		

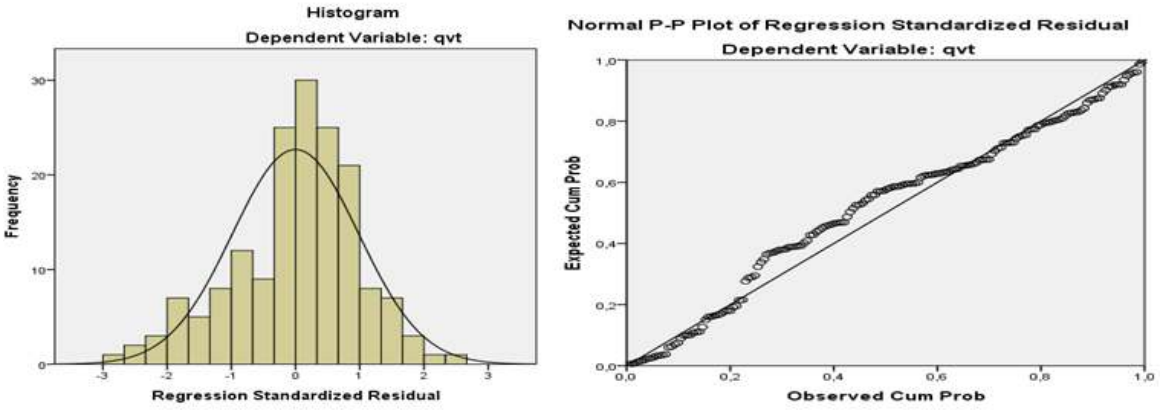
المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الجدول يمكن القول على أن أبعاد تمكين الأطباء التي هي متغيرات مستقلة تفسر 65,4 % من جودة الحياة الوظيفية ، أما النسبة الباقية تفسرها متغيرات أخرى . كما أن دلالة اختبار فيشر هي 0,000 وهي أقل من 0,05 وهذا ما يدل على قابلية النموذج للاختبار، و قيمة دلالة الاختبار t تبلغ 0,000 وهي أقل من 0,05 للأبعاد (تفويض السلطة- المشاركة في صناعة القرار- التأثير) بذلك تعتبر دالة إحصائياً. في حين نجد أن قيم t للأبعاد(التدريب ، الدافعية) غير دال إحصائيا عند مستوى دلالة ≥0,05 حيث تأخذ القيم (0,287) و(0,86) على الترتيب . وهو ما يؤكد بأنه يوجد أثر متباين لأبعاد تمكين الأطباء عند مستوى معنوية ≥0,05 على جودة الحياة الوظيفية في ظل تطبيق مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة .

توضح الأشكال أدناه ، الأعمدة البيانية و المخطط التوزيع الطبيعي في العلاقة الخطية المتعددة بين أبعاد تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

الشكل رقم (4-8) : تمثيل البواقي بيانيا العلاقة الخطية المتعددة بين أبعاد تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

الشكل رقم (4-7) : الأعمدة البيانية الممثلة لتوزيع البواقي العلاقة الخطية المتعددة بين أبعاد تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية



المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

حيث يتضح أن النقاط الممثلة على خط الأنحدار لبواقي العلاقة الخطية بين أبعاد تمكين الاطباء و متغير جودة الحياة الوظيفية متسلسلة ، كما أنها أقرب إلى التوزيع الطبيعي الممثل في الأعمدة.

ثانياً- الإنحدار المتعدد التدريجي

يتم في هذا النموذج من الإختبار ، إدخال المتغيرات المستقلة (تفويض السلطة ،التدريب ، المشاركة في صناعة القرار ، التأثير ، الدافعية) وفق شروط المعنوية و الإرتباط الجزئي بشكل آلي، يوضح الجدول أدناه المتغيرات المدخلة و المستبعدة من النموذج .

الجدول رقم (4-64) : المتغيرات المستقلة المدخلة و المستبعدة في نموذج الإنحدار المتعدد التدريجي

النماذج	المتغيرات المدخلة	المتغيرات المستبعدة	الطريقة
01	تفويض السلطة	الدافعية ، التدريب	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
02	التأثير		
03	المشاركة في صناعة القرار		

المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

تم إدخال المتغيرات المستقلة (تفويض السلطة ، التأثير ، المشاركة في صناعة القرار) لتحقيقها شروط النموذج ، مع إستبعاد المتغيرات (التدريب ، الدافعية) ، يتم ذلك بشكل تدريجي تبعاً للإرتباط الجزئي الموضح في الجدول أدناه ، مع إختبارات التعددية و المصاحبة لكل نموذج.

الجدول (4-65) : استبعاد المتغيرات بالانحدار المتعدد التدريجي تبعاً للارتباط الجزئي لعلاقة أبعاد تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية

النموذج	الأبعاد	الارتباط الجزئي	قيمة T	الدلالة	Tolerance	VIF
01	التدريب	,448	6,431	,000	,921	1,086
	المشاركة في صناعة القرار	,438	6,265	,000	,816	1,225
	التأثير	,577	9,068	,000	,883	1,133
	الدافعية	,391	5,465	,000	,830	1,205
02	التدريب	,162	2,099	,037	,599	1,670
	المشاركة في صناعة القرار	,284	3,794	,000	,692	1,444
	الدافعية	,228	3,003	,003	,710	1,408
03	التدريب	,105	1,351	,179	,569	1,758
	الدافعية	,149	1,918	,057	,633	1,580

المصدر: من إعداد الباحث ، بناءاً على مخرجات برنامج *spss v.23*

قيم Tolerance للنماذج (01) ، (02) و (03) على التوالي أكبر من القيمة الحرجة 0,1 ، كما أن قيم VIF للنماذج (01)، (02) و (03) أصغر من القيمة 3 . متغير تفويض

السلطة تبعاً لقوة إرتباطه الجزئي بجودة الحياة الوظيفية يعتمد مباشرة دون نموذج مخصص ، بينما يتم إستبعاد المتغيرات تدريجياً حسب درجة الإرتباط الجزئي ، حيث يستخدم معامل الارتباط الجزئي في دراسة العلاقة بين المتغيرين "عند ضبط أثر متغير ثالث يؤثر في المتغيرين "[1] و معنوية (t) من النموذج الأول الذي ضم أربعة (04) متغيرات (التدريب ، المشاركة في صناعة القرار ، التأثير، الدافعية) حيث متغير التأثير يستثنى من الإستبعاد الذي يحمل أعلى إرتباط بقيمة (57,7 %) في النموذج الأول بقيمة معنوية (t) بلغت (0,000) وهي أقل من 0,05 . ليكون النموذج الثاني يتكون من ثلاثة (03) متغيرات (التدريب ، المشاركة في صناعة القرار ،الدافعية) حيث يتم إستثناء متغير (المشاركة في صناعة القرار) الحاصل على أعلى مستوى إرتباط جزئي بقيمة (28,4 %) و قيمة معنوية (t) أقل من 0,05.ليتم إستبعاد متغيري (التدريب ، الدافعية) لضعف إرتباطهم الجزئي و معنوية (t) التي كانت أكبر من 0,05 .لمعرفة مساهمة كل متغير في العلاقة، يكون من خلال تحليل التباين للإنحدار المتعدد التدريجي ، كما هو موضح في الجدول أدناه .

الجدول رقم (4-66) : تحليل الانحدار المتعدد التدريجي للتباين في العلاقة بين أبعاد تمكين الأطباء (المتغيرات المستقلة) على جودة الحياة الوظيفية

النموذج	المعاملات	قيمة t	المعنوية	R	R^2	F	مستوى الدلالة	Tolerance	VIF	الارتباط الجزئي
01	الثابت	9,812	,000	,648[a]	,420	120,235	,000[b]	//		
	تفويض السلطة	10,965	,000					1,000	1,000	,648
02	الثابت	4,932	,000	,783[b]	,613	130,649	,000[c]			
	تفويض السلطة	9,468	,000					,883	1,133	,593
	التأثير	9,068	,000					,883	1,133	,577

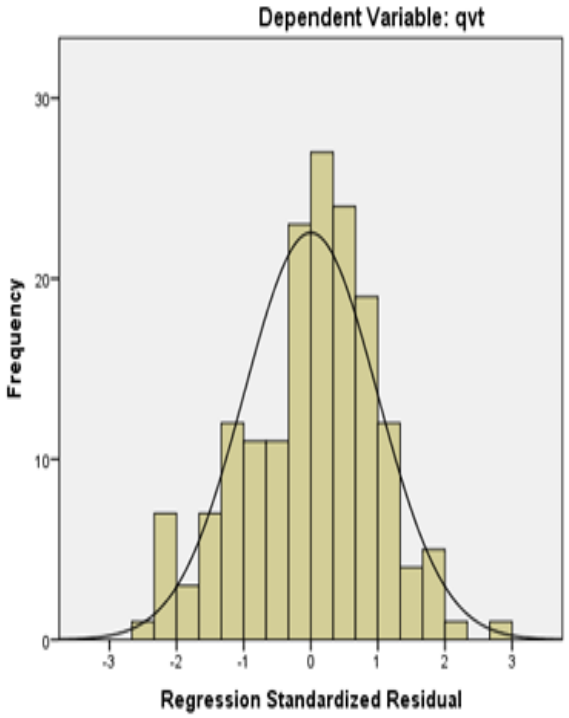
[1] عبد الناصر السيد عامر ، مرجع سابق ، ص 69

03	الثابت	4,090	,000							
	تفويض السلطة	8,103	,000	,803[c]	,644	98,967	,000[d]	,792	1,263	,535
	التأثير	7,207	,000					,749	1,335	,490
	المشاركة في صناعة القرار	3,794	,000					,692	1,444	,284

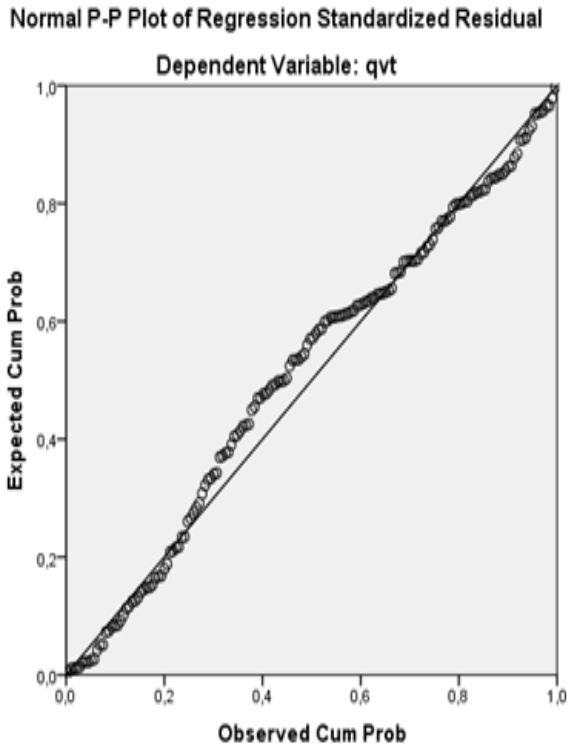
المصدر : من اعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS V.23

قيم Tolerance للنماذج (01) ، (02) و (03) على التوالي أكبر من القيمة الحرجة 0,1 ، كما أن قيم VIF للنماذج (01)، (02) و (03) أصغر من القيمة 3 . في النموذج الأول يتضح أن متغير تفويض السلطة لوحده يفسر مانسبته 42.0 % من علاقة تمكين الأطباء بجودة الحياة الوظيفية و دلالة اختبار فيشر هي 0,000 وهي أقل من 0,05 وهذا ما يدل على قابلية النماذج للاختبار ، يتم إدخال المتغيرات تبعاً وصولا إلى النموذج الثالث (03) الذي يضم الأبعاد (تفويض السلطة ، التأثير، المشاركة في صناعة القرار) في مجموعها و التي تمثل نسبة 64,4 % من جودة الحياة الوظيفية وهي الأعلى بين النماذج مع الحفاظ على معنوية الإنحدار و استبعاد المتغيرات (التدريب والدافعية) .توضح الأعمدة البيانية و الرسم أدناه التوزيع الطبيعي للبواقي لعلاقة الإنحدار الخطي المتعدد التدرجي بين المتغيرات المستقلة (تفويض السلطة ، التأثير، المشاركة في صناعة القرار) و جودة الحياة الوظيفية بالعينة محل الدراسة .

الشكل رقم (4-9) : تمثيل البواقي بالأعمدة العلاقة الخطية المتعددة بين لعلاقة الإنحدار الخطي المتعدد التدرجي بين المتغيرات المستقلة و جودة الحياة الوظيفية



الشكل رقم (4-10) : تمثيل البواقي بيانيا العلاقة الخطية المتعددة بين لعلاقة الإنحدار الخطي المتعدد التدرجي بين المتغيرات المستقلة و جودة الحياة الوظيفية



المصدر : من إعداد الباحث ، بناءاً على مخرجات برنامج *spss v.23*

الفرع الثاني : تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة كمتغيرات مستقلة

من أجل رصد العلاقة الخطية المتعددة بين متغيرات الدراسة ، نعتبر متغير تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة متغيرات مستقلة و متغير جودة الحياة الوظيفية متغير تابع ، وهذا لمعرفة الأثر الإحصائي في العلاقة . فهو يدرس العلاقة بين متغير تابع وحيد والعديد من المتغيرات

المستقلة ، واختبار فروض العلاقة الخطية بين متغيرات ، لمعرفة حجم ودلالة التأثيرات [1]. أو يبحث في تأثير من التغيرات المستقلة وتأثير كل منهما على حدى [2]. يتم ذالك من خلال مرحلتين:

أولاً. الإنحدار المتعدد القياسي : يبين الجدول أدناه المتغيرات المدخلة في معادلة و نماذج الإنحدار المتعدد القياسي

الجدول رقم (4-67) : المتغيرات المدخلة و المستبعدة في معادلة الإنحدار المتعدد القياسي لعلاقة تمكين الأطباء ومشروع المؤسسة بجودة الحياة الوظيفية

النموذج	المتغيرات المداخلة	المتغيرات المستبعدة	الطريقة
01	تمكين الأطباء	//	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
02	مشروع المؤسسة الصحية		

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يحقق كل المتغيرين المستقلين شروط النموذج (تمكين الأطباء، مشروع المؤسسة الصحية)، لذا يتم إدخالهم . لذا يتم تحليل التباين أنوفا من خلال الجدول التالي :

[1] عبد الناصر السيد عامر ، نمذجة المعادلة البنائية للعلوم النفسية والاجتماعية ، الأسس والتطبيقات والقضايا ، الجزء الثاني ، دار جامعة نايف للنشر ، الرياض ، 2018 ، ص 18

[2] عبد الحميد عبد المجيد البلداوي ، أساليب الاحصاء للعلوم الاقتصادية وإدارة الأعمال ، مع استخدام برنامج SPSS ، دار وائل للنشر ، الطبعة الأولى ، 2009 ، عمان ، ص 230

