

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية: العلوم الإقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم: علوم التسيير

التغيير التنظيمي وأثره على تحسين جودة الخدمات في المؤسسات  
الصحية الجزائرية

- دراسة حالة -

مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علوم التسيير

تخصص: إدارة الأعمال

إشراف الدكتور:

زبيري رابح

إعداد الطالب:

حمادو عبد الله

السنة الجامعية: 2015/2014

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية: العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم: علوم التسيير

التغيير التنظيمي وأثره على تحسين جودة الخدمات في المؤسسات  
الصحية الجزائرية

- دراسة حالة -

مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علوم التسيير

تخصص: إدارة الأعمال

إعداد الطالب:

حمادو عبد الله

أمام اللجنة المشكلة من:

رئيس

جامعة البليدة 2

أستاذ

خضراوي ساسية

مشرفا ومقررا

جامعة الجزائر 3

أستاذ

زييري رابح

عضوا مناقشا

جامعة البليدة 2

أستاذ محاضر أ

مراكشي محمد لمين

عضوا مناقشا

جامعة البليدة 2

أستاذ محاضر أ

بن نذير نصر الدين

السنة الجامعية: 2015/2014



ذَٰلِكَ بِأَنَّ اللَّهَ لَمْ يَكُ مُغَيِّرًا نِّعْمَةً أَنْعَمَهَا عَلَىٰ قَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا  
مَا بِأَنفُسِهِمْ وَأَنَّ اللَّهَ سَمِيعٌ عَلِيمٌ ﴿٥٣﴾

سورة الأنفال، الآية: 53 ﴿



# إهداء

إلى أعمز ما أملك في الدنيا ...

أمي الحبيبة وأبي الحبيب حفظهما الله وأطال في عمرهما

إلى من عشت معهم أسعد لحظاتي ...

إخوتي و أخواتي

إلى شريكة العمر.

إلى عائلتي الكبيرة وجميع الأهل والأقارب.

إلى كل أصدقائي وزملائي الأحباء.

إلى كل من ساعدني في إنجاز وإتمام هذا العمل وتمنى لي

التوفيق والنجاح.

أهدي لكم جميعا هذا العمل.



# شكر وتقدير

الحمد لله الذي وفقنا لإنجاز وإتمام هذا العمل، والشكر الأول والأخير لله على فضله وكرمه سبحانه وتعالى عزّ و على والصلاة والسلام على حبيبنا وسيّدنا أشرف المرسلين محمّد صلى الله عليه وسلّم .

أما بعد يشرفني أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من وقف إلى جانبي طول مدة دراستي سواء بالمساعدة أو النصيحة أو الإرشاد وبهذه المناسبة أخص بالذكر الأستاذ الدكتور **وابع زبير** بصفته مشرفاً على هذا العمل.

كما أتقدم بالشكر والتقدير لكل إدارات وموظفي المؤسسات الصحية العمومية بولاية ورقلة محل الدراسة .

أخيراً أتقدم بالشكر للجنة المناقشة على قبول مناقشة مذكرتي ولكم مني فائق الاحترام والتقدير.

عبد الله

## ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية محل الدراسة بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. ولتحقيق هذا الهدف، تم تشخيص واقع التغيير التنظيمي وجودة الخدمات بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، ثم قمنا بتصميم استبيان وتوزيعه على عينة من العاملين (أطباء، شبه طبيين، وإداريين) في المؤسسات الصحية العمومية على مستوى ولاية ورقلة، تم اختيارهم وفقا لطريقة العينة العشوائية الطبقية التناسبية، وبالإضافة إلى ذلك أجرينا مقابلات مع إطارات المؤسسات الصحية محل الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين أبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) مجتمعة وأبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية). وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات كان من بينها ضرورة إعادة التقييم العميق والشامل لمشروع إصلاح المنظومة الصحية العمومية الجزائرية (الخارطة الصحية الجديدة) بمشاركة جميع الفاعلين في قطاع الصحة بهدف الارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية.

**الكلمات الدالة:** التغيير، التغيير التنظيمي، الخدمات الصحية، جودة الخدمات الصحية، المؤسسات الصحية الجزائرية.

## قائمة المحتويات

| الصفحة | الموضوع                                                        |
|--------|----------------------------------------------------------------|
|        | الإهداء                                                        |
|        | الشكر والتقدير                                                 |
|        | الملخص                                                         |
|        | قائمة المحتويات                                                |
|        | قائمة الجداول                                                  |
|        | قائمة الأشكال                                                  |
|        | محتويات الرسالة:                                               |
| 16     | مقدمة عامة.....                                                |
| 27     | الفصل الأول: مدخل إلى التغيير التنظيمي.....                    |
| 28     | تمهيد.....                                                     |
| 29     | المبحث الأول: ماهية التغيير التنظيمي.....                      |
| 29     | المطلب الأول: تعريف التغيير التنظيمي.....                      |
| 37     | المطلب الثاني: حتمية التغيير التنظيمي وأهميته.....             |
| 43     | المطلب الثالث: أنواع التغيير التنظيمي.....                     |
| 46     | المطلب الرابع: أهداف التغيير التنظيمي.....                     |
| 48     | المبحث الثاني: مبادئ، مراحل واستراتيجيات التغيير التنظيمي..... |
| 48     | المطلب الأول: مبادئ التغيير التنظيمي وخصائصه.....              |
| 53     | المطلب الثاني: مراحل تطبيق التغيير التنظيمي ومجالاته.....      |

|     |                                                                                |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|
| 62  | المطلب الثالث: إستراتيجيات التغيير التنظيمي.....                               |
| 65  | المطلب الرابع: نماذج التغيير التنظيمي.....                                     |
| 74  | المبحث الثالث: مقاومة التغيير التنظيمي وسبل علاجها.....                        |
| 75  | المطلب الأول: مفهوم مقاومة التغيير وأشكالها.....                               |
| 80  | المطلب الثاني: أسباب مقاومة التغيير وسبل علاجها.....                           |
| 89  | المطلب الثالث: سلبيات ومزايا مقاومة التغيير التنظيمي.....                      |
| 91  | المطلب الرابع: استراتيجيات التعامل مع التغيير التنظيمي.....                    |
| 93  | المبحث الرابع: متطلبات نجاح التغيير التنظيمي.....                              |
| 94  | المطلب الأول: دور القيادة في نجاح التغيير التنظيمي.....                        |
| 100 | المطلب الثاني: تأثير الثقافة التنظيمية على التغيير التنظيمي.....               |
| 110 | المطلب الثالث: دور الموارد البشرية في نجاح التغيير التنظيمي.....               |
| 114 | المطلب الرابع: الهيكل التنظيمي الداعم للتغيير التنظيمي.....                    |
| 119 | خلاصة الفصل.....                                                               |
| 121 | الفصل الثاني: دور التغيير التنظيمي في تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية..... |
| 122 | تمهيد.....                                                                     |
| 123 | المبحث الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية وخدماتها.....                  |
| 123 | المطلب الأول: السرد التاريخي لمفهوم المؤسسات الصحية وتعريفها.....              |
| 130 | المطلب الثاني: وظائف المؤسسات الصحية ومعايير تصنيفها.....                      |

|     |                                                                                                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 137 | المطلب الثالث: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها.....                                                  |
| 147 | المطلب الرابع: أنواع الخدمات الصحية ومعايير أدائها.....                                            |
| 152 | المبحث الثاني: الجودة في المؤسسات الصحية وطرق قياسها.....                                          |
| 153 | المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية وخصائصها.....                                              |
| 161 | المطلب الثاني: مستويات الجودة في الخدمات الصحية.....                                               |
| 163 | المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمات الصحية.....                                                      |
| 165 | المطلب الرابع: قياس الجودة في الخدمات الصحية.....                                                  |
| 174 | المبحث الثالث: إدارة الجودة الشاملة الصحية كمدخل للتغيير.....                                      |
| 175 | المطلب الأول: مدخل إلى إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.....                                 |
| 182 | المطلب الثاني: دوافع تبني فلسفة إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسات الصحية.....                     |
| 185 | المطلب الثالث: مراحل تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....                                  |
| 188 | المطلب الرابع: تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....                            |
| 193 | المبحث الرابع: مظاهر التغيير في المؤسسات الصحية وأثرها على تحسين جودة الخدمات الصحية.....          |
| 193 | المطلب الأول: ضرورة التغيير على مستوى المؤسسات الصحية.....                                         |
| 195 | المطلب الثاني: دوافع التغيير في المؤسسات الصحية.....                                               |
| 197 | المطلب الثالث: أنواع التغيير في المؤسسات الصحية.....                                               |
| 199 | المطلب الرابع: مجالات التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية..... |

|     |                                                                                                                              |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 206 | .....خلاصة الفصل                                                                                                             |
| 207 | الفصل الثالث: أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات بالتطبيق على عينة<br>من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة..... |
| 208 | .....تمهيد                                                                                                                   |
| 210 | المبحث الأول: واقع النظام الصحي في الجزائر وسياسة الإصلاح.....                                                               |
| 210 | المطلب الأول: المنظومة الصحية الجزائرية الحديثة.....                                                                         |
| 217 | المطلب الثاني: السياسة الجديدة لإصلاح المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية.....                                                |
| 220 | المطلب الثالث: أهداف سياسة الإصلاح.....                                                                                      |
| 222 | المطلب الرابع: مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة.....                                                                     |
| 226 | المبحث الثاني: واقع التغيير التنظيمي وجودة الخدمات في المنظومة الصحية العمومية<br>لولاية ورقلة.....                          |
| 227 | المطلب الأول: تقديم عام للمؤسسات الصحية بالولاية محل الدراسة.....                                                            |
| 232 | المطلب الثاني: الإجراءات التنظيمية المصاحبة للتغيير داخل المؤسسات الصحية محل<br>الدراسة.....                                 |
| 243 | المطلب الثالث: الإجراءات البشرية والمالية المصاحبة للتغيير داخل المؤسسات الصحية<br>محل الدراسة.....                          |
| 253 | المطلب الرابع: تشخيص واقع جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات محل الدراسة مع نظرة<br>تقييمية لها.....                              |
| 267 | المبحث الثالث: الإطار المنهجي العام للدراسة.....                                                                             |
| 267 | المطلب الأول: مجتمع وعينة الدراسة.....                                                                                       |

|     |                                                                                                                                      |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 271 | المطلب الثاني: أدوات الدراسة.....                                                                                                    |
| 275 | المطلب الثالث: الأساليب الإحصائية المستخدمة.....                                                                                     |
| 278 | المطلب الرابع: الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة.....                                                                                |
| 284 | المبحث الرابع: تحليل أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية<br>في المؤسسات محل الدراسة من وجهة نظر الأفراد العاملين..... |
| 284 | المطلب الأول: عرض، وتحليل نتائج الاستمارات الموجهة لمفردات العينة.....                                                               |
| 300 | المطلب الثاني: عرض، وتحليل نتائج المقابلة.....                                                                                       |
| 309 | المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة.....                                                                                            |
| 318 | خلاصة الفصل.....                                                                                                                     |
| 320 | خاتمة عامة.....                                                                                                                      |
| 326 | قائمة المراجع.....                                                                                                                   |
| 344 | قائمة الملاحق.....                                                                                                                   |
| 362 | الملخص باللغة الأجنبية.....                                                                                                          |

## قائمة الجداول

| الصفحة | عنوان الجدول                                                                                                | رقم الجدول |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 58     | مراحل عملية التغيير                                                                                         | (1)        |
| 59     | مجالات التغيير التنظيمي                                                                                     | (2)        |
| 85     | عوامل مقاومة التغيير التنظيمي                                                                               | (3)        |
| 86     | طُرق معالجة مقاومة التغيير                                                                                  | (4)        |
| 149    | أنواع الخدمات الصحية                                                                                        | (5)        |
| 216    | أهم هيئات وهياكل المنظومة الصحية الجزائرية لسنة 2012                                                        | (6)        |
| 244    | تطور عدد الموارد البشرية حسب التخصصات في المؤسسات الصحية محل الدراسة خلال الفترة الممتدة بين (2008-2013)    | (7)        |
| 249    | توزيع ميزانية التشغيل لسنة 2013 للمؤسسات الصحية محل الدراسة حسب طبيعة النفقات                               | (8)        |
| 250    | تطور ميزانية التشغيل للمؤسسات الصحية محل الدراسة للفترة الممتدة بين 2008-2013 حسب طبيعة النفقات             | (9)        |
| 265    | حصيلة نشاط خدمات العلاج الجوّاري والتشخيص لكل من المؤسسات العموميتين للصحة الجوّارية ورقلة ونقرت لسنة 2013. | (10)       |
| 269    | توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الفئات المهنية                                                                | (11)       |
| 271    | التوزيع التكراري للعينة                                                                                     | (12)       |
| 277    | الأوزان المعطاة لخيارات الإجابة في الإستبيان                                                                | (13)       |
| 278    | المتوسطات المرجحة والاتجاه الموافق لها                                                                      | (14)       |

|     |                                                                                                                  |      |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 285 | تحليل فقرات المحور الأول (دوافع وأسباب التغيير التنظيمي)                                                         | (15) |
| 286 | تحليل فقرات المحور الثاني (الإجراءات المصاحبة للتغيير التنظيمي)                                                  | (16) |
| 288 | تحليل فقرات المحور الثالث (مشاكل وسلبيات التغيير التنظيمي)                                                       | (17) |
| 289 | تحليل فقرات المحور الرابع (مزايا ومكاسب التغيير التنظيمي)                                                        | (18) |
| 291 | تحليل فقرات المحور الخامس (واقع جودة الخدمات الصحية)                                                             | (19) |
| 292 | تحليل فقرات المحور السادس (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية)                                    | (20) |
| 294 | تحليل فقرات المحور السابع (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الإستجابة)                                     | (21) |
| 296 | تحليل فقرات المحور الثامن (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملموسية)                                     | (22) |
| 297 | تحليل فقرات المحور التاسع (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة)                                      | (23) |
| 299 | تحليل فقرات المحور العاشر (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الضمان)                                        | (24) |
| 311 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد التغيير التنظيمي من وجهة نظر مفردات العينة                                  | (25) |
| 313 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مفردات العينة                               | (26) |
| 316 | مصفوفة الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) مجتمعة وأبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية). | (27) |

## قائمة الأشكال

| الصفحة | عنوان الشكل                                                    | رقم الشكل |
|--------|----------------------------------------------------------------|-----------|
| 34     | نموذج ليفن لقوى التغيير في المؤسسة                             | (1)       |
| 42     | الجوانب الأساسية لأهمية التغيير                                | (2)       |
| 66     | المراحل التسعة للتغيير نموذج لقيادة عملية تحول واعية           | (3)       |
| 68     | نموذج النظم لتغيير المؤسسة                                     | (4)       |
| 71     | نموذج "Huse" للتغيير المخطط في المؤسسة                         | (5)       |
| 72     | خطوات التغيير المنظمي                                          | (6)       |
| 77     | مقاوموا التغيير                                                | (7)       |
| 79     | أشكال التعبير عن المقاومة                                      | (8)       |
| 143    | عملية الرعاية حسب نموذج دونابديان                              | (9)       |
| 154    | تحول الاهتمام في الرعاية الصحية                                | (10)      |
| 162    | تطبيق مستويات الجودة على المؤسسة الصحية                        | (11)      |
| 168    | نموذج الفجوات لقياس جودة الخدمة الصحية                         | (12)      |
| 172    | مقاييس الجودة المهنية                                          | (13)      |
| 173    | نموذج لتقييم جودة الخدمة الصحية                                | (14)      |
| 219    | مشتملات المؤسسات الصحية والمهام المسندة إليها                  | (15)      |
| 235    | الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي بورقلة                            | (16)      |
| 237    | الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة | (17)      |

|     |                                                           |      |
|-----|-----------------------------------------------------------|------|
| 238 | الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة     | (18) |
| 279 | توزيع عينة الدراسة حسب الجنس                              | (19) |
| 280 | توزيع عينة الدراسة حسب السن                               | (20) |
| 281 | توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي                   | (21) |
| 282 | توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية | (22) |
| 283 | توزيع عينة الدراسة حسب طبيعة الأسلاك الوظيفية             | (23) |

## مقدمة عامة

### توطئة

تعيش المؤسسات بصفة عامة ظروفًا غاية في الصعوبة، ناتجة عن ما تشهده البيئة من تغيرات سريعة ومتنوعة في كافة مجالات العمل والحياة، ولاشك أن المؤسسات الصحية العمومية - كغيرها من المؤسسات - تنشط في بيئة حركية، الأمر الذي يستدعي توفر إدارة عملية إبداعية تتفق والمتغيرات السكانية المتوقعة كما ونوعًا وتتلاءم مع المستجدات الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والصحية وتستطيع مواجهة التحديات المنتظرة الآنية والمستقبلية، مما يستوجب عليها تبني توجهات حديثة تعتبر كمداخل للتغيير، كالإدارة بالأهداف وإدارة الجودة الشاملة، بهدف تحسين الخدمة الصحية بشكل يتصف بالتميز. كما أن المؤسسات الصحية اليوم بحاجة ماسة إلى إعادة هندسة تمكّنها من مواكبة المتغيرات والتكيف مع المستجدات بالموضوعية العلمية المطلوبة.

ولقد فرضت التحديات الاقتصادية، الثقافية، الاجتماعية والصحية على المنظومة العمومية للصحة بالجزائر اللجوء إلى استراتيجيات التغيير والتطوير الفعال، لجعل الأهداف والبناء التنظيمي وأساليب الإدارة والتشغيل والعاملين فيها في حالة انسجام وتقبل لعوامل التغيير المتسارعة.

مما جعل السلطات المعنية تعمل على البحث عن الحل المناسب كبدل لتنظيم القطاع الصحي والذي يتمثل في الخارطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقًا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، والذي يسعى إلى إعطاء الاستقلالية لكل منهما وبالتالي الفصل بين تسيير المستشفيات والهياكل خارج الإستشفائية، حيث يتمثل الهدف الجوهري من هذا

التغيير في تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق أفضل تغطية للهياكل الإستشفائية بمختلف مناطق الوطن، وصولاً إلى تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

### الإشكالية الرئيسية:

تأسيساً على ما جاء سالفاً، فإن هذه الدراسة تنطلق من مضمون مشكلة أساسية تتمثل بالبحث في علاقة جدلية بين التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية، للوصول إلى تصورات علمية حول مدى إمكانية مساهمة التغيير التنظيمي في تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية، وذلك من خلال نموذج نظري سيتم اختباره ميدانياً بواسطة المورد البشري الصحي في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية بهدف معرفة اتجاهاتهم حول إمكانية هذا النموذج المختار في تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية.

وبصورة أكثر تحديداً فإن هذه الدراسة تسعى للإجابة على التساؤل التالي:

"ما مدى تأثير التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات من وجهة نظر الأفراد العاملين (أطباء، شبه طبيين، إداريين) بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية؟"

ومن خلال هذه الإشكالية يمكن طرح الأسئلة الفرعية الآتية:

➤ ما مستوى إدراك الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية للتغيير التنظيمي

بأبعاده؟

➤ ما مستوى إدراك الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية لمفهوم جودة

الخدمات الصحية وأبعاده؟

➤ ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية

العمومية الجزائرية؟

**فرضيات الدراسة:**

للإجابة على الإشكالية والتعمق في دراستها وفق منهج واضح وسليم، يمكن صياغة

الفرضيات الآتية بهدف اختبار صحتها، آملا في تحقيقها ميدانيا على النحو الآتي:

➤ يوجد إدراك لدى الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية للتغيير التنظيمي

بأبعاده.

➤ لا يوجد إدراك لدى الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية لمفهوم جودة

الخدمات الصحية وأبعادها.

➤ إن التغيير التنظيمي بأبعاده ليس له أثر على تحسين جودة الخدمات بأبعادها

في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية.

**أسباب اختيار الموضوع:**

اختيارنا لهذا الموضوع يرجع إلى الأسباب الآتية:

➤ شعورنا بأهمية الموضوع في ظل الإصلاحات المتتالية التي تعرفها المنظومة الصحية

الجزائرية؛

➤ النقص الكبير للجودة في الخدمات الصحية في معظم المؤسسات الصحية الجزائرية

وبخاصة العمومية منها؛

- يندرج هذا الموضوع في مجال التخصص المهني كون الباحث يعمل إطارا على مستوى أحد المؤسسات الصحية وحرصا منه على تنمية المعرفة، ومحاولة منه أيضا لتشخيص وتقييم التغيير الذي حدث في المؤسسات الصحية وانعكاساته على تحسين مستوى جودة خدماتها؛
- ملاحظة عدم رضا المواطنين على الخدمات الصحية المقدمة بسبب تدني مستواها رغم التجهيزات المادية والإمكانيات البشرية والمالية التي تم تخصيصها من طرف الدولة؛
- إمكانية البحث المتوفرة، أي أن الموضوع قابل للبحث والدراسة مع إمكانية الوصول إلى نتائج ملموسة.
- عزوف الباحثين والطلبة على اقتحام مجال الصحة في الجزائر وذلك لصعوبة وحساسية تناول مواضيعه الشائكة والمتربطة.

#### أهمية الدراسة:

- تأتي القيمة والأهمية العملية لهذا البحث من كونه يركز على المجالات الرئيسية الآتية:
- الأهمية البالغة لتبني التغيير من طرف المؤسسات الصحية ودوره الفعال في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية بها؛
- الدور الذي تلعبه المؤسسات الصحية كقطاع خدمي حساس وفعال في إحداث التنمية الاقتصادية والاجتماعية؛
- أهمية الموضوع باعتباره أحد التحديات الكبرى التي تواجهها الدولة والتي تسعى من خلاله إلى إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية.

## أهداف الدراسة:

- محاولة الوقوف على واقع المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة وتحديد وتحليل أثر سياسة الإصلاح على تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية بها؛
- محاولة الوقوف على أهم نقائص المؤسسات الصحية الجزائرية، قصد التمكن من تقديم توصيات واقتراحات تساعد في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال مدخل التغيير.
- محاولة إبراز مدى نجاح أو فشل تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، ومعرفة الأسباب والمعوقات التي حالت دون الوصول إلى النتائج المرجوة؛
- المساهمة في ربط الجامعة بمحيطها الخارجي؛
- تقديم التوصيات لأصحاب القرار بناء على نتائج الدراسة المتوصل إليها.

## المنهج المستخدم في الدراسة:

للقيام بهذا البحث سوف يتبنى الباحث منهجاً علمياً متنوعاً نظراً لتنوع الموضوع في حد ذاته. ولذلك فقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الذي يمتاز بنظرة شمولية واقتزان وصف الحالة بتحليلها ومن ثم استخلاص النتائج والمؤشرات الأساسية. إذ استخدم الوصف في جمع المعلومات الثانوية المكتبية المتوفرة في الدراسة النظرية، أما التحليل لأغراض تحديد النتائج من الدراسة الميدانية فكان بواسطة استخدام المسح بالعينة لتشخيص المشكلة ووصفها وصفا موضوعيا من خلال القياس الكمي لأراء واتجاهات الأفراد العاملين (أطباء،شبه طبيين، إداريين) في المؤسسات الصحية محل الدراسة للتغيير التنظيمي وأثره على تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث يوفر هذا المنهج دراسة آراء واتجاهات أعداد كبيرة من الأفراد، تخدم أهداف البحث وتمكن من الإجابة

على تساؤل الدراسة واختبار فرضياتها وتحقيق المصادقية على متغيراتها، وقد اعتمدنا في هذا الإطار أسلوب الإستبيان والمقابلات الشخصية كأداتين أساسيتين لجمع المعلومات الميدانية.

### حدود الدراسة:

بهدف التحكم في الموضوع ومعالجة الإشكالية محل الدراسة، قمنا بوضع حدود وأبعاد للدراسة تمثلت أساسا فيما يلي:

#### 1. الحدود المكانية: تم تطبيق الدراسة على مجموعة من المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية

المنبثقة عن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة والناشطة بنطاق ولاية ورقلة وهي: المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة، المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت.

#### 2. حدود متعلقة بالجوانب الخاصة بالأفراد: قمنا بتوزيع قوائم الإستبيان على عينة من الأفراد

العاملين (أطباء وشبه طبيين وإداريين) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة تم اختيارهم باعتماد أسلوب المعاينة الاحتمالية العشوائية الطبقية التناسبية. إضافة إلى إجراء مقابلات مع مدراء ونواب مدراء المؤسسات الصحية محل الدراسة بهدف الحصول على معلومات ذات مصداقية وثقة عالية.

#### 3. الحدود الزمانية: تدرس هذه الدراسة أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية

بالمؤسسات الصحية محل الدراسة بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، وذلك خلال الفترة الممتدة بين سنة 2008 إلى غاية سنة 2013، أما بالنسبة لعملية إجراء المقابلات الشخصية مع إطارات

المؤسسات الصحية محل الدراسة وتوزيع قوائم الإستبيان على عينة الدراسة فكان خلال الفترة الممتدة بين تاريخ 01 مارس 2014 إلى غاية 31 مارس 2014.

#### الدراسات السابقة:

- دراسة إيزابيل فرانشيستغي "Isabelle Franchisteguy" (2001)، تحت عنوان "إدارة التغيير التنظيمي في المستشفى" أطروحة دكتوراه في علوم التسيير من جامعة "Jean Moulin-Lyon3"، توصلت فيها الباحثة إلى ضرورة وضع نموذج فعال، لإدارة التغيير التنظيمي في القطاع الصحي باعتباره قطاع حساس بما يضمن تحسين عمليات المؤسسة الصحية وخدماتها. وهذا مع الأخذ بعين الاعتبار إتجاهات الزبائن نحو التغيير عبر تحسين نظم الاتصال وجودة الخدمات. وقد اعتمدت الباحثة على منهجين في دراستها، المنهج الأول هو المنهج الوصفي التحليلي من أجل تحليل ديناميكية التغيير التنظيمي في القطاع الصحي العمومي، في حين أن المنهج الثاني هو منهج تجريبي حيث اقترحت الباحثة على الحكومات التي بصدد إدخال تحسينات على المؤسسات الصحية نموذج لإدارة مشروع التغيير التنظيمي.
- دراسة محمد بوبقيرة (2006)، تحت عنوان "دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمات الصحية-دراسة حالة المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية"، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية جامعة سعد دحلب - البلدية، حيث كان هدف الدراسة محاولة الوقوف على متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، وتقديم نموذج لتطبيق عوامل إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية (في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة) يمكن الاستفادة منه في التحسين المستمر للخدمات الصحية في القطاع الصحي. وأهم ما توصلت إليه الدراسة هو غياب ثقافة التغيير لدى إدارة المستشفى ما يؤدي إلى صعوبة تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ضعف عملية الاتصال بين العاملين وبين

من يخطط ومن ينفذ، كما أوضحت نتائج الدراسة أن مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة بشكل عام في هذا المركز شبه منعدم من وجهة نظر الأطباء وشبه الطبيين والإداريين وذلك طبيعي لأن المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية لازال يسير بميزانية مخططة وإدارة مركزية. وأوصت الدراسة بتكثيف حملات التوعية والتحسيس بأهمية العمل فالتعاون بأسلوب الفريق الواحد لأن ذلك يساعد على تبادل الخبرات والتجارب، وبذلك الرفع من مستوى الخدمات الصحية وسهولة أداء المهام، إضافة إلى إنشاء خلايا لمراقبة الجودة والنوعية أي ما يسمى بحلقات الجودة، وهذا لاكتشاف المشاكل وإيجاد الحلول لها عن طريق هذه الفرق، كما يجب على الإدارة أن تعمل على تنمية وتقييم مجهودات البحث والتطوير، وذلك في إطار عمل ثقافي داخلي يشمل جميع هياكل المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية.

- دراسة نادية خريف (2008/2007) تحت عنوان "تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية-دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر ببسكرة"، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية جامعة محمد خيضر - بسكرة، والذي عالجت فيه مدى تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية من وجهة نظر العاملين والمرضى، وقد توصلت الباحثة إلى أن غياب ثقافة التغيير يعد أكبر عائق في الوصول إلى تقديم خدمات ذات جودة عالية، إضافة إلى صعوبة تسويق هذا المفهوم بين العاملين بالمؤسسات الصحية.

- دراسة عدنان مريزق (2008)، تحت عنوان " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية"، والتي كانت في إطار الحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، وقد عالجت إشكالية: ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة ؟، وتميزت دراسة الباحث بكونها حاولت

لفت الانتباه إلى ضرورة قياس التكاليف المترتبة عن غياب الجودة وإدارة الجودة الشاملة من منطلق أن أي مشروع للتحسين ينطلق من اكتشاف مصادر الخلل التي تحمل المؤسسة الصحية تكاليف يجب تلافيها.

- عوني فتحي خليل عبيد (2009) تحت عنوان "واقع إدارة التغيير وأثرها على أداء العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية - دراسة حالة المجمع الشفاء الطبي"، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع إدارة التغيير في وزارة الصحة الفلسطينية، وأثر ذلك على أداء العاملين، من خلال دراسة حالة مجمع الشفاء الطبي، وقد تم تناول ثلاث مجالات للتغيير هي التغيير في الهيكل التنظيمي، التغيير في التكنولوجيا والتغيير في الأفراد. ولتحقيق ذلك تم تصميم استمارة بحث وتوزيعها على أفراد عينة الدراسة. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ايجابية بين مجالات التغيير في (الهيكل التنظيمي، التكنولوجيا، الأفراد) وأداء العاملين. وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات كان من أهمها ضرورة أن يكون التغيير في الهيكل التنظيمي بما يتوافق مع متطلبات العمل، وبعد دراسة البيئة الداخلية والخارجية دراسة متأنية، إضافة إلى ضرورة تعامل الإدارة مع العاملين بإيجابية والاهتمام بالعلاقات الإنسانية من خلال تقدير الجهد الذي يبذله العاملون، وإيجاد نظام حوافز لتشجيع العاملين.

#### هيكل الدراسة:

لمعالجة الإشكالية المطروحة واختبار صحة الفرضيات المقدمة المتعلقة بموضوع بحثنا هذا

تم تقسيمه إلى ثلاثة فصول متسلسلة ومتتالية على النحو الآتي:

الفصل الأول "مدخل إلى التغيير التنظيمي"، وسيتم التركيز فيه على موضوع التغيير التنظيمي بالتطرق إلى معظم الجوانب المتعلقة به من خلال أربعة مباحث، الأول سنتناول فيه ماهية التغيير التنظيمي، أما الثاني فسنعرض فيه لمقاومة التغيير وسبل علاجها من خلال التعرف ونماذجها، وفي المبحث الثالث سنتعرض فيه لمقاومة التغيير وسبل علاجها من خلال التعرف على أسباب، سلبات ومزايا مقاومة التغيير، إضافة إلى إبراز أهم إستراتيجيات التعامل مع مقاومة التغيير، أما المبحث الرابع سيتضمن عرضاً لمتطلبات نجاح التغيير التنظيمي.

أما الفصل الثاني فسننتاول فيه "دور التغيير التنظيمي في تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية"، وسيتضمن هذا الفصل أربعة مباحث، الأول نحاول من خلاله التطرق إلى الإطار النظري حول المؤسسات الصحية وخدماتها، والمبحث الثاني سندرس فيه الجودة في المؤسسات الصحية وطرق قياسها، من خلال تحديد مفهوم جودة الخدمات الصحية، خصائصها، مستوياتها، أبعادها وطرق قياسها. أما المبحث الثالث فسيخصص لإدارة الجودة الشاملة كمدخل من مداخل التغيير التنظيمي من خلال إبراز دوافع وفلسفة تبنيها ومراحل تطبيقها داخل المؤسسات الصحية وفي الأخير محاولة لتقييم تطبيقها في المؤسسات الصحية. فيما سنتناول مظاهر التغيير في المؤسسات الصحية وأثرها على تحسين جودة الخدمات من خلال المبحث الرابع، وسيتم التطرق فيه ضرورة ودوافع التغيير في المؤسسات الصحية إضافة إلى أنواع التغيير في المؤسسات الصحية ومجالاته ودور هاته الأخيرة في تحسين جودة الخدمات الصحية.

أما الفصل الثالث فيمثل الشق التطبيقي حيث سنتناول فيه "أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات بالتطبيق على عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة"، وذلك من خلال أربعة مباحث رئيسية، أين سنتطرق في المبحث الأول إلى واقع النظام الصحي

في الجزائر وسياسة الإصلاح من خلال التطرق إلى المنظومة الصحية الجزائرية الحديثة وأهم ملامح التغييرات التي طرأت عليها والمتمثلة في السياسة الجديدة لإصلاح المؤسسات الصحية مع إبراز أهدافها ومكانة الجودة في ظل تلك الإصلاحات. أما في المبحث الثاني سنتطرق فيه إلى واقع التغيير وجودة الخدمات في المنظومة الصحية العمومية لولاية ورقلة من خلال تقديم عام للمؤسسات الصحية بالولاية محل الدراسة، تم تحديد الإجراءات التنظيمية، البشرية والمادية المصاحبة للتغيير فيها، وكذا تشخيص واقع جودة الخدمات الصحية بها مع نظرة تقييمية له، وفي المبحث الثالث سنستعرض فيه الإطار المنهجي العام للدراسة، من خلال التطرق إلى مجتمع البحث وكيفية اختيار عينة الدراسة، مراحل بناء أدوات الدراسة، أساليب المعالجة الإحصائية المستعملة في الدراسة والخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة. أما المبحث الرابع من هذا الفصل فسنقوم فيه بتحليل أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة من وجهة نظر الأفراد العاملين، من خلال عرض نتائج الدراسة المتعلقة بهذا المبحث وتحليلها وكذا اختبار فرضياتها.

### صعوبات الدراسة:

تركزت الصعوبة التي واجهتنا أثناء إعداد الدراسة في عدم التعاون اللازم والجدي لدى بعض مديري ومسؤولي المؤسسات الصحية عينة البحث والذي يعود في نظري إلى محدودية ثقافة البحث العلمي لدى العديد من هؤلاء المديرين والمسؤولين، حيث ينظرون إلى هذه البحوث الميدانية في غالب الأحيان على أنها تشكل نوعاً من الرقابة وكشف الحقائق للواقع والسلبيات المتعلقة بتسيير المؤسسات التي يديرونها. بالإضافة إلى اعتقادهم الخاطئ بأن تعبئة استمارة الإستبيان ستؤدي إلى نشر معلومات سرية عنها وعن موظفيها، وذلك على الرغم من تأكيدنا لهم بأن المعلومات تعتبر سرية ولن يتم استخدامها إلا في أغراض الدراسة.

# الفصل الأول:

## مدخل إلى التغيير التنظيمي

- تمهيد
- المبحث الأول: ماهية التغيير التنظيمي
- المبحث الثاني: مبادئ، مراحل واستراتيجيات التغيير التنظيمي
- المبحث الثالث: مقاومة التغيير التنظيمي وسبل علاجها
- المبحث الرابع: متطلبات نجاح التغيير التنظيمي
- خلاصة الفصل

## الفصل الأول

### مدخل إلى التغيير التنظيمي

#### تمهيد

من منطلق كون أن "الثابت الوحيد هو الحاجة إلى التغيير" نجد أن من أهم القضايا الحديثة التي تشغل المؤسسات في الوقت الراهن قضية التغيير التنظيمي كونها تتعامل مع ظروف بيئية تتسم بالديناميكية وسرعة التغيير وحدثته، في ظل اعتبار المؤسسة عبارة عن نظام مفتوح، تنمو وتتطور وتتفاعل مع فرص وتهديدات بيئتها التي تنشط فيها وهذا من أجل ضمان الاستقرار، الذي ليس معناه الجمود وعدم التغيير، بل يقصد به التلاؤم مع الظروف والأوضاع المحيطة بالمؤسسة، مما يحتم على هذه الأخيرة مواجهة تحديات التغيير التنظيمي، وهذا يُعد أمراً ليس بالسهل أو الهين، وإنما يتطلب منها تبني استراتيجيات قوية تسمح لها بالبقاء والاستمرار في ظل حاجتها إلى التغيير المستمر للمحافظة على موقعها التنافسي وتطويره في حاضرها ومستقبلها.

ويُمكن القول أن التغيير التنظيمي أصبح أمراً حتمياً وسمة دائمة في حياة المؤسسات، التي يجب عليها التكيف مع أنماط التغيير وإيجاد أنسب الطرق والوسائل لمعايشته، وتوجيهها بالاتجاه الذي يخدم كل من مصالح الفرد والمؤسسة على حدّ سواء.

وانطلاقاً مما سبق ذكره سوف نتطرق من خلال هذا الفصل إلى أربع جوانب أساسية تم ترتيبها على النحو الآتي:

- المبحث الأول: ماهية التغيير التنظيمي.
- المبحث الثاني: مبادئ، مراحل واستراتيجيات التغيير التنظيمي.
- المبحث الثالث: مقاومة التغيير التنظيمي وسبل علاجها.
- المبحث الرابع: متطلبات نجاح التغيير التنظيمي.

## المبحث الأول: ماهية التغيير التنظيمي

لقد أصبحت الحاجة للتغيير داخل المؤسسات أمراً لا مفر منه، وخاصة في ظل عالم تلوح فيه التحديات والتقلبات التي أصبحت السمة الغالبة على بيئة العمل في الوقت الحالي. فقد تقارب العالم وازدادت وتيرة الحياة سرعة وفرضت علينا قيماً جديدة لا تسمح بالخمول والاستقرار أو إهدار الوقت، فلا بد من استثمار المواهب وخلق بيئة تفكير جديدة من أجل التطور وصناعة المستقبل، ولاشك أن التغيير بتوجهاته الإيجابية يحمل في طياته مصاعب جمّة وأزمات جديدة، وينشر في طريقه أسئلة مؤرقة كثيراً ما تصطدم مع الواقع القديم.

### المطلب الأول: تعريف التغيير التنظيمي

إذا كان التغيير التنظيمي مفهوم إداري حديث، فإن حقيقة التغيير قديمة قدم الإنسانية، فمنذ أن وجدت البشرية والعالم في حركية دائمة، فهناك تغيرات في العلاقات، الفكر وأنماط الحياة... إلخ، وسيتم التعرض إلى مفهوم التغيير التنظيمي تدريجياً كما يلي:

#### أولاً: التعريف اللغوي

"التغيير" في اللغة العربية اسمٌ مشتقٌ من الفعل "غير" وجاء في المعجم الوسيط "غير الشيء أي بدل به غيره أو جعله على غير ما كان عليه، ويقال غيرت دابتي وغيرت داري أي بنيتها بناء غير الذي كان، وغير فلان عن بعيده أي حط عنه رحله وأصلح من شأنه"<sup>1</sup>، ولا تقل: **تغيير الذات**، وإنما قل **التغيير في الذات**، لأن هناك بوناً شاسعاً بين المعنيين، لأن تغيير الشيء يعني استبداله

<sup>1</sup> إبراهيم مصطفى وآخرون، المعجم الوسيط، تركيا، المكتبة الإسلامية للطباعة والنشر والتوزيع، 1989، ص: 668.

بشيء آخر أو تغيير ماهيته وكيونته إلى شيء آخر تماماً، أما التغيير في الشيء يعني بقاء الشيء على ما هو عليه مع إجراء تعديلات أو تغييرات محددة فيه<sup>1</sup>.

وحسب "Le Larousse" فإن التغيير يعني: «الانتقال من حالة إلى أخرى» أما "Le Petit Rebert" فعرف التغيير على أنه: «الفعل الذي من خلاله لا يمكن البقاء على نفس الحالة»، أو «الفعل الذي نتخلى من خلاله على شيء من أجل شيء آخر».

والتغيير بالمعنى العام هو ظاهرة من الوقت تنطوي على عنصرين أساسيين: الهوية وعملية التحول التي تسمح لذلك الشيء بالانتقال إلى حالة أخرى غير التي هو عليها الآن<sup>2</sup>.

أما في القرآن الكريم فقد وردت كلمة التغيير في أربعة مواضع هي:

- في قوله تعالى: «مَثَلُ الْجَنَّةِ الَّتِي وُعدَ الْمُتَّقُونَ فِيهَا أَنْهَارٌ مِنْ مَاءٍ غَيْرِ آسِنٍ وَأَنْهَارٌ مِنْ لَبَنٍ لَمْ يَتَغَيَّرَ طَعْمُهُ وَأَنْهَارٌ مِنْ خَمْرٍ لَذَّةٍ لِلشَّارِبِينَ وَأَنْهَارٌ مِنْ عَسَلٍ مُصَفًّى وَلَهُمْ فِيهَا مِنْ كُلِّ الثَّمَرَاتِ وَمَغْفِرَةٌ مِنْ رَبِّهِمْ كَمَنْ هُوَ خَالِدٌ فِي النَّارِ وَسُقُوا مَاءً حَمِيمًا فَقَطَّعَ أَمْعَاءُهُمْ».
- (محمد، الآية 15). أي أن الله عز وجل وصف الجنة التي وعد بها عباده المتقين بأنها تتكون من أنهار عظيمة من ماء غير متغير، وأنهار من لبن لم يتغير طعمه، وأنهار

<sup>1</sup> عبد الله بندي، ومراد علة، التغيير قراءة مفاهيمية دلالية، الملتقى الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المؤسسات الحديثة، البلدة، جامعة سعد دحلب بالبلدة، 2011، ص: 02.

<sup>2</sup> Morgan, Glenn and Sturdy, Andrew, Beyond Organizational Change: Structure, Discourse and Power in UK Financial Services, Great Britain, Macmillan Press Ltd, 2000, p: 04.

من خمر يتلذذ به الشاربون، وأنهار من عسل قد صُفِّي من القذى، ولهؤلاء المتقين في هذه الجنة جميع الثمرات من مختلف الفواكه وغيرها، وأعظم من ذلك السُّرر والتجاوُز عن ذنوبهم<sup>1</sup>.

■ وقوله أيضا: «وَلَا ضَلَلَنَّهُمْ وَلَا مُنِيبُهُمْ وَلَا مَرْنَهُمْ فَلْيَبْتِكُنْ آذَانَ الْأَنْعَامِ وَلَا مَرْنَهُمْ فَلْيَغَيِّرَنَّ خَلْقَ اللَّهِ وَمَنْ يَتَّخِذِ الشَّيْطَانَ وَلِيًّا مِنْ دُونِ اللَّهِ فَقَدْ خَسِرَ خُسْرَانًا مُبِينًا». (النساء، الآية 119). حيث

أن الله خلق عباده مفطورين على قبول الحق وإيثاره، فجاءتهم الشياطين وبدلتهم عن هذا الخلق وزينت لهم الشر والشرك والكفر والفسوق والعصيان<sup>2</sup>.

■ وقوله أيضا: «لَهُ مُعَقَّبَاتٌ مِنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَمِنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَهُ مِنْ أَمْرِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ وَمَا لَهُمْ مِنْ دُونِهِ مِنْ وَالٍ». (الرعد، الآية 11). أي إذا غير العباد ما بأنفسهم من المعصية، فانتقلوا إلى طاعة

الله، غير الله عليهم ما كانوا فيه من الشقاء إلى الخير والسرور والغبطة والرحمة<sup>3</sup>.

■ وقوله أيضا: «ذَلِكَ بِأَنَّ اللَّهَ لَمْ يَكُ مُغَيِّرًا نِعْمَةً أَنْعَمَهَا عَلَى قَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ وَأَنَّ اللَّهَ سَمِيعٌ عَلِيمٌ». (الأنفال، الآية 53). أي أن الله أنعم على البشرية نعم الدين والدنيا ويزيدها إذا ازدادوا له شكرا، أما إذا كفروا فيسلبهم إياها ويغيرها عليهم كما غيروا ما بأنفسهم، والله الحكمة في ذلك حيث لم يعاقبهم إلا بظلمهم<sup>4</sup>.

ومن الآيات السابقة يظهر أن التغيير في الإسلام يعد سنة من سنن الله تعالى، وأن التغيير

إلى الأفضل هو الغاية التي يتبعها الإسلام

<sup>1</sup> عبد الرحمن بن ناصر السعدي، تيسير الكريم الرحمان في تفسير كلام المنان، الطبعة الأولى، القاهرة، مكتبة الصفاء، 2002، ص: 508.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص: 183.

<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص: 250.

<sup>4</sup> المرجع نفسه، ص: 303.

## ثانيا: التعريف الاصطلاحي

التغيير التنظيمي في المنظور الإداري له عدد من التعاريف التي تتركز بها الأدبيات الإدارية وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على أهميته في الحقل الإداري، وصعوبة إيجاد تعريف جامع مانع له. إذ شكل التغيير التنظيمي مادة دسمة للكثير من الباحثين والكتاب الذين تعرضوا لمحاولة تعريفه كل حسب فلسفته، حيث يعرف هذا الأخير على أنه: "تغيير موجه، مقصود، هادف وواع يسعى لتحقيق التكيف البيئي بما يضمن الانتقال إلى حالة تنظيمية أكثر قدرة على حل المشكلات"<sup>1</sup>. إن ما يلاحظ على هذا التعريف تركيزه على زاوية الهدف من التغيير والمتمثل في التكيف البيئي والقدرة على حل المشكلات.

أما أندرو سيزولاقي ومانك جي والاس "Andrew.S & Mank.G" فقد عرفا التغيير التنظيمي باعتباره: "عملية تسعى إلى زيادة الفعالية التنظيمية"<sup>2</sup> عن طريق توحيد حاجات الأفراد للنمو والتطوير مع الأهداف التنظيمية باستخدام معارف وأساليب من العلوم السلوكية"<sup>2</sup>. في هذا التعريف وضح الباحثان أن التغيير يعتمد على أساليب من العلوم السلوكية حتى تضمن المؤسسة فعاليتها التنظيمية.

كما عرفه سكبنز "Skibbins" على أنه: "الأسلوب الإداري لتحويل المؤسسة إلى حالة بناء أفضل في مجال تطويرها المتوقع لمستقبلها"<sup>3</sup>. حسب هذا التعريف فإن التغيير التنظيمي عبارة

<sup>1</sup> محمود سليمان العميان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، عمان، دار وائل للنشر، 2005، ص: 343.  
\* الفعالية التنظيمية: تعني قدرة التنظيم على تحقيق الأهداف طويلة وقصيرة المدى والتي تعكس موازين القوى للجهات ذات التأثير ومصالح الجهات المعنية بالتقييم ومرحلة النمو أو التطور التي يمر بها التنظيم.

<sup>2</sup> ناصر جردات وآخرون، إدارة التغيير والتطوير، الطبعة الأولى، عمان، دار إثراء للنشر والتوزيع، 2013، ص: 31.

<sup>3</sup> خليل محمد حسن الشماع، خضير كاظم محمود، نظرية المنظمة، الطبعة الثانية، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2005، ص: 103.

عن أسلوب إداري يتم بموجبه تحويل المؤسسة من حالتها الراهنة إلى صورة أخرى من صور تطورها المتوقعة في المستقبل.

وقدّم فرونسوا بونن "François Bonen" تعريفاً للتغيير التنظيمي يقول فيه: "هو عبارة عن تغيير في طرق التشغيل الفردية والجماعية للعاملين بالمؤسسة، وطريقة توجيههم والتفاعل في قلب المؤسسة ومع محيطها من خلال التغيير التنظيمي"<sup>1</sup>. هنا نجد أن التغيير هو العملية التي يتم فيها التفاعل بين المؤسسة والعاملين فيها مع المحيط الذي تتواجد فيه بالتالي فهو عملية تأقلم.

ويرى أوليفر "Olivier" وزملاءه أن التغيير التنظيمي عبارة عن ظاهرة لا مفر منها في حياة المؤسسات، تحمل معها استحداث أوضاع تنظيمية (الهيكل التنظيمي) وأساليب إدارية (الثقافة التنظيمية) وتأثير ذلك على أعضاء المؤسسة سواء كانوا مديرين أو موظفين<sup>2</sup>. أي أن التغيير حسب هذا التعريف يشمل ثلاثة عناصر أساسية هي: الهيكل التنظيمي، الثقافة التنظيمية والموارد البشرية.

أما بالنسبة لعللي السلمي فالتغيير التنظيمي هو: "إحداث تعديلات في أهداف وسياسات الإدارة أو في أي عنصر من عناصر العمل التنظيمي، مستهدفة أحد الأمرين وهما: ملائمة أوضاع وأوجه نشاط جديدة، يحقق للمؤسسة سبقاً عن غيرها"<sup>3</sup>. في هذا التعريف يبين الكاتب أن التغيير هو عملية إحداث تعديلات في الأهداف والسياسات وعناصر العمل من أجل التلاؤم مع الأوضاع القائمة أو إضافة أوجه نشاط جديدة تحقق ميزة للمؤسسة.

في حين أن ديفيد هولت "D.Holt" عرفه بأنه: "عملية مدروسة ومخططة لفترة زمنية طويلة عادة، وينصب على الخطط والسياسات أو الهيكل التنظيمي، أو السلوك التنظيمي، أو الثقافة

<sup>1</sup> الشماع، ومحمود، المرجع المذكور سابقاً، ص: 104.

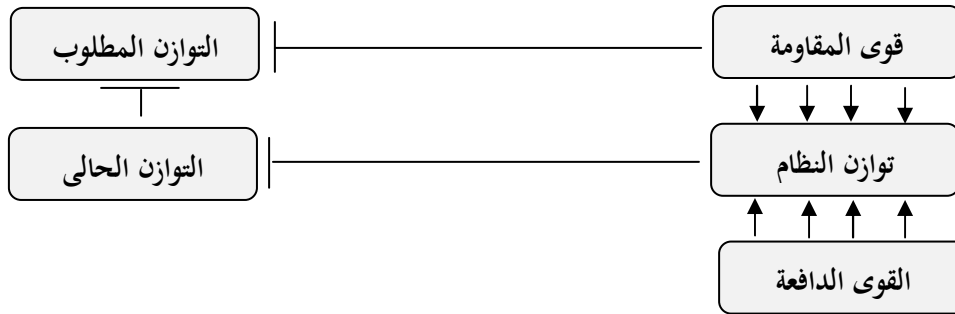
<sup>2</sup> Meier, Olivier et al , **Gestion du Changement**, Paris, Dunod , 2007, p: 1-2.

<sup>3</sup> موسى اللوزي، **التنمية الإدارية**، الطبعة الثانية، عمان، دار وائل للنشر، 2002، ص: 224.