الجدول رقم (4-68) : تحليل ANOVA للإنحدار المتعدد القياسي لعلاقة تمكين الأطباء ومشروع المؤسسة بجودة الحياة الوظيفية

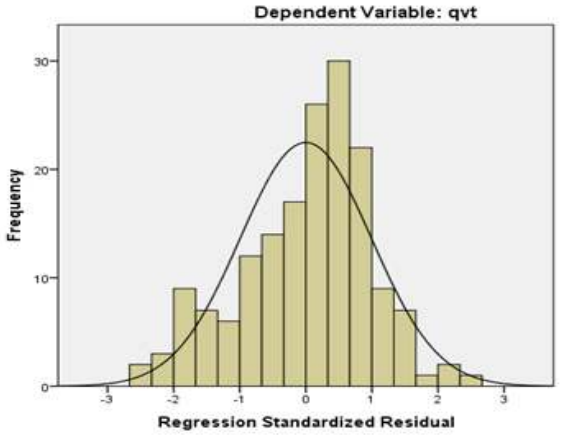
النموذج	المعاملات	قيمة t	المعنوية	R	R^2	F	مستوى الدلالة	Tolerance	VIF	الارتباط الجزئي
01	الثابت	4,289	,000	,774[a]	,600	248,765	,000[b]			
	تمكين الأطباء	15,772	,000					1,000	1,000	,774
02	الثابت	1,515	,132	,799[b]	,638	145,692	,000[c]			
	تمكين الأطباء	13,273	,000					,825	1,212	,719
	مشروع المؤسسة الصحية	4,202	,000					,825	1,212	,311

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

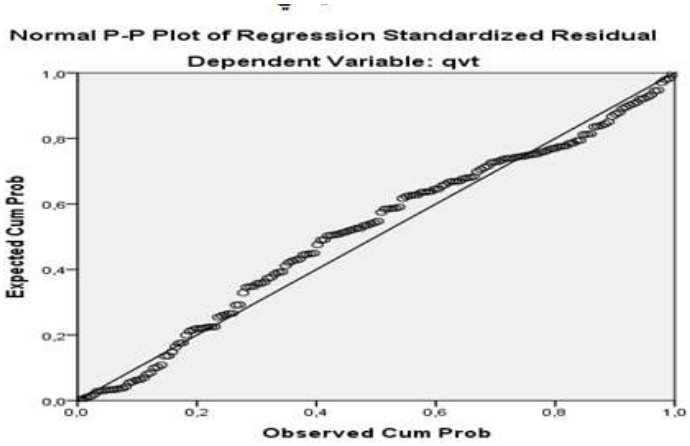
قيم Tolerance (1,000) و (0,825) للنماذج (01) و (02) أكبر من القيمة الحرجة 0,1 ، كما أن قيم VIF (1,000) و (1,212) للنماذج (01) و (02) أصغر من 3 .

حصل النموذج الأول (01) الذي يضم المتغير (تمكين الأطباء) الذي يشكل لوحده مانسبته (60,0 %) من علاقة تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية مع تسجيل قيمة معنوية عند مستوى أقل من 0,05 لقيمة (F) المقدرة بـ (248,765) ، في النموذج الثاني (02) الذي يضم (تمكين الأطباء ، مشروع المؤسسة الصحية) إرتفع معامل التحديد إلى قيمة (63,8 %) مع تسجيل قيمة معنوية عند مستوى أقل من 0,05 لقيمة (F) المقدرة بـ (145,692) . مع عدم وجود مشكلة المصاحبة أو التعددية الخطية حيث كانت قيم Tolerance أكبر من القيمة الحرجة 0,1 و VIF أصغر من القيمة 3 . يوضح المنحنى و الشكل أدناه ، توزيع البواقي في الإنحدار الخطي المتعدد القياسي بين تمكين الأطباء ، مشروع المؤسسة الصحية و جودة الحياة الوظيفية .

الشكل رقم (4-11) : تمثيل البواقي بالأعمدة لعلاقة الإنحدار الخطي المتعدد القياسي بين تمكين الأطباء ، مشروع المؤسسة الصحية و جودة الحياة الوظيفية



الشكل رقم (4-12) : تمثيل البواقي بيانيا لعلاقة الإنحدار الخطي المتعدد القياسي بين تمكين الأطباء ، مشروع المؤسسة الصحية و جودة الحياة الوظيفية



المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

من خلال الأشكال أعلاه ، بيانيا ومعلمياً يلاحظ أن بواقي العلاقة الخطية المتعددة بإستخدام الإنحدار المتعدد القياسي في إعتماد الألعاد الأكثر تمثيلا في الدراسة للمتغيرات ، أقرب مما سبق محاذاة لخط الإنحدار .

الفرع الثالث : أبعاد تمكين الأطباء ومتغير مشروع المؤسسة الصحية كمتغيرات مستقلة .

يتم إدخال الأبعاد الممثلة لتمكين الأطباء و متغير مشروع المؤسسة الصحية بإعتبارها متغيرات مستقلة في معادلة الإنحدار المتعدد التدرجي ، لمعرفة درجات المساهمة في علاقتها بجودة الحياة الوظيفية للعينة محل الدراسة .

أولاً- الأنحدار المتعدد التدريجي : يوضح الجدول أدناه المتغيرات المحققة لشروط الإدخال في العلاقة .

الجدول رقم (4-69) : المتغيرات المستقلة المدخلة و المستبعدة في الإنحدار الخطي المتعدد التدريجي لعلاقة أبعاد تمكين الأطباء ومشروع المؤسسة بجودة الحياة الوظيفية

النموذج	المتغيرات المداخلة	المتغيرات المستبعدة	الطريقة
01	تفويض السلطة	التدريب الدافعية	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
02	التأثير		
03	مشروع المؤسسة الصحية		
04	المشاركة في صناعة القرار		

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

تم قبول المتغيرات المستقلة (تفويض السلطة ، التأثير ، مشروع المؤسسة الصحية ، المشاركة في صناعة القرار) و إستبعاد المتغيرات المستقلة (التدريب ، الدافعية) وهذا تدريجيا تبعاً لمستوى الإرتباط الجزئي بالمتغير التابع و دلالة (t) عند المستوى ≥0,05 . وفق ما يوضحه الجدول أدناه.

الجدول رقم (4-70) :استبعاد المتغيرات بالانحدار المتعدد التدريجي تبعاً للارتباط الجزئي لعلاقة أبعاد تمكين الأطباء ومشروع المؤسسة بجودة الحياة الوظيفية

النموذج	الأبعاد	الارتباط الجزئي	قيمة T	الدلالة	Tolerance	VIF
01	مشروع المؤسسة الصحية	,453	6,521	,000	,931	1,074
	التدريب	,448	6,431	,000	,921	1,086
	المشاركة في صناعة القرار	,438	6,265	,000	,816	1,225
	التأثير	,577	9,068	,000	,883	1,133
	الدافعية	,391	5,465	,000	,830	1,205
02	مشروع المؤسسة الصحية	,372	5,128	,000	,859	1,165
	التدريب	,162	2,099	,037	,599	1,670
	المشاركة في صناعة القرار	,284	3,794	,000	,692	1,444
	الدافعية	,228	3,003	,003	,710	1,408
03	التدريب	,148	1,917	,057	,596	1,677
	المشاركة في صناعة القرار	,229	3,004	,003	,663	1,507
	الدافعية	,187	2,437	,016	,694	1,441
04	التدريب	,104	1,336	,183	,569	1,759
	الدافعية	,126	1,616	,108	,628	1,593

المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

قيم Tolerance للنماذج (01) ، (02) (03) و (04) أكبر من القيمة الحرجة 0,1 ، كما أن قيم VIF للنماذج (01)، (02) ، (03) و(04) أصغر من القيمة 3 . في النموذج الأول (01) تم إدخال المتغيرات المستقلة (مشروع المؤسسة الصحية ، التدريب، المشاركة في صناعة القرار، التأثير، الدافعية) ، مع إعتبار متغير تفويض السلطة مقبول تلقائيا لتحقيقة شروط النموذج و إرتباطه الجزئي الكبير . في النموذج الثاني (02) الذي ضم (مشروع المؤسسة الصحية ، التدريب، المشاركة في صناعة القرار، الدافعية) تم إنتقاء متغير التأثير من الإستبعاد لقوة إرتباطه الجزئي المقدر بـ (57,7 %) . في النموذج الثالث (03) الذي ضم المتغيرات (التدريب، المشاركة في صناعة القرار،الدافعية) تم إنتقاء متغير مشروع المؤسسة الصحية من الإستبعاد لقوة إرتباطه

الجزئي المقدر بـ (45,3 %) . أما النموذج الرابع (04) النهائي فقد تم إستبعاد المتغيرين (التدريب –الدافعية) تبعاً لقيم الإرتباط الجزئي و دلالة (t) عند المستوى ≥0,05 .

1. تحليل أنوفا ANOVA للإنحدار المتعدد التدريجي : يوضح الجدول أدناه ، تحليل التباين بين المتغيرات المستقلة المدخلة و علاقتها بجودة الحياة الوظيفية للعينة محل الدراسة .

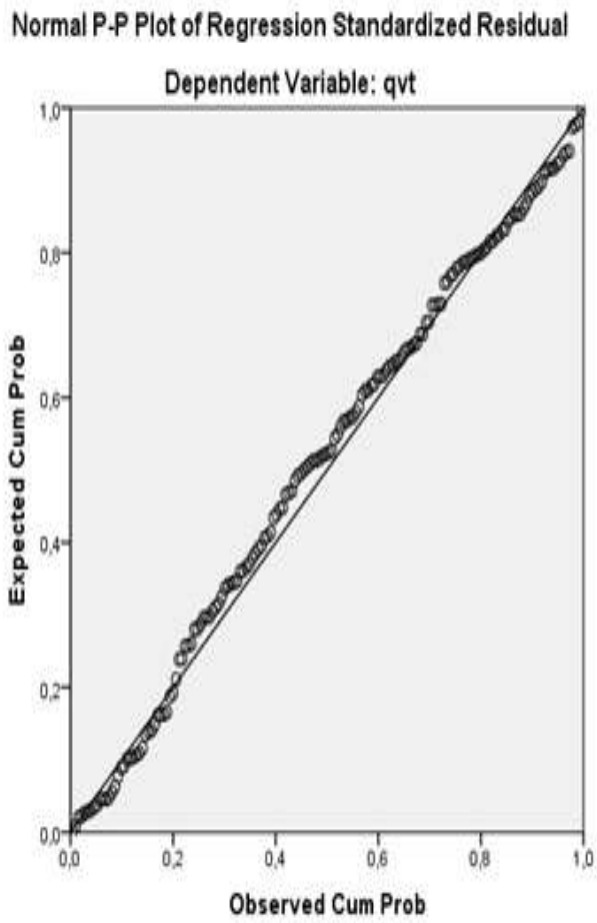
الجدول رقم (4–71) : تحليل الانحدار المتعدد التدريجي للتباين في العلاقة بين أبعاد تمكين الأطباء (المتغيرات المستقلة) ومشروع المؤسسة الصحية على جودة الحياة الوظيفية

النموذج	المعاملات	قيمة t	المعنوية	R	R^2	F	مستوى الدلالة	Tolerance	VIF	الارتباط الجزئي
01	الثابت	9,812	,000	,648[a]	,420	120,235	,000[b]			
	تفويض السلطة	10,965	,000					1,000	1,000	,648
02	الثابت	4,932	,000	,783[b]	,613	130,649	,000[c]			
	تفويض السلطة	9,468	,000					,883	1,133	,593
	التأثير	9,068	,000					,883	1,133	,577
03	الثابت	1,290	,199	,816[c]	,666	109,215	,000[d]			
	تفويض السلطة	9,191	,000					,859	1,164	,583
	التأثير	7,918	,000					,814	1,229	,526
	مشروع م ص	5,128	,000					,859	1,165	,372
04	الثابت	1,082	,281	,827[d]	,684	88,175	,000[e]			
	تفويض السلطة	8,113	,000					,785	1,274	,536
	التأثير	6,630	,000					,722	1,385	,461
	مشروع م ص	4,528	,000					,823	1,215	,334
	المشاركة في صناعة القرار	3,004	,003					,663	1,507	,229

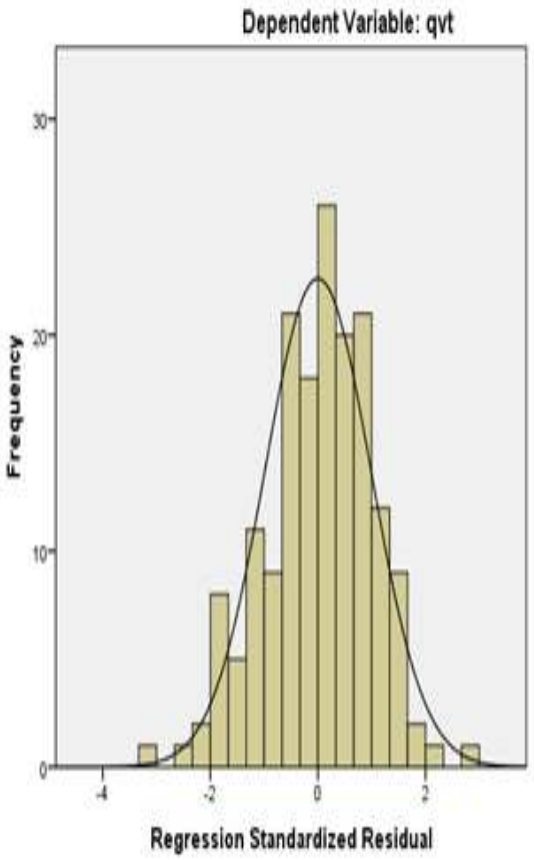
المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

قيم Tolerance للنماذج (01) ، (02)،(03) و (04) أكبر من القيمة الحرجة 0,1 ، كما أن قيم VIF للنماذج (01)، (02) ، (03) و(04) أصغر من القيمة 3 . حصل النموذج الأول (01) الذي يضم (تفويض السلطة) الذي يشكل لوحده مانسبته (42,0 %) من علاقة تمكين الأطباء ، مشروع المؤسسة الصحية في جودة الحياة الوظيفية مع تسجيل قيمة معنوية عند مستوى ≥0,05 لقيمة (F) المقدرة بـ (120,235) ، في النموذج الثاني (02) الذي يضم (تفويض السلطة ، التأثير) إرتفع معامل التحديد إلى قيمة (61,3 %) مع تسجيل قيمة معنوية عند مستوى ≥0,05 لقيمة (F) المقدرة بـ (130,649) . في النموذج الثالث (03) الذي يضم (تفويض السلطة، التأثير، مشروع المؤسسة الصحية) إرتفع معامل التحديد إلى قيمة (66,6 %) مع تسجيل قيمة معنوية عند مستوى ≥0,05 لقيمة (F) المقدرة بـ (109,215) . ليكون النموذج النهائي رقم (04) الذي يضم (تفويض السلطة ، التأثير، مشروع المؤسسة الصحية ، المشاركة في صناعة القرار) إرتفع معامل التحديد إلى قيمة (66,6 %) مع تسجيل قيمة معنوية عند مستوى ≥0,05 لقيمة (F) المقدرة بـ (88,175) .يمثل الرسم البياني و الشكل أدناه التوزيع الطبيعي للعلاقة الخطية المتعددة بين أبعاد تمكين الأطباء ، مشروع المؤسسة الصحية و جودة الحياة الوظيفية .