التنظيمية وتكنولوجيا الأداء أو إجراءات وطرق وظروف العمل وغيرها، لغرض تحقيق المواءمة والتكيف مع التغيرات في البيئة الداخلية والخارجية للبقاء والاستمرار والتميز"<sup>1</sup>. نستخلص من هذا التعرف أن التغيير هو حالة طبيعية في حياة الأفراد والمؤسسات، حيث تعتبر محاولات هذه الأخيرة لإحداث التغيير محاولة لإيجاد التوازن.

أما كيرت ليفن "Kurt Levin" فيوضح أن إحداث التغيير في المؤسسات لا يخلو من الصعوبات، فيعرف التغيير التنظيمي بأنه: "عبارة عن تحرك مؤثر في عملية توازن ديناميكي بين مجموعتين من القوى تعملان في اتجاهين متعاكسين في المجال المادي والاجتماعي والنفسي للعمل، وتتضمن إحدى هذه المجموعات قوى دافعة، في حين تتضمن المجموعة المعاكسة قوى معيقة أو مقاومة"<sup>2</sup>.

ومن أجل أن يوضح وجهة نظره قدم الشكل الآتي:



الشكل رقم (1) : نموذج ليفن لقوى التغيير في المؤسسة

المصدر: نيجل كينج، نيل أندرسون ترجمة حسني محمود حسن، إدارة أنشطة الابتكار والتغيير دليل انتقادي للمنظمات، الرياض، دار المريخ للنشر، 2004، ص: 259.

<sup>1</sup> ثابت عبد الرحمن إدريس، المدخل الحديث في الإدارة العامة، مصر، الدار الجامعية، 2003، ص: 262.

<sup>2</sup> علي شريف، الإدارة المعاصرة، الإسكندرية، مصر، الدار الجامعية، 2003، ص: 328.

حسب ليفن المؤسسة من خلال هذا الشكل عبارة عن نظام في حالة ثبات (توازن) يخضع لنوعين من القوى المتعارضة، فمن ناحية توجد قوى دافعة - ضغوط - من أجل التغيير، وتضم على سبيل المثال: انتشار تقنية حديثة الاهتمام بالبيئة وحقوق الإنسان، ظهور تشريعات حكومية جديدة، ويقابل هذه القوى الدافعة قوى مقاومة من أبرزها ثقافة المؤسسة والمناخ السائد فيها، وحيث أن كل مجموعة من القوى يمكن أن تلغي الأخرى فإن عملية التغيير يمكن اعتبارها تحركاً مؤثراً في الوضع التوازني اتجاه وضع مرغوب أو مستهدف<sup>1</sup>.

إن المتأمل في التعاريف السابقة يلاحظ تنوعها واختلافها حيث تفاوتت الآراء حول مفهوم التغيير التنظيمي، ومرد ذلك قد يعود إلى اختلاف الزوايا التي ينظر منها الباحثين إلى هذا المفهوم. فالبعض يعرف التغيير التنظيمي من زاوية الأسباب، والبعض الآخر يعرفه من زاوية النتائج، وآخرون يعرفونه من زاوية الأهداف... إلخ. وهنا لابد من تعريف متفق عليه يساعد الباحثين في التعامل مع الظاهرة، خاصة في ظل التداخل بين مفهوم التغيير وبعض المفاهيم المشابهة له على غرار التطوير، الانتقال والابتكار، حيث أن التغيير ليس الانتقال، فإذا كان التغيير هو أمر موضعي يشمل الموقع الجديد، المدير الجديد، الأدوار الجديدة والسياسة الجديدة، فإن الانتقال هو العملية السيكلوجية التي يمر بها الموظفون حتى يألفوا الوضع الجديد<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> الطيب داودي، مراد محبوب، إدارة التغيير كمدخل لاستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال في منظمات الأعمال، الملتقى الدولي حول: الإبداع والتغيير التنظيمي في المؤسسات الحديثة، البلدة، جامعة سعد دحلب بالبلدية، 2011، ص: 04.

<sup>2</sup> ويليام بريدجز، ترجمة موسى يونس، فن الانتقال والتغيير الإداري، الرياض، بيت الأفكار الدولية للنشر والتوزيع، 1991، ص: 17.

كما أن التغيير لا يعني الابتكار، فإذا كان التغيير هو أي بديل للوضع الراهن، فإن الابتكار هو فكرة جديدة تطبق لبدء أو تحسين الخدمة، وبهذا فإن جميع الابتكارات تشير للتغيير، ولكن ليست جميع التغييرات ابتكارات باعتبار أن التغيير قد لا يتطلب أفكاراً جديدة<sup>1</sup>.

وقد يستعمل التغيير التنظيمي ليراد به التطوير التنظيمي مع أن لكل منهما مدلوله، وأبرز ما ذكره الكتاب والباحثون عن التفرقة بينهما هو أن التغيير التنظيمي يشمل عدة مجالات، أما التطوير التنظيمي فيركز أساساً على الجوانب السلوكية<sup>2</sup>.

اعتباراً لكل ما سبق يمكن تعريف التغيير التنظيمي على أنه نشاط حتمي، مستمر وتفاضلي، يقوم على استجابة مخططة أو غير مخططة أو محتملة تواكب أو تؤثر في التغيرات البيئية الداخلية والخارجية الحالية أو المتوقعة، وذلك بإحداث تعديلات في بعض أو جميع العناصر التي تتكون منها المؤسسة تكون عبر مراحل معينة باستخدام أدوات محددة من قبل أعضاء المؤسسة أو من طرف جهات خارجية متخصصة للانتقال بالمؤسسة من حيث هي الآن في فترة زمنية معينة (الوضع الراهن) إلى حيث ترغب أن تكون خلال المستقبل (الوضع المنشود)، من أجل تحقيق أهداف المؤسسة بشكل أفضل. ولمزيد من الإلمام بمفهوم التغيير التنظيمي تم إدراج المطلب الموالي تحت عنوان حتمية التغيير التنظيمي وأهميته.

<sup>1</sup> زاهر عبد الرحيم عاطف، هندسة المؤسسات " الهيكل التنظيمي للمؤسسة "، الطبعة الأولى، عمان، دار الراية للنشر والتوزيع، 2009، ص: 190.

<sup>2</sup> بندي وعلة، المرجع المذكور سابقاً، ص: 04.

## المطلب الثاني: حتمية التغيير التنظيمي وأهميته

لقد انتقلت فكرة التغيير التنظيمي على مدار العقود الماضية من واحدة من أهم الإستراتيجيات الممكنة في الإدارة، لما لها من تأثير على الفعالية التنظيمية إلى حتمية إدارية هامة تحتاج إليها المؤسسة لاستباق الرّد والاستجابة للمتغيرات البيئية<sup>1</sup>.

### أولاً: حتمية التغيير التنظيمي

كما شهدت السنوات القليلة الماضية تسارعا لإيقاع التغيير، وتوسع نطاقه في مجال الأعمال والمؤسسات، حتى بلغ حداً أصبح فيه يشكل تحدياً وصعوبة شخصية ومهنية بالنسبة للأشخاص على جميع الأصعدة ومختلف مستويات المسؤولية، وبالتالي بات ضرورة لا يمكن للمؤسسات تجنبها أو تجاهلها بل حتمية عليها المرور بها.

والتحليل العملي لظاهرة التغيير التنظيمي يقودنا إلى إثارة التساؤل حول إذا ما كان التغيير أمراً جيداً ومطلوباً أم أنه شيء لا ضرورة ويمكن أو يجب تجنبه؟

وقبل الإجابة على هذا التساؤل يجب أن نذكر أن بعض الإداريين ينظرون إلى التغيير باعتباره أمراً عارضاً تفرضه الظروف، وما هو إلا استثناء بالنسبة إليهم، بينما يعتبرون الثبات والاستقرار هو الأصل، وبالتالي ينعكس هذا الفكر على سلوكهم من خلال تجنب التغيير وتجاهله، كما قد ينحرفون إلى مقاومته ومحاولة إلغاء أثره.

---

<sup>1</sup> Helms Mills, Jean, **Making Sense of Organizational Change**, London and New York, Taylor & Francis e - Library, 2004, p: 86 .

وبالعودة إلى السؤال المطروح أعلاه، فإن الإجابة عليه تكون بأن التغيير التنظيمي أمر حتمي ولازم، بل هو ضرورة ملحة تفرضها عدة أسباب تحتم على المؤسسة القيام بالتغيير، وقد تكون هذه الأسباب داخلية أو خارجية، أو نتيجة تفاعلها معا، إلا أن تأثير العوامل الخارجية غالبا ما يكون أقوى<sup>1</sup>.

## 1- الأسباب الداخلية :

هي القوى والمسببات الناشئة من داخل المؤسسة نتيجة عملياتها وتفاعل الموظفين معها، والتي تستهدف حماية المؤسسة من الإصابة بالجمود والتخلف والتي من بينها:

- أ- **طبيعة التنظيمات الإدارية:** حيث تنمو باستمرار، مما يفرض ضغوط على المؤسسات تدفعها إلى مراجعة أساليب إدارتها، وإعادة صياغة سياستها، رسالتها، وإستراتيجياتها. فانضمام أفراد جدد خاصة إذا عينوا قادة في الإدارة سوف ينتج عنه حدوث تغييرات وظهور أوضاع جديدة.
- ب- **توجهات القادة:** فالقيادة الطموحة المتشعبة بالأفكار الحديثة، في بحث دائم عن الكيفية التي يتم من خلالها إحداث قفزة نوعية وثورة في أداء الأفراد والمؤسسة ككل، عبر تحفيز الموظفين وتحسين مناخ العمل لإثارة الدافعية للعمل والولاء للمؤسسة، ومن ثم كسب تعاونهم أثناء عملية التغيير<sup>2</sup>.

- ج- **طموحات الموظفين وحاجاتهم:** إن تطور وعي الموظفين، زيادة طموحاتهم وحاجاتهم يعد دافعا أساسيا لإحداث التغيير التنظيمي، خاصة مع رغبتهم في التجديد والمشاركة الإيجابية

<sup>1</sup> Grouard, Benoit, Meston, Francis, **l'Entreprise en Mouvement "conduire et réussir le Changement"**, Paris, 3<sup>ème</sup> éd-Dunod, 1998, p: 11-12.

<sup>2</sup> Ipid, p: 17.

والتخلص من قيود اللامبالاة والسلبية الناجمة عن الركود والثبات، فالموظفون هم الذين يخلقون القيمة المضافة داخل المؤسسة<sup>1</sup>.

د- **كثرة المشاكل الداخلية:** تستدعي هذه المشاكل ضرورة التدخل، ويمكن معرفة هذه المشاكل من خلال بعض المؤشرات التنظيمية منها<sup>2</sup>:

- انخفاض الحالة المعنوية للموظفين وإصابتهم باليأس والإحباط؛
- كثرة طلبات النقل من المؤسسة أو من أقسامها؛
- كثرة الشكاوي وشدة الإجراءات التأديبية؛
- كثرة أيام الغياب أو كثرة عدد المتغيبين، أو تفشي ظاهرة التأخر والتسيب التنظيمي؛
- تفشي ظاهرة اللامبالاة والسلبية والهروب عن أداء الواجبات بدعوى عدم الاختصاص؛
- المركزية وانعدام التفويض وضعف الثقة بالمرؤوسين؛
- الروتين وعدم التطوير وضعف الإبداع.

فسيادة مثل هذه الظواهر السلبية داخل المؤسسة يدل على وجود مشاكل واختلالات تنظيمية وعدم رضا لدى الموظفين، لعدة أسباب يتعين على المؤسسة تشخيصها بهدف إدخال تغييرات وتحسينات.

## 2- الأسباب الخارجية :

إن القوى والمسببات الناشئة من خارج المؤسسة تلعب دوراً كبيراً في التغيير التنظيمي، ويرى كثيرون أن القوى الخارجية هي الدافع والباعث الرئيسي لهذا التغيير، وذلك أمر طبيعي نظراً للتغيرات

<sup>1</sup> صالح بن سليمان الفائز، **الإستراتيجيات القيادية في إدارة التغيير التنظيمي والتعامل مع مقاومته**، أطروحة دكتوراه في العلوم الإدارية، الرياض، جامعة نايف للعلوم الأمنية، 2008، ص: 13.

<sup>2</sup> محمد الصيرفي، **إدارة التغيير**، الطبعة الأولى، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، 2007، ص: 32-33.

المتسارعة والكبيرة في البيئة الخارجية للمؤسسات. وفيما يلي أهم القوى الخارجية التي تدعو إلى التغيير التنظيمي<sup>1</sup>:

أ- **القوى التكنولوجية**: لقد أثبت تاريخ البشرية تأثير التطور العلمي المتسارع على حياة المؤسسات، فحولها إلى مؤسسات المعرفة مع ما ترتب عن ذلك من تغيير في أساليب العمل ومناهج التكوين، كما برزت بفعل التطور العلمي تخصصات جديدة، غيرت الهياكل التنظيمية التقليدية بهياكل أكثر تكيفا مع متطلبات الإدارة المعاصرة، خاصة مع التوجهات الحالية للمؤسسات التي تسعى إلى تبني الإدارة الإلكترونية.

ب- **القوى الاجتماعية**: إن لتزايد ضغوط الجمعيات والاتحادات على غرار النقابات المهنية والعمالية الأثر الإيجابي في تحسين ظروف العمل وتحسين أجور الموظفين، كذلك تغير نظرة المواطن للموظف من عنصر غير مرغوب فيه، كلها عوامل تدفع إلى التغيير.

ج- **القوى الاقتصادية**: برزت الحاجة إلى التغيير التنظيمي كخيار إستراتيجي أمام تحديات القوى الاقتصادية. وإذا كانت التطورات التي يشهدها النظام الاقتصادي العالمي الجديد، أثرت ومازالت تؤثر بشكل أو بآخر في أساليب وأنماط الإدارة في مؤسسات القطاع الخاص فإن مثيلاتها في القطاع العام لم تسلم هي الأخرى من تداعيات هذه التطورات حيث نقلتها من المركزية والنظم البيروقراطية الساكنة التي تعمل برودة الفعل إلى نظام أكثر مرونة يتناسب مع طبيعة التحولات الاقتصادية العالمية<sup>2</sup>.

ومهما تكن أسباب التغيير التنظيمي، فإن إحداثه في المؤسسة هو استجابة لأحد الأمرين، أو الاستجابة لهما معا والمتمثلان في:

<sup>1</sup> Grouard, Meston, op cit, p : 15-16.

<sup>2</sup> عبد الله محمد وآخرون، التغيير لمجابهة المتغيرات "سلسلة الإدارة المثلى"، بيروت، مكتبة لبنان، 2001، ص: 07.

✓ رضوخ المؤسسة لضغوط التغيير واعترافا منها أن عدم مواكبة التطورات وعدم تأييد التغيير

هو تهديد لاستقرارها، وهنا تكون المؤسسة تكون مجبرة على إحداث التغيير لا مخيرة؛

✓ إدراك المؤسسة أن عملية التغيير هي فرصة لتحقيق أهدافها وغاياتها، ورغبة منها للوصول

إلى درجة أعلى من النجاح والتقدم، أي أن المؤسسة تختار التغيير طوعا وعن قناعة لما

يحققه لها من أهداف.

### ثانيا: أهمية التغيير التنظيمي

التغيير التنظيمي شديد الأهمية، فهو ظاهرة اقتصادية، اجتماعية، وسياسية مركبة تتعدى

أهميتها وتتجاوز حدود ما يحققه الحاضر وتمتد إلى المستقبل، ويمكننا الإحاطة ببعض جوانب هذه

الأهمية من خلال الآتي<sup>1</sup>:

1- الحفاظ على الحيوية الفاعلة: يلعب التغيير دورا في بث روح التجديد داخل المؤسسة ممّا

يعطيها دفعا نحو الانتعاش وإعادة الثقة لدى الأفراد العاملين فيها ورفع معنوياتهم والتخلص

من رَواسب الماضي السلبية؛

2- تنمية القدرة على الابتكار: التغيير هو الإتيان بالجديد غير المؤلف أو المتعارف عليه

وبالتالي فهو ثمرة جهد ذهني يسعى إلى رفع القدرة على الابتكار في الأساليب؛

3- إذكاء الرغبة في التطوير: التغيير حافز يدفع بنا نحو الأفضل من أجل تحقيق رغباتنا

ويرفض الحالة القائمة من أجل تحسينها عن طريق ثلاثة عناصر: معالجة العيوب والأخطاء

وما تسببت فيه من إشكالات، ممارسة عملية التجديد باستبعاد أساليب الإنتاج المستهلكة

<sup>1</sup> محسن أحمد الخضير، إدارة التغيير، مدخل اقتصادي للبيكولوجية الإدارية للتعامل مع متغيرات الحاضر لتحقيق التفوق والامتياز الباهر في المستقبل للمشروعات، الطبعة الأولى، دمشق، دار الرضا للمعلومات، 2003، ص: 23.

واعتماد وسائل إنتاج تعتمد على آليات وتكنولوجيا جديدة بهذه الطريقة، وبهذه الطريقة يزداد حجم الإنتاج والإنتاجية، ويرتفع دخل الفرد؛

4- التوافق مع متغيرات الحياة: وذلك لأنّ التغيير يزد من قدرتنا على التكيف، ليتوافق مع

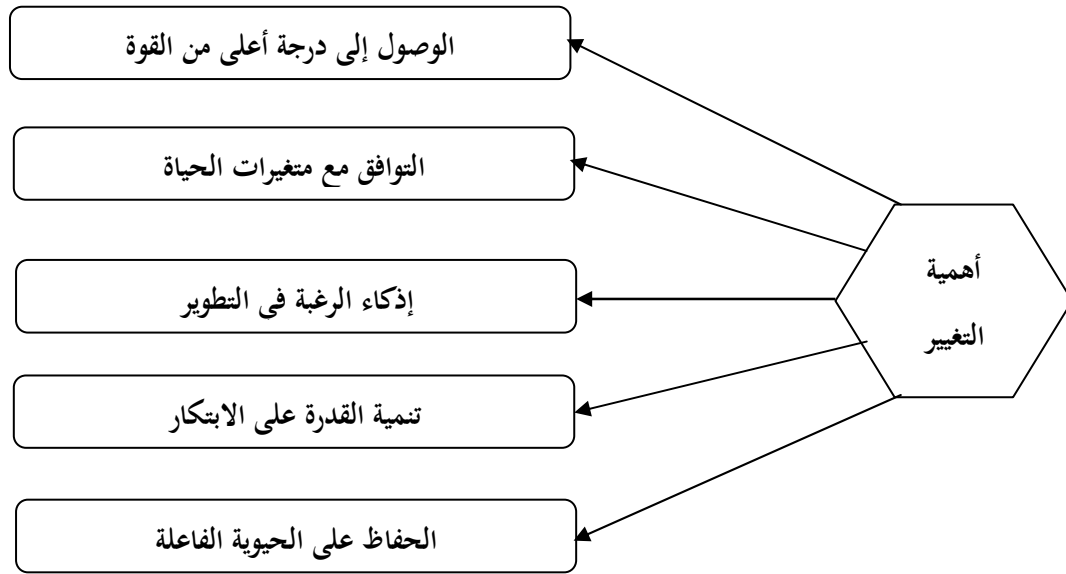
مجريات الأحداث والمتغيرات التي يشهدها العالم ومن هنا تكتسب إدارة التغيير أهميتها؛

5- الوصول إلى درجة أعلى من القوة في الأداء والممارسة: التغيير ممارسة ذات أهداف سامية

تسعى إلى تعزيز مكانة المؤسسة وتحسين أدائها، وذلك عن طريق الوقوف على مواطن

الضعف التي أدت إلى تراجع مكاسب المؤسسة من جهة، ومعرفة مواطن القوة ودعمها

من جهة أخرى. والشكل (2/1) يبين جوانب أهمية التغيير التنظيمي:



الشكل رقم (2): الجوانب الأساسية لأهمية التغيير

المصدر: الخضير، المرجع المذكور سابقاً، ص: 23.

ويقول إبراهيم كشت في كتابه ومضات إدارية: "إن المؤسسات التي تسعى إلى التغيير

الايجابي تشبه النهر المتدفق الذي يتجدد ماؤه كل يوم، أما المؤسسات التي لا تغير أساليب عملها،

وطرائق تفكيرها فإنها تشبه المستنقعات الراكدة التي يأسن ماؤها، وتتكاثر فيها الأوضار والأحوال كل

يوم وتثبت في بيئتها المنتنة شتى الطحالب الضارة والسامة<sup>1</sup>. وهذه مقولة تعبر عن مدى الأهمية البالغة للتغيير التنظيمي.

### المطلب الثالث: أنواع التغيير التنظيمي

هناك عدة تصنيفات وضعت من أجل تحديد أنواع التغيير التنظيمي، وذلك حسب المعيار المستخدم في التصنيف حيث نجد:

أولاً: إذا اعتمدنا التخطيط معياراً لاستطعنا أن نميز بين التغيير المخطط والتغيير الغير مخطط أو (التلقائي)<sup>2</sup>:

1- التغيير المخطط: يمثل التغيير الذي يحصل بصورة مخططة طبقاً لمتطلبات تحقيق الأهداف

العامة أو الخاصة في المؤسسة ذاتها وبفعل إرادي من الإنسان، وبدرجات متفاوتة من تدخله وقد عرف بنيس "Bennis" التغيير في المؤسسة بأنه: "الاستجابة للتغيير نتيجة لوضع إستراتيجية تنقيفية هادفة لتغيير المعتقدات والقيم والاتجاهات والهيكل التنظيمي، وجعلها أكثر ملائمة للتطور التكنولوجي الحديث وتحديات السوق".

يتضح من خلال ذلك أن التغيير المخطط يتطلب فهماً وإدراكاً كاملياً لبيئة المؤسسة والشروع بشكل جاد لتوجيه الأفراد والهيكل والتكنولوجيا ... لتحقيق الفعالية والكفاءة\*، ويتطلب التغيير بهذا المفهوم الإلمام الكافي بالظواهر المحيطة بالمؤسسة وكذلك بالمشكلات التي تواجهها، واتخاذ القرارات الهادفة لإحداث التغيير.

<sup>1</sup> إبراهيم كشت، ومظان إدارية، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، 1999، ص: 306.

<sup>2</sup> الشماخ، ومحمود، المصدر المذكور سابقاً، ص: 370.

\*الفعالية: تعني تحقيق الأهداف المحددة من قبل المؤسسة، أما الكفاءة: فتعني إنجاز الأعمال بطريقة صحيحة، أو الطريقة الاقتصادية التي يتم بها إنجاز الأعمال لتحقيق الأهداف.

2- **التغيير غير المخطط (التلقائي):** ويمثل التغيير الذي يحصل تلقائيا بفعل العوامل الطبيعية

أو البيولوجية، وبدون تدخل الإنسان، حيث يتم بشكل مستقل عن رغبة المؤسسة، ويحدث

نتيجة التطور والنمو الطبيعي في المؤسسة كازدياد عمر العمال مثلا. وهو التغيير الذي

لا يكون مبنيا على خطة واضحة، كما أنه لا تبذل فيه أي محاولة لتحقيق أي هدف.

**ثانيا:** أما إذا اعتمدنا درجة شمول التغيير معيارا فهنا يجب أن نميز بين التغيير الجزئي والتغيير

الشامل:

1. **التغيير الشامل:** فهو تغيير يشتمل على كافة أو معظم الجوانب والمجالات في المؤسسة.

2. **التغيير الجزئي:** يقتصر على جانب واحد أو قطاع واحد كتغيير الآلات والأجهزة وتكمن

الخطورة في التغيير الجزئي أنه قد ينشئ نوعا من عدم التوازن في المؤسسة، بحيث تكون

بعض الجوانب متطورة والأخرى متخلفة مما يقلل من فاعلية التغيير فعلى سبيل المثال: يحتاج

تغيير أدوات الإنتاج إلى تغيير في عمليات الإنتاج وأساليب التسويق وتدريب العاملين ...

وغير ذلك من مستلزماته<sup>1</sup>.

**ثالثا:** إذا أخذنا موضوع التغيير أساسا للتصنيف لأمكن التمييز بين:

1. **التغيير المادي:** مثل التغيير الهيكلي والتغيير التكنولوجي أي التغيير في الهيكل التنظيمي

(اختصاصات ومسؤوليات) والتغيير في الأعمال والأنشطة التي يزاولها التنظيم أو وسائل

التكنولوجيا المستخدمة.

2. **التغيير المعنوي (النفسي أو الاجتماعي):** والذي يهدف إلى إحداث التغيير في أنماط السلوك

بالنسبة للوظائف عن طريق برنامج التنمية أو التدريب، وكمثال نجد أن بعض المؤسسات

<sup>1</sup> العميان، المرجع المذكور سابقا، ص: 350.

لديها معدات وأجهزة حديثة لكن أنماط سلوك العاملين وأساليب العمل فيها تقليدية وهذا النوع من التغيير يتميز بالسطحية وهو شكل غير فعال<sup>1</sup>.

رابعاً: يمكن تقسيم التغيير حسب سرعته إلى تغيير سريع وتغيير بطيء:

1. التغيير التدريجي أو (البطيء): يتميز بكونه أكثر رسوخاً من التغيير السريع المفاجئ، إلا أن

اختيار السرعة المناسبة لإحداث التغيير يعتمد على طبيعة الظروف.

2. التغيير السريع (المفاجئ): عادة ما يكون نتيجة للتطور والتغيير المستمر في رغبات وحاجات

المستهلكين (تغير الأذواق مثلاً).

خامساً: أما إذا اعتمدنا كيفية إحداث التغيير أساساً للتصنيف فنميز بين التغيير المفروض (بالقوة)

والتغيير الرضائي (بالمشاركة)<sup>2</sup>:

1. التغيير المفروض (بالقوة): يفرض جبراً على العاملين من قبل الإدارة (السلطة) وعادة ما

يقابل بالرفض والإحباط.

2. التغيير الرضائي (بالمشاركة): فيتم برضا ومشاركة العاملين في التخطيط للتغيير.

سادساً: وهناك من يعتمد درجة عمق التغيير كأساس للتصنيف فنجد التغيير البسيط (السطحي)

والتغيير الجذري (الراديكالي):

<sup>1</sup> صلاح الدين محمد عبد الباقي، السلوك التنظيمي "مدخل تطبيقي معاصر"، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة، ص: 362.

<sup>2</sup> يحي برويقات عبد الكريم، التغيير في منظمات الأعمال من خلال مدخل إدارة الجودة الشاملة، متاح على الموقع الإلكتروني : [www.ituarabic.org](http://www.ituarabic.org).

1. البسيط (السطحي): يكون إحداث هذا النوع في المؤسسة تدريجياً، على امتداد فترة معينة وبطريقة منتظمة، نجده يهتم بالجانب الإنساني خاصة، ويصبح لهذا النوع من التغيير الفعالية القصوى إذا اعتمدت فيه الاستمرارية و التطبيق الشامل على كامل المؤسسة.
2. التغيير الجذري (الرايکالي): هو تغيير مفاجئ وعارض، ويستغرق مدة طويلة، ميزته ترك آثار واضحة على كامل المؤسسة، كما نجده يطبق خصوصاً في المجال التجاري أو عند القيام بالتغيير الهيكلي.

### المطلب الرابع: أهداف التغيير التنظيمي

تسعى عملية التغيير التنظيمي إلى تحقيق أهداف محددة، ويلخص جون شيرود "John Sherwood" هذه الأهداف في النقاط الآتية<sup>1</sup>:

- إشاعة جو من الثقة بين العاملين عبر مختلف المستويات في التنظيم؛
- إيجاد انفتاح في مناخ التنظيم يمكن كافة العاملين من معالجة جميع المشاكل التي يعاني منها التنظيم بشكل صريح، و عدم التكتّم عليها أو تحاشي مناقشتها؛
- توفير المعلومات اللازمة لمتخذ القرار بشكل مستمر ودون تشويه؛
- العمل على إيجاد التوافق والتطابق بين الأهداف الفردية والأهداف التنظيمية، وبالتالي زيادة درجة الانتماء للمؤسسة؛
- إيجاد علاقات تبادلية وتكاملية بين العاملين كأفراد وكمجماعات، وتشجيع رُوح المنافسة ضمن روح الفريق؛

<sup>1</sup> Sherwood, John ,An introduction to organization development, In Robert T. Golebiewski and William B. Part 1, New York: Marcel Dekker, eddy (ed) Organization Development in Public Administration, 1978, p: 206.

➤ زيادة فهم عمليات الاتصال وأساليب القيادة والصراعات وأسبابها من خلال زيادة الوعي

بدينامكية الجماعة؛

➤ مساعدة المشرفين على تبني أساليب إدارية ديمقراطية في الإشراف، مثل الإدارة بالأهداف

بدل الإدارة بالأزمات؛

➤ تعزيز العاملين على ممارسة الرقابة الذاتية، والاعتماد عليها كأساس للرقابة الخارجية

ومكملاً لها.

أما عالم الإدارة غودوين واطسن "Goodwin.Watson" فيرى أن الهدف من عملية

التغيير هو ربط المؤسسة ببيئتها لمواكبة احتياجات العصر ومتطلبات المواطنين وكل المتعاملين مع

المؤسسة، عبر تطوير الأنظمة والأساليب داخليا وخارجيا لأخذ المكان المناسب في المجتمع الذي

تخدمه<sup>1</sup>.

ومما سبق ذكره نستخلص أن الهدف النهائي للتغيير التنظيمي هو المساعدة على إيجاد

مؤسسة حيوية ومتجددة، مع ضرورة تلاقي أهداف المؤسسة مع أهداف الموظفين تفادياً للمقاومة التي

قد تعصف ببرامج التغيير في أول مراحل تطبيقه.

## المبحث الثاني: مبادئ، مراحل واستراتيجيات التغيير التنظيمي

إذا كان لمعرفة أسباب التغيير التنظيمي وأهدافه من الأهمية بما كان، فإنه في موضع آخر

يعد التغيير التنظيمي معقداً نوعاً ما، وهو ما يجعل قضية تطبيقه على أرض الواقع من المحاور

والمسائل الهامة التي يجب تحليلها والتعامل معها بحذر، نتيجة تشابكها وترابطها، وهذا انطلاقاً من

<sup>1</sup> محمد بن يوسف النمران العطييات، إدارة التغيير والتحديات العصرية للمدير، الطبعة الأولى، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع، 2006، ص: 122.

الجهة المسؤولة عن تنفيذ التغيير إلى مضمون التغيير، مبادئه ومراحل تنفيذه مع مراعاة تناسب ذلك مع استراتيجيات التغيير لضمان تطبيق كفاء وفعال لبرامج التغيير التنظيمي.

### المطلب الأول: مبادئ التغيير التنظيمي وخصائصه

سنحاول من خلال هذا المطلب التعرف على مبادئ (أسس) عملية التغيير التنظيمي وتحديد أهم الخصائص التي تميزها.

#### أولاً : مبادئ التغيير التنظيمي

باعتبار أن التغيير في المؤسسة يعد مسألة حتمية ينبغي المرور عبرها، فإننا سوف نحاول طرح أهم المبادئ التي تحكم عملية التغيير التنظيمي من خلال الآتي<sup>1</sup>:

1- يتطلب أي تغيير في نظام فرعي (Sub System) من المؤسسة، أو جزء معين منه إجراء تغيير بمستوى معين في المؤسسة ككل، بنفس الوقت أو لاحقاً، تبعاً لدرجة وقوة التغيير واتساع آثاره؛

2- ينبغي أن يتم التغيير في المجالات التي تكون أكثر عرضة من غيرها للضغط البيئي (الخارجي)، مع العمل المتواصل على إجراء التعديلات التدريجية الأخرى في أجزاء المؤسسة التي تكون أكثر استقراراً من غيرها؛

3- في حالة إمكانية إجراء التغيير في أحد المواضيع المطلوبة، فإنه يجب أن تتم دراسة تحليلية لواقع الضغط ودرجته وقوة تحقيق النتائج المرجوة من عملية التغيير، هذا كله قبل الشروع

<sup>1</sup> الشماخ، ومحمود، المرجع المذكور سابقاً، ص: 372.

بإحداثها، مع اتخاذ الإجراءات الكفيلة بتجنب المواضيع التي قد تؤدي إلى ظهور ردود فعل سلبية وعنيفة إتجاه التغيير المطلوب؛

4- عند إجراء التغيير في مستوى معين من الهيكل التنظيمي للمؤسسة فإنه من الضروري إجراء التغيير في المستويات العليا والدنيا الأخرى منه، وإلا فإن حالة من عدم التوازن ستسود المؤسسة، وستكون انعكاسات سلبية على استمرارها؛

5- إذا اتخذت المؤسسة التغيير الشامل لجميع المفاصل في هيكل المؤسسة فإنه ينبغي أن يرافقه في الوقت ذاته اتجاه مناسب للتغيير في السياسات والبرامج والإجراءات الشاملة للمؤسسة ككل، من أجل ضمان التناسق بين واقع التغيير التنظيمي وسعي المؤسسة لتنفيذ سياستها وتحقيق أهدافها المرجوة؛

6- عند قيام المؤسسة بانتهاج سياسة التغيير المخطط، ينبغي عليها أن تأخذ بعين الاعتبار عند البدء بعملية التغيير كلا من التنظيمين الرسمي وغير الرسمي في نفس الوقت وذلك لكي تحقق النجاح في هذا الاتجاه؛

7- ترتبط فعالية وكفاءة التغيير مباشرة بدرجة إسهام الأفراد العاملين في المؤسسة، وذلك من خلال اكتشاف الحقائق وجمع المعلومات، وبيان اتجاهات التغيير المطلوبة انسجاماً مع الأهداف العامة والتفصيلية للمؤسسة وذلك لأن عدم إسهام هؤلاء الأفراد في التغيير يعرقل إمكانية استمرار المؤسسة وقدرتها على العمل.

واقترح غرونر "Griener" مجموعة من المبادئ التي تساعد المؤسسة على التعامل مع التغيير بكفاءة وهي<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> العطيات، المرجع المذكور سابقاً، ص: 102-103.

أ- مبدأ السلطة من جانب واحد: ويقوم هذا المبدأ على الرسمية التي تعزى إلى المسؤولين

باعتبارهم الوحيدين الذين لديهم الحق في اقتراح التغيير؛

ب- مبدأ مشاركة المرؤوسين في السلطة: ويقوم على أساس أن للمرؤوسين الحق في المشاركة

في اتخاذ القرارات وبالتالي تجب مشورتهم عند القيام بعملية التغيير وخصوصا إذا كانوا ذوي

كفاءات ومهارات عالية؛

ج- مبدأ تفويض السلطة: ويقوم على تفويض السلطة إلى المرؤوسين لأجل المشاركة

في التخطيط لعملية التغيير من الإعداد إلى غاية التطبيق.

### ثانيا: خصائص التغيير التنظيمي

تتميز عملية التغيير التنظيمي بعدد من المميزات، ومن أهمها ما يلي:

(أ)- التغيير أمر حتمي: يقول علماء الاجتماع: «إن الشيء الوحيد الذي لا يتغير هو التغيير

نفسه»<sup>1</sup>، ذلك أن التغيير أمر حتمي وضروري ولازم، وهذا يتناسق مع طبيعة الأمور والأشياء<sup>2</sup>، فلا

شيء يبقى على حاله، ودوام الحال من المحال، فالحياة إلى انتهاء، والدنيا إلى فناء، كما قال الرحمان

في عروس القرآن "كُلُّ مَنْ عَلَيْهَا فَانٍ، وَيَبْقَى وَجْهُ رَبِّكَ ذُو الْجَلَالِ وَ الْاِكْرَامِ، فَبَآئِيَ الْآءِ رَبُّكُمَا

تُكَذِّبَان"<sup>3</sup>. (الرحمن، الآية 26-27).

ويتجلى هذا الأمر أكثر في عالم اليوم حيث أصبح التغيير فيه قاعدة وليس استثناءً، فالعصر

الذي تحيا فيه المؤسسات الآن، هو عصر مليء بالتغيير والديناميكية في شتى المجالات: السياسية،

<sup>1</sup> ظاهر محمود كلالدة، الاتجاهات الحديثة في القيادة الإدارية، الأردن، دار زهران للنشر والتوزيع، 1997، ص: 283.

<sup>2</sup> عبد الباقي، المرجع المذكور سابقا، ص: 375.

<sup>3</sup> القرآن الكريم، سورة الرحمن، الآية: 26-27.

الاقتصادية، الاجتماعية، القانونية... إلخ، مما جعل الكثيرين يطلقون عليه "عصر التغير"<sup>1</sup>، وهذا التغير أصبح كالمدمر العارم يحتاج كافة المؤسسات على اختلاف أنواعها وأهدافها ونشاطاتها بقوى وظروف بيئية تفرض على المؤسسات حتمية التغيير سواء كانت هذه القوى تأتي من الخارج أو من الداخل تنذر المؤسسات بأن تتغير أو تزول.

(ب)- **التغيير حركة تفاؤلية:** إن حركة التغيير هي حركة ارتقائية بالضرورة، وأن المؤسسات أثناء قيامها بعملية التغيير تنتقل عبر سلسلة من المراحل والخطوات أو الحلقات التطويرية تقفز بها من الوضع الحالي أو الراهن الذي تكون عنده في فترة زمنية معينة نحو الوضع المستهدف أو المنشود الذي تأمل في الوصول إليه مستقبلاً، هذا الانتقال يشبه الخط المستقيم.

(ج)- **التغيير عملية مستمرة:** هناك قاعدة تقول أن: "التغيير مسألة مستمرة على مر التاريخ"، فالتغيير حالة مستمرة يحصل بتخطيط مسبق أو بصورة عشوائية استجابة للظروف البيئية، كما قد يكون سريانه منظماً كجريان الماء، أو موسمياً على قفزات نوعية أو كمية، وقد يكون بطيئاً أو سريعاً، جذرياً أو تدريجياً، فهو من الظواهر التي تتصف بالديمومة والاستمرار ذلك أن المؤسسات تعمل ضمن بيئة داخلية وخارجية تتصف بالحركية وعدم الثبات خاصة بيئة العصر الحالي، إذ أن السمة الغالبة عليها هي سمة "التغيير المستمر"، لذا يجب على المؤسسات أن تعتمد أسلوب **التغيير المستمر** لكي تحقق **البقاء المستمر** في الأسواق<sup>2</sup>، كما أنه يجب على المديرين أن يتوقعوا التغيير دائماً ويعتبروه رحلة لانهاية لها، وكل تقدم يعتبر نقطة انطلاق لمرحلة ثانية أعلى، ولأن إحداث التغيير

<sup>1</sup> مصطفى كامل، وأبو العزم عطية، **مقدمة في السلوك التنظيمي**، مصر، المكتب الجامعي الحديث، بدون سنة نشر، ص: 169.

<sup>2</sup> الشماغ، ومحمود، المرجع المذكور سابقاً، ص: 37.

في المؤسسات يتم على نطاق كبير لذا لا يمكن اعتباره حدثاً واحداً بل عملية مستمرة، وكون التغيير عملية مستمرة فهو بهذا مرتبط بعنصر الزمن ومن ثم تظهر أهمية الوقت في عملية التغيير.

(د) - التغيير عملية شاملة: إن اعتبار التغيير عملية شاملة يتماشى مع مفهوم النظم الذي يقضي بالنظرة الكلية والشمولية للنظام محل الاعتبار، لذا يتعامل التغيير مع المؤسسة بأكملها، أي باعتبارها نظاماً كاملاً، فالتغيير عبارة عن إستراتيجية تُسير المؤسسة بأكملها تسعى لإحداث تغييرات في جميع جوانبها وهو بذلك يختلف عن التطوير التنظيمي والتنمية الإدارية التي تعتبر تغييرات جزئية كونها تنحصر في مجالات محددة على مستوى المؤسسة، كما أن النظرة النظمية للتغيير تقضي بأن المؤسسة باعتبارها تتكون من أنظمة فرعية متداخلة ومتفاعلة، فإن أي تغيير في إحدى أنظمتها (عناصرها) يؤثر في كافة النظم الأخرى بدرجات متفاوتة، فتغيير نظام الرواتب والأجور، نظام الحاسب الآلي، إجراءات تقييم العمل، ساعات العمل، وما شابه به، له آثار مختلفة على باقي الأنظمة والعناصر، فتغيير نظام تقييم العمل الذي يصمم للوصول إلى دقة أكبر في السجلات وتحديد النشاطات والترقيات يؤثر في نظام التحفيز، الصراع الداخلي، ديناميكيات الجماعات وجوانب أخرى بالمؤسسة<sup>1</sup>.

### المطلب الثاني: مراحل التغيير التنظيمي ومجالاته

اتفق أغلب الباحثين على وجود ثلاث مراحل يمر بها إحداث أي تغيير تنظيمي، حيث اعتمدوا في ذلك على أولى المحاولات لوضع هذه المراحل والتي قام بها كيرت لوين

<sup>1</sup> حنا نصر الله وآخرون، مبادئ في العلوم الإدارية: الأصول والمفاهيم المعاصرة، الأردن، دار زهران للنشر والتوزيع،

"Kurt.Lewin"، إلا أنهم اختلفوا في تفصيلها ويرجع ذلك إلى الخلفية التي اعتمدها كل باحث في التحليل.

### أولاً: مراحل تطبيق التغيير التنظيمي

يعتبر كيرت لوين "Kurt.Lewin" من أشهر من تناولوا مراحل التغيير التنظيمي، حيث بين أن أي تغيير لابد وأن يمر عبر ثلاث مراحل أساسية: فيبدأ بمرحلة إذابة الجليد (Dégel) للنظام القائم (الحالي)، بعد ذلك المرور إلى مرحلة التغيير (Changement)، وانتهاءً بمرحلة التجميد (Regel) للنظام الجديد كما يلي<sup>1</sup>:

#### 1) مرحلة الإذابة (Dégel) (التهيئة والإعداد):

وتكون الإذابة للقيم القديمة والعادات والمعتقدات والهيكلية التي تقوم عليها المؤسسة<sup>2</sup>، كما يتم في هذه المرحلة حشد الجهود التي تبذل في المؤسسة لكي نجعل الأفراد العاملين بها يتقبلون عملية التغيير<sup>3</sup>.

ومن الممارسات التي يتم استخدامها لإذابة الجليد في هذه المرحلة، الضغط للتخلص من السلوكيات الحالية، ويؤكد سكاين "Schein" على ضرورة إذابة الجليد أي الوضع القائم، من خلال التخلص من القيم والاتجاهات والسلوك الحالي، ثم على الإدارة العمل لإيجاد الدافعية والاستعداد

<sup>1</sup> Simon, yvers, Joffre, Patrick, (sous la dir.), Encyclopédie de gestion, Paris, 2<sup>ème</sup> ed, Economica, 1997, p: 308.

<sup>2</sup> Raymond, Triétart, Alain, Le management « Que sais-je ? », Paris, 11<sup>ème</sup> ed, puf, 2003, p: 95.

<sup>3</sup> عبد العزيز صالح بن حبتور، الإدارة الاستراتيجية "إدارة جديدة في عالم متغير"، الطبعة الأولى، عمان، دار المسيرة، 2004، ص: 363.

والرغبة لعمل شيء جديد والتوصل إلى عدم جدوى الأساليب القديمة المطبقة لإنجاز الأعمال<sup>1</sup>.  
ومن ضمن أساليب تحرير وإذابة الجليد نجد:

أ- منع أي نمط سلوكي يمثل نوعاً من المشاكل التي يجب تغييرها أي أن الأنماط السلوكية السيئة غير مرغوب فيها؛

ب- انتقاد التصرفات والسياسات وأساليب العمل التي تؤدي إلى مشاكل وقد يصل الأمر بالانتقاد إلى زرع الإحساس بالذنب أو الحط من القدر والقيمة؛

ج- إشعار العاملين بالأمان اتجاه التغييرات التي قد تحدث مستقبلاً ويتم ذلك بإزالة أي مسببات لمقاومة التغيير؛

د- نقل الفرد من القسم أو بيئة العمل التي تشجع أساليب العمل والتصرفات غير المرغوبة، ويكون النقل مؤقتاً أو نهائياً إلى أحد الأقسام الأخرى، أو إلى دورة تدريبية تدور حول المشكلة المعينة؛

هـ- تغيير بعض الظروف المحيطة بالتصرفات السيئة، فإذا كانت هي التأخير والغياب والأكل على المكاتب والتوقف عن مواعيد العمل الرسمية، فإن التغييرات التي تشعر العاملين بسوء هذه التصرفات قد تكون مثل: تغيير مواعيد الحضور والانصراف، وعدد ساعات العمل والراحة.

إن تفكيك أو إذابة الجليد أمر يسهل للأفراد والقائمين على التغيير التنظيمي توضيح مشاكل توجد في العمل تحتاج إلى تغيير وحل، يعقب ذلك عادة مناقشة مخططة بين الأفراد وجماعات العمل، والمشرفين على برنامج التغيير التنظيمي، حيث تهدف للتعرف على المواضيع التالية:

- ما هي الأعراض المرضية التي تشككي منها وحدات العمل؟

<sup>1</sup> اللوزي، المرجع المذكور سابقاً، ص: 227.

- ما هي العلاقة النسبية بين هذه الأعراض؟
- هل هذه العلاقات تظهر المشكلة بوضوح؟
- هل هناك أكثر من مشكلة؟
- ما هو الترتيب الذي تتخذه هذه المشاكل بحسب تأثيرها على العمل؟
- هل يمكن حل هذه المشاكل؟
- هل هناك مشاكل يصعب حلها؟
- ما هي حدود المؤسسة وإمكانياتها في حل المشاكل؟<sup>1</sup>.

## (2) مرحلة التغيير (Changement):

تعني هذه المرحلة التدخل الذي يقوم به القائمون على التغيير على الأنظمة وأساليب العمل والإجراءات التنظيمية، وعلى السلوك الفردي والجماعي في المؤسسة، وينظر بعضهم إلى مرحلة التغيير ليس فقط كمرحلة تدخل، بل على أنها مرحلة تعلم، أي مرحلة يكتسب فيها كل فرد من الأفراد، وكل جماعات العمل، والمؤسسة أنماط جديدة من التصرف والسلوك ، والتي تساعد في مواجهة مشاكلهم وفي التغيير إلى الأحسن.

ولهذا فإنه يجب في هذه المرحلة التركيز على ضرورة تعلم الفرد أفكارا وأساليب ومهارات عمل جديدة، بحيث يتوفر لدى الأفراد البدائل الجيدة لأداء الأعمال، من خلال ما تقدمه الإدارة لهم. وفي هذه المرحلة أيضا يتم العمل على إجراء تغيير في الواجبات والمهام، كذلك في الهياكل الموجودة حاليا، الأمر الذي يتطلب من الإدارة ضرورة العمل على توفير معلومات ومعارف جديدة وأساليب عمل جديدة للأفراد العاملين للمساهمة في تغيير مهارات وسلوك هؤلاء وتطويرها.

<sup>1</sup> أحمد ماهر، السلوك التنظيمي، "مدخل بناء المهارات"، الطبعة السابعة، القاهرة، الدار الجامعية، 2000، ص: 460.

وفي هذه المرحلة أيضا يحذر "لوين" من عدم الإقدام بشكل متسرع على تنفيذ هذه المرحلة وإحداث التغيير، لأن ذلك سوف يترتب عليه ظهور مقاومة شديدة ضد التغيير، الأمر الذي يؤدي إلى الإرباك والتشويش، وعدم الوضوح ومن ثم عدم تحقيق المطلوب، ويتراوح مدى التغيير من تغيير محدود إلى تغيير رئيسي وجوهري، فبرنامج تدريب بسيط لتنمية المهارات، أو تغيير إجراءات التعيين، يعد تغييرا محدودا، طالما يتضمن مجموعة محدودة من الأفراد، وعلى العكس من هذا فإن التغييرات الجوهرية التي تتضمن عدد كبير من الأفراد قد تتمثل في إثراء مكثف للعمل، أو إعادة الهيكلة، أو المحاولات الجادة لزيادة صلاحية الأفراد لاتخاذ القرارات<sup>1</sup>.

ومن الضروري بأن نفهم أن هذه المرحلة تتطلب فترة زمنية طويلة نسبيا قد تستغرق عدة شهور أو أحيانا عدة سنوات لوضع التغييرات موضع التنفيذ<sup>2</sup>.

### (3) مرحلة التجميد (Regel) :

وتعني هذه المرحلة محاولة المؤسسة بناء درجة عالية من الالتزام للأفراد نحو الإستراتيجية الجديدة دون خلق أي نوع من المقاومة، وهنا يتم التعزيز اللازم للتغيير بحيث تصبح الاتجاهات والمهارات والمعارف والأنماط السلوكية الجديدة ثابتة وراسخة من خلال ما تم إكسابه للأفراد العاملين في مرحلة التغيير<sup>3</sup>.

ويمكن القول أن هذه المرحلة تهتم بحماية وصيانة التغيير الذي تم التوصل إليه، وللحفاظ على عملية التغيير يمكن إتباع بعض أو كل الطرق التالية:

<sup>1</sup> رواية حسن، السلوك التنظيمي المعاصر، مصر، الدار الجامعية، 2002، ص: 349.

<sup>2</sup> منال طلعت محمود، أساسيات في علم الإدارة، مصر، المكتب الجامعي الحديث، 2003، ص: 308.

<sup>3</sup> أندرو دي سيزولاقي وجي مانك والاس، ترجمة أبو القاسم أحمد، السلوك التنظيمي والأداء، الرياض، معهد الإدارة العامة، 1999، ص: 549.

- المتابعة المستمرة لنتائج التغيير التنظيمي، ومقارنة هذه النتائج الفعلية بالنتائج المخططة والمطلوبة، ومناقشة الانحرافات المحتملة ومحاولة علاجها وتصحيحها؛
- توفير سبل اتصالات متفتحة بين المشاركين في التطوير مع توفير كافة المعلومات المرتبطة به؛
- بناء حوافز تشجع الأقسام والأفراد الناجحين في المساهمة في عمليات التغيير؛
- تكريم الأشخاص وجماعات العمل والمديرين المساهمين في التغيير؛
- إنشاء أنظمة تشجيع الاقتراحات الخاصة بالتطويرات والتغييرات الجديدة، وتشجيع السلوك والتصرفات الخاصة بالسلوك الإبداعي والمساواة والابتكار سواء في العمليات الفنية الوظيفية أو في العمليات الإدارية؛
- الاجتماعات والمناقشات المستمرة لعملية التغيير ومشاكلها وتحديد سبيل العلاج؛
- الإبقاء على العلاقة مع المستشارين الخارجيين بشكل ينتج الزيارة من وقت لآخر، ومن على بعد حتى يمكن متابعة نتائج التغيير<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> ماهر، المرجع المذكور سابقاً، ص: 466-467.