الشكل رقم (4-13) : تمثيل البواقي بيانيا للعلاقة الخطية المتعددة بين أبعاد تمكين الأطباء ، مشروع المؤسسة الصحية و جودة الحياة الوظيفية



الشكل رقم (4-14) : تمثيل البواقي بالأعمدة للعلاقة الخطية المتعددة بين أبعاد تمكين الأطباء ، مشروع المؤسسة الصحية و جودة الحياة الوظيفية



المصدر : من إعداد الباحث وفق مخرجات برنامج spss v.23

يتبين من خلال الرسم و الأعمدة البيانية في تمثيل العلاقة بين المتغيرات الثلاث محل الدراسة بإستخدام الإنحدار المتعدد التدريجي ، بإعتماد الأبعاد الاكثر تمثيلا في العلاقة بينهم ، محاذاة شبه تامة للنقاط وأكثر من سابقاتها من التمثيلات على خط الإنحدار .

المبحث الثالث : مناقشة نتائج إختبار الفرضيات

يتم من خلال هذا المبحث مناقشة نتائج الفرضيات و الحكم عليها ترتيبياً ، مع ربط تلك النتائج ومدلولاتها .

المطلب الأول : مناقشة نتائج إختبار الفرضية الفرعية الأولى

التساؤل الفرعي الأول : ما مستوى كل من تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة ؟

الفرضية الفرعية الأولى : هناك مستوى مرتفع لتمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة ؟

بعد تحليل ودراسة مختلف توجهات ومستويات الاستجابة للأبعاد الممثلة للمتغيرات، والفقرات الدالة فيها باستشعار المتوسط الحسابي الأعلى و الأدنى لأفراد العينة محل الدراسة ، كانت النتائج كالتالي :

الفرع ال

أول: متغير تمكين الأطباء ممثل في الأبعاد :

بعد تفويض السلطة من خلال الجدول رقم (4-21) كانت الدرجة الكلية بمستوى مرتفع، بمتوسط حسابي يبلغ (3,7604) وإنحراف معياري بلغ (,79734) ، وهذا يعود إلى تمتع الأطباء بالسلطة الوظيفية ومنح الإدارة مرونة كافية في تسيير شؤون العمل والمرؤوسين.

بعد التدريب من خلال الجدول رقم (4-22) كانت الدرجة الكلية بمستوى مرتفع بمتوسط حسابي يبلغ (3,7693) وإنحراف معياري بلغ (,85952) ، تفسير ذالك أن الأطباء يهتمون بجانب التدريب الذي يجعلهم موافقين للتطورات وتجديد معارفهم ، إلا أن هناك تسجيل مستوى متوسط بالفقرة الثالثة (03) يعود إلى النقص في وسائل وطرق نقل الخبرات .

بعد المشاركة في صناعة القرار من خلال الجدول رقم (4-23) في صناعة القرار كانت الدرجة الكلية بمستوى مرتفع بمتوسط حسابي يبلغ (3,7679) وإنحراف معياري بلغ (,87187) ، وهذا مؤشر على أن الإدارة تعمل على مشاركة القرارات مع الأطباء مع تمثيل معتبر لهم في المجالس ، مع تسجيل مستوى متوسط على مستوى الفقرة الثانية (02) المتعلقة يعود إلى التباين في الإنحراف المعياري وتفاوت الإجابات كون أن نص الفقرة يتعلق أكثر بالأطباء ذوي المناصب الوظيفية أو الهيكلية التي تتيح المشاركة في وضع أهداف العمل.

بعد التأثير من خلال الجدول رقم (4-24) كانت الدرجة الكلية بمستوى مرتفع بمتوسط حسابي يبلغ (3,8408) وإنحراف معياري بلغ (,82867) ، كل الفقرات كان مرتفعة المستوى على إعتبار أن هذا البعد يمس السلطة الوظيفية و يتعلق بشخصية الطبيب في العمل ، فهناك حرية كبيرة في أداء المهام تفرضها المكانة العلمية و السلمية لهم .

بعد الدافعية من خلال الجدول رقم (4-25) كانت الدرجة الكلية بمستوى مرتفع بمتوسط حسابي يبلغ (3,8006) وإنحراف معياري بلغ (,91050) . بمعنى أن هناك علاقة ذاتية تربط الطبيب بمهامه وسعيه نحو تحقيق الأفضل كونها مهام إنسانية و أخلاقية قبل كل إعتبار، وتتيح آليات العمل و بيئته الرغبة تطوير الأنشطة .

أما الدرجة الكلية للمتغير حصلت على متوسط حسابي قدره (3,7878) وإنحراف معياري بلغ (,63946) بمستوى مرتفع و هو ما يثبت صحة جزئية للفرضية الفرعية الأولى . في إشارة إلى أن الأطباء للعينة محل الدراسة يتمتعون بمستوى تمكين معتبر عبر الأبعاد المقيسة لذالك ، يبدو ذالك من خلال :

- السلطة الوظيفية التي يتمتع بها الأطباء و الشخصية المهنية لهم
- توفر الأليات التي تسمح بالمشاركة في القرارات .
- الإلتزام الأخلاقي و المهني للأطباء بالمؤسسات العمومية للصحة .
- الرغبة في تطوير المعارف و تحسين الادء .

كانت مستويات أبعاد تمكين الأطباء كلها في المستوى المرتفع

الفرع الثاني: متغير جودة الحياة الوظيفية ممثل في الأبعاد :

بعد التكوين والتعليم من خلال الجدول رقم (4-26) كانت بمستوى متوسط ، بمتوسط حسابي يبلغ (3,6567) وإنحراف معياري بلغ (,95433) . هذا يعود نقص ملائمة برامج التكوين لا سيما الإداري منه .

بعد فرق العمل من خلال الجدول رقم (4-27) كانت بمستوى مرتفع بمتوسط حسابي يبلغ (3,7004) وإنحراف معياري بلغ (,95935) . يرجع ذالك إلى النقص المسجل وجود جو تفاعلي و محفز على مستوى الفرق و قد يكون بسبب عدم الإستقرار في تشكيلة الفرق أو توازن الرتب فيها ،وهذا من باب التصميم الوظيفي أو إلى أسباب أخرى تدعي التعمق .

بعد الاستقرار والأمن الوظيفي من خلال الجدول رقم (4-28) كانت بمستوى مرتفع بمتوسط حسابي يبلغ (3,7877) وإنحراف معياري بلغ (,85738) . تفسيره أن الأطباء يتمتعون بطمأنينة و إستقرار في المؤسسات ، إلا أنه سجل مستوى متوسط في الفقرة الثالثة (03) يعود إلى النقص في توفر الحماية الكافية ضد المشاكل المهنية ، وهذا الظاهرة قد تؤول إلى عدة مظاهر ، فالحماية تكون بعدة أوجه قانونية مهنية أو غيرها ، كون مهنة الطب واسعة المجال و لا يمكن بأي شكل تحديد أطر مهنية أو أخلاقية لها ، إلا ما شاع منها في ضل المستحدثات

بعد الصحة والسلامة المهنية من خلال الجدول رقم (4-29) كانت بمستوى متوسط ، بمتوسط حسابي يبلغ (3,6190) وإنحراف معياري بلغ (,90042) . رغم إهتمام الإدارة بآلياتها القانونية و المادية المتاحة بصحة وسلامة العمال ، إلا أن الفقرة الثانية والثالثة تتظارب مع هذا التوجه ، يعود هذا الفارق إلى أن الأطباء يرون بأن الإدارة تهتم بالصحة و السلامة ، لكن لا تملك الأدوات و الوسائل الكافية للتكفل بصفة مثالية ، لكن الإهتمام موجود من خلال الإجراءات و توفير سبل الحماية المتاحة .

بعد التصميم الوظيفي من خلال الجدول رقم (4-30) كانت بمستوى متوسط بمتوسط حسابي يبلغ (3,6012) وإنحراف معياري بلغ (,89596) . راجع إلى أن المهام غير واضحة تماما وهو إستجابة متوقعة لتوسع المهام الطبية و تطورها بشكل لا يمكن من حصرها أو تبيانها كون أن الأطباء هم هرم السلطة الوظيفية و التقنية بالمؤسسات العمومية للصحة أين تكون حلقة المهام مفتوحة بشأن كل ما يمس الأمن الصحي العمومي ، كما أن هناك أستجابة متوسطة في الفقرة الثالثة (03) تتعلق بالحرية في أداء المهام وهذا راجع إلى إهتمام الإدارة بالجوانب الإجرائية و القانونية التي تحكم الصحة العمومية ولا سبيل لها في تغيير ذالك . إذا أنها تفرض بعض

الإجراءات تتعارض مع المهام التي يراها الطبيب تدخلا في شؤون مهامه ، يتطلب الأمر التوضيح ومرونة أكثر في سيرورة تلك الإجراءات بين الإداري الذي يفرضها في إطار مهامه أو الطبيب الذي يتلقاها .

بعد التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية من خلال الجدول رقم (4-31) كانت بمستوى متوسط بمتوسط حسابي يبلغ (3,6171) وإنحراف معياري بلغ (,96142) . مرد ذالك أن الإدارة لا تتمكن إلى حد ما من مراعاة الحياة الشخصية في تخطيط الوظائف و هذا راجع إلى تفسير القوانين وصعوبة مراعاة كل الأمور الشخصية وفقه ، فالمؤسسات العمومية لها ضوابط قانونية تحدد العلاقة المهنية و حقوق الأطباء .

بعد التقليل من ضغوط العمل من خلال الجدول رقم (4-32) كانت بمستوى مرتفع بمتوسط حسابي يبلغ (3,7738) وإنحراف معياري بلغ (,92810) .راجع إلى إهتمام الإدارة بآليات رفع الضغوط المهنية من خلال معالجة المشاكل المهنية والإهتمام ببرامج الرفاهية ، وهناك تباين مسجل في الفقرات الثلاث رغم إرتفاع مستوى البعد ككل نتيجة التفاوت في الإستجابة فالضغوط المهنية ظاهرة لها مسببات كثيرة جدا ، لم تهتم الأداة في أختصاص الدراسة قياسها .

بعد الالتزام التنظيمي من خلال الجدول رقم (4-33) كانت بمستوى مرتفع بمتوسط حسابي يبلغ (3,8313) وإنحراف معياري بلغ (1,04458) . هناك إعتزاز كبير بممارسة المهام الطبية نابع من محبة تقديم الخدمات العمومية و التعلق بالمؤسسة التي تعمل على مشاركتهم و معالجة مشاكلهم مع أن هناك روابط إنسانية و إجتماعية تتميز بها المؤسسات العمومية مع الأطباء ، ينساقون في سياقها ويتلائمون مع توجهاتها النبيلة وفق أخلاقياتهم نتيجة إيمانهم بمهامهم و إرتباط سمعة المؤسسة بسمعتهم .

أما الدرجة الكلية لمتغير جودة الحياة الوظيفية حصلت على متوسط حسابي قدره (3,6984) وإنحراف معياري بلغ (,63196) بمستوى مرتفع . و هو ما يثبت صحة جزئية للفرضية الفرعية الأولى وهذا راجع إلى :

- صعوبة تكييف القوانين وفق الحياة الشخصية أو الخطأ في تأويلها وتطبيقها .

- تغير و نمو المتطلبات المهنية الطبية .

- إنفتاح حلقة المهام الطبية العمومية و الغير المحددة ما يشكل ضغوطا مهنية و حياتية للأطباء.

- هناك قصور في مجال التسيير يتعلق بالتصميم الوظيفي لمهنة الأطباء .

- نقص في آليات الحماية و الصحة و السلامة المهنية ، نتيجة غموض بعض الأخطار وصعوبة كشفها و كذا نقص في توفر المعدات والوسائل الوقائية كون أن الوسط الصحي العمومية عامة شديد الخطورة .

الفرع الثالث: متغير مشروع المؤسسة الصحية :

حصل من خلال العشرون (20) فقرة على متوسط حسابي قدره (3,3653) وإنحراف معياري بلغ (,56273) بمستوى متوسط . هذا راجع إلى :

- الأطباء يرون بأن توقيت المناوبات غير ملائم ولا يتوفر على فترات راحة ، الامر الذي يعتبر تنظيميا في المؤسسات حسب الموارد البشرية المتاحة ، كما أن فترات الراحة لا يمكن ضبطها لتعلقها بالحالات المرضية والشدة والتعقيد .

– هناك تعثر في تسوية المخلفات المالية في مواعيدها ، نتيجة نقص الملاءة المالية أو طول الإجراءات الإدارية .

– هناك توصل بين الطاقم التقني و الإداري في تسيير المهام و الأنشطة ، كما يشعر الأطباء بتحسن في تسيير حياتهم المهنية وهذا أحد التوجهات الكبرى لمشروع المؤسسة الصحية .

– نقص في المتطلبات الشخصية للأطباء لاسيما المتعلقة بالرفاهية أثناء فترات الراحة .

– في الجانب المتعلق بالعناية بالمريض في مشروع المؤسسة فإن الأطباء يتعرضون لضغط كبير في إتمام الأنشطة و المهام و هذا راجع إلى فترات ذروة و تصميم العمل والطاقة البشرية المتاحة .

من خلال تحليل ما سبق بشكل من التدقيق فإن حداثة تطبيق مشروع المؤسسة الصحية في العديد من المؤسسات العمومية للصحة الممتد لغاية 25 سنة وقد تطول أو تقصر ، فالتنائج تكون مرحلية وتدرجية أنه يعالج القضايا الموروثة من سنوات عديدة .

المتوسط الحسابي الأعلى يعود إلى متغير تمكين الأطباء بمستوى مرتفع ، يليه متغير جودة الحياة الوظيفية بمستوى مرتفع ، ليكون المتغير مشروع المؤسسة الصحية في مستوى متوسط وهو ما يحقق الفرضية الأولى في ثلثيها (2/3) ، فلم يتحقق أن يكون لمستوى إستجابة أفراد العينة بالمؤسسات محل الدراسة المستوى المرتفع و كانت بمستوى متوسط .

المطلب الثاني: مناقشة نتائج إختبار الفرضية الفرعية الثانية

التساؤل الفرعي الثاني : هل هناك علاقة خطية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ≥0,05 بين تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة ؟

الفرضية الفرعية الثانية : هناك علاقة خطية ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ≥0,05 بين تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة ؟

1- تبدي جميع المتغيرات نوعاً من الإرتباط يتدرج من القوي إلى الضعيف وفق الجدول (4-35) مما يقدم ملامح مبدئية حول إحتمالية العلاقة الخطية بين متغير تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية .من خلال تحليل النتائج الجزئية في العلاقات بين المتغيرات و أبعادها بشكل تقاطعي ، تكون العلاقات المتحصل عليها :

- أقوى معاملات الإرتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **عند مستوى معنوية ≥0,05** تلك المسجلة من خلال الجداول (4-36) و (4-39) هي بين أبعاد تمكين الأطباء و متغير جودة الحياة الوظيفية و أبعاد جودة الحياة الوظيفية و متغير جودة الحياة الوظيفية على التوالي ، ما يدعم إحتمالية وجود علاقة خطية بينهما .