و الجدول الآتي يوضح ما سبق:

الجدول رقم (1): مراحل عملية التغيير

| المرحلة الأولى                                                                                                   | المرحلة الثانية                                                                                                                                     | المرحلة الثالثة                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| إذابة الجليد                                                                                                     | التغيير                                                                                                                                             | إعادة التجميد                                                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• إيجاد شعور بالحاجة للتغيير</li> <li>• تقليص المقاومة للتغيير</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تغيير الناس</li> <li>• تغيير الأعمال</li> <li>• تغيير البناء التنظيمي</li> <li>• تغيير التقنيات</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعزيز النتائج</li> <li>• تقييم النتائج</li> <li>• إجراء تعديلات بنائه</li> </ul> |

المصدر: اللوزي، المرجع المذكور سابقا، ص 229.

من خلال الجدول يتضح لنا أن المرحلة الأولى والمتمثلة في إذابة الجليد توجب على المؤسسة إيجاد الشعور بالحاجة إلى التغيير لدى الأفراد ما يؤدي إلى تقليص حدة المقاومة المتوقعة، أما المرحلة الثانية والتي تتضمن إجراء التغيير في المؤسسة على عدة مستويات تشمل الناس الأعمال البناء التنظيمي والتقنيات المستعملة، وأخيرا إعادة التجميد والتي تؤدي إلى تعزيز نتائج التغيير على أرض الواقع ومن ثم تقييمها ثم إجراء التعديلات اللازمة لتعزيز بناء التغيير.

وكما يلاحظ أن التجميد يكسب التغيير صفة الثبات الجمود والتوقف في حين على العكس من ذلك فإن التغيير مستمر ومتجدد أي في كل مرة يأتي بالجديد، والمقصود هنا بالتجميد هو ترسيخ

كل شيء جديد أتى به التغيير في كافة المجالات التي مسها داخل المؤسسة وليس البقاء على نفس الحالة التي تغيرت إليها المؤسسة<sup>1</sup>.

### ثانيا: مجالات التغيير التنظيمي

بعد أن وضعنا المراحل الأساسية للتغيير التنظيمي، سوف نقوم الآن بالحديث عن أكثر المجالات التي تنتهج لإحداثه، حيث يشمل الجدول التالي ملخصا لتلك المجالات وفيما بعد سوف نقوم بالتعرض لكل واحدة منها بشيء من التفصيل:

#### جدول رقم(2): مجالات التغيير التنظيمي

| التغيير الاستراتيجي                                                                                                            | التغيير البنائي (الهيكل)                                                                                                                                             | التغيير التكنولوجي                                                                                                                                  | التغيير الإنساني                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>إستراتيجية المؤسسة</li> <li>إستراتيجية النشاط</li> <li>الإستراتيجية الوظيفية</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>مكونات البناء التنظيمي</li> <li>التصميم التنظيمي</li> <li>نظام المكافآت</li> <li>تقييم الأداء</li> <li>نظم الرقابة</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>المعدات</li> <li>تصميم العمل</li> <li>تتابع العمل</li> <li>التألية</li> <li>نظام معالجة المعلومات</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>المهارات</li> <li>الأداء</li> <li>الاتجاهات</li> <li>الإدراك</li> <li>السلوكيات</li> </ul> |

المصدر: علي شريف، ومحمد سلطان، مدخل معاصر في مبادئ الإدارة، الإسكندرية، الدار الجامعية،

1998، ص: 330.

<sup>1</sup> علي عبد الله، محاضرات في إدارة الموارد البشرية، سنة أولى ماجستير إدارة أعمال، جامعة الجزائر 3، 2012/2011.

من خلال الجدول يتبين لنا أن عملية التغيير السليمة تستدعي مراعاة أربعة مجالات أساسية يمكن أن يشملها التغيير التنظيمي، وهذه المجالات هي: التغيير الإستراتيجي، التغيير البنائي(الهيكل)، التغيير التكنولوجي، والتغيير الإنساني والتي نشرحها كالآتي:

### 1. التغيير الاستراتيجي: يتم التغيير الاستراتيجي لتحقيق الغاية المرجوة للمؤسسة كما قامت به

العديد من المؤسسات الكبرى في العالم، فيكون إما بتعديل المؤسسة لإستراتيجيتها أو تبني إستراتيجية جديدة أو يكون على مستوى إستراتيجية، النشاط بالدفاع أو الهجوم أو الثبات أو بتغيير المؤسسة واحدة أو أكثر من استراتيجياتها الوظيفية<sup>1</sup>.

### 2. التغيير البنائي(الهيكل): إن أي تغيير في هذه المكونات "الهيكل التنظيمي الرسمي

للمؤسسة، علاقات السلطة، طبيعة الوظيفة، إعادة توزيع الاختصاصات، إعادة تصميم خطوط الاتصال وقنوات تدفق السلطة والمسؤولية... إلخ"، تدخل في مجال التغيير الهيكل<sup>2</sup>، وقد تلجأ المؤسسات إلى إجراء تغيير شامل في بنائها التنظيمي كله وهو ما يطلق عليه (إعادة التنظيم)، كما يمكن أن تقوم المؤسسة كذلك بإجراء تغييرات أخرى تدخل في نطاق التغيير الهيكل كن تغيير نظام العوائد والمكافآت، أو نظام تقييم الأداء والرقابة.

### 3. التغيير التكنولوجي: يتم ذلك بتطبيق طرق ووسائل جديدة لتحويل الموارد المتاحة إلى سلع

وخدمات من خلال المعدات، تصميم العمل، تتابع العمل، واقتناء التكنولوجيا المتاحة، ونظم معالجة المعلومات... إلخ، والذي تكون له آثار سلوكية وهيكلية بعيدة المدى على المؤسسة، وكمثال على ذلك فإن اقتناء المؤسسة لآلات جديدة ينطوي عليه تغييرات في محتوى الوظيفة

<sup>1</sup> شريف، وسلطان، المرجع المذكور سابقاً، ص: 330.

<sup>2</sup> Brilman, Jean, Les meilleurs pratiques du management au cœur de la performance, 3eme tirage, Paris, édition d'organisation, 2000, p: 363.

بالتالي تقسيم العمل مما يؤدي إلى تغيير في العلاقات بين العاملين، وظروف العمل المادية أنماط الوظيفة إجراءات الترقية تغيرات في الأجور والرواتب...الخ<sup>1</sup>.

4. **التغيير الإنساني:** يقصد به التغيير في سلوك العاملين، ويعتبر هذا المجال الأكثر صعوبة وتعقيدا، لأن الكثير من أبعاد هذا السلوك غير منظورة وتختلف من فرد إلى آخر. ويظهر هذا النوع من التغيير في مجالين هما:

- **التغيير المادي للأفراد:** وذلك بالاستغناء عن بعضهم وإحلال غيرهم محلهم؛
  - **التغيير النوعي للأفراد:** يكون برفع مهاراتهم وتنمية قدراتهم أو تعديل أنماط سلوكهم من خلال نظم التدريب والتنمية وتطبيق نظم المكافآت والجزاء<sup>2</sup>.
- ويهدف التغيير الإنساني إلى<sup>3</sup>:

✓ تحقيق روح معنوية ورضا عاليين، والاهتمام بدوافع العمل لدى الأفراد وبنوعية حياة العمل التي توفرها المؤسسة للعاملين؛

✓ بث روح الالتزام بين العاملين، والولاء للمؤسسة ولأهداف التغيير، حيث يعتبر هذا الأخير شرطا ضروريا لنجاح أي عملية تغيير.

يتضح من خلال العرض السابق أن مجالات التغيير التنظيمي متداخلة ومتشابكة، ولذلك يجب على المؤسسة أخذ احتياطاتها عند إقرارها للتغيير، مع مراعاة التوازن بين مختلف الجوانب التي قد تتعدى تلك المذكورة آنفا، غير أنه وبالرغم من أهمية كل مجال من هذه المجالات إلا أن أهم

<sup>1</sup> شريف، وسلطان، المرجع المذكور سابقا، ص: 331.

<sup>2</sup> علي السلمي، **السلوك التنظيمي**، القاهرة، دار غريب للنشر والتوزيع، بدون سنة نشر، ص: 328.

<sup>3</sup> جردات وآخرون، المرجع المذكور سابقا، ص: 222.

هذه المجالات هو الجانب الإنساني، نظرا للدور الكبير الذي يلعبه المورد البشري على كل المستويات، إذ يعتبر المحرك الأساسي لأي مؤسسة.

### المطلب الثالث: إستراتيجيات التغيير التنظيمي

هناك الكثير من الإستراتيجيات التي يمكن أن تتبعها المؤسسات لإجراء التغيير الذي تريده، وتتنوع هذه الإستراتيجيات استنادا إلى حجم وقوة هذا التغيير، إذ يمكن أن يكون التغيير تدريجا، وقد يكون بنويا وسريعا، ومن بين الاستراتيجيات التي يمكن اعتمادها عند إحداث التغيير التنظيمي نجد:

(1) **إستراتيجية التغيير المتدرج:** تتأثر هذه الإستراتيجية بعدة عوامل منها: مهارة وقدرات العاملين، رغبة العاملين بالمشاركة، ثقافة المؤسسة والتشجيع المستمر، وعليه يمكن استخدام الأساليب التالية لضمان نجاح إستراتيجية التغيير المتدرج كالتالي:

أ- **إستراتيجية المشاركة واسعة النطاق:** تستخدم عندما تكون مقاومة التغيير منخفضة أو ضرورة التغيير منخفضة، ويعتمد نجاحها على المشاركة الواسعة من قبل جميع الأفراد المعنيين بعملية التغيير، والذين يعرفون جميع تفاصيله<sup>1</sup>.

ب- **المشاركة المركزة:** هنا تكون درجة إلحاح التغيير عالية، ودرجة مقاومته منخفضة، في هذه الحالة لا يوجد لدى المدير أو القائد الوقت ليشرك جميع العاملين، وهنا يتطلب منه إتباع أسلوب المشاركة المركزة، بحيث يجتهد الأفراد المهمون في نجاح عملية التغيير، والحصول على مشاركتهم، وفي نفس الوقت التركيز على إيصال حقيقي مع باقي أفراد المؤسسة<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> جردات وآخرون، المرجع المذكور سابقا، ص: 229.

<sup>2</sup> العطيات، المرجع المذكور سابقا، ص: 210.

ج- أسلوب الإقناع: يستخدم هذا الأسلوب عندما تكون درجة المقاومة عالية ودرجة الإلحاح منخفضة، يكون الحاجز الرئيسي أمام التغيير ليس نقص المعلومات أو عدم توافرها، بل عدم اقتناع الأشخاص أو المؤسسات بضرورة التغيير أو عدم رغبتهم فيه أو خوفهم منه، فيحاول قائد التغيير أن يتغلب على هذه المقاومة عن طريق التوعية والتثقيف وإزالة المخاوف، وتنمية الولاء للتغيير الذي تنوي إحداثه، بحيث يصبح الأفراد قابليين للتغيير وراغبين فيه بدلاً من مقاومته، ومن الأساليب المستخدمة في ذلك التدريب والذي يهدف إلى تغيير اتجاهات الفرد ومواقفه<sup>1</sup>.

د- أسلوب الإكراه: يستخدم هذا الأسلوب عند الضرورة الملحة للتغيير، ووجود مقاومة عالية له، وعندما يكون الأسلوب الإقناعي غير مفيد أو يستغرق وقتاً طويلاً، فيلجأ إلى الأسلوب الجبري مع مداومة الاتصال بالعاملين لتوضيح الأهداف وأهمية التغيير<sup>2</sup>.

(2) إستراتيجية التغيير البنوي: تتبنى هذه الإستراتيجية التغيير العميق في المؤسسة، وقد تشكل تهديداً

لبعض العاملين، لذا لابد من إتباع الإستراتيجيات القيادية الآتية عند اللجوء لهذه الإستراتيجية :

أ- إستراتيجية البراعة القيادية: يستخدم هذا الأسلوب عندما تكون درجة مقاومة التغيير منخفضة ولا تعيش المؤسسة في أزمة، لكن لا تكفي الروح القيادية إذا لم يرافقها قدر كبير من التخطيط والتوجيه للوصول إلى الهدف المطلوب<sup>3</sup>.

ب- إستراتيجية الإقناع: يستخدم هذا الأسلوب عندما تكون المؤسسة في أزمة، وجميع العاملين في المؤسسة يدركون هذه الأزمة، مع مقاومة منخفضة، هنا القائم على التغيير سيفكر

<sup>1</sup> العطيات، المرجع المذكور سابقاً، ص: 354.

<sup>2</sup> جردات وآخرون، المرجع المذكور سابقاً، ص: 229.

<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص: 230.

أن الناس يحملون فكري عقلانيا، وأن العقل هو الذي يقودهم إلى تصرفاتهم وقراراتهم وسوف يظن أنه بمجرد أن يعرض عليهم المزايا التي سيحصلون عليها من هذا التغيير المقترح فمنطقهم وعقلانيتهم ستؤدي بهم إلى قبوله، هنا نظرية التغيير تقوم على إيصال المعلومات والرؤى والتمسك بالمصالح التي ستتجر من وراء هذا التغيير المقترح، خاصة للأفراد الذين هو بصدد إقناعهم، وهو متأكد أنهم سينضمون إلى فكرته إذا استطاع إقناعهم بمنطقيتها<sup>1</sup>.

ج- إستراتيجية الإلزام: ويستخدم هذا الأسلوب عندما تكون المقاومة للتغيير مرتفعة، ولكن لا يوجد ما يشير إلى وقوع المؤسسة في أزمة.

د- الإستراتيجية الديكتاتورية (القسرية): تقوم على فرض التغيير على الجهات المعنية بالقوة، ويتم التغلب على كافة أشكال المقاومة باستخدام العقوبات والجزاءات لكل من يخالف. وهذه الإستراتيجية قد تكون فعالة في بعض الظروف وفي بعض الحالات الطارئة ولكنها غير فعالة على المدى البعيد لأنها لا تضمن ولاء الأفراد ودعمهم للتغيير<sup>2</sup>.

وفي ظل تعدد الإستراتيجيات المتاحة أمام القائمين على التغيير، يتوجب عليهم اعتماد معايير دقيقة تتحدد على ضوءها مدى ملائمة كل إستراتيجية لطبيعة الموقف، مع الأخذ بعين الاعتبار الموارد المتاحة والتكاليف المتوقعة، درجة الحاجة إلى التغيير، مواطن القوة والضعف للبيئة الداخلية وبالمقابل فرص وتهديدات البيئة الخارجية. كما أنه يمكن المزج بين أكثر من إستراتيجية وتطبق في الميدان.

<sup>1</sup> R, John. Schermerhorn & autres, **Comportement humain et organisation**, Canada, 2<sup>ème</sup> édition, village mondial, 2002, p : 504.

<sup>2</sup> الفائز، المرجع المذكور سابقا، ص: 41.

## المطلب الرابع: نماذج التغيير التنظيمي

تتعرض المؤسسة في العصر الحديث إلى تعقيدات سريعة تتطلب منها سرعة في الاستجابة والتكيف معها بالتوازي، مع ملاحظة المؤسسة لأثرها على البيئة أيضا، بحيث لا تصبح مستجيبة للتغيرات فقط، من هذا المنطلق شرع المتخصصون والباحثون في صياغة عدة نماذج للتغيير التنظيمي في إطار التغيير المخطط، إلا أن هناك مشكلا يتعلق بكيفية اعتماد نموذج واحد للتغيير، لأن اختلاف المؤسسات والبيئات سوف يؤدي بالضرورة إلى أن النموذج الذي حقق النجاح لمؤسسة ما في تغييرها ليس بالضرورة هو النموذج الشامل الذي يمكن لجميع المؤسسات اعتماده<sup>1</sup>.

وتمثل نماذج التغيير الخطوط العريضة أو الخطوات التي تتبعها المؤسسة بحيث تحتوي هذه الخطوات على المتغيرات والعوامل ذات الصلة بالتغيير المراد إحداثه.

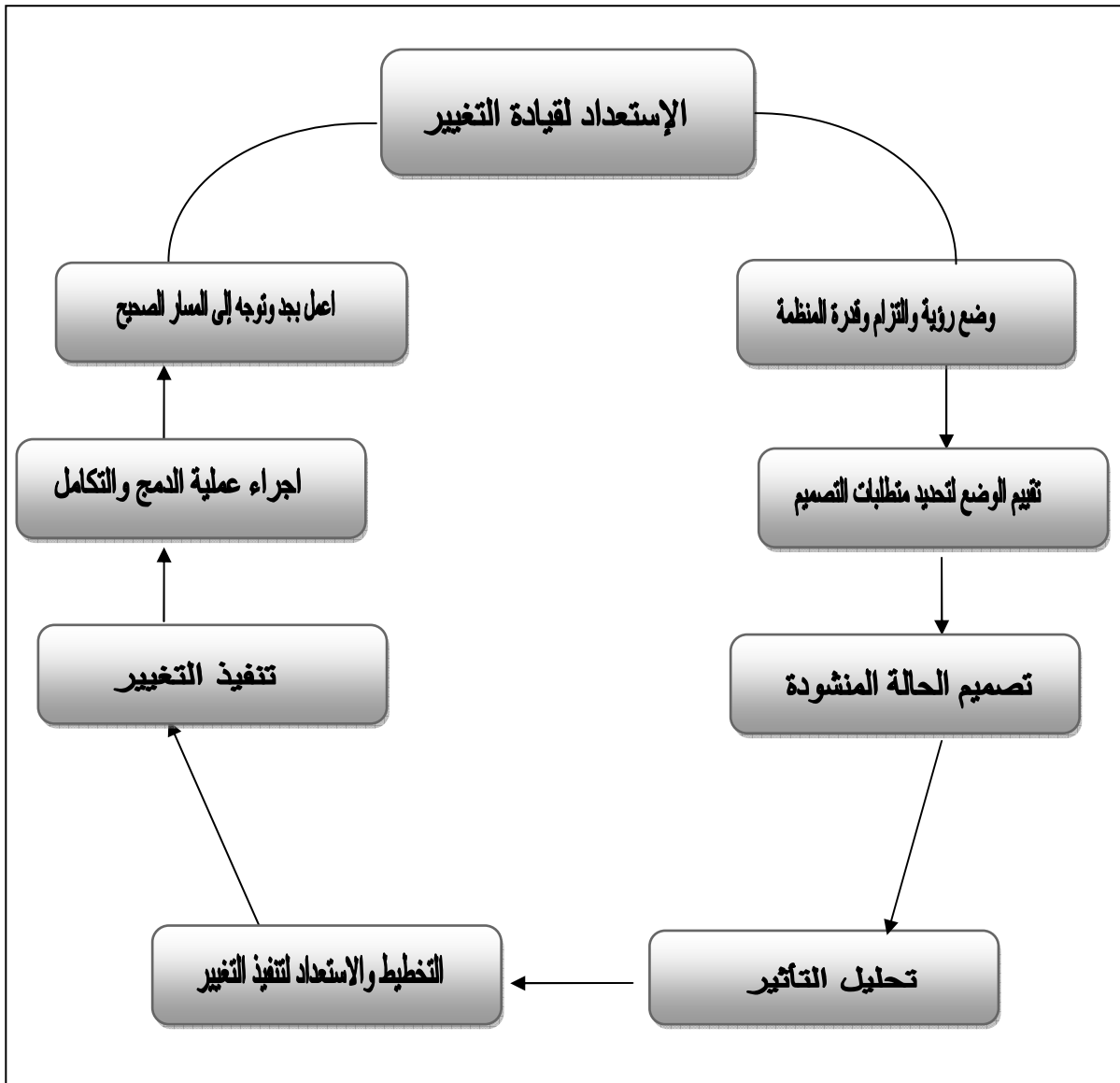
ومن بين أهم هذه النماذج نجد:

### 1- نموذج دين أندرسون "Dean Anderson" وليندا أكرمان أندرسون "Linda S.Ackerman": Anderson:

يرى هذان الكاتبان أن عملية التحول تتأسس على فهم عميق للتغيير مع تبني مجموعة جديدة من المهارات والإستراتيجيات من طرف القيادة التي يتعين عليها توسيع فهمها وبصيرتها (Insight) حول ماهية متطلبات صياغة التغيير.

<sup>1</sup> الشماخ، ومحمود، المرجع المذكور سابقا، ص: 377.

هذا النموذج عبارة عن خارطة طريق تُبين من أين يجب أن ننتقل وإلى أين يجب أن نصل. فالمرحلة التسعة تمثل حركة عملية التغيير في المكان والزمان المطلوب داخل المؤسسة من أجل إنجاحها. كما يرى الكاتبان أيضا وهما يتمتعان بخبرة عشرين سنة في هذا المجال أن هذا النموذج مصمم لكل أنواع التغيير ومهما كان حجم التغيير وقوته. والشكل الموالي يوضح ذلك :



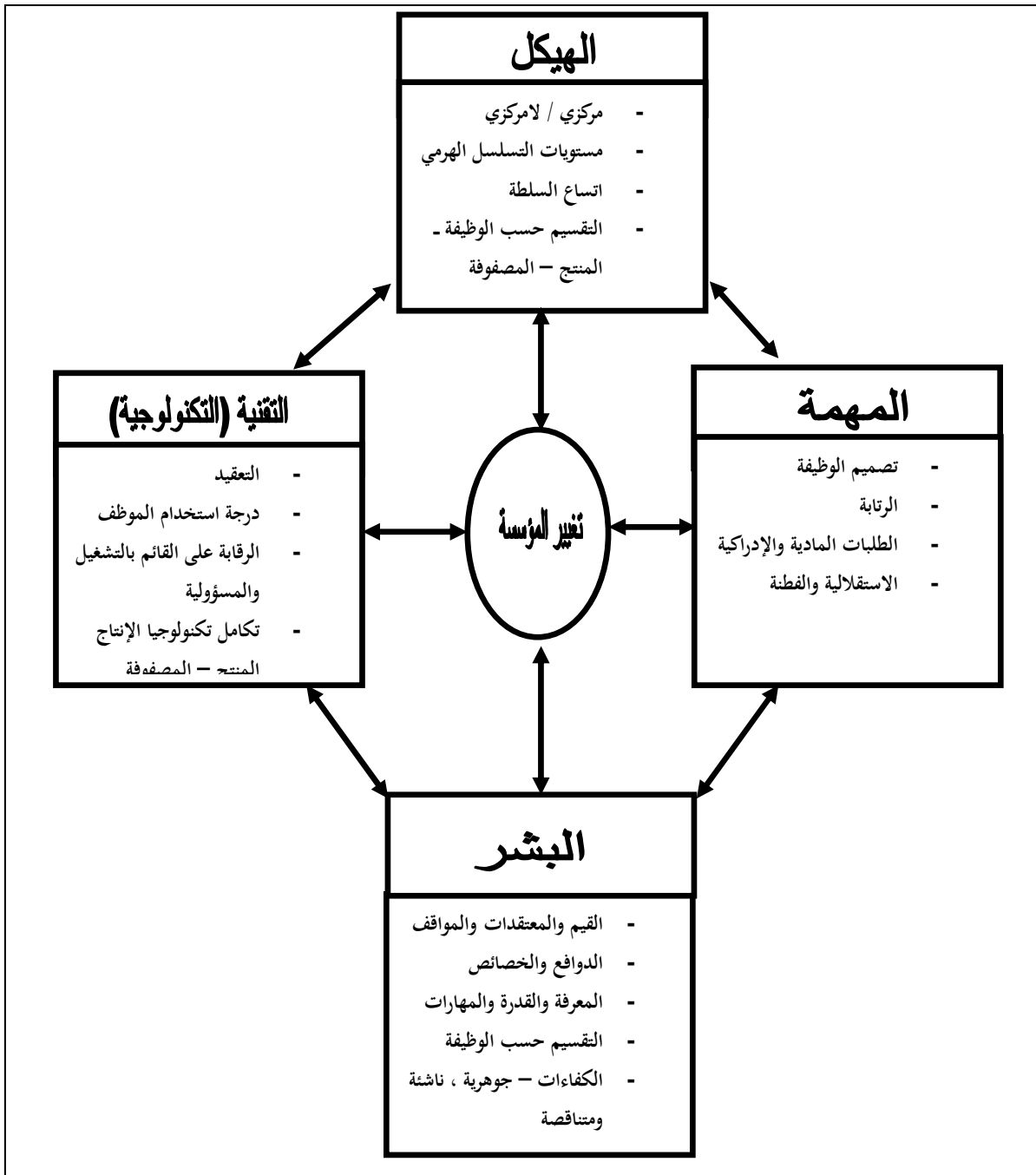
الشكل رقم (3): المراحل التسعة للتغيير نموذج لقيادة عملية تحول واعية

Source :Anderson, Dean, S. Ackerman, Linda, change management, Library of Beyond Congress Cataloging in publication Data, 2001, p: 169.