- معامل الإرتباط سبيرمان براون من خلال الجدول (4-37) بين أبعاد جودة الحياة الوظيفية دال إحصائيا **عند مستوى معنوية ≥0,05** مع مشروع المؤسسة الصحية لكنها من المستوى الضعيف، والحال ذاته مع أبعاد تمكين الأطباء مع ذات المتغير فكانت النتائج المتحصل عليها من خلال

الجدول (4-38) متقاربة في ضعف الإرتباط مع كونه دال إحصائيا . في إشارة إلى علاقة غير مباشرة بين جودة الحياة الوظيفية ، تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية .

2- تمت المعايرة الخطية و معالجة التباين من خلال تحليل ANOVA و ظرورة التحكيم في طبيعة العلاقة بين مختلف المتغيرات ، لاسيما تلك التي سجلت معامل تحديد متقارب ، أما البقية تستثنى .

- من خلال تحليل الجداول (4-39)، (4-40)، (4-41)،(4-42) فإنه تم تحسس العلاقة بين متغير تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية تبعاً لعلاقة الإرتباط الدالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 رغم كونها ضعيفة ، والفصل بين النماذج المحتملة ، وجد رياضياً أنه يمكن أن تصاغ وفق معادلة الإنحدار الخطي البسيط ، بعد التأكد من أن الإنحدار غير معنوي لبقية النماذج المنحنية.

- من خلال الجداول (4-43)، (4-44)، (4-45) ، (4-46) فإنه تم تحسس العلاقة بين متغير جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية تبعاً لعلاقة الإرتباط الدالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,05 رغم كونها ضعيفة وأقوى من سابقتها ، وجد رياضياً أنه يمكن أن تصاغ وفق معادلة الإنحدار الخطي البسيط ، بعد التأكد من أن الإنحدار غير معنوي لبقية النماذج المنحنية.

- من خلال النتائج المتحصل عليها في الجداول (4-49) إلى غاية (4-60) المتظمنة تحليل التباين لمختلف النماذج الخطية و المنحنية أين كان تقارب كبير في النتائج الرياضية المتحصل عليها، حيث أن النموذج الخطي كان معامل التحديد الذي يمثل نسبة تمثيل تمكين الأطباء بالنسبة لجودة الحياة الوظيفية (60,0 %) و مساوية للنماذج Quadratic و Cubic ، لكن بالنظر لقيمة (F) للنموذج الخطي Linear كانت (248,765) و معنوية عند مستوى دلالة (0,01)، في حين

نجد أن النماذج Quadratic و Cubic كانت قيم (F) على التوالي (123,639) و (123,643)، هذه القيم التي تعد منخفضة مقارنة بالنموذج الخطي . كما أن قيمة البواقي تنخفض بشكل كبير لا تعوض درجة الحرية (df1) المفقودة ، و التي إرتفعت من قيمة (1)في النموذج الخطي إلى القيمة (2) للنماذج Quadratic و Cubic .

بالإضافة إلى معنوية (t) ، فإن معامل تمكين الأطباء غير دال إحصائيا لكلتا النموذجين Quadratic و Cubic بقيم (0,306) و (0,925) على التوالي ، فهو أكبر من 0,05 ، ما يدل على أن الإنحدار غير معنوي **عند مستوى معنوية 0,05**. مما يحقق أفضلية للتكون العلاقة بين تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية خطية .

بالنسبة للنماذج Logarithmic و Inverse هناك انخفاض في قيم معامل التحديد حيث كانت قيمها (59,4 %) و (57,5%) على التوالي ، و حقق معامل (F) قيمة (242,740) لنموذج Logarithmic و (224,417) لنموذج Inverse وهو ما يقدم أفضلية للنموذج الخطي على النماذج الأخرى. مع بقاء درجة الحرية على حالها ، إلا أن البواقي إنخفضت مقارنة بالنموذج الخطي .

حققت النماذج Compound ، S، Growth، Exponential ، Logistic ، نسب تمثيل جيدة عبر معامل التحديد ،بقيم (60,3%) (59,8%) (60,3%) (60,3%) (60,3%) و (60,3%) على التوالي ، وهي أكبر من النموذج الخطي الذي حقق (60,0 %) مع ثبات درجات الحرية هناك تضخم في قيمة F و إنخفاظ البواقي مالا يبرر الفارق الطفيف فالتمثيل .

بهذا يعتبر النموذج الخطي هو الأفضل تمثيل العلاقة بين تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية، وهو ما يطابق الفرضية الفرعية الثانية وصحتها .

بالتعمق أكثر في العلاقة كونها محققة وقوية ، يتم إختبار نماذج الإنحدار الخطي المتعدد بإعتبار أبعاد تمكين الأطباء متغيرات مستقلة عبر إستخدام الوسائل الإحصائية . فإنه من خلال النتائج المتعلقة بنماذج الإنحدار الخطي المتعدد القياسي ، ممثلة في الجداول (4-61) ،(4-62)، (4-63) يتبين بأن بعد التدريب و الدافعية الأقل تمثيلا و إرتباطاً جزئياً ، مما يدعي بشكل إحصائي أخراجهم من العلاقة من أجل جودتها ، ومن ناحية أخرى هي تعبير عن ضعف الإستجابة للعينة تجاههم . النتائج نفسها تمت بطريقة تفضيلية وآلية من الناحية الإحصائية من خلال الإستبعاد التدريجي لهما عبر نموذج الإنحدار الخطي المتعدد التدريجي وفق نتائج الجداول (4-64)، (4-65)، (4-66) .

بالإظافة إلى أن هناك إستقرار تدريجي على خط الإنحدار للبواقي يتضح من خلال معاينة الأشكال الممثلة (4-12) (4-14) و نقص في القيم المتطرفة مع بقاءها ضمن التوزيع الطبيعي من خلال الأعمدة البيانية (4-11) و(4-13) .

المطلب الثالث : مناقشة نتائج إختبار الفرضية الفرعية الثالثة

التساؤل الفرعي الثالث : هل هناك علاقة خطية متعددة ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ≤0,05 بين تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة ؟

الفرضية الفرعية الثالثة: هناك علاقة خطية متعددة ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ≤0,05 بين تمكين الأطباء ، جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية بالعينة محل الدراسة؟

تم إعتبار المتغيرين تمكين الأطباء و مشروع المؤسسة الصحية كمستقلة مع المتغير التابع جودة الحياة الوظيفية ، بغرض التعرف على مساهمة متغير مشروع المؤسسة الصحية في العلاقة الخطية البسيطة و المتعددة بين تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية . من خلال النتائج الإحصائية المتحصل عليها في الجداول (4-67)، (4-68) ، وجد أن هناك علاقة خطية متعددة بين المتغيرات الثلاث ، رغم الإسهام البسيط لمشروع المؤسسة الصحية في قوة العلاقة التي إرتفعت من (60,0 %) إلى (63,8 %) في درجة التمثيل من خلال معامل التحديد و معامل الإرتباط بنسبة تقارب (4,0 %) ، رغم كونها بسيطة إلا أنها تبقى دالة إحصائيا عند مستوى المعنوية أقل من 0,05 و عدم تواجد مشكلتي المصاحبة أو التعددية الخطية .

في خطوة أكثر تفصيلا ، على إعتبار أن أبعاد تمكين الأطباء متغيرات مستقلة و من أجل التأكد من مساهمة مشروع المؤسسة الصحية في العلاقة ، تم إدخالهم كمتغيرات مستقلة في النماذج موضحة في الجدول (4-69) بطريقة الإنحدار المتعدد التدريجي لإنتقاء النموذج الأكثر تمثيلا للعلاقة موضحة في الجدول رقم (4-70) حيث تم إستبعاد المتغيرين (البعدين) التدريب و

الدافعية مع الإبقاء على مشروع المؤسسة لتحقيقة إرتباط جزئي دال إحصائيا عند مستوى معنوية 0,05 . فمن خلال الجدول رقم (4-71) أين تم تفضيل النماذج حسب درجة التمثيل و المساهمة و الإرتباط ، يتضح أنه في النموذج الثالث (03) بإدخال مشروع المؤسسة الصحية إرتفاع بنحو (5,0 %) في قوة العلاقة و درجة التمثيل حيث إنتقل معامل التحديد من (61,3 %) في النموذج الثاني (02) إلى (66,6 %) ، كما نسجل بقاءه في النموذج النهائي رقم (04) أين إرتفع معامل التحديد في العلاقة إلى (68,4 %) ، فتم تحسين النموذج الظابط للعلاقة إنطلاقاً من النموذج الأول (01) بقيمة معامل تحديد يقدر بـ (42,0 %) النموذج الرابع (04) بقيمة معامل تحديد (68,4 %) أي أن مشروع المؤسسة الصحية مع المتغيرات الأخرى المدخلة ساهمو في قوة العلاقة بين تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية .

لذا فإن الفرضية الفرعية الثانية صادقة وفق ما تم التحصل عليه إحصائيا ، فهناك علاقة خطية بسيطة بين متغير تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية ، كما أن هناك علاقة خطية متعددة بين تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية و مشروع المؤسسة الصحية ، حيث يعتبر هذا الأخير متغير داعم بشكل غير مباشر في العلاقة ما لم يتم إختبار وسيطيته . حيث أن المتغير الوسيط يؤدي دورين هما التابع والمستقل في الوقت نفسه وله تأثير غير مباشر [1].

بمعاينة الأشكال و الرسوم التوضيحية ، نجد هناك إستقرار أكبر للبواقي على خط الإنحدار البياني بالمقارنة بين الشكل (4-16) و (4-18) حيث أنه طابقت البواقي خط الإنحدار في الشكل الأخير ، و كذا نقص أكبر في القيم المتطرفة تحت منحنى التوزيع الطبيعي من خلال الأعمدة البيانية (4-15) و (4-17) .

[1] عبد الناصر السيد عامر ، مرجع سابق ، ص 93

خلاصة :

أستخدمت الأساليب الإحصائية من أجل التأكد علاقة تمكين الأطباء بجودة الحياة الوظيفية في ظل تطبيق مشروع المؤسسة الصحية بالجزائر ، بالإستعانة بمستويات الإستجابة على الإستبانة في العينة محل الدراسة ، حيث سجلت المتغيرات الثلاث علاقة إرتباط إحصائي بمعامل سبيرمان براون ، الأمر الذي إدعى التعمق أكثر في تبيان طبيعة العلاقة رياضياً و إتجاهها . عبر إستخدام تقنيات المعالجة الإحصائية بين ثنائيات المتغيرات الثلاث ومن ثم أبعادهم الممثلة التي أدخلت كأبعاد مستقلة في الدراسة بغرض معرفة شدة العلاقة وقوة الإرتباط الخطي البسيط والمتعدد.

أبدى متغيري تمكين الأطباء و جودة الحياة الوظيفية إرتباطاً طردياً قويا وعلاقة خطية بسيطة في كلياتها و متعددة مع الأبعاد ، في حين سجل إدخال متغير مشروع المؤسسة الصحية إسهاماً طيفاً في قوة العلاقة و حجم التمثيل .

خاتمـــــــــة

خاتمة :

مشروع المؤسسة الصحية بنقاطه وتوجهاته العريضة الذي لا يزال قيد المراحل الأولى فيه بعد تجربة يمكن الحكم عليها كفترة تحضيرية ، تؤسس لأنماط تسيير وتعامل استشفائية ، ترتكز على تمكين الأطباء كونهم هرم السلطة التقنية وذوي الخبرات المطلوبة في السياسة الصحية ، له آليات عملية قابلة للتطبيق والمعالجة وأيضا التحيين ، كما أنه يضم الكثير من الوفرات التي تستهدف تنمية جودة الحياة الوظيفية كأرضية للعمل الصحي وتثمينا للعنصر البشري ، في البيئة الشديدة الخطورة ، من أجل ضمان بعدين أساسيين ، أولهما جودة الحياة الوظيفية وثانيهم جودة الحياة الصحية .

لذا فإن تمكين الأطباء وما أثبتته الدراسة من علاقة نحو جودة الحياة الوظيفية ومشروع المؤسسة ، يعتبرون من أهم المكاسب المحققة مبدئيا في المؤسسات العمومية للصحة ، فجودة الحياة الوظيفية وتمكين الأطباء هما في علاقة نظير ومنعكس من الناحية الادبية . حيث أن تمكين الأطباء في المؤسسات العمومية للصحة من خلال التشريعات المجسدة جزئيا عبر آليات مشروع المؤسسة الصحية يحقق جودة حياة وظيفية معتبرة في الوسط الصحي ، في المقابل أن جودة الحياة الوظيفية هي مغزى لمشروع المؤسسة الصحية عبر تمكين الأطباء .

نتائج الدراسة :

بعد الخوض في طبيعة العلاقة رياضيا والتي تنعكس ميدانيا فإن أبعاد تمكين الأطباء لها علاقة وثيقة بجودة الحياة الوظيفية ، فمن الطبيعي هم هرم السلطة الوظيفية في المؤسسات العمومية للصحة يسترشدون بتوجيهاتهم ويقودون الفرق والأنشطة الصحية ، كما أن لهم تكوينا في

مجال التسيير الاستشفائي وكفاءة تؤهلهم على قدرة التسيير وممارسة الأنشطة المتعلقة بالتسيير لاسيما القيادة والتخطيط ، لذا فإن تمكين الأطباء يرتبط بجودة الحياة الوظيفية للاعتبارات التالية :

– تمكين الأطباء يتعلق بممارسة السلطة الوظيفية التي من شأنها التأثير على جودة الحياة الوظيفية ، لاسيما فيما يتعلق بفرق العمل من ناحية هيكلتها ، توزيعها ، مهامها وأنماط العمال ، وهاا تأثير مباشر تبعا للعلاقة المباشرة للأطباء مع الفرق الطبية .

– يتيح تمكين الأطباء من خلال عضوية المجالس التعرف على متطلبات عمال الصحة بمختلف رتبهم وإيصال انشغالاتهم المهنية .

– للأطباء القدرة على معالجة المسائل المهنية التقنية والعلمية دون بلوغها مستوى الإدارة .

– بإمكان الأطباء التحكم في التدفق بدرجة كبيرة عبر معالجة وفرز الحالات المرضية التي تقع ضمن نطاق اختصاصهم مما يوفر أريحية أكبر في أداء المهام للعملية الصحية التي تتعلق ببقية المستخدمين .

– فئة الأطباء هي الأدرى بخصوصيات كل سلك ورتبة في المؤسسات العمومية للصحة ، في شقي المتطلبات والمهام ، كما أن لهم البدائل الأكثر ملائمة في تلبية احتياجات المستخدمين .