## 2- نموذج ليفت ديل وإرينج "Leavitt, Dell and Eyring" رباعي الأبعاد (1973):

يتضمن هذا النموذج ضم عملية التغيير في المؤسسة كمكون مركزي لهذا النموذج، كما يؤكد على أنه بينما يمكن أن تركز جهود التغيير التنظيمي على واحد من النظم الفرعية الأربعة (الهيكل، التقنية، البشر، والمهمة)، فإن آثار التدخل سوف تعتمد بشكل متبادل فيما بينها على النظم الفرعية الأربعة للمؤسسة. لذلك نجد على سبيل المثال أن أي إحداث للتغيير في الهيكل التنظيمي للمؤسسة، لابد من أن يكون هذا الأخير هيكلا تقليديا يعتمد على التدرج الهرمي للإدارات المتخصصة ليصبح هيكلا مصفوفا في شكل فرق عمل لمشروعات متداخلة زمنيا وشبه مستديمة وسوف يكون له مضامينه بالنسبة للنظام الفرعي الخاص بالتقنية (التكنولوجيا)، وعلى الأشخاص الذين يتم توظيفهم أو اختيارهم للمؤسسة، وطرق تخصيص المهام وتصميم الوظائف (النظام الفرعي للمهام). ومثلما هو الحال في معظم النماذج الخاصة بالنظم نجد أن النظام الرئيسي من المفترض أن يشتمل على النظم الفرعية المتعددة والمتفاعلة<sup>1</sup>، والشكل الموالي يوضح ذلك:

<sup>1</sup> حماد محمود الرقب، واقع إدارة التغيير لدى وزارات السلطة الفلسطينية، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، غزة، فلسطين، الجامعة الإسلامية، 2008، ص: 58-59.



الشكل رقم (4): نموذج النظم لتغيير المؤسسة

المصدر: كنج، واندرسون، ترجمة حسن، المرجع المذكور سابقاً، ص: 270.

### 3- نموذج هوس "Huse" ذو المراحل السبعة :

قدم إدجار هوس "Edgar Huse" سنة 1980 نموذجا يتكون من سبع مراحل لتطوير المؤسسة، وهو مبني على النموذج الأصلي الذي قدمه لوين "Lewin" وذلك على النحو التالي<sup>1</sup>:

#### المرحلة الأولى: الاستكشاف

وفيه يلتقي المسؤولون عن المؤسسة ومستشار تطوير المؤسسة بداية للتعرف ومناقشة الحاجة للتغيير، وتستطلع المؤسسة المهارات التي يمكن أن يقدمها المستشار، ويقوم المستشار باستنباط البيانات من الأعراض التي تظهرها المشاكل التي تحتاج إلى اهتمام.

#### المرحلة الثانية: الدخول

يقترح مسؤولوا المؤسسة والمستشار معا للاتفاق على التعاقد، ويتكون العقد السيكلوجي من التوقعات التي سوف يقدمها كل طرف للآخر قياسا لما يتوقع أن يحصل عليه منه.

#### المرحلة الثالثة: التشخيص

يقوم المستشار مستندا على الخلفية التي لديه ومعرفته بعملية تشخيص المشاكل التنظيمية القائمة، بتحديد إستراتيجية التدخل المخطط.

#### المرحلة الرابعة: التخطيط

توافق المؤسسة على ما قدمه خبير التطوير بالمؤسسة من سلسلة أساليب التدخل وكيفية العمل، وكذلك الجدول الزمني المتوقع لعملية التغيير، كما يذكر المصادر المرتقبة للمقاومة وأسبابها.

<sup>1</sup> كنج، واندرسون، ترجمة حسن، المرجع المذكور سابقا، ص: 261-263.

### المرحلة الخامسة: خطة العمل

يبدأ التدخل طبقاً لخطة عمل يتم الاتفاق عليها، ويمكن أن تبدأ بطرائق متعددة بشكل متزامن، أو في برامج تطوير المؤسسة المعقدة، نجد أن هناك عدداً من المشروعات متعددة المحاور تسير بشكل متوازي.

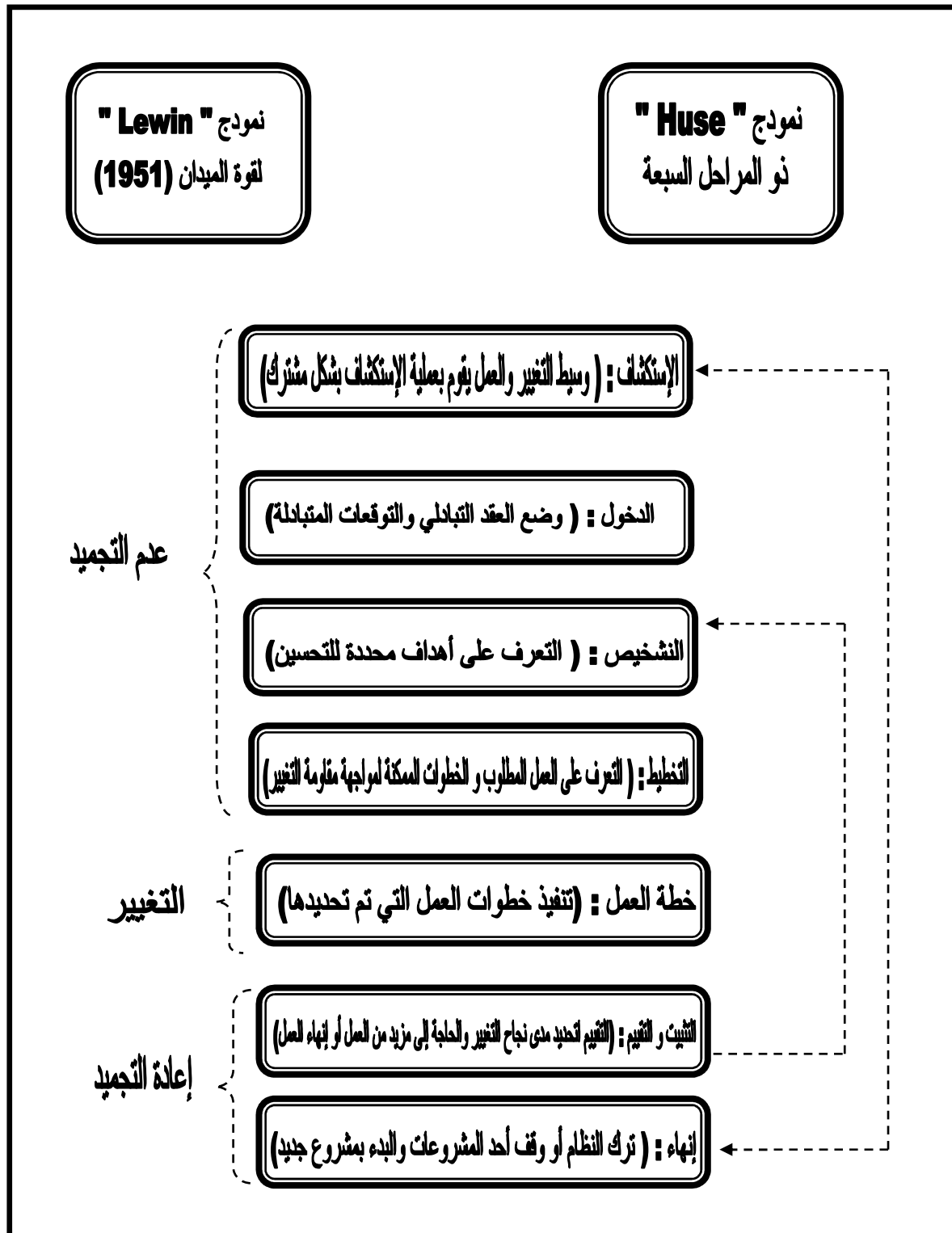
### المرحلة السادسة: التثبيت والتقييم

عند هذه النقطة نجد أن الممارسات المطبقة حديثاً، والنظم و ترميم مراحل العمل تصبح بمثابة روتين يستخدم بشكل يومي داخل المؤسسة. وعقب التثبيت يتم تقييم عملية التغيير، وتقاس النتائج بشكل كمي.

### المرحلة السابعة: إنهاء العمل

يقوم وسيط التغيير عن قصد بالانتقال إلى عمل آخر (مؤسسة أخرى) فأحدى قواعد العمل بالنسبة لمستشاري التغيير هو الدخول ثم الانغماس في العمل، ثم الخروج منه، وبالمقابل يبدأ في مشروع مختلف تماماً لتطوير المؤسسة ويكون ذلك في ذات المكان أي في نفس المؤسسة.

والشكل الموالي يشرح هذا النموذج:



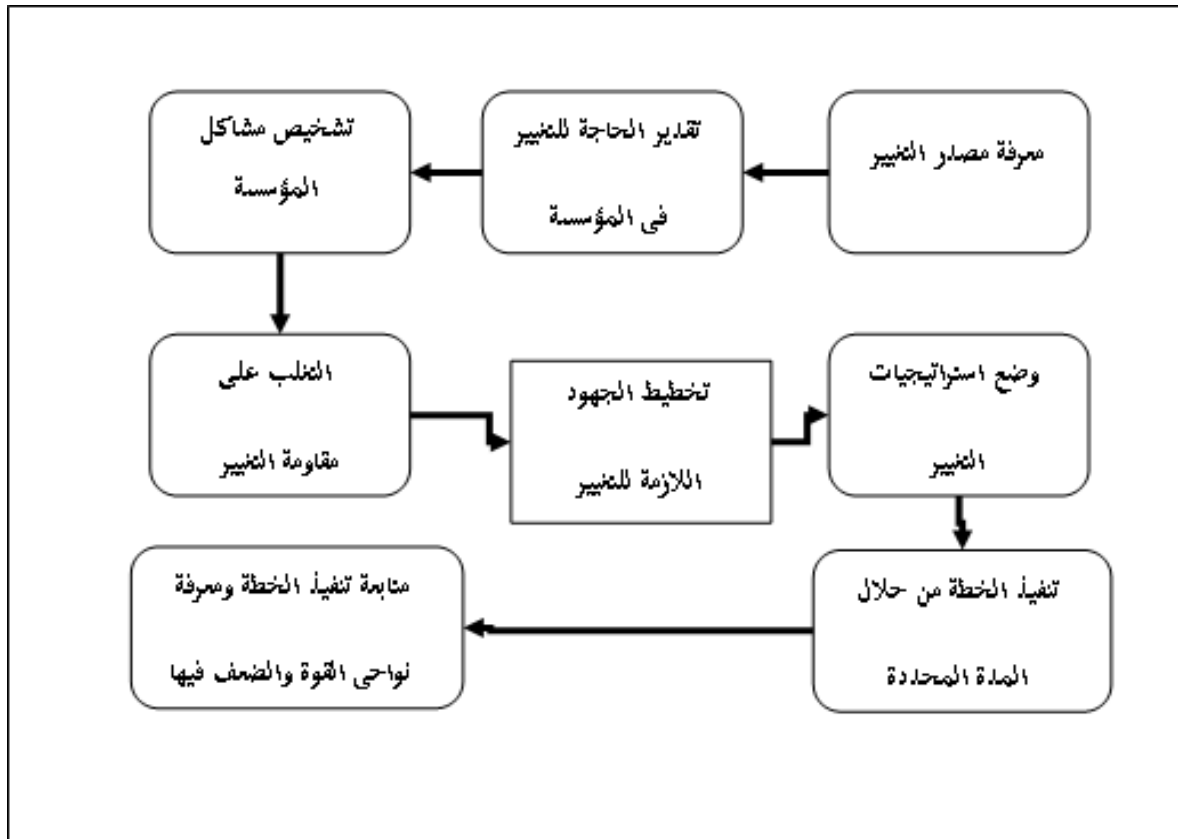
الشكل رقم (5): نموذج "Huse" للتغيير المخطط في المؤسسة

المصدر: كنج، اندرسون، ترجمة حسن، المرجع المذكور سابقاً، ص: 262.

#### 4- نموذج عبد الباري الدرة:

يقترح الدرة نموذجاً لإدخال التغيير المخطط في المؤسسة وهو ممثل بالخطوات المبينة

في الشكل التالي<sup>1</sup>:



الشكل رقم (6): خطوات التغيير التنظيمي

**المصدر:** عبد الباري الدرة، التغيير في المؤسسات العدد 4، المجلد 9، مجلة البحوث الاقتصادية والإدارية، الأردن، 1981، ص: 165.

يبين لنا الشكل السابق خطوات إدخال التغيير إلى المؤسسة بناءً على المراحل التي تنبأها

عبد الباري الدرة وتتمثل كل خطوة كآلة:

<sup>1</sup> العميان، المرجع المذكور سابقاً، ص: 351.

1. **معرفة مصادر التغيير:** قد يكون مصدر التغيير إما بيئة المؤسسة الخارجية "هيكل السوق، التغييرات التكنولوجية، التغييرات السياسية أو القانونية" أو قد يكون مصدر التغيير هيكل المؤسسة وعلاقات السلطة والاتصال، أو قد يكون مصدر التغيير المناخ التنظيمي السائد وهو الجو العام الذي يتمثل في شعور وإحساس العاملين داخل المؤسسة وتعقيد الأمور داخلها.
2. **تقدير الحاجة إلى التغيير:** وذلك من خلال تحديد الفجوة الفاصلة بين موقع المؤسسة الحالي وما تريد تحقيقه.
3. **تشخيص مشكلات المؤسسة:** فقد تكون في أساليب العمل، التكنولوجيا المستخدمة، نسبة الغياب، دوران العمل، وغيرها من المشاكل.
4. **التغلب على مقاومة التغيير:** إن المشكلة الحقيقية التي تواجه التغيير هي المقاومة التي يتبناها الأفراد وذلك برفضهم ما يطلبه منهم أنصار التغيير، فقد لاحظ "جيمس أوتول" مؤلف كتاب "التغيير الجوهرى": "أن كل شخص تقريبا يقاوم التغيير، خصوصا أولئك الناس الذين عليهم أن ينفذوا معظم أعمال التغيير، والغريب في تلك المقاومة أنها لم تكن للتغيير السيئ أو الضار فقط ولكن حتى التغيير الذي كان واضح المصلحة بل حتى للمصالح الشخصية لأصحاب المقاومة"<sup>1</sup>.
5. **تخطيط الجهود اللازمة للتغيير:** وذلك بتوضيح أهداف التغيير بشكل دقيق يمكن قياسه.
6. **وضع استراتيجيات التغيير:** بالأخذ بعين الاعتبار العناصر التي قد تتأثر بها أجزاء المؤسسة كالهيكـل التنظيمي، التكنولوجيا والقوى البشرية.

<sup>1</sup> محمد طارق السويدان، منهجية التغيير للمنظمات، الطبعة الأولى، بيروت، دار ابن حزم، 2001، ص: 13.

7. تنفيذ الخطة في خلال مدة معينة: ويشمل التنفيذ القيام بترجمة تلك الاستراتيجيات إلى سلوك

فعلي خلال مدة محددة.

8. متابعة تنفيذ الخطة ومعرفة نواحي القوة والضعف فيها: هنا يتم مقارنة النتائج المحققة مع

الأهداف الموضوعية لغرض تشخيص الانحرافات الحاصلة وأسبابها<sup>1</sup>.

ونظرا لصعوبة اتفاق الباحثين على اعتماد نموذج واحد للتغيير التنظيمي، فإنه يتوجب

على المؤسسات أن تختار النموذج الذي يتوافق مع إمكانياتها وظروفها، حتى تضمن بذلك تحقيق

أهدافها من عملية التغيير التي تود إحداثها .

### المبحث الثالث: مقاومة التغيير التنظيمي وسبل علاجها

تواجه كل عملية تغيير بمقاومة، تختلف من حيث القوة والنوع والمصدر والوقت ولاشك أن

لهذه المقاومة دوراً كبيراً في التأثير على عملية التغيير وقد تصل بها إلى الفشل، لذا كان لا بد من

دراسة أسباب هذه المقاومة رغم ما للتغيير من مزايا مهمة للمؤسسة، وكذلك لتحديد سبل معالجة

ومجابهة هذه المقاومة، وبيان الفوائد التي تعود على المؤسسة من مقاومة التغيير، وسنحاول في هذا

المبحث الإجابة على الأسئلة الآتية:

- ما هي أشكال مقاومة التغيير؟ وما هي أسبابها وطرق علاجها ؟
- ما هي سلبيات ومزايا مقاومة التغيير التنظيمي ؟
- فيما تتمثل أبرز الإستراتيجيات المعتمدة في التعامل مع مقاومة التغيير ؟

<sup>1</sup> الشماع، ومحمود، المرجع المذكور سابقا، ص: 379.

## المطلب الأول: مفهوم مقاومة التغيير وأشكالها

يدرك علماء الإدارة ومفكروها بأن مقاومة التغيير ترتبط بالطبيعة البشرية، وبالتالي فإن هذه المقاومة يمكن أن تحدث في أي زمان ومكان، فالإنسان بطبعه لا يحب تغيير الواقع الذي اعتاد عليه، كما أنه يكره التغيير، وهذا الموقف له ما يبرره عنده، ويعزى ذلك إلى عدة عوامل منها: الخوف من التغيير نفسه، وعدم الرغبة في تعلم أمور جديدة تتطلبها عملية التغيير، وكذلك الخوف من فقدان مزايا خاصة كانت متوفرة له.

### أولاً: مفهوم مقاومة التغيير التنظيمي

تعني مقاومة التغيير امتناع الأفراد عن التغيير أو عدم الامتثال له بالدرجة المناسبة والركون إلى المحافظة على الوضع القائم، وفي هذا السياق يقول الأعرجي: "أن المقاومة قد تأخذ شكلاً آخر وذلك بأن يقوم الأفراد بإجراءات مناقضة أو مناهضة لعمليات التغيير"، وهذه المقاومة قد لا تكون سلبية في أغلب الأحوال بل ايجابية وتتمثل إيجابية المقاومة عندما يكون التغيير المقترح سلبياً، بمعنى أن الفوائد المتحققة منه أقل من التكاليف المدفوعة وعدم الامتثال له يصب في مصلحة الإدارة<sup>1</sup>.

هناك إذا اتفاق بين الباحثين والمدراء على اعتبار عملية التغيير من أصعب الأمور، وذلك لسبب بسيط وهو أن الناس يحبون ما اعتادوا عليه، حتى ولو كان سيئاً من وجهة نظرهم الشخصية المنطقية. ولذا فإن رد الفعل الطبيعي على التغيير هو مقاومته في البداية بقوة، لأنه يهدد أنماط علاقات وأساليب ومصالح قائمة وعلى اعتبار أن التنظيم الجيد يجب أن ينظر إلى نفسه ككيان

<sup>1</sup> زيد منير عبوي، إدارة التغيير والتطوير، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، 2007، ص: 41.

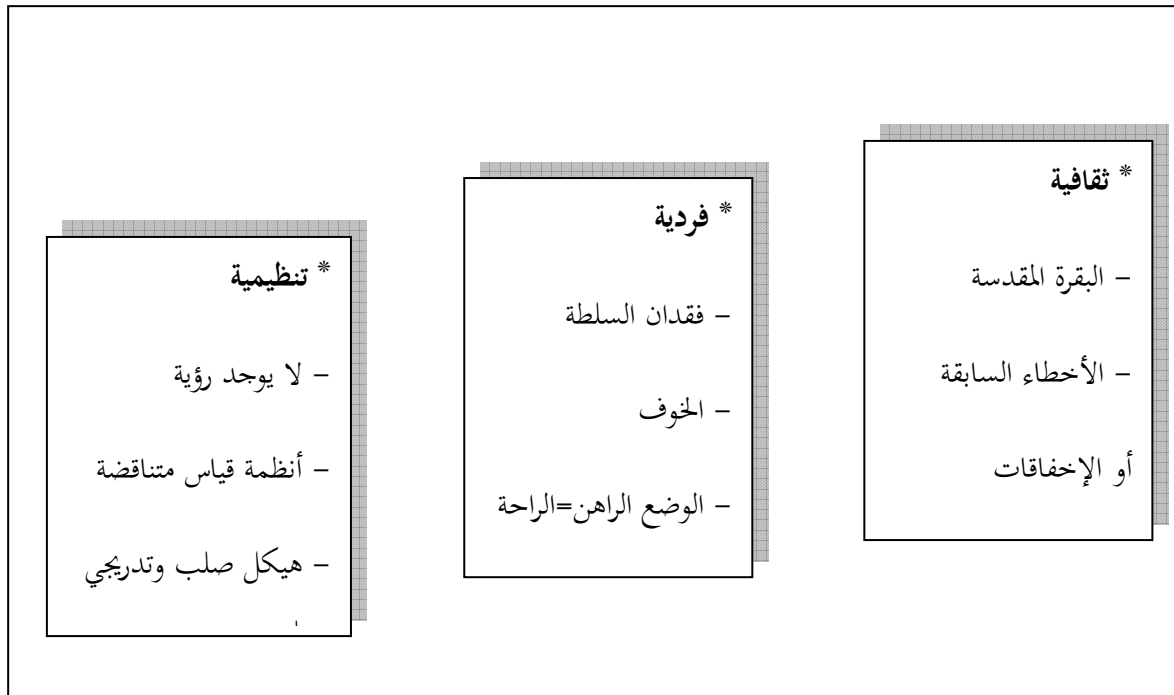
عضوي يؤثر ويتأثر بالبيئة والمناخ السياسي والاجتماعي والاقتصادي التي يتواجد فيها، من هذا المنطلق يقول جرونر "Grenier" أنه على المعنيين بالتغيير محاولة توضيح أسباب التغيير وليس التغيير في حد ذاته وإقناع العاملين بصحة التغيير ونزاهة القائمين عليه<sup>1</sup>.

وفي هذا السياق يقول داريل كونر "Daryl conner" مؤسس ورئيس مركز تطوير المؤسسات وصاحب كتاب "الإدارة على إيقاع التغيير" في 1992: "إننا لا نقاوم الأشياء الدخيلة والجديدة على حياتنا بقدر ما نقاوم نتيجة هذه التغييرات، والتي تتمثل في فقدان التحكم والسيطرة". وفي الحقيقة يمكن القول بأنه يمكن اعتبار مقولة "مقاومة التغيير" مقولة مضللة، فالناس لا يقاومون التغيير بقدر ما يقاومون نتائج السلبية وتأثيراته، إنه ذلك الشعور بالخوف من الغموض الناجم عن فقدان ما هو مألوف ومعتاد<sup>2</sup>.

وتستطيع مقاومة التغيير أن تأخذ عدة جوانب كأن تكون تنظيمية أو فردية أو ثقافية، والشكل الموالي يوضح لنا هذه الجوانب التي يمكن أن يواجهها التغيير في المؤسسة:

<sup>1</sup> جمال الدين لعويسات، السلوك التنظيمي والتطوير الإداري، الجزائر، دار هومة، 2002، ص: 60.

<sup>2</sup> السويدان، المرجع المذكور سابقا، ص: 03.



الشكل رقم (7): مقاوموا التغيير

**source** :Jean Marie Ducreux, Maurice Marchand-Tonel, **Stratégie « Les clés du succès concurrentiel »**, Paris, Ed d'organisation, 2004, p: 286-287.

من الشكل نجد أن المؤسسة من جهتها تواجه التغيير بالمقاومة ويكون ذلك راجع لغياب رؤية واضحة واستعمال أنظمة قياس متناقضة، كما أن الهيكل التنظيمي إذا كان ذو طبيعة سلمية (هرمي) سوف يدفع بالمؤسسة في حد ذاتها إلى عدم قبول التغيير.

أما المقاومة الفردية فهي درجات، إما أن تكون قوية أو ضعيفة، وهنا التغيير يصبح كترجمة للفرد أي من وجهة نظر فردية، ففي كل تغيير هناك أفراد سيريحون أو يخسرون بطريقة ما، فإذا كانت ترجمة الفرد لهذا التغيير على أساس أن الخسارة من ورائه أكثر من الربح على مستوى التنظيم سوف يؤدي حتما إلى المقاومة وإلى نشاطات تدمر فردية أو جماعية.

وقد يكون جانب المقاومة ثقافياً، فثقافة المؤسسة عامل قوي يحدد ما إذا كان التغيير مرغوباً أو مفروضاً، ويرتبط ذلك بالذكريات المرتبطة بالأخطاء السابقة، الارتباط بالبقرة المقدسة (vaches sacrées)\* بالإضافة إلى انعدام روح المبادرة، حيث تصنف من الأسباب الرئيسية للمقاومة<sup>1</sup>.