– يتعلق تمكين الأطباء بتوفير جو عمل ملائم كونهم يملكون نظرة صادقة نابعة من الواقع الذي يعايشونه بشكل يومي رفقة زملائهم ومرؤوسهم .

– تمكين الأطباء ينتج حلولا طبيعية تتعلق بجودة الحياة الوظيفية ، تبعا لجودة الخدمة الصحية التي يشرفون عليها .

كما ترتبط أبعاد تمكين الأطباء بجودة الحياة الوظيفية في علاقات مباشرة :

– تفويض السلطة : للأطباء لها علاقة مباشرة بجودة الحياة الوظيفية ، كونها تنمي جانب الولاء والالتزام لديهم ، وتمنح الحرية في تسيير المهام مما يحقق أريحية بعيدا عن الضغوط المهنية التي تعتبر عاملا مؤثرا بشكل كبير في جودة الحياة الوظيفية . كما أن تفويض السلطة يضع الأطباء أمام تحمل تبعات قرارات وتحمل المسؤوليات بذلك ينتج مظهر ايجابي يتعلق بالمشاكل المهنية .

– التدريب : هو جزء أصيل من جودة الحياة الوظيفية ، ويضطلع الأطباء به فهو يوفر معارف ومكتسبات تفيد الجانب المهني بالدرجة الأولى ، يحس من خلاله الاهتمام ويمكن من تقديم خدمات أفضل التي تؤثر على طبيعة العمل في المؤسسة ككل ، كما أن التدريب يضفي حيوية على الأنشطة والمهام الصحية .

المشاركة في صناعة القرار : تعد من أهم عوامل توفر جودة الحياة الوظيفية للأطباء فهم بحاجة إلى تجسيد أرائهم وتحقيق رؤيتهم في الميدان ، فالمشاركة في القرارات هي تعبير عن تجسيد لما يطمح له الأطباء في الجانب المهني ، وتنتج حياة مهنية انتقائية أو معدلة من صنعهم .

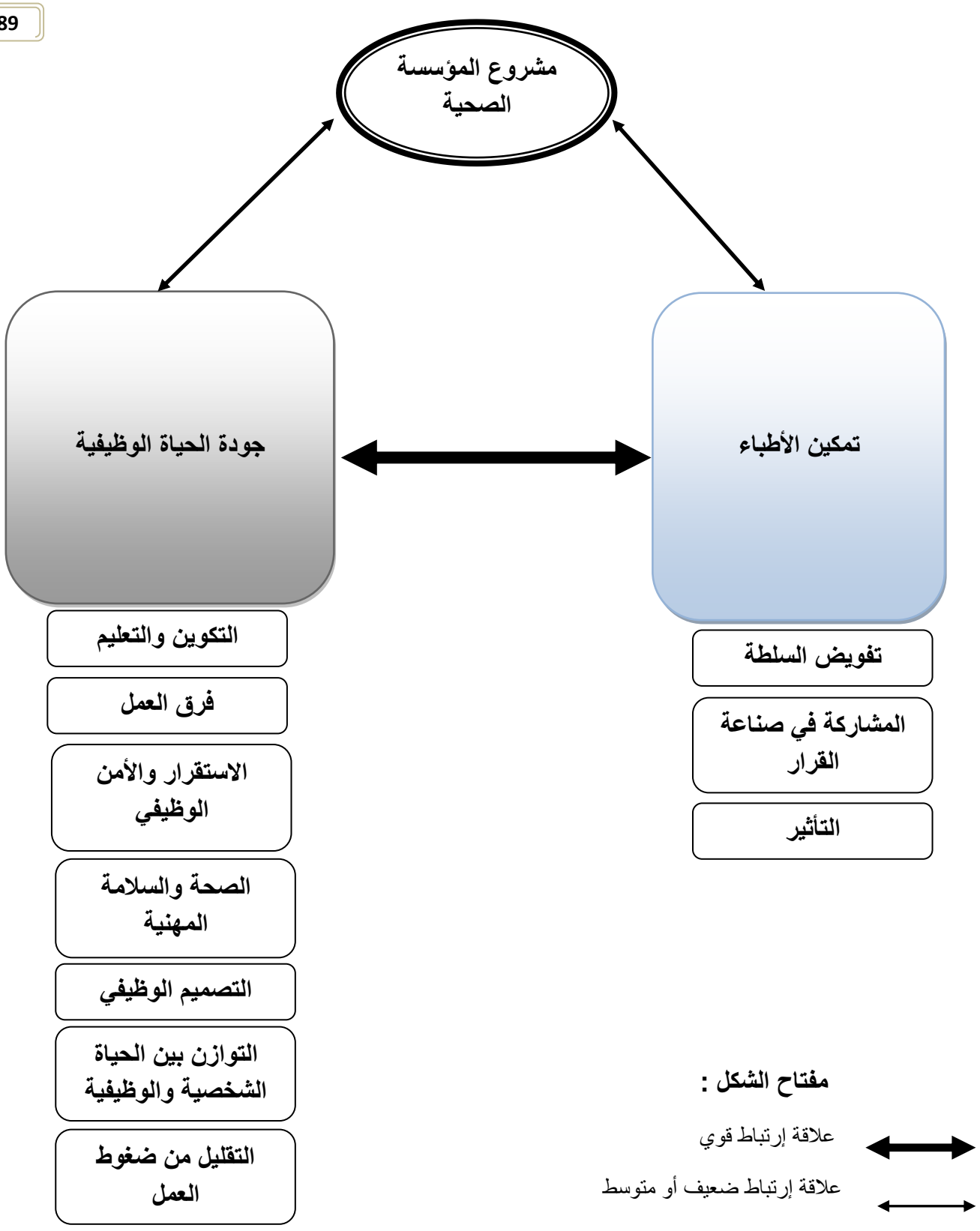
– التأثير : هو حوصلة عوامل شخصية ومهنية يشعر من خلالها الأطباء بمكانتهم في التنظيم ، كلما ارتفع هذا الشعور كان له منعكس ايجابي على جودة الحياة الوظيفية باعتباره تعبيرا عن الرضا وتحقيق الذات .

– الدافعية : هي مؤشر عن الالتزام ومظهر من مظاهر جودة الحياة الوظيفية وترتبط بها .

أما العلاقة الثلاثية بين تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية ومشروع المؤسسة تظهر بأنها مركبة أو معقدة لكنها في الواقع تسير في اتجاه واحد ومكملة لبعضها ، حيث أن جوهر مشروع المؤسسة يستهدف جودة الحياة الوظيفية كأحد النتائج المنبثقة عنه باستخدام أدواته والتي من بينها تمكين الأطباء ، فهو يحتوي على وفرات تمكن من حصول جودة حياة وظيفية معتبرة كما أن له وسائل

تجسد تمكين الأطباء ، لاسيما من خلال اعتماده على الفريق وعمل الجماعات وأيضا اللجان التقنية ، الأمر الذي قد يجعل من جائحة كورونا أثرت على الإستجابة للعينة محل الدراسة ، لعلاقة الجائحة العالمية بجودة الحياة الوظيفية و تمكين الأطباء ، ما يتطلب دراسات منفصلة ومتخصصة.ما يطرح فكرة دراسة نوع وطبيعة العلاقة بينهم التي تظهر في الميدان لا تمتلك صيغة وغير مقيسة أو ذات مؤشرات ، لكنها محققة على أرض الواقع .

وعليه بعد معرفة طبيعة العلاقات بين المتغيرات و إنتقاء الأبعاد الممثلة لها من ناحية درجة الإسهام في قوة العلاقة و تحديدها ، يمكن إعتماد النموذج التالي البديل ، وفقاً لنتائج الدراسة :


مشروع المؤسسة الصحية
جودة الحياة الوظيفية
تمكين الأطباء
التكوين والتعليم
فرق العمل
الاستقرار والأمن الوظيفي
الصحة والسلامة المهنية
التصميم الوظيفي
التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية
التقليل من ضغوط العمل
تفويض السلطة
المشاركة في صناعة القرار
التأثير
مفتاح الشكل :
علاقة إرتباط قوي
علاقة إرتباط ضعيف أو متوسط

مقترحات :

من خلال تفحص العلاقة بين تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية في ظل تطبيق مشروع المؤسسة الصحية الطموح ، نحو ارساء قواعد يمكنها أن تكون منطلقا نحو جودة الخدمة الصحية، حيث تبين أن هناك علاقات ارتباط بين هذه المتغيرات ، سواء كانت آلية أو بيئة أو ناتجا لهما ، من هذا المنطلق نسدي بعض المقترحات في هذا الجانب الضيق :

– ضرورة الاهتمام أكثر بايجاد صيغ وحلول واقعية لتكييف التدريب مع المتطلبات الضرورية للطاقم الطبي بالموازة مع التطورات الحديثة في المجال .

– إضفاء صفة الرسمية على آليات تمكين الأطباء بصفة وظيفية ، تحقق عدم التداخل في الصلاحيات اعتامدا على تدريب في مجالات التسيير الصحي .

– ايجاد صيغ تمكن من تخصص الأطباء في مجال المانجمت العمومي الصحي ، بكيفيات مناسبة .

– اعتماد مدونة للطبيب المسير وكذا مدونة جودة الحياة الوظيفية في الوسط الصحي .

– اثراء مشروع المؤسسة الصحية من خلال وضع لجنة وطنية للمتابعة والتقييم .

– تنمية روح الدافعية بمزيد من الحوافز والرفع من جودة الحياة الوظيفية للأطباء .

أفاق الدراسة :

اعتمادا على مخرجات الدراسة النوعية ، نرى بأنها تفتح أفاقا نحو :

– التعمق في طبيعة العلاقات التي تربط الأبعاد الأكثر تمثيلا لاسيما تفويض السلطة ، والاستثمار في نتائجها المتعلقة بجودة حياة الأطباء الوظيفية .

– تحليل الصيغ الرياضية الممثلة للعلاقات الناشئة بين أبعاد تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية بالمؤسسات العمومية للصحة ، لفهم تأثيراتها المباشرة والغير مباشرة .

– ادخال متغيرات أخرى قد تزيد بشكل ملحوظ وتقوي العلاقة بين تمكين الأطباء وجودة الحياة الوظيفية بالمؤسسات العمومية للصحة .

– دراسة مدى اسهام مشروع المؤسسة الصحية في مجالات دراسة أخرى وظيفية للأطباء بالمؤسسات العمومية للصحة .

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

أولاً: باللغة العربية حسب الترتيب الأبجدي

- **الكتب بالغة العربية :**

- أحمد الرفاعي غنيم، نصر محمود صبري, تعلم بنفسك التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام SPSS. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ، الأردن ، دون سنة .

- أحمد خليلي ، إدارة التنظيم غير الرسمي في المنظمات المعاصرة ، منشورات ألفا للوثائق ، الطبعة الأولى ، قسنطينة ، 2020.

- أحمد محمد نور، محاسبة التكاليف لاغراض القياس في بيئة التصنيع المعاصرة، الدار الجامعية، مصر، 2004

- أدم سميث ، بحث في أسباب وطبيعة ثروة الأمم ، ترجمة حسني زينه ، معهد الدراسات الاستراتيجية ، الطبعة الأولى، بغداد ، أربيل ، بيروت ، 2008.

- أسامة ربيع أمين. التحليل الإحصائي للتغيرات المتعددة باستخدام برنامج SPSS، كلية التجارة، جامعة المنوفية ، دون سنة .

- أنس عبدو شكشك ، فلسفة الحياة دراسة الفكر والوجود ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، عمان ، 2099 ، الطبعة العربية الأولى ، الاصدار الأول ، 2009 .

- أنس محمد عبد الغفار ، التزامات الطبيب تجاه المريض ، دار شتات للنشر والبرمجيات ، دار الكتب القانونية ، مصر – الامارات ، بدون سنة .

- أيمن النحاس ومحسن هلال ، مبادئ الإدارة ، ط1 ، مكتبة الوفاء القانونية (الإسكندرية ، 2009 م) .

- باتريشيا شو ، كريس اليوت ، بولي اسحاق سون ، اليزابيث مورفي : تحسين الجودة والأداء في الرعاية الصحية –أداة من أجل التعلم المبرمج – ، ترجمة طلال بن عابد الأحمدي ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2007.

- بشير العلاق ، مبادئ الإدارة ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، الطبعة العربية ، عمان ، 2008 .

- بوحفص مباركي ، العمل البشري ، دار الغرب للنشر والتوزيع ، الطبعة الثانية مزيدة ومنقحة، الجزائر ، 2004.

- تشارلز فليبس ، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة والرعاية الصحية والتأمين الصحي (المسار الأمريكي) ، ترجمة جلال البنا ، المجلس الأعلى للثقافة ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، 2003.
- ثريفر يونغ، إدارة المشاريع ، ترجمة سامي تيسير سلمان ، بيت الأفكار الدولية ، توزيع مؤسسة المؤتمن للتجارة ، الرياض ،1418 هـ.
- ج–كورتوا ، الطريق إلى القيادة وتنمية الشخصية ، ترجمة سالم العيسى ، منشورات دار علاء الدين ، الطبعة الاولى ، دمشق ، 1999.
- جوزيف جابلونسكي ، إدارة الجودة الشاملة، ج2، ترجمة عبد الفتاح السيد النعماني، سلسلة إصدارات بمبك (4)، مركز الخبرات المهنية للإدارة بمبك، القاهرة، 2006.
- حامد سوادي عطية : العملية الادارية ، معارف نظرية ومهارات تطبيقية ، بدون دار نشر ، دون بلد ، بدون سنة .
- حذيفة تقي الدين الخطيب ، التمكين ، أسسه وأساليبه ، دراسة بلاغية تطبيقية ، دار الكتب الوطنية ، الطبعة الأولى ، أبوظبي ، 2009.
- حسين عبد الحميد أحمد رشوان ، القيادة ، دراسة في علم الاجتماع النفسي والاداري والتنظيمي، مؤسسة شباب الجامعة ، الاسكندرية ، 2010.
- حسين موسى قاسم البنة ، نعمة عباس الخفاجي : إستراتيجية التمكين التنظيمي لتعزيز فاعلية عمليات إدارة المعرفة ،دار الأيام للنشر والتوزيع ، الطبعة العربية، عمان 2014.
- حمدي علي الفرماوي ، جودة الحياة في جوهر الانسان ، المؤتمر السنوي السادس – جودة الحياة – ، مركز الارشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، دار المنظومة ، مصر ، 2016.
- حنان بنت عبد الرحيم الاحمدي ، سلامة المرضى وجودة الرعاية الصحية ، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث ،الإدارة العامة للطباعة والنشر ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2017
- حياة غزال ، إعادة تصميم الهيكل التنظيمي و مقاومته كتغيير تنظيمي ، دار الأيام للنشر و التوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان 2018.
- خليل محمد الشماع، مبادئ الإدارة مع التركيز على إدارة الأعمال ، دار الكتب للطباعة والنشر، ط1، الموصل ، 1999.
- راغب أحمد راغب ، الإدارة الصناعية ، دار البداية ناشرون وموزعون ، الطبعة الأولى، عمان ، 2010.
- رعد الصرن ، إدارة الجودة الشاملة (مدخل الوظائف والأدوات) دار ومؤسسة رسلان للطباعة والنشر والتوزيع ، دمشق ، سنة 2016 .