### ثانياً: صور (أشكال) التعبير عن المقاومة

تتخذ مقاومة الموظفين للتغيير التنظيمي أشكالاً وصوراً عديدة، وهي تتوقف على شخصية الموظف ومدى إدراكه لأهمية التغيير والمخاطر والأضرار التي قد تلحق بمصالحه، حاجاته ومكتسباته... الخ. ومن الأشكال الشائعة في مقاومة التغيير ما يلي<sup>2</sup>:

- رفض الموظفين أي فكرة جديدة أو رأي جديد؛
- تحفظ الموظفين اتجاه التغيير التنظيمي؛
- انزعاج الموظفين من قرارات المؤسسة بشأن إقرار التغيير التنظيمي، وقد يتطور هذا الانزعاج إلى حد الإضراب عن العمل؛
- محاولة إقناع إدارة المؤسسة بأن الوضعية الحالية هي الأفضل؛
- إصرار الموظفين على عدم عدالة التغيير وإضراره بمصالحهم؛

---

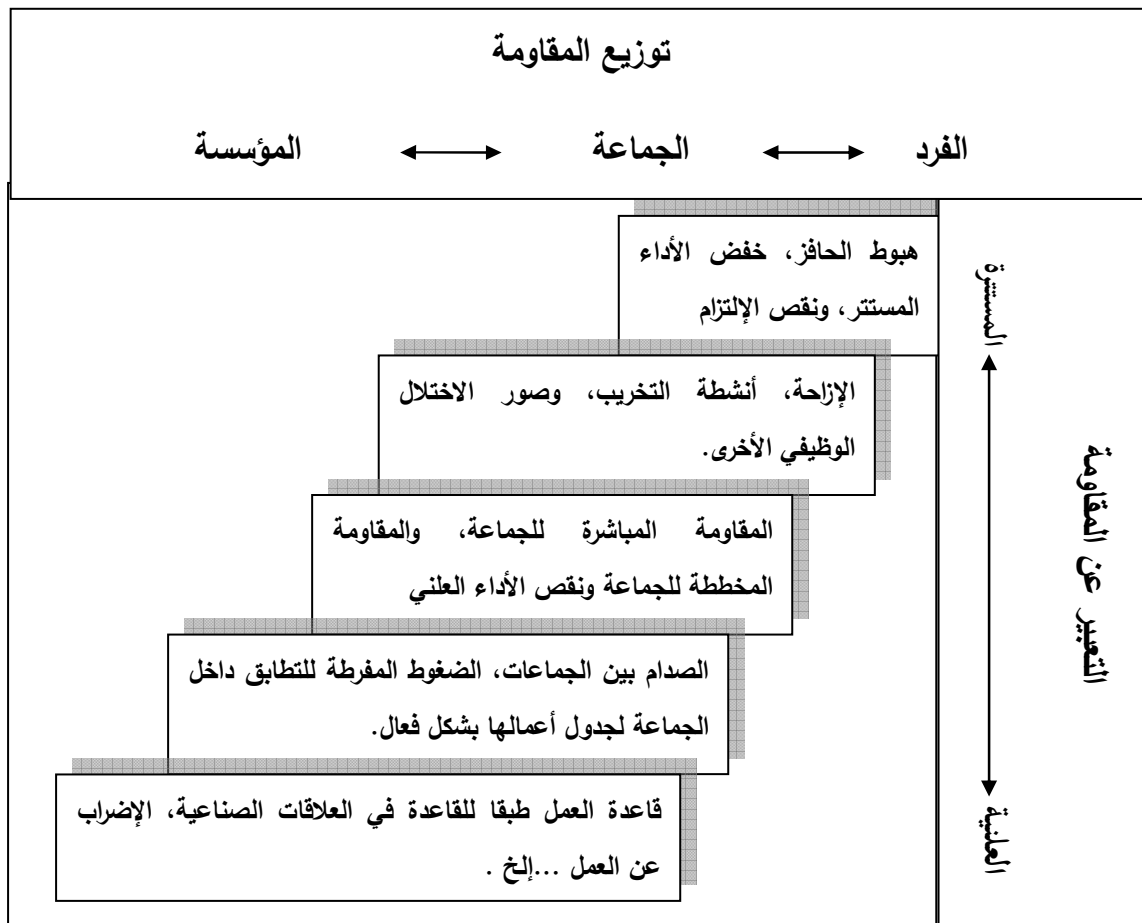
\* البقرة المقدسة: مصطلح له أصل يوناني يعني عندهم أنه إذا لم يتغير الجو وبقي هادئاً فإن الآلهة راضية عنهم، أما في حالة العكس فهذا يعني غضبها، أما معنى المصطلح هنا فيعني ميل الأفراد إلى الجمود والروتين والابتعاد كلية عن أشكال التغيير وارتباطهم دائماً بما تعودوا عليه وتجنب كل ما هو جديد.

<sup>1</sup> Ducreux, Marchand-Tonel, op cit, p: 286.

<sup>2</sup> حسين حريم، السلوك التنظيمي "سلوك الأفراد والجماعات في منظمات الأعمال"، الطبعة الثالثة، عمان، دار الحامد للنشر، 2009، ص: 385.

- إثارة سيناريوهات ونتائج سلبية للمقترحات المقدمة، حتى وإن كانت هذه النتائج عديمة الصلة بالتغيير التنظيمي؛
- محاولة التقليل من أهمية التغيير التنظيمي والحاجة إليه؛
- اقتراح حلولاً بديلة من طرف الموظفين؛
- تقليل التزام الموظفين مع زيادة معدلات الغياب والتأخير، أو قد تصل إلى حد التخريب؛
- زيادة الميل نحو الإتحاد وأنشطة النقابات؛
- تأخير سرعة التغيير، من خلال عدة أساليب مثل استنزاف قوى التغيير في قضايا ثانوية جانبية.

والشكل الموالي يوضح الكيفية التي توزع من خلالها مقاومة التغيير التنظيمي:



الشكل رقم (8): أشكال التعبير عن المقاومة

المصدر: كنج، وأندرسون، ترجمة حسن، المرجع المذكور سابقاً، ص: 316.

أحيانا تحاول بعض المؤسسات تقديم سلسلة من الوصفات للموظفين من خلال برامج التغيير التنظيمي، لكنها قد تكون بمثابة آليات السيطرة بدل كونها سبل تحرير طاقات الموظفين، وهذا في ظل سيطرة البيروقراطية والدور السلبي للإدارة الوسطى، وهو ما يشكل حجر عثرة أمام حماس الموظفين ويقلل من التزامهم الوظيفي ويدفعهم إلى مقاومة التغيير، هذه الأخيرة التي تظهر من خلال الشكل السابق على أنها سلوك يحركه هدف، فهي تتوزع بين إشارات وسلوكيات تهدف من خلالها إلى تحقيق غرض معين، وغالبا ما يكون هذا الهدف هو الحفاظ على الوضع القائم داخل المؤسسة أو إحدى وحداتها الفرعية، وقد يكون التعبير عن مقاومة التغيير سرا أو علنا على مستوى الفرد أو الجماعة والمؤسسة. ومن منطلق أن تشخيص الأزمة هو مفتاح التعامل معها، يحاول القائمين على برامج التغيير التنظيمي معرفة أسباب مقاومة التغيير.

### المطلب الثاني: أسباب مقاومة التغيير وسبل علاجها

يواجه العديد من المدراء التنفيذيين مشكلة الخوف من فشل مبادرات التغيير في مؤسساتهم في تحقيق الأهداف والغايات المرجوة فطبقا لمعظم التقديرات فإن ما نسبته: 50-70 % من مبادرات التغيير في الشركات التي حدثت في الثمانينات والتسعينات تبين أن: ثلثي الجهود التي بذلت في محاولات إعادة الهيكلة للشركات فشلت في تحقيق النتائج التي رسمت لتحقيقها، بينما أفاد ممارسو إعادة الهندسة في تلك الشركات أن نسب النجاح التي حققوها بين ألف شركة، كانت أقل من 5 % وربما وصلت إلى حد 20 %<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> السويدان، المرجع المذكور سابقا، ص: 11.

### أولاً: أسباب مقاومة التغيير التنظيمي

قد ينجم عن عملية التغيير التنظيمي بعض التحفظ والمعارضة من جانب الموظفين خاصة المتأثرين بحدوثه أو الذين يخشون تأثرهم به، وهو ما قد يحول دون نجاح أو عرقلة عملية التغيير. ويقاوم الأفراد وجماعات العمل مخططات التغيير التنظيمي لعدة أسباب يمكن حصرها في النقاط الآتية<sup>1</sup>:

1- الارتياح للمألوف والخوف من المجهول: يميل الناس عادة إلى حب المحافظة على الأمور

المألوفة لأنهم يشعرون بالرضا والارتياح و يخشون التغيير لما يجلبه من أوضاع جديدة غير مألوفة؛

2- العادات: تدل نظريات التعلم المختلفة على أن الفرد يُكون عادات وأنماط سلوك تحدد طريقة

تصرفه وكيفية استجابته للموقف، ويشعر الفرد بالارتياح لها لأنه لا يكون مضطراً للتفكير في كل موقف جديد بطريقة جذرية بل يصبح روتينياً ومبرمجاً إلى حد ما؛

3- سوء الإدراك: إن عدم القدرة على إدراك نواحي الضعف و القصور في الوضع الحالي وكذلك

عدم القدرة على إدراك جوانب القوة ومزايا الوضع الجديد يشكل عائقاً كبيراً في وجه التغيير؛

4- المصالح المكتسبة: ترتبط مصالح الفرد أحياناً ارتباطاً وثيقاً بالوضع القائم مما يجعله يقاوم

أي تغيير أو تعديل عليه لأن ذلك يعني خسارة شخصية له كضياع نفوذه أو مركزه أو إلحاق خسارة مالية أو معنوية به؛

5- الانتماءات الخارجية: تنشأ مقاومة التغيير أحياناً عندما يشعر الفرد أو الجماعة أن تقاليد

ومعايير الجماعة الصديقة مهددة بسبب التغيير الجديد المفاجئ، فعلى سبيل المثال قد تكون

<sup>1</sup> العميان، المرجع المذكور سابقاً، ص: 60.

للمرء علاقات ودية وطيدة مع أفراد وجماعات معينة، وفي حالة إدخال التغيير فقد يصاب هؤلاء الأفراد والجماعات الصديقة بالضرر. ومن هنا عند الفرد نوع من التضارب بين مصلحة المؤسسة التي يعمل فيها والتي سيكون التغيير مفيدا لها، وبين مصلحة الجماعة الصديقة التي سيكون التغيير ضارا لها، وهذا يسبب مشكلة التزام وولاء بالنسبة للموظف.

وهناك من يرجع أسباب مقاومة التغيير إلى أسباب فردية وهي كالآتي<sup>1</sup>:

أ- **التغيير يهدد الفرد وظيفيا**: يحاول الفرد أن يكتشف وضعه بعد التغيير من حيث راتبه، وحوافزه، والمزايا والخدمات التي يتحصل عليها، ومستواه الوظيفي، وسلطته في العمل، فإن تهددت هذه الأمور أو بعضها كان ذلك واعزاً كافياً له لمقاومة التغيير؛

ب- **التغيير يهدد علاقات الفرد**: قد يؤدي التغيير إلى تغييرات وظيفية بالنقل، أو تغيير الزملاء والرؤساء والمرؤوسين، وهنا تتهدد علاقات الفرد المستقرة بعلاقات جديدة لا يدري وضعها، فالأشكال والأماكن والوظائف والأفراد الجدد الذين يعمل معهم الفرد تتطلب علاقات جديدة يشعر بالقلق حول تكوينها، كما يشعر بغموض حول إمكانية نجاحها، مما يجعله يقاوم التغيير؛

ج- **الأفراد راضون عن الوضع الراهن**: يستكين الفرد للوضع الراهن في كثير من الأحيان لأنه يريحه، ولأنه يوفر الاستقرار، ولأنه قد رتب نفسه على ذلك، بينها يؤدي التغيير إلى غموض كثير من الأمور، وعدم الاستقرار، وهو أمر لا يرغبه الفرد ويقاومه؛

د- **التغيير سريع ومرهق**: يحتاج التغيير أحيانا إلى معارف ومهارات ومشاعر وقيم وطريقة عمل جديدة، والأهم أن كل هذا مطلوب وبسرعة. والأكثر أن التغيير السريع قد يكون متلاحقا

<sup>1</sup> أحمد ماهر، تطور المؤسسات الدليل العلمي لإعادة الهيكلة والتميز الإداري وإدارة التغيير، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2007، ص: 75.

ومتغيرا باستمرار، مما يؤدي إلى شعور الأفراد بالتعب والإرهاق وعدم القدرة على مجارات التغيير وعدم القدرة على التكيف فيؤدي هذا إلى مقاومة التغيير؛

هـ- التغيير يحتاج إلى مهارات غير متاحة للأفراد: قد يحتاج التغيير الجديد بالمؤسسة إلى أن يتحصل الفرد على معارف جديدة وصعبة، أو أنه يجب أن ينمي مهارات جديدة وأن يمارس سلوكا إداريا صعبا عليه، ويشعر الفرد إذاً أن التغيير هو حظر عليه لأنه يكشفه ويعريه لعدم قدرته على التكيف، فيلجأ هذا الفرد إلى مقاومة التغيير؛

و- التغيير يتجاهل قيم الأفراد: قد يهاجم التغيير وأدواته قيم الفرد وذلك من حيث معتقداته وسلوكه وعاداته الخاصة بالمأكل والملبس والتعامل الإنساني، والشعائر الدينية، والدوام والأداء، وهي أمور لا يقدر الفرد تغييرها فيعمل بصورة مضادة للتغيير ويقاوم أي تغيير؛

ز- عدم الاستفادة: في أي نظام جديد يسأل الأفراد "ماذا لنا فيه؟" أو "ما استفادتنا منه؟". وأصبح معلوماً أن أي نظام جديد يجب أن يرتبط في تنفيذه ببعض الحوافز والمكاسب، وإلا سيكون مصير هذا النظام الجديد المقاومة الإهمال، والتصدي؛

ح- الخوف من الفشل: تتضمن أنظمة التغيير بعض من التحدي لكفاءة الأفراد، ويخاف هؤلاء الأفراد من إمكانية فشلهم في هذا التحدي فتهتئ صورتهم أمام زملائهم ومرؤوسيههم ورؤسائهم، وبالتالي هم يؤثرون السلامة بعد تعاونهم مع التغيير ابتعادا عن التحدي واحتمال الفشل.

أما نيوستروم ودايفس "Newstrom & Davis" فيميزان بين ثلاثة أنواع من عوامل مقاومة

التغيير تتفاعل مع بعضها وينشأ عنها الاتجاهات العامة للموظفين نحو التغيير التنظيمي<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> حريم، المرجع المذكور سابقا، ص: 391 .

### ➤ عوامل منطقية (Logique):

إن اتخاذ أي قرار اتجاه التغيير يكون بين بديلين إما تأييده أو مقاومته، وانطلاقاً من العوامل المنطقية التي تقوم على التحليل العقلاني والعلم والمعرفة، يتوصل الفرد إلى نتائج تساعد على اختيار البديل الذي يراه مناسباً.

### ➤ عوامل نفسية (Psychologique):

تعتمد على العواطف والمشاعر والاتجاهات، وتحظى هذه العوامل بدراسات بالغة الأهمية، ذلك أنها تمكن الباحث من إقامة تصورات يمكن من خلالها الإجابة على العديد من التساؤلات بهدف تفسير السلوك الإنساني والتنبؤ به مثل: لماذا يقاوم الأفراد التغيير التنظيمي؟

### ➤ عوامل اجتماعية (Sociologique):

تعتمد هذه العوامل بالدرجة الأولى على مصالح وقيم الجماعة، والتي يترتب عنها أنماط متعددة للاستجابات. ورغبة في حلول تحافظ على مصالح البعض فقد يحدث وأن يتحالف أفراد لإجبار الآخرين على مقاومة التغيير التنظيمي وتهميش رغباتهم.

والجدول الموالي يوضح هذه العوامل:

الجدول رقم (3): عوامل مقاومة التغيير التنظيمي

| العوامل المنطقية                     | العوامل النفسية                                       | العوامل الاجتماعية                         |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| - الوقت المطلوب للتكيف؛              | - الخوف من المجهول؛                                   | - التحالفات السياسية؛                      |
| - الوقت الإضافي لإعادة التعلم؛       | - عدم التسامح مع التغيير؛                             | - القيم المضادة للجماعة؛                   |
| - احتمالات نشوء ظروف غير مرغوبة؛     | - عدم الميل نحو الإدارة أو وسيط التغيير؛              | - نظرة ضيقة تهتم فقط بمصلحة الجماعة؛       |
| - تكاليف للتغيير؛                    | - الحاجة للأمن، والرغبة في المحافظة على الوضع الراهن. | - الحفاظ على المصالح المكتسبة؛             |
| - التساؤل حول الجدوى الفنية للتغيير. |                                                       | - الرغبة في المحافظة على العلاقات الراهنة. |

المصدر: حريم، المرجع المذكور سابقا، ص: 391.

ثانيا: سبل علاج مقاومة التغيير التنظيمي

هناك عدد من الوسائل التي يمكن من خلالها للمؤسسة أن تتغلب بها على مقاومة التغيير،

ومن بين الأساليب المعروفة والشائعة الاستخدام ما سيتم إبرازه في الجدول الموالي:

## جدول رقم (4): طرق معالجة مقاومة التغيير

| الأسلوب            | مواقف الاستخدام                                                                                                   | المزايا                                                                                                 | العيوب                                                                               |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| التعليم والتبليغ   | حيثما لا تتوافر المعلومات أو عندما تكون المعلومات غير دقيقة التحليل.                                              | حالما يقتنع الناس بالتغيير سيساعدون في تنفيذه                                                           | من الممكن أن يستغرق وقتاً طويلاً إذا كان عدد الأفراد المعنيين بالتغيير كبيراً.       |
| المشاركة والارتباط | عندما لا تتوافر عند المبادرين بالتغيير المعلومات التي يحتاجونها لتخطيط التغيير ويكون للآخرين قوة كبيرة للمقاومة . | سيكون المشاركون ملزمين بتنفيذ التغيير ويتم تضمين كل المعلومات ذات العلاقة التي يملكونها في خطة التغيير. | من الممكن أن يكون مضية للوقت إذا ما قام المشاركون بتخطيط تغيير لا يتلاءم مع الحاجة . |
| التسهيل والدعم     | المواقف التي يقاوم الناس التغيير فيها تكون بسبب مشكلات التكيف                                                     | لا يوجد أسلوب سواء لمعالجة مشكلات التكيف.                                                               | من الممكن أن يأخذ وقتاً أطول ومكلفاً مع احتمال فشله.                                 |

|                                      |                                                                                               |                                                                               |                                                                                                        |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>التفاوض والاتفاق</b></p>       | <p>عندما يتعرض شخص أو جماعة للخسارة من جراء التغيير ويكون لهذه الجماعة قوة المقاومة.</p>      | <p>طريقة سهلة نسبياً لتفادي قدر كبير من المقاومة.</p>                         | <p>من الممكن أن يكون مكلفاً خاصة في الحالات التي ينه فيها الآخرين إلى التفاوض للمواكبة (المسايرة).</p> |
| <p><b>المناورة والاستقطاب</b></p>    | <p>حينما تفشل الوسائل الأخرى أو تكون عالية التكلفة.</p>                                       | <p>من الممكن أن يكون حلاً عملياً وغير مكلف نسبياً لمشكلات مقاومة التغيير.</p> | <p>من الممكن أن يحدث مشكلات في المستقبل عندما يُحس الناس بأنهم يستغلون أو يحاورون.</p>                 |
| <p><b>الترهيب الصريح والضمني</b></p> | <p>عندما تكون هناك حاجة للإسراع بالتغيير وتتوافر للأشخاص الذين يسعون للتغيير سلطة واسعة .</p> | <p>سريع ويمكن التغلب على أي نوع من أنواع المقاومة.</p>                        | <p>يمكن أن تحفه المخاطر إذا ما أدى إلى إثارة الناس على من يبادر بالتغيير</p>                           |

المصدر: سيزولاقي، وجي والاس، المرجع المذكور سابقاً، ص: 562.

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن هناك ستة أساليب يمكن التغلب بها على مقاومة التغيير، وهي<sup>1</sup>:

1. **التعليم والاتصال:** مناقشة موضوع التغيير مسبقاً مع العاملين بوضوح، وإعلامهم من خلال

المناقشات واللقاءات حول التغيير المراد إحداثه ومبرراته وأهدافه والمكاسب التي يمكن

أن تتحقق<sup>2</sup>.

2. **المشاركة:** يمكن التغلب على مقاومة التغيير إذا ما أُتيح لبعض العاملين المشاركة

في تخطيط وتنفيذ التغيير، ومن الممكن أن تنشأ أفكار وأساليب جديدة إلى جانب الشعور

"بالملكية" الذي يمكن أن يكتسبه الموظف<sup>3</sup>؛

3. **التسهيل والدعم:** طريقة بسيطة إلا أنها فعالة في التغلب على المقاومة، ويمكن ذلك بتوفير

الدعم المعنوي أو الإنصات لما يقوله الآخرون أو توفير فرص التدريب للأفراد من أجل صقل

مهاراتهم؛

4. **التفاوض والإتفاق:** وذلك بتوفير الحوافز للعاملين حتى يواكبوا التغيير فمن الممكن أن يتم

الاتفاق بين الإدارة والعاملين على زيادة مزايا معاش التقاعد أو العناية الطبية للعاملين مقابل

تغيير في أحد قوانين العمل؛

5. **المنافرة والاستقطاب:** يمكن أن يلجأ المديرون في مواقف معينة إلى استخدام طرق خفية

للتأثير بصورة انتقائية أو برمجة النشاطات بصورة مسبقة أو إسناد أدوار رئيسية في تخطيط

أو تنفيذ التغيير لأفراد أو مجموعات معينة؛

<sup>1</sup> سيزولاقي، وجي والاس، المرجع المذكور سابقاً، ص: 563.

<sup>2</sup> حسن إبراهيم بلوط، **المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات**، الطبعة الأولى، لبنان، دار النهضة العربية، 2005، ص: 296.

<sup>3</sup> مجلة الإداري، المجلد 27، العدد 9، بيروت، لبنان، دار الصياد للنشر، سبتمبر 2001، ص: 83.

6. **الترهيب الصريح والضمني:** من الممكن أن يلجأ المديرون -كآخر محاولة- إلى تهديد

العاملين بفقدان وظائفهم أو تقليل فرص الترقية، أو إجراء تغييرات في الوظائف بغرض مواكبة

جهود التغيير.

نستخلص من خلال الجدول السابق "طرق معالجة مقاومة التغيير" أن لكل أسلوب من هذه

الأساليب مزايا وعيوب، وعليه لا بد أن تكون للإدارة القدرة على تشخيص الموقف بصورة جيدة

واختيار الأسلوب المناسب.

### **المطلب الثالث: سلبيات ومزايا مقاومة التغيير التنظيمي**

على غرار أسباب مقاومة التغيير التنظيمي التي يميزها التعدد والتشابك، فإن أثارها كذلك

مختلفة ومتنوعة وهي تتراوح بين الآثار السلبية والإيجابية، ويبقى على المؤسسة معرفة هذه الآثار

كل على حدا، إذ يجب التنبؤ بالآثار السلبية قبل حدوثها ووضع الحلول المناسبة حتى لا تعيق عملية

التغيير. في حين أن المعرفة البعديّة للآثار الإيجابية يسمح لها بتعديل وضبط الأمور التي تكشفها

هذه المقاومة.

#### **أولاً: سلبيات مقاومة التغيير التنظيمي**

تعتبر مقاومة التغيير التنظيمي عموماً، سواء على مستوى الفرد أو على مستوى المؤسسة

من القوى المعرّقة لما لها من آثار سلبية قد تؤدي إلى فشل أو تعطيل برامج هذا التغيير، وفيما يلي

بعض السلبيات التي قد تسببها مقاومة التغيير التنظيمي<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> الفائز، المرجع المذكور سابقاً، ص: 32.

- إضعاف قيادة التغيير والتشكيك في مدى فاعلية برامج التغيير التنظيمي؛
- تبعثر جهود المعنيين ببرامج التغيير وتحويلها من تنفيذ هذه البرامج إلى البحث عن أساليب التغلب على المقاومة؛
- هدر الوقت، حيث تؤدي المقاومة إلى إطالة المدة اللازمة لتطبيق برامج التغيير التنظيمي؛
- تدني مستويات الأداء لدى الموظفين خاصة في ظل انشغالهم بالصراعات التنظيمية وتزايد معدلات الغياب ودوران العمل؛
- انتشار الآثار النفسية والاجتماعية السلبية على مستوى الفرد والجماعة مما يفتح الباب على مصراعيه أمام الصراعات التنظيمية؛
- فشل كلي لعملية التغيير واحتمال انهيار المؤسسة لعدم تجاوبها مع متطلبات العصر أو على الأقل تعطيل مصالح المستفيدين من الخدمة والإخلال بسلامة سير عمل المؤسسة؛
- اللامبالاة والسلبية نتيجة سيادة الأفكار التقليدية التي تحارب الأفكار والمناهج الحديثة في العمل، مما يؤدي إلى تخلف المؤسسة وعدم قدرتها على مجاراة المؤسسات الأخرى التي قطعت أشواطاً في التغيير الهادف.

### ثانياً: مزايا مقاومة التغيير التنظيمي

جرت العادة أن ينظر إلى مقاومة التغيير التنظيمي على أنها ظاهرة سلبية، ومع ذلك فإن لها بعض النواحي الإيجابية، والمتمثلة أساساً في<sup>1</sup>:

- ✓ مقاومة التغيير تجبر إدارة المؤسسة على توضيح كل جوانب التغيير للموظفين من أهداف ووسائل وآثار بشكل أفضل؛

<sup>1</sup> حريم، المرجع المذكور سابقاً، ص: 394.

- ✓ مقاومة التغيير تكشف ضعف قنوات الاتصال وعدم فعاليتها في نقل المعلومات؛
- ✓ حالة الخوف والقلق التي تنتاب الموظفين جراء هذا التغيير تدفع إدارة المؤسسة إلى تحليل دقيق للنتائج المحتملة للتغيير سواء المباشرة أو غير المباشرة؛
- ✓ تكشف مقاومة التغيير نقاط ضعف المؤسسة خاصة ما تعلق منها بعملية معالجة المشكلات واتخاذ القرارات، حيث تقوم الإدارة باتخاذ الإجراءات الوقائية قبل تطور المشكلة وتفاقمها؛
- ✓ يمكن لمقاومة التغيير أن تدفع الإدارة إلى تفحص مقترحاتها للتغيير بشكل متعمق وبجدية متناهية للتأكد من أنها؛
- ✓ مناسبة، وبالتالي التخطيط والتنفيذ السليم لعملية التغيير التنظيمي؛
- ✓ المقاومة تزود الإدارة بالمعلومات حول اتجاهات الموظفين نحو قضية معينة، كما تعتبر مقاومة التغيير متنفساً للموظفين للتعبير عن مشاعرهم، ويمكن أن تشجعهم على التفكير والتحدث عن التغيير بصورة أكبر حتى يفهموه بصورة أفضل.