- ريتشارد ك. توماس ، تخطيط الخدمات الصحية ، ترجمة سهير عبد الرحمن هجرس ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ،الإدارة العامة للطباعة والنشر ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2015 .

- زكريا مطلك الدوري ، أحمد علي صالح ، إدارة التمكين واقتصاديات الثقة في منظمات الألفية الثالثة ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان ،2008 .

- سالم بن سعد القحطاني ، القيادة الإدارية ، بدون دار نشر ، بدون توزيع ، الرياض ، 2016 .

- ستيفن موريس ، نانسي ديلفن ، ديفيد باركن ، التحليل الاقتصادي في الرعاية الصحية ، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ، مكتبة الملك فهد الوطنية، المملكة العربية السعودية ،2013 .

- سلوى السيد عبد القادر ، محمد عباس إبراهيم : الأنثروبولوجيا الإقتصادية ، الجزء الأول ، مداخل نظرية و تطبيقات ميدانية ، طبع ونشر وتوزيع دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر ، 2017.

- سيد محمد جاد الرب ، جودة الحياة الوظيفية(QWL) في منظمات الأعمال العصرية ، مطبعة العشري، مصر ،2008.

- صالح حسن الداهري ، أساسيات علم النفس الاداري ونظرياته ، دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع ، الطبعة العربية الاولى،عمان ، 2015.

- طارق عبد الرؤوف عامر ، إيهاب عيسى المصري : الضغوط المهنية و ضغوط العمل ، مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع ، الطبعة الأولى ، القاهرة ، 2018.

- طلال بن عابد الأحمدي ، إدارة الرعاية الصحية ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث،الإدارة العامة للطباعة والنشر ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2004 .

- طلال بن عابد الأحمدي ، التنظيم في المنظمات الصحية ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2011.

- عايد الوريكات ، علم الإجتماع الطبي ، دار وائل للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان،2011.

- عبد الحميد عبد المجيد البلداوي ، أساليب الاحصاء للعلوم الاقتصادية وإدارة الأعمال ، مع استخدام برنامج SPSS ، دار وائل للنشر ، الطبعة الأولى ، 2009 ، عمان .

- عبد المنعم عبد الحي ، السلوك الإجتماعي لعمال الصناعة ، أسس وتحليلات نظرية مع دراسة ميدانية ، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر ، الطبعة الأولى ، الإسكندرية ، 2018.

- عبد الناصر السيد عامر ، نمذجة المعادلة البنائية للعلوم النفسية والاجتماعية ، الأسس والتطبيقات والقضايا ،الجزء الأول ، دار جامعة نايف للنشر ، الرياض ، 2018 .

- عبد الناصر السيد عامر ، نمذجة المعادلة البنائية للعلوم النفسية والاجتماعية ، الأسس والتطبيقات والقضايا ، الجزء الأول ، دار جامعة نايف للنشر ، الرياض ، 2018 .

- عبد الناصر السيد عامر ، نمذجة المعادلة البنائية للعلوم النفسية والاجتماعية ، الأسس والتطبيقات والقضايا ، الجزء الثاني ، دار جامعة نايف للنشر ، الرياض ، 2018 .

- عصام محمود حسن هانتش ، ابراهيم جابر السيد أحمد ، إدارة الضغوط ومعادلة التوترات ، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع ، دار الجديد للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، دسوق ، الجزائر ، 2019 .

- علي السلمي ، إدارة الموارد البشرية ، دار غريب للطابعة والنشر والتوزيع ، مكتبة الإدارة الجديدة ، القاهرة ، 1998.

- العياشي زرزار ، بوشمال عبد الغني ، منشورات ألفا للوثائق ، الطبعة الأولى، قسنطينة ، 2020.

- فاروق السعيد جريل ، مصطفى السعيد جبريل ، ابراهيم ابراهيم أحمد : المدخل إلى علم النفس، عامر للطباعة والنشر ، المنصورة ، 2003 .

- كامل بربر ، إدارة الموارد البشرية – اتجاهات وممارسات ، دار المنهل اللبناني ، دون طبعة ،، دون بلد دون سنة.

- كيرت دار ، الاخلاقيات في غدارة الخدمات الصحية ، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ،الإدارة العامة للطباعة والنشر ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2017 .

- لجنة التأليف والترجمة ، الإحصاء باستخدام SPSS ، شعاع للنشر والعلوم ، سوريا ، 2007.

- لوآن آدي ، تشارلز بيجلي ، دافيد ليرسون ، كارل سيلتر ، تقويم نظام الرعاية الطبية – الفاعلية والكفاءة والإنصاف – ، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ،الإدارة العامة للطباعة والنشر ، مكتبة الملك فهد الوطنية ، المملكة العربية السعودية ، 2000 .

- ماجد سليمان دودين ، أبحاث في العلوم الانسانية والاجتماعية ، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى، بدون بلد 2012.

- مجيد الكرخي ، مؤشرات الأداء الرئيسية ، دار المناهج للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان، 2015.

- محمد الجوهري ، أحمد زايد ، أمال عيد الحميد ، هناء الجوهري ، فاتن أحمد علي ، عالية حبيب، فوزي عبد الرحمن ، علم الاجتماع الاقتصادي ، الطبعة الأولى ، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان ، 2009 .

- محمد الفاتح محمود بشير المغربي ، إدارة الموارد البشرية ، دار النشر للجامعات ، الطبعة الاولى، 2013 ، مصر .

- محمد بن زياد الدغيلبي ، التمكين الإداري في مؤسسات التعليم العالي ، دار الحامد للنشر والتوزيع ،الطبعة الأولى 2018 ، عمان .

- محمد حسين قاسم ، اثبات الخطأ في المجال الطبي ، دار الجامعة الجديدة ، الاسكندرية ، 2016 .

- محمد سرور الحريري ، أنظمة إدارة الإنتاج الحديثة والمتقدمة – مدخل إستراتيجي ، دار المنهجية للنشر والتوزيع ، بدون طبعة ، عمان ، بدون سنة .

- محمد سرور الحريري ، إدارة المؤسسات الحكومية والعامة ، الأكاديميون للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان ، 2016 .

- محمد شامل بهاء الدين فهمي ، الإحصاء بلا معاناة ، المفاهيم مع التطبيقات باستخدام برنامج SPSS ، الجزء الأول. مركز البحوث ، الرياض ،2005 .

- محمد نسيم علي سويلم، التوأمان الكفاءة والفاعلية ، دار جوانه للنشر والتوزيع ، القاهرة، مصر. 2016

- محمد نصر الدين الدراملي ، إدارة المشروعات ، دار غيداء للنشر والتوزيع ، الطبعة الاولى، عمان ،2017 .

- محمد هاني محمد ، الإدارة الاستراتيجية الحديثة ، دارالمعتز للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان،2015.

- محمود السيد أبو النيل، الإحصاء النفسي والاجتماعي والتربوي – سلسلة علم النفس.دار النهضة العربية للطباعة والنشر. بيروت، 1987.

- مصطفى عبد العظيم فرماوي ، السياسة الاجتماعية وإدارة المؤسسات ، مكتبة الانجلو المصرية للنشر ، الطبعة الاولى ، القاهرة ، 2005.

- موسى أحمد خير الدين ، إدارة المشاريع المعاصرة ، دار وائل للنشر والتوزيع ، الطبقة الثانية، عمان ، 2014 .

- نبيل جمعة صالح النجار، الإحصاء التحليلي مع تطبيقات برمجية SPSS ، دار الحامد للنشر و التوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان ،2015 .

- نظام موسى سويدان وعبد المجيد البرواري، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان،2008.

- نعيم عبد الوهاب شلبي ، إدارة الضغوط الحياتية من منظور اجتماعي معاصر ، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، المنصورة ، مصر ، 2015

- نور الدين حاروش ، إدارة الموارد البشرية ، دار الأمة للطباعة والنشر ، الطبعة الثانية ، الجزائر ، 2016.

- هنري أرفون ، فلسفة العمل ، ترجمة عادل العلاوا ، منشورات عويدات ، بيروت ، باريس ، الطبعة الثانية ، 1989 .

- يحيا سليم ملحم ، التمكين كمفهوم إداري معاصر ، بحوث ودراسات المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، بدون دار نشر ، بدون بلد ، بدون سنة.

- **رسائل وأطروحات :**

- ألاء عبد الرحمن رفيق البشتاوي ، جودة الحياة وعلاقتها باختلاف أعراض الفصام لدى عينة من مراجعي عيادات الطب النفس الخاصة في عمان ، رسالة ماجستير ، علم النفس ، كلية الدراسات العليا ، الجامعة الاردنية ، آب ، 2015 .

- خليل إسماعيل إبراهيم ماضي،جودة الحياة الوظيفية وأثرها على مستوى الأداء الوظيفي للعاملين،أطروحة دكتوراه،كلية التجارة،جامعة قناة السويس ،مصر ،2014.

- سعدي لامياء ، أهمية الأرغومونيا التصحيحة في التخفيف من حوادث العمل ، دراسة ميدانية لتصحيح مركز المراقبة (الحراسة) في مؤسسة سونطراك ، رسالة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم ، جامعة الجزائر 02 ، 2012 .

- مروان حسن البربري، دور جودة الحياة الوظيفية في الحد من ظاهرة الاحتراق الوظيفي لدى العاملين،رسالة ماجستير ، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، جامعة الأقصى ،فلسطين،2016.

- **المجلات والدوريات والنشريات باللغة العربية**

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية : القانون رقم 18-11 مؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 02 يوليو سنة 2018 ، عدد 46

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية : المؤرخة في 03 جمادى الأولى عام 1428 هـ الموافق لـ 20 مايو سنة 2007 م ، العدد 33 .
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية : المؤرخة في 09 ذو القعدة عام 1401 هـ الموافق لـ 08 سبتمبر 1981م، العدد 36 .
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية : المؤرخة في 10 شعبان عام 1418 هـ الموافق لـ10 ديسمبر سنة 1997م، العدد 81 .
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية : المؤرخة في 12 ذو الحجة عام 1430 هـ الموافق 29 نوفمبر سنة 2009 ، العدد 70 .
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية : المؤرخة في 14 ذو الحجة عام 1385 هـ الموافق 05 ابريل سنة 1966 م ، العدد27 .
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية : المؤرخة في 15 جمادى الثانية عام 1412هـ الموافق 22 ديسمبر سنة 1991 ، العدد 66 .
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية : المؤرخة في 23 جمادى الثانية عام 1428 هـ الموافق لـ 08 يوليو سنة 2007 م ، العدد 44، .
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية : المؤرخة في 27 جمادى الأولى عام 1405 هـ الموافق 17 فبراير 1985 م ، العدد 08 .
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية : المؤرخة في 28 ربيع الثاني عام 1429 هـ الموافق 04 مايو سنة 2008 . العدد 23 .
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 02 شعبان عام 1439 هـ الموافق 18 أبريل سنة 2018 م ،العدد 22
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 04 رمضان 1398 هـ الموافق 08 غشت 1978 ، العدد 32
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 05 جمادى الأولى عام 1442 هـ الموافق 20 ديسمبر 2020، العدد 77
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 08 جمادى الثانية عام 1408 هـ الموافق 27 يناير 1988، العدد 04

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 09 ذي الحجة عام 1441 الموافق 30 يوليو سنة 2020 ،العدد 44

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 14 جمادى الثانية عام 1424 الموافق 13 غشت سنة 2003 ،العدد 48

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 20 جمادى الثانية عام 1427هـ، الموافق 16 يوليو سنة 2006 ، العدد 46

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 24 رمضان عام 1403 هـ الموافق 05 يوليو سنة 1983،العدد 28 .

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 25 شعبان عام 1433 هـ الموافق لـ 15 يوليو سنة 2012 م ، العدد 41

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 26 ذو القعدة عام 1402 هـ الموافق 14 سبتمبر سنة 1982،العدد 37 .

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 26 رمضان عام 1443 الموافق 27 أبريل سنة 2022 ،العدد 30

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، المؤرخة في 15 جمادى الأولى عام 1442هـ، الموافق 30 ديسمبر سنة 2020 ، العدد 17

- أحمد صدقي الدجاني ، مفهوم العولمة وقراءة تاريخية للظاهرة ، جريدة القدس، 2/6 /1998م.

- بن خالد عبد الكريم، جودة حياة العمل في المنظمات الاستشفائية وأثرها تنمية الثقافة التنظيمية لدى الموظفين، مجلة الحقيقة، العدد41، جامعة إدرار ، الجزائر، 2017.

- بوادو فاطيمة ، أثر أبعاد جودة الحياة الوظيفية في تحسين الأداء الوظيفي للعاملين بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين حركيا – تيسيمسيلت– ، مجلة شعاع للدراسات الإقتصادية ، المجلد 06 ، العدد 02 ، جامعة تيسيمسيلت ، 2022

- عبد الرحمن برقوق ، هدى درنوني ، الالتزام التنظيمي (المفهوم، الأبعاد والنتائج) ، مجلة علوم الإنسان والمجتمع ، المجلد 03، العدد 05، جامعة محمد خيضر ، بسكرة ، 2014

- عبد الستار محروس عبد الستار،القيادة الخادمة مدخل لتحسين جودة الحياة الوظيفية للعاملين ،المجلد السادس و العشرون،العدد فبراير،الجزء الأول كلية التربية ،جامعة الفيوم ، القاهرة،2020.
- كريمة نايت عبد السلام ، أهمية التربية الصحية في تحسين طبيعة اتجاهات المرضى المزمنين نحو السلوك الصحي ، مجلة دراسات في علم نفس الصحة ، المجلد الثاني ، العدد الثالث، جامعة الجزائر 02 ، 2017 .

- محمد مقداد ، مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية ، عدد خاص ، الملتقى الدولي حول المعاناة في العمل ، العدد 03 ، المجلد 03، ص-ص : 1-15 ، 2010 .
- ياسر عبد الجواد ، مقاربتان عربيتان للعوامة ، المستقبل العربي عدد 252 شباط 2000.

- **قواميس وموسوعات باللغة العربية :**

- حبيب الصحاف ، معجم إدارة الموارد البشرية ، عربي –انجليزي ، مكتبة لبنان ناشرون ، الطبعة الأولى ، بيروت ، 1997.
- المنجد في اللغة العربية المعاصرة : دار المشرق بيروت ، الطبعة الثانية ، توزيع المكتبة الشرقية ، لبنان ، 2001.
- نبيه غطاس : معجم مصطلحات الإقتصاد و المال و إدارة الأعمال ، الطبعة الأولى ، طبعة جديدة ، مكتبة لبنان ، لبنان، 2000 .

ثانياً: باللغات الأجنبية حسب الترتيب الألفبائي

- **الكتب بالغات الأجنبية :**

- Griffen,Ricky, "Management;2nd. Edition, (Boston: Mifflin Company), 1987.
- Jean Rédis , Finance entrepreneuriale , le créateur d'entreprise et les investisseurs en capital ,éditions De Boeck Université , 1er édition , Imprimé en Belgique , Bruxelles , 2009.

- Khosrowpour, M. (2001), "Managing information technology in a global economy", USA: Idea Group Publishing (IGP).
- Lahlou KHIAR GHENIMA , dictionnaire de droit des obligations ,éditions ENAG , Alger ,2018 .
- Michel BELANGER , Droit international humanitaire général , Imprimerie moderne de bayeux , 2eme édition , Gualino éditeur , EJA , Paris ,2006 .

- Wayne Mondy & Shane R. Premeaux : Management Concepts, Practices and Skills, Seventh Edition, New Jersey, Engle Wood Cliffs, Prentice Hall Inc, 2007.

- **رسائل وأطروحات باللغات الأجنبية :**

- D. VINOT ,Le projet d'etablissement à l'hopital : de la formalisation du concept à son instrumentation , these de doctorat en Sciences de gestion ,universite Jean mouline , Lyon 3,1999.
- Sarah Adel Moneim El Ariane , Neghbborhood Urban Quality of Life , Guidelines for Urban Planning and Development of New Asseement Tool , A Thesis Submitted to the Faculty of Engineering , Cairo University , DOCTOR OF PHILOSOPHY in ARCHITECURE ,GIZA , EGYPT , 2012 .

- **المجلات والدوريات والنشريات باللغات الأجنبية**

- Ministere de la SPRH : manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalière , réalise dans le cadre des activités du PASS-UE.DZ , convention de financement Enpi/2008-19658.
- République et canton de GENEVE : Département de I'nstruction publique, Direction générale de l'enseignement primaire ,Directive, le 08 octobre 2008 .

- **قواميس وموسوعات باللغة العربية :**

- Dictionnaire larousse , français –Anglais , Library of Congress , Diffusion/Sales Houghton Mifflin Company , Boston, 2007.
- Zahir BATTACHE , Lexique du droit algérien , éditions ENAG , alger , 2018

مواقع انترنت :

https://calc-web.com/sample_size_calculator

https://select-statistics.co.uk/calculators/sample-size-calculator-population-proportion/

https://www.calculator.net/sample-size-calculator.html

https://www.checkmarket.com/sample-size-calculator/

https://calc-web.com/sample_size_calculator

الملاحـــــق

الملحق رقم : 01

رسالة المهمة رقم 121 المؤرخة في 20 أفريل 2014

الوزيـــر

رقم : 121 بالجزائر، في : 20 أفريل 2014

رسالة مهمة

المرسل إليهم :

السيدة و السادة مدراء الصحة و السكان.

مواصلة لمتابعة تقييم تطبيق النقاط الأربعة و العشرين و ضمن نشاط شامل و متزامن يهدف إلى تحسين فرص حصول مرتفقي الصحة على العلاج، تحسين الأوضاع الاجتماعية المهنية و المنازعات المالية المتراكمة في مؤسسات الصحة، قررت وضع ثلاثة خطط عمل و أكلفكم بوضوح بتطبيقها :

1) تتمثل الخطة الأولى في تسوية أوضاع الحياة المهنية لمهنيي الصحة التي تتمثل في نهاية الفصل الثاني من سنة 2014 بالتكفل بـ 95 % من حالات و أوضاع المنازعات المتعلقة بالترقية في الدرجات و الترقية في الرتب لمهنيي الصحة؛

2) تتعلق الخطة الثانية بالتصفية المالية التي ستؤدي في نهاية الفصل الثاني من سنة 2014 إلى دفع 80 % من ديون الصيدلية المركزية للمستشفيات و معهد باستور الجزائر العاصمة التي على عاتق مؤسساتنا الصحية؛

3) ستسمح الخطة الثالثة في نهاية الفصل الثاني من سنة 2014، بتسهيل الحصول على فحوصات طبية متخصصة، بنسبة 95 % من بين الطلب المحلي، بالخصوص طب أمراض النساء و التوليد و الجراحة العامة.

بيد أنه، سيتم عقد اجتماعات دورية أترأسها في أواخر شهري جوان و سبتمبر، بغية تقييم التقدم المحرز في كل من الخطط الثلاث المعلن عنها في منشوري رقم 01 المؤرخ في 16 أفريل 2014.

أود أن يتم تنفيذ هذه المهمة التي كلفتكم بها بدقة و في الآجال المحددة.

علاوة على ذلك، أطلب منكم إرسال تقرير مرحلي مفصل حول تطبيق الخطط الثلاث للمفتشية العامة، قبل 25 جوان 2014.

وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

عبد المالك بوضياف

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
01

الملحق رقم 02 :

مذكرة رقم 01 الوضع حيز التنفيذ لمشروع المؤسسة الصحية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

الوزيـــر

رقم :

بالجزائر، في :

السادة مدراء الصحة و السكان

للتبليغ :

- مدراء المؤسسات العمومية للصحة.

مذكرة رقم ٥٨ مؤرخة في 16 أفريل 2014

المتعلقة بوضع حيز التنفيذ مشروع مؤسسة، لوحة القيادة و مؤشرات التسيير

مواصلة للجهود التي ترمي لعصرنة تسيير و مناجمنت مؤسسات الصحة، سيكون من دون أدنى شك لعملية دعم هياكلها بأدوات و آليات أثر إيجابي على تطوير النشاطات و التكفل بالأعمال التي التزم بها.

يستلزم وضع عقد إنجاز الأنشطة حيز التنفيذ المنصوص عليه في مذكرتي رقم 06 المؤرخة في 08 جانفي 2014 و المنشور رقم 05 المؤرخ في 30 يوليو 2013، المتعلق بإعادة تأهيل المرافق العمومية للصحة، آليات أساسية تتمثل في مشروع مؤسسة، لوحة القيادة و مؤشرات التسيير.

تمثل هذه الأدوات مرجع تقييم لكل التدابير التي تعتزمون اتخاذها من أجل تعزيز خطة عملكم المتعلقة بالموضوع.

فضلا عن ذلك، فإن ديناميكية تحديث التسيير، ستمكن مسيرينا من اكتساب وسائل للمتابعة و تقويم النشاطات المبرمجة.

من المؤكد أن هذه الإمكانية تعطي أيضا أهمية لأنشطة المسيرين و توفر لهم أفضل الطرق لتحقيق اقتصاديات و تفادي أمور غير متوقعة بما في ذلك الأخطاء المتعلقة بالتسيير.

اعتبارا لما سبق ، يشرفني أن أطلب منكم الشروع، قبل نهاية شهر مايو، في تجسيد هذه المسألة، و تطوير أدوات ومؤشرات للقياس و الفعالية و ذلك بوضع حيز التطبيق:

- مشروع مؤسسة؛
- لوحة قيادة للتسيير؛
- مؤشرات للتسيير تتعلق خاصة بالمدة، التكلفة، النوعية والكمية.

يتوجب بمجرد جمع المعلومات الخاصة بهذه الآليات، تجدون نماذج منها في طيه من باب التوجيه، إحالتها للمديرية العامة لمصالح الصحة و إصلاح المستشفيات و للمفتشية العامة،

يبقى بطبيعة الحال عقد إنجاز الأنشطة هو المرجع الأساسي للمعلومات التي تملأ فضاء هذه الآليات.

علاوة على ذلك، أود أن أوضح لكم أن مشروع المؤسسة، المعد على العموم لمدة سنتين، و لسنتي 2014-2015 يتوجب أن يستند على الخطط التالية (ثلاث خطط) :

- 1) خطة عمل لتصفية أوضاع الحياة المهنية لمهنيي الصحة.
- 2) خطة عمل للتصفية المالية فيما يخص ديون الصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد باستور الجزائر العاصمة.
- 3) خطة عمل لتسهيل الحصول على فحوصات طبية خارجية و العلاج داخل الهيكل الإستشفائي.

يتوجب برمجة جلسات تقييم مخصصة لهذا الموضوع خلال الاجتماع الأسبوعي مع مدير الصحة للولاية، مع التذكير على وجوب إحالة نسخة من محضر كل اجتماع، على المفتشية العامة بوزارتنا.

أولي اهتماما بالغا لتطبيق هذه المذكرة.

وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

عبد المالك بوصناف

الملحق (1) : **مؤشرات متعلقة بالفعالية (النوعية)**

المصالح	عدد الأسرة	نسبة الوفيات	نسبة إعادة القبول	نسبة التحويل	نسبة انتشار عدوى المستشفيات	ملاحظات
المجموع						

وزارة الصحة والسكان

مؤشرات متعلقة بالأنشطة

المصالح	عدد المرضى الذين تم قبولهم	عدد أيام الإقامة الإستشفائية	نسبة شغل الأسرة	معدل مدة الإقامة	نسبة دوران الأسرة	ملاحظات
المجموع						

الملحق (2) :

لوحة قيادة تسيير مؤسسة

السنة :.....الفصل :.....						
المؤشرات	الأهداف المحددة	النتائج المحققة	الفارق	ترجمة الفوارق	تصحيح و قرارات	مجموع نهاية الفصل
1) المالية و المحاسبة : - نسبة استهلاك الإعتمادات حسب طبيعة النفقات - نسبة تحصيل الإرادات بالمقارنة مع التوقعات - نسبة الالتزامات حسب طبيعة النفقات بالمقارنة مع الإعتمادات المفتوحة						
2) تسيير الموارد البشرية : - نسبة الغياب - عدد الترقيات الداخلية / التعداد - عدد المناصب المفتوحة - نسبة تصفية المستحقات - عدد الأعوان الذين تلقوا تكوينا - عدد الأعوان الذين برمج تكوينهم - عدد النزاعات التي تم حلها / العدد الإجمالي للنزاعات. - عدد حالات المنازعات بالمؤسسة.						

3) تسيير الوسائل : - تكلفة يوم التغذية - تكلفة التبييض / لكل مريض - تكلفة التحويل - استهلاك الوقود اليومي - نسبة حدوث عطل/ عدد السيارات المستعملة - تكلفة الصيانة اليومية - تكلفة الصيانة اليومية للسيارات - نسبة تلبية الطلبيات - نسبة المفقودات بالنسبة للأشياء التي تم توصيلها للمصالح					
4) تسيير المرضى : - نسبة إستهلاك الأدوية/ لكل مصلحة و لكل يوم و لكل مريض - نسبة نهاية الصلاحية - قيمة مخزون الأدوية في لأيام الإستهلاك - عدد المرضى الراضين عن ظروف الإقامة، التغذية، التكفل/ عدد المرضى الذين كانوا محل استبيان - نسبة إعادة قبول المرضى - نسبة تحويل المرضى - نسبة الوفيات في كل مصلحة					
5) متابعة المشاريع : - نسبة تحقيق المشروع - تأخر مسجل بالمقارنة مع الآجال - نسبة تقدم الأشغال - نسبة استهلاك الإعتمادات - التكلفة الأولية/ التكلفة المعاد تقييمها					

خطة عمل/ لوحة القيادة

نقطة الذروة	مؤشرات الفعالية	الأهداف الواجب تحقيقها	أنشطة واجب القيام بها في وقت محدد مع تحمل المسؤولية	مؤشرات التوجيه، المتابعة و التصحيح

الملحق (3) :

نموذج موجز لمشروع مؤسسة

(مرتكز على مشاريع المصلحة)

(من باب التوجيه)

1) التعريف بالمؤسسة.
2) مراجع المصادقة على المشروع.
3) تحديد أولويات الصحة، العلاج، و التسيير.
4) الأهداف:

- تحسين الاستقبال و الأمن :

✓ إعادة النظر في إجراءات استقبال المرضى؛
✓ تحديد إجراء داخلي لتحسين فرص الحصول على العلاج و الفحوصات الطبية الخارجية؛
✓ تعزيز نوعية مسارات العلاج؛
✓ تعزيز مكافحة عدوى المستشفيات؛
✓ تعزيز الأمن الداخلي.

- تعبئة مهنيي الصحة :

✓ تحسين ظروف العمل؛
✓ تحسين راحة فريق المناوبة؛
✓ تطوير التسيير التنبؤي للمهن و الكفاءات؛
✓ تصفية أوضاع الحياة المهنية لمهنيي الصحة؛

- ضمان الفعالية لخدمة المريض :

✓ تحسين تنظيم العلاج؛
✓ وضع نظام حاسوبي داخلي؛
✓ تحديث لوجيستيك المستشفيات و هياكل الصحة؛
✓ وضع حيز التنفيذ خطة للصيانة؛

- ✓ تحسين الرقابة الداخلية
- ✓ تطوير تسيير مصالح الصحة؛
- ✓ ضمان التوازن للميزانية؛
- ✓ ضمان التصفية المالية؛
- ✓ تطوير مؤشرات التسيير؛
- ✓ وضع لوحات قيادة للتسيير حيز التنفيذ.

- هذه الأهداف، المقدمة من باب التوجيه، ينبغي أن تكون، مؤرخة، مرقمة و مقيمة وفقا لخصوصية كل مؤسسة. يتم وضعها بالطبع في خطة العمل مع تدابير التقييم والتعديل و تمثل المؤشرات مرجعهم الأساسي.

  يستند مشروع المؤسسة أساسا على الأهداف، خطط العمل، لوحات القيادة و المؤشرات المعدة على مستوى كل مؤسسة.



الملحق (4)

منهجية لتنفيذ خطط العمل الثلاث

من الضروري متابعة تنفيذ الأهداف الأساسية لهذه الخطط الثلاث عن طريق تقنيات "لين مناجمنت"(انسياب المناجمنت)، و المتمثلة في :

- ✓ التعرف على أسباب عدم استخدام وعدم تطبيق إجراء معين، على سبيل المثال، ذاك المتعلق بالترقية الداخلية أو تسديد الديون.
- ✓ التعرف على المشاكل الرئيسية باستخدام تقنية الرسم التخطيطي.
- ✓ اختيار خطة للمتابعة والتقرير مع التنفيذ والمتابعة.
- ✓ تصنيف الأسباب حسب النوع وأهمية.
- ✓ إيجاد حل عن طريق تقنية توافق الوظيفة أو المسؤولية.
- ✓ تحديد استراتيجية - خطة العمل.

تجدون مرفق في طيه نماذج لجداول، أعدت انطلاقا من مخطط رسم تخطيطي.

الولاية : .....

مديرية الصحة والسكان : .....

المؤسسة : .....

خطة تسوية أوضاع الحياة المهنية

الفئات	طبيعة المشكل	سبب التأخير	الإجراءات التي يتوجب اتخاذها	الأنشطة و المسؤولين المعنيين	الجدول الزمني	التقييم

الولاية : .....

مديرية الصحة والسكان : .....

المؤسسة : .....

خطة التصفية المالية (لاسيما ديون الصيدلية المركزية للمستشفيات و معهد باستور الجزائر العاصمة)

طبيعة المشكل المطروح	المؤسسة المعنية	سبب تأخير سداد الديون	الإجراءات التي يتوجب اتخاذها	الأنشطة و المسؤولين المعنيين	الجدول الزمني	التقييم

الولاية : .....

مديرية الصحة والسكان : .....

المؤسسة : .....

خطة تسهيل فرص الحصول على العلاج
(الفحوصات الطبية المتخصصة، العمليات الجراحية، طب أمراض النساء و التوليد)

التخصص المعني	طبيعة الصعوبات	الإجراءات التي يتوجب اتخاذها	المهام و الأنشطة و تحمل المسؤولية	الجدول الزمني	التقييم (الفارق و التصحيح)	التقييم

الملحق رقم : 03

أداة الدراسة

إستبيان معروض على السادة الأطباء العموميون ، يندرج ضمن دراسة بحثية لدكتوراه الطور الثالث بعنوان :

علاقة تمكين الأطباء بجودة الحياة الوظيفية في ظل تطبيق مشروع المؤسسة الصحية

ضع علامة (X) أمام العبارة التي تعبر أو تقارب رأيكم

الوظيفة	طبيب عام		جراح أسنان عام		ممارس أخصائي		أستـــاذ
الأقــدمية	من 0 إلى 10 سنوات		من 11 إلى 20 سنة		من 21 إلى 30 سنة		أكثر من 30 سنة
الســـن	من 25 إلى 35 سنة		من 36 إلى 45		أكثر من 45		
الجنـــس	أنثـــــى		ذكـــــــر				
الحالة العائلية	أعـــــزب		متـــــزوج				

01/ جودة الحياة الوظيفية للأطباء

	العبـــــــارة	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غيرموافق تماما
01	تولي الإدارة أهمية كبيرة لبرامج التكوين والتعلم					
02	الإطار العام لبرامج التكوين يتميز بالملائمة للمشاركين					
03	هناك مزج بين التكوين الإداري والتقني					

04	تتميز فرق العمل بجو عالي من التحفيز والمناخ المناسب للعمل					
05	يساهم العمال والمستخدمون في تجاوز المشكلات المتعلقة بالعمل					
06	هناك جو من التعاون والتضامن بين أفراد فريق العمل					
07	هناك طمأنينة عند تنفيذ مهامك					
08	لديك شعور بالاستقرار في العمل بالمؤسسة					
09	توفر المؤسسة الحماية الكافية في مواجهة المشاكل المهنية					
10	تهتم الإدارة بصحة وسلامة العمال					
11	توفر الإدارة إجراءات الوقاية والسلامة المهنية					
12	تقوم الإدارة بالمتابعة الدورية الصحية					
13	تعتبر المهام الوظيفية واضحة وسلسة					
14	هناك تلاءم بين قدراتك وكفاءاتك و المهام المسندة					
15	تمنح المؤسسة حرية في أداء المهام					
16	تراعي المؤسسة الحياة الشخصية في تخطيط الوظائف					
17	يتاح لكم وقت كافي لقضائه مع الأسرة					
18	تعطي المؤسسة رخصة تغيب للتكفل بأحد أفراد الأسرة					
19	توفر المؤسسة برامج الرفاهية الاجتماعية					
20	تعالج التظلمات والشكاوى بالسرعة الكافية					
21	تراعي الإدارة فترات الذروة بالمرافقة اللازمة					

22	هناك شعور بالفخر والانتماء للمؤسسة					
23	التعليمات والتوجيهات تطبق بالصرامة الواجبة					
24	تهتم لسمعة المؤسسة					

02/ تمكين الأطباء

	العبـــــــارة	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غيرموافق تماما
01	تفوضني الإدارة سلطات كافية لانجاز مهام وظيفتي					
02	تثق الإدارة في قدرتي على أداء المهام الموكولة إلي					
03	لا يمارس رؤسائي الصلاحيات المفوضة إلا خلال فترة التفويض					
04	تمنحني الإدارة المرونة المناسبة للتصرف في أداء مهامي					
05	تتبنى المنظمة خطة واضحة للتدريب					
06	توفر لي المنظمة دورات تدريبية لتطوير مهاراتي					
07	تشجع المنظمة الموظفين على تبادل الخبرات فيما بينهم					
08	تكون محاور التدريب وفق الاحتياجات					
09	أتواصل بسهولة مع رئيسي بالعمل					
10	أساهم في وضع الاهداف المتعلقة بوظيفتي					
11	تتقبل الادارة ملاحظاتي المتعلقة بأدائها					
12	أشارك في أشغال اللجان التقنية و الإدارية في					

	مايخص شؤون عملي					
13	أملك صلاحية أتخاذ القرار في الامور البسيطة والروتينية					
14	أملك صلاحية مواجهة الامور الطارئة المتعلقة بوظيفتي					
15	تتناسب صلاحياتي مع حجم مسؤولياتي					
16	لدي الحرية في وضع الحلول المتعلقة بموقع العمل					
17	أسعى دائما لتحقيق الانجاز الافضل في وظيفتي					
18	أشعر بأهمية وظيفيتي وموقعي الوظيفي في المستشفى					
19	الاهتمام بمبادراتي ومقترحاتي يدفعني لتطوير ادائي					
20	أسعى إلى تطوير الأنشطة الصحية					

03/ مشروع المؤسسة الصحية

	العبـــــــارة	**موافق تماما**	**موافق**	**محايد**	**غير موافق**	**غيرموافق تماما**
01	تتوفر فترة المناوبة فترات راحة					
02	توقيت و برنامج المناوبة عادل و ملائم					
03	ترى بأن برنامج المناوبة ملائم					
04	تسدد المستحقات المالية في وقتها					
05	تتم الترقيات في الدرجات في حينها					
06	هناك تحسن في تسيير حياتك المهنية					
07	تتواجد السبل الكافية للإستعلام حول الملف المهني					

08	يتم تسوية المخلفات المالية العالقة للسنوات الماضية					
09	الترقية في الرتبة تتم سنويا					
10	وسائل العمل متاحة دون نقص مؤثر					
11	هناك تواصل بين الوحدات الطبية والادارية					
12	أنماط العمل أصبحت أكثر تنظيما					
13	يتوفر مكان العمل على المتطلبات الشخصية					
14	تنجز الأعمال والأنشطة في حينها دون تأجيل					
15	هناك تحسن في التكفل بالحالات المرضية					
16	حجم المهام يتلائم مع تشكيلة الفرق					

نشكر لكم فائق إهتمامكم و جودة آراءكم مع رجاء تقبل تحياتي

الملحق رقم : 04 – إختبار Kolmogorov-Smirnov للتوزيع الطبيعي

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		متغير تمكين الأطباء	تفويض	التدريب	المشاركة	التأثير	الدافعية	متغير جودة الحياة الوظيفية	التكوين	فرق	الاستقرار	الصحة	التصميم	التوازن	ضغوط	الالتزام	متغير مشروع المؤسسة الصحية	الإستبيان ككل
N		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Normal Parameters[a,b]	Mean	4,1600	4,1583	4,0750	4,1250	4,2167	4,2250	4,1389	4,1778	4,0778	4,2333	4,0333	4,0444	3,9889	4,1778	4,3778	3,3979	3,9483
	Std. Deviation	,48466	,57791	,66030	,78715	,53229	,54674	,52469	,85201	,87836	,55467	,75986	,64762	,97668	,64168	,61109	,60339	,50585
Asymp. Sig. (2-tailed)		,200[c,d]	,200[c,d]	,200[c,d]	,084[c]	,020[c]	,200[c,d]	,072[c]	,001[c]	,000[c]	,024[c]	,009[c]	,200[c,d]	,002[c]	,005[c]	,000[c]	,116[c]	,200[c,d]

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test 2

		متغير تمكين الأطباء	تفويض	التدريب	المشاركة	التأثير	الدافعية	متغير جودة الحياة الوظيفية	التكوين	فرق	الاستقرار	الصحة	التصميم	التوازن	ضغوط	الالتزام	متغير مشروع المؤسسة الصحية	الإستبيان ككل
N		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Uniform Parameters[a,b]	Minimum	2,95	2,50	2,50	1,50	3,25	3,00	2,83	1,67	2,33	3,00	2,33	2,67	1,33	2,67	3,00	1,81	2,65
	Maximum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,19	4,78
Asymp. Sig. (2-tailed)		,038	,001	,009	,000	,162	,028	,021	,000	,000	,028	,016	,033	,000	,002	,000	,003	,023

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test 4

		متغير تمكين الأطباء	تفويض	التدريب	المشاركة	التأثير	الدافعية	متغير جودة الحياة الوظيفية	التكوين	فرق	الاستقرار	الصحة	التصميم	التوازن	ضغوط	الالتزام	متغير مشروع المؤسسة الصحية	الإستبيان ككل
N		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Exponential parameter.[a,b]	Mean	4,1600	4,1583	4,0750	4,1250	4,2167	4,2250	4,1389	4,1778	4,0778	4,2333	4,0333	4,0444	3,9889	4,1778	4,3778	3,3979	3,9483
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

الملحق رقم : 05

الثبات بطريقة التجزءة النصفية

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,680
		N of Items	10[a]
	Part 2	Value	,704
		N of Items	10[b]
	Total N of Items		20
Correlation Between Forms			,681
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,810
	Unequal Length		,810
Guttman Split-Half Coefficient			,805

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,769
		N of Items	12[a]
	Part 2	Value	,653
		N of Items	12[b]
	Total N of Items		24
Correlation Between Forms			,862
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,926
	Unequal Length		,926
Guttman Split-Half Coefficient			,920

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,917
		N of Items	8[a]
	Part 2	Value	,775
		N of Items	8[b]
	Total N of Items		16
Correlation Between Forms			,443
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,614
	Unequal Length		,614
Guttman Split-Half Coefficient			,597

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,943	60

الملحق رقم : 06

التحليل العاملي و التشبعات للأبعاد الممثلة لمتغير تمكين الأطباء

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,808	56,164	56,164	2,808	56,164	56,164
2	,801	16,028	72,191			
3	,556	11,120	83,312			
4	,468	9,369	92,681			
5	,366	7,319	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix[a]

	Component
	1
تفويض	,629
التدريب	,767
المشاركة	,780
التأثير	,790
الدافعية	,769

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

الملحق رقم : 07

التحليل العاملي و التشبعات للأبعاد الممثلة لمتغير جودة الحياة الوظيفية

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,674	45,926	45,926	3,674	45,926	45,926	2,605	32,566	32,566
2	1,058	13,221	59,147	1,058	13,221	59,147	2,126	26,581	59,147
3	,852	10,656	69,803						
4	,677	8,459	78,262						
5	,545	6,813	85,075						
6	,443	5,534	90,610						
7	,426	5,323	95,933						
8	,325	4,067	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix[a]

	Component	
	1	2
التكوين	,680	,495
فرق	,586	,603
الاستقرار	,718	,018
الصحة	,640	-,257
التصميم	,725	-,384
التوازن	,562	,122
ضغوط	,786	-,001
الالتزام	,696	-,469

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 2 components extracted.

الملحق رقم : 08

التحليل العاملي و التشبعات للفقرات الممثلة لمتغير مشروع المؤسسة الصحية

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,521	28,257	28,257	4,521	28,257	28,257	3,269	20,430	20,430
2	2,661	16,629	44,887	2,661	16,629	44,887	2,969	18,556	38,987
3	1,491	9,322	54,208	1,491	9,322	54,208	2,435	15,222	54,208

Component Matrix[a]

	Component		
	1	2	3
تتوفر فترة المناوبة فترات راحة	,584	,336	-,371
توقيت و برنامج المناوبة عادل و ملائم	,622	,402	-,175
ترى بأن برنامج المناوبة ملائم	,510	,417	-,336
تسدد المستحقات المالية في وقتها	,677	,365	-,306
تتم الترقيات في الدرجات في حينها	,541	,271	,514
هناك تحسن في تسيير حياتك المهنية	,554	,240	-,373
تتواجد السبل الكافية للإستعلام حول الملف المهني	,432	,148	,409
يتم تسوية المخلفات المالية العالقة للسنوات الماضية	,486	,278	,419
الترقية في الرتبة تتم سنويا	,509	,321	,157
وسائل العمل متاحة دون نقص مؤثر	,506	,132	,478
هناك تواصل بين الوحدات الطبية والادارية	-,473	,505	-,112
أنماط العمل أصبحت أكثر تنظيما	-,468	,595	,072
يتوفر مكان العمل على المتطلبات الشخصية	-,431	,517	,214
تنجز الأعمال والأنشطة في حينها دون تأجيل	-,524	,594	,127
هناك تحسن في التكفل بالحالات المرضية	-,567	,485	,062
حجم المهام يتلائم مع تشكيلة الفرق	-,560	,513	-,188

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 3 components extracted.

الملحق رقم : 09

التحليل العاملي و التشبعات لمتغيرات الدراسة

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,145	71,502	71,502	2,145	71,502	71,502
2	,636	21,212	92,715			
3	,219	7,285	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix[a]

	Component
	1
متغير تمكين الأطباء	,884
متغير جودة الحياة الوظيفية	,916
متغير مشروع المؤسسة الصحية	,725

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Abstruct:

The significance of conducting this study is to clarify the nature of the relationship between doctors' embowerment and the quality of work life in light of the application of the health etablishement project in the public health etablishements under study. Depending on the dimensions representative of the variables that have relevance and confidence in the subject and the direction of the study, while examining the nature of the relationships between them in terms of correlation strength and linearity.

Proceeding from the problematic for which hypotheses were formulated, previous studies were used in the same axis, to form the theoretical framework related to the empowerment of doctors, the quality of work life and the health etablishement project in terms of broad outlines and integrated trends among them, foundation and relationship. As for the practical side, where was the study population determined, which consisted of practicing doctors at the level of a sample of public health etablishements in Algeria in several states, the number of study members was (297) individuals, and accordingly the sample size was (168) individuals.

After collecting the data by questionnaire in the time frame specified for the sufficiency of the sample, the analysis was after the manual unloading process in the Statistical Package for Social Sciences SPSS v23. Where the data was processed and the validity of the tool was verified with the study of the various relationships and their calibration. Depending on the statistical indicators, it started with arithmetic averages and standard deviations to know the levels of response, then moved to tests of correlation, plurality and linear accompaniment as a condition for the validity of linear relationships, then moved to tests of variance ANOVA to find out the proportion of representation between variables, down to tests of multiple linear relationships, by manual method through regression model Standard multiple linear, automated via stepwise multiple linear regression model.

The most important results of these tests were the presence of a high level of doctor empowerment represented in the dimensions (delegation of authority, training, participation in decision-making, influence, motivation). And an average level of the quality of work life represented in the dimensions (training and education, work teams, stability and job security, health and safety Professionalism, job design, balance between personal and work life, reducing work stress, organizational commitment). And also an average level of the health etablishement project. There is also a direct and linear relationship between empowering doctors, quality of work life and health institution project. There was a multiple linear relationship between the dimensions of doctor's empowerment and the health etablishement project with the quality of work life, as the study led to the indirect contribution of the health institution project variable to the relationship of doctor's empowerment with the quality of work life, with a weak correlation recorded for the training and motivation dimensions.

Keywords: empowering doctors, quality of work life, health establishment project, simple and multiple linear regressions.