#### المطلب الرابع: إستراتيجيات التعامل مع مقاومة التغيير التنظيمي

ليس هناك شك في أن التغيير التنظيمي يصاحبه حالة من الخوف والتردد من طرف الأفراد، ولكن في المقابل هذا الخوف ليس بذلك القدر الذي يروج له، كما أنهم ليسو بتلك الدرجة من التعلق بالوضع الحالية، وهذا ما تبينه مقولة مارلين فيرغسون "Marlin Ferguson": "لسنا خائفين من التغيير بذلك القدر، ولسنا على قدر كبير من التعلق بالطرق القديمة<sup>1</sup> . وعلى هذا الأساس فمقاومة التغيير ليست بالمشكلة التي لا علاج لها.

<sup>1</sup> وليام بريدجز، المرجع المذكور سابقاً، ص: 73.

ولقد صنف علماء الإدارة الإستراتيجيات الرئيسية المتبعة في التعامل مع مقاومة التغيير

التنظيمي إلى ثلاث استراتيجيات أساسية، هي :

1. **إستراتيجية التعاطف والدعم:** هي الإستراتيجية التي تحاول المؤسسة إتباعها لتفهم مشاعر

العاملين وسبب رفضهم أو مقاومتهم للتغيير من خلال التعرف على نظرة العاملين تجاه

التغيير، ومعرفة المشكلات التي تحول دون تقبلهم للتغيير، والتعرف على نوع وطبيعة

المقاومة وطرق الحد منها، والاهتمام بشعور العاملين ومشاركتهم أحاسيسهم ومخاوفهم .

2. **إستراتيجية الاتصال الفاعل:** وهي الإستراتيجية التي تقوم على أساس تفعيل الاتصال والتواصل

بين الإدارة والعاملين من خلال الإشارة إلى نتائج التغيير المحتملة، ما يسهم في الحد

من المخاوف والإشاعات ويساعد في إيصال المعلومات المتعلقة بالتغيير بشكل مباشر،

ما يوضح الكثير من الغموض حول برامج وأهداف عملية التغيير، وتساعد هذه الإستراتيجية

في الحصول على التفهم المطلوب من العاملين بطريقة بعيدة عن الإملاءات أو الإكراه،

وبالتالي تصبح عملية إجراء التغيير أكثر قبولا وأقل مقاومة.

3. **إستراتيجية المشاركة:** من خلال مساهمة الأفراد ومشاركتهم بشكل فاعل في عملية التخطيط

للتغيير، ما يساعد في الحد من مقاومة التغيير، لأن مشاركة العاملين تضمن تقبلهم لذلك

التغيير كونهم كانوا مشاركين في عملية التخطيط له، وبالتالي تنفيذه.

اعتبارا لما سبق يمكن القول أن مقاومة التغيير التنظيمي تعد تعبيراً ظاهرياً أو باطنياً

عن رفض الموظفين لهذا التغيير، ولهذه الظاهرة أسباب متعددة، فهي إما أسباب مرتبطة بشخصية

الموظف مثل الخوف من المجهول وتفضيل الاستقرار والقلق والاضطراب في العلاقات والعادات

والممارسات، أو أنها مرتبطة بالمؤسسة وطريقة إحداثها للتغيير التنظيمي مثل الوقت والموارد المتوفرة

للتكيف واحترام الأفراد والمهارات ومصادقية عامل التغيير. وللتغلب على مقاومة التغيير يجب التشخيص السليم لأسبابها، واختيار أنسب الإستراتيجيات المعتمدة في التعامل معها من طرف المؤسسة.

### المبحث الرابع: متطلبات نجاح التغيير التنظيمي

يشير أغلب المختصون في مجال بحوث التغيير التنظيمي إلى أن متطلبات نجاحه تعد بمثابة مفاتيح للتغيير، فهي تمثل بذلك عوامل نجاح أساسية للتغيير التنظيمي وقد تم حصرها في عشر مفاتيح للتغيير هي<sup>1</sup>:

- اللوائح والسياسات؛
- الأهداف ومعاييرها؛
- العادات والتقاليد؛
- التدريب؛
- الاحتفالات والمناسبات؛
- السلوكيات الإدارية؛
- الاتصال؛
- الجو المادي؛
- هيكل المؤسسة.

<sup>1</sup> السويدان، المرجع المذكور سابقاً، ص: 33.

وسيتم التطرق بشيء من التفصيل لأربع عناصر هي: القيادة، الثقافة التنظيمية، المورد البشري والهيكل التنظيمي، قصد معرفة مدى مساهمتها في نجاح عملية التغيير التنظيمي.

### المطلب الأول: دور القيادة في نجاح التغيير التنظيمي

تشكل القيادة في معناها العام محوراً مهماً تركز عليه مختلف النشاطات في المؤسسات العامة والخاصة على حد سواء، وفي ظل تنامي المؤسسات، كبر حجمها، تشعب أعمالها، تعقدتها، وتنوع العلاقات الداخلية وتشابكها وتأثرها بمختلف مؤثرات البيئة الخارجية، أصبح لزاماً عليها ضرورة مواصلة البحث والاستمرار في إحداث التغيير المنشود، وهذه مهمة لا تتحقق إلا في ظل قيادة واعية.

#### أولاً: مفهوم القيادة

لا يوجد تعريف متفق عليه للقيادة، حيث يقول ستوغديل "Stogdill" الذي قام بمراجعة عدة نظريات ودراسات في القيادة أنه: "يوجد عدد كبير من التعاريف للقيادة يوازي عدد الأفراد الذين حاولوا تعريف هذا المفهوم"<sup>1</sup>.

وتعرف القيادة على أنها: "قدرة الفرد في التأثير على شخص أو مجموعة من الأشخاص، وتوجيههم وإرشادهم من أجل كسب تعاونهم وحفزهم على العمل بأعلى درجة من الكفاية في سبيل تحقيق الأهداف الموضوعة"<sup>2</sup>.

ويعرفها ولمان "Wolman" بأنها: "مجموعة من الخصائص التي تجعل التوجيه والتحكم في الآخرين أمراً ناجحاً"<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> حسن إبراهيم بلوط، المرجع المذكور سابقاً، ص: 416.

<sup>2</sup> كامل المغربي وآخرون، أساسيات في الإدارة، الطبعة الأولى، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع، 1995، ص: 163-164.

<sup>3</sup> طريف شوقي، السلوك القيادي وفعالية الإدارة، القاهرة، دار غريب، 1992، ص: 34.

وهناك من يعرفها على أنها: "صفة عامة يتحلى بها الرئيس أياً كان مستواه الإداري ومجال عمله، وهي تتمثل في مجموعة من الخصائص التي تجعله قادراً على رفع الروح المعنوية للمرؤوسين والتأثير فيهم"<sup>1</sup>.

وتهدف قيادة المؤسسة إلى تحقيق التوازن بين مصالح الموظفين والإدارات المختلفة والتنظيم العام، أي أن مهمة القائد هي تحقيق التوازن بين المصالح الفردية والجماعية، وعليه فإن حقيقة القيادة ما هي إلا تأثير على سلوك الآخرين للوصول إلى تحقيق الأهداف المشتركة والمرغوبة.

### ثانياً: الصفات والمهارات المطلوبة لقادة التغيير التنظيمي

إن بناء قيادة رائدة يتطلب توفر قيادة واعية وبصفات مميزة، إذ أن قناعة واستعداد هذه القيادة يعتبر خطوة أساسية نحو التغيير التنظيمي، ولا بد من تعزيزها، ومن أهم السمات والمهارات اللازمة، لكل فرد يتحمل مسؤولية القيادة نجد<sup>2</sup>:

1. **المهارات الذاتية:** أي السمات والقدرات اللازمة في بناء شخصية الأفراد ليصبحوا قادة، ومنها:

■ **السمات الجسمية:** وتشمل كافة الاستعدادات المتصلة بالناحية الجسمية كالقامة والهيئة،

والاستعدادات الفيزيولوجية بالمعنى الدقيق كالصحة الجسمية والنفسية؛

■ **القدرات العقلية:** تمثل مجموعة الاستعدادات الفكرية والعادات الذهنية والاعتقادات

الأساسية، وهي قدرات تختلف باختلاف البيئات والمجتمعات، ومن أهم هذه القدرات

الذكاء؛

<sup>1</sup> عمر وصفي عقيلي، الإدارة المعاصرة "التخطيط-التنظيم-الرقابة"، عمان، دار زهران للنشر والتوزيع، بدون سنة نشر ص: 490.

<sup>2</sup> محمد براق، عمر حوتية، القيادة وإدارة التغيير بالمؤسسة الاقتصادية، مداخلة مقدمة في المنتدى الوطني الثاني للمؤسسات، جامعة عنابة، 2004، ص: 18.

■ **المبادأة والابتكار:** فالمبادأة تعني الميل الذي يدفع الفرد إلى الاقتراح أو العمل ابتداء

وسبقاً للغير، والقدرة على توقع الاحتمالات وابتكار الوسائل الكفيلة بمواجهتها؛

■ **ضبط النفس:** أي القدرة على ضبط الحساسية وقابلية الانفعال، ومنعهما من إعاقة

القدرات الجسمية والنفسية.

2. **المهارات الفنية:** أي القدرة على استخدام المعرفة المتخصصة والبراعة في استخدام الطرق

العلمية المتاحة، والوسائل الفنية الضرورية لإنجاز العمل، ومن أهم السمات والقدرات التي

ترتبط بالمهارة الفنية للقائد نجد: القدرة على تحمل المسؤولية، الفهم العميق والشامل للأمور،

الحزم، الإيمان بالهدف وإمكانية تحقيقه.

3. **المهارات الإنسانية:** قدرة القائد على التعامل مع مرؤوسيه وتنسيق جهودهم، وخلق روح العمل

الجماعي بينهم، وهذا يتطلب وجود الفهم المتبادل بينه وبينهم، ومعرفته لآرائهم وميولهم

واتجاهاتهم ويجد القائد في اكتسابه لها صعوبة مقارنة بالمهارة الفنية، ومن سماتها: الاستقامة،

تكامل الشخصية، الأمانة، الإخلاص، الخلق الطيب والقدرة على التعامل مع الأفراد.

4. **المهارات الذهنية:** قدرة القائد على رؤية المؤسسة التي يقودها، وفهمه للترابط بين أجزائها

ونشاطاتها، وأثر التغييرات التي قد تحدث في أي جزء منها على بقية أجزائها، وقدرته

على تصور وفهم علاقات الموظف بالمؤسسة وعلاقات المؤسسة ككل بالمجتمع الذي تعمل

في إطاره، وينبثق عن المهارة الذهنية مهارتان: المهارة السياسية والمهارة الإدارية.

أ- **المهارة السياسية:** أي قدرة القائد على أن يجعل من قيادته انعكاساً للاتجاهات السياسية

للدولة، ولعادات وتقاليد شعبها، وتعتمد على توفر قدرات معالجة المشاكل الإدارية في إطار

السياسة العامة للدولة .

ب- المهارة الإدارية: قدرة القائد على فهم عمله وممارسة نشاطه بما يتلاءم وتحقيق أهداف المؤسسة، وما يكفل تحقيق متطلبات المرؤوسين وإشباع حاجاتهم، ومن دلائلها كفاءة التخطيط والتوزيع العادل للعمل داخل المؤسسة، التقييم الموضوعي والعادل للأفراد، تطوير القدرات الكامنة لدى مرؤوسيه وتدريبهم، وكفاءته في ممارسة الرقابة للتحقق من إنجاز الأعمال على أفضل وجه، ومن متطلبات الكفاءة الإدارية: القدرة على اختيار الأساليب التي تكفل الحصول على أكبر قدر من الكفاءة الإنتاجية، كما ترتبط بها خبرة القائد السابقة في مجال وظيفته.

### ثالثاً: دور القيادة في إحداث التغيير التنظيمي

يعزى فشل محاولات إحداث التغيير في مؤسسات الأعمال إلى سببين رئيسيين هما<sup>1</sup>:

- تعاني الكثير من مؤسسات الأعمال قصوراً في مختلف المجالات يصعب التغلب عليها في خطوة واحدة، لذلك فإن التغيير يتطلب صبراً وبعد نظر وجهد متواصل؛
- إن ما جاء في السبب الأول أعلاه بحاجة إلى وجود قيادة تمتاز بالكفاءة والجودة .

إذاً فالتغيير التنظيمي يتطلب بشكل أساسي وجود قادة يفهمون عملية التغيير ولديهم القدرة على تنفيذها، وعليه يمكن تلخيص الدور الذي تلعبه القيادة في إحداث التغيير وقيادته نحو النجاح بما يأتي<sup>2</sup>:

<sup>1</sup> جرادات وآخرون، المرجع المذكور سابقاً، ص: 292.

<sup>2</sup> جرادات وآخرون، المرجع المذكور سابقاً، ص: 300-301.

**1. صياغة الرؤية:** إن الرؤية من أساسيات عمل القادة، وبما أن قادة التغيير قادة لهم رؤية تعتبر أساساً لعملهم، فإن صياغة وإيصال هذه الرؤية بشكل واضح عن الوضع المستقبلي المأمول يعتبر مفتاحاً لنجاح التغيير، وذلك لأن التابعين يخرطوا في التغيير إذا عرفوا أسبابه ونتائجه المحتملة، وعندها تصبح هذه الرؤية، رؤية مشتركة، وتكمن أهمية الرؤية المشتركة في النقاط الآتية:

- أنها توضح أسباب الاتجاه للتغيير؛
  - وتشجع الأفراد على إبداء سلوكيات إيجابية تجاه التغيير على الرغم من أن التغيير في صورته الأولية قد يسبب إزعاجاً لبعض الأفراد؛
  - تزيد من أواصر التعاون ما بين الأفراد وتوحد جهودهم.
- فالقائد يوضح للاتباع الهدف النهائي الذي يسعون لتحقيقه، ويضعه لهم في صورة جميلة للمستقبل المنشود مما يبث فيهم التفاؤل ويجعلهم يصمدون أمام المصاعب، وليس بالضرورة أن يشكل القائد هذه الرؤية لوحده بل قد يشاركه الأتباع في ذلك، وقد تتشكل الرؤية لهم من المنهج الذي يحملونه أو ورثوه ممن سبقهم.

**2. الإستراتيجية :** لا بد أن تتبثق إستراتيجية لتنفيذ التغيير من واقع الرؤية، حيث تتطلب قيادة التغيير ربط الرؤية بالأهداف الإستراتيجية للمؤسسة، أما في حالة غياب الإستراتيجية فإن جهود التغيير ستذهب أدراج الرياح، فالإستراتيجية أداة لتحقيق الرؤية والرسالة. لذلك فإن القيادة الفعالة للتغيير تستلزم القدرة على بناء إستراتيجية من خلال تخطيط عقلائي للأعمال في ضوء الاحتمالات المستقبلية، ويجب أن تتضمن مراحل بناء الرؤية والإستراتيجية ما يلي:

■ العقلانية – ما حاجتنا إلى التغيير؟

- أهداف المؤسسة – هل التغيير كفيل بتحقيقها؟
  - العمليات والبناء التنظيمي – هل الهيكل التنظيمي مناسب لتحقيق الرؤية؟
  - أسلوب التشغيل – كيف سيتم تنفيذ الأعمال من قبل الأفراد وتفاعلهم مع بعضهم البعض؟
  - تفويض الصلاحيات والسلطات لبعض الأفراد لتمكينهم من المشاركة في تنفيذ الرؤية .
- وتستلزم الإستراتيجية الفعالة إيجاد تحالف مع مجموعة من الأفراد وإعطائهم سلطة لقيادة التغيير والعمل بصورة جماعية كفريق عمل.

### 3. الاتصال: لا يمكن أن تصبح رؤية القيادة في التغيير رؤية مشتركة دون وجود قنوات اتصال

مفتوحة مابين المستويات الإدارية في المؤسسة، فمن طريق الاتصال الفعال تزداد القناة بضرورة التغيير، ويزداد الالتزام بالعمل لإحداث هذا التغيير، وللاتصال الفعال خصائص منها:

- البساطة – بمعنى الابتعاد عن استخدام الألفاظ والمصطلحات المعقدة؛
- السماح بإبداء الرأي والنقاش؛
- التغذية المرتدة.

### 4. التزام وقناعة الإدارة بالتغيير: يتوقف نجاح التغيير على مدى التزام وقناعة القيادة الإدارية

في المؤسسة بضرورة الحاجة لتبني برنامج للتغيير من أجل تحسين الوضع التنافسي للمؤسسة، وهذه القناعة يجب أن تترجم في شكل دعم ومؤازرة فعالة من خلال توضيح الرؤية وإيصالها لجميع العاملين في المؤسسة، والحصول على ولاء والتزام المديرين في المستويات الوسطى لتنفيذ التغيير بنجاح.

وأخيراً، لابد من ربط كل ذلك بعنصرين أساسيين هما تحفيز العاملين وتمكينهم لأن هناك علاقة خطية مابين الحوافز وتحقيق الأهداف، فكلما أدركت القيادة بأن الموظفين ينتظرون منفعة ما من التغيير كلما ربطت بين تحفيزهم وإنتاجيتهم، ولكي تساعد على تحقيق أعلى درجات الإنجاز كفاءةً لابد لها من تمكينهم<sup>1</sup>.

مما سبق نستخلص أن هناك اعتراف واضح بدور القيادة في عملية التغيير التنظيمي، حيث يمكن للقائد إيجاد بيئة تتكيف مع التغيير التنظيمي، وبذلك فإن القيادة تعد عنصراً حاسماً داخل المؤسسة نظراً للتحديات التي تواجهها، خاصة فيما يتعلق قدرة القادة على إدارة التغيير بفعالية وكفاءة وعلى النحو الأمثل لضمان تحقيق النتائج المتوقعة<sup>2</sup>. فالقيادة تلعب دوراً بالغاً في عملية توليد ونقل المعارف الجديدة والقائد هو المسؤول عن استمرار المؤسسة، حيث أن النجاح الذي تشهده المؤسسة المعاصرة يرتبط بصفة مباشرة بمدى نجاحها في بناء وإعداد قادة يأخذون على عاتقهم مسؤولية التغيير، مع ما يتمتعون به من قوة ومهارة وقدرة على الإلهام، تحفيز وتمكين أعضاء المؤسسة.

### المطلب الثاني: تأثير الثقافة التنظيمية على التغيير التنظيمي

ما من مؤسسة إلا ولها ثقافة خاصة تميزها عن غيرها من المؤسسات الأخرى، وهذه الثقافة لا تنشأ من عدم بل هي نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل، وبمرور الوقت تتشكل هذه الثقافة وتصبح أكثر تجسداً ووضوحاً. ويعد مفهوم الثقافة التنظيمية من الموضوعات الحديثة التي دخلت إلى كتب الإدارة، حيث يعكس هذا المفهوم المعرفة والأفكار والقيم لدى مجتمع ما.

<sup>1</sup> Whiener, Ellen, **Do high commitment human resource practices affect employee commitment?**, A Cross-Level Analysis using Hierarchical Linear Modeling, Journal of Management 27,2001, P: 515.

<sup>2</sup> Meier et al, op cit, p: 93.

### أولاً: مفهوم الثقافة التنظيمية

لعل أول من استعمل مفهوم ثقافة المؤسسة هو ج.إليوت "Jacques.Elliot" سنة 1951 حتى و إن أكد كيش ديس "Kiche dix" أنه ظهر لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية في السبعينات وأنه لم ينتقل إلى فرنسا على لسان المسيرين إلا في بداية الثمانينات ولم يوظف في الجزائر إلا في سنة 1997 إذا استثنينا مقالي "عبد الله بندي" و "مزوار بلخضر"<sup>1</sup>.

والثقافة التنظيمية هي بطاقة تعريف المؤسسة للمجتمع، وهي المكونة لشخصية المؤسسة والتي لا بد من أن تكون منفردة ومتميزة في نظر العاملين والعملاء<sup>2</sup>، فهي توفر صورة متكاملة والتي تعكس القيم والمعتقدات حول أين كانت المؤسسة؟ ما هو مركزها الآن؟ وكيف ستكون في المستقبل؟<sup>3</sup>. ويعرف شين "Chinn" في كتابه الثقافة التنظيمية والقيادة ثقافة المؤسسة بأنها: "مجموع المبادئ الأساسية التي اخترعتها الجماعة واكتشفتها أو طورتها، أثناء حل مشكلاتها للتكيف الخارجي، الاندماج الداخلي، والتي أثبتت فعاليتها ومن ثم تعليمها للأعضاء الجدد كأحسن طريقة للشعور بالمشكلات وإدراكها وفهمها"<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> محمد بشير، الثقافة والتسيير في الجزائر بحث في تفاعل الثقافة التقليدية والثقافة الصناعية، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 2007، ص: 07.

<sup>2</sup> أمل مصطفى عصفور، قيم و معتقدات الأفراد و أثرها على فاعلية التنظيم، منشورات المؤسسة العربية للتنمية الإدارية، 2008، ص: 47.

<sup>3</sup> فلاح حسن عداي الحسيني، الإدارة الاستراتيجية، مفاهيمها مداخلها عملياتها المعاصرة، عمان، دار وائل للنشر، 2006، ص: 100.

<sup>4</sup> Souterain, Jean François, organisation et gestion de l'entreprise, Paris, copyright éditions foucheur, 2006, p: 425.

كما يرى هندي شارلز "Handy. Charles" بأنها: "مجموعة من المعتقدات الراسخة حول الكيفية التي يتم بها العمل والطريقة التي وفقها يتم ممارسة السلطة ومكافئة العاملين ومراقبة أدائهم، وما الدرجة الرسمية المطلوبة؟ وإلى أي حد يطلب التخطيط؟ وما مداه الزمني؟ هل ساعات العمل موضوع خلاف؟ هل الرقابة تتم بشكل فردي؟ هل توجد قواعد وإجراءات أم يكفي بالنتائج؟ وما هي تركيبة المرؤوسين وكيف ينظر إليهم من حيث الامتثال والطاعة وحققهم في الابتكار؟".

ويعتقد ديل "dill" أن الثقافة هي: "ذلك المفهوم الذي يسبب الحيرة اللطيفة وغير الملموسة وتلك الضغوط اللاشعورية التي تشكل وترسم هيئة المجتمع أو مكان العمل، إنها التشكيل الكامل للأفكار والسلوك الإنساني للمؤسسة وعبر حدودها"<sup>1</sup>.

وحسب تعبير هارسون "Harrison" فهي: "المعتقدات العميقة حول الطريقة التي يجب أن ينظم بها العمل، طريقة ممارسة السلطة، ومكافأة الأفراد، وأسلوب مراقبتهم، كما تتضمن درجة التشكيل الرسمي، كثافة التخطيط ومداه، والنظر إلى المرؤوسين في المؤسسة"<sup>2</sup>.

وعليه يمكن القول أن الثقافة التنظيمية تشير إلى منظومة المعاني، الرموز، المعتقدات، القيم، الطقوس، والممارسات التي تطورت واستقرت مع مرور الزمن، وأصبحت سمة خاصة للتنظيم بحيث تخلق فهما عاما بين أعضاء التنظيم حول ماهية التنظيم والسلوك المتوقع مع الأعضاء فيه.

1 سعد غالب ياسين، الإدارة الاستراتيجية، الإسكندرية، دار اليازوري للنشر، 1998، ص: 47.

2 سعد غالب ياسين، الإدارة الدولية، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2007، ص: 238.

## ثانياً: أنواع الثقافة التنظيمية

لتحديد مدى قدرة الثقافة التنظيمية السائدة على أن تعكس الاحتياجات الحقيقية، والقيود الخاصة بالتنظيم، سعى الكتاب والباحثين إلى تحليل الثقافة التنظيمية إلى أنواع، هذه الأنواع تختلف من مؤسسة إلى أخرى، ومن قطاع إلى آخر حسب أساس التقسيم المستخدم، ومن أبرزها<sup>1</sup>:

أ- **تصنيف هاندي "Handy"**: يصنف "Handy" الثقافة التنظيمية استناداً إلى مدى قدرة الثقافة

السائدة في المؤسسة على أن تعكس الاحتياجات الحقيقية للتنظيم إلى:

■ **ثقافة القوة**: إذ تعني أن عملية الضبط في مركز المؤسسة واتخاذ القرارات يكون بيد عدد محدد من الأفراد البارزين في المؤسسة.

■ **ثقافة الدور**: هي التي تركز على نوع التخصص الوظيفي، وبالتالي الأدوار الوظيفية أكثر من الفرد، وتهتم بالأنظمة والقواعد، كما أنها توفر الأمن الوظيفي والاستمرارية وثبات الأداء.

■ **ثقافة المهمة**: تركز هذه الثقافة على تحقيق الأهداف وإنجاز العمل، وتهتم بالنتائج، أو تحاول استخدام الموارد بطرق مثالية، من أجل تحقيق أفضل النتائج بأقل التكاليف.

■ **ثقافة العمليات**: يقتصر الاهتمام على طريقة إنجاز العمل، وليس على النتائج التي تتحقق، فتنتشر الحيلة والحذر بين الأفراد لحماية أنفسهم، فالفرد الناجح هو الأكثر دقة، وتنظيماً، واهتماماً بتفاصيل عمله.

ب- **تصنيف ولاك "Wallach"**: صنف "Wallach" الثقافة التنظيمية وفقاً لنمط القيادة

الإدارية إلى:

<sup>1</sup> الأحمد حسام عبد الله، أثر الثقافة التنظيمية في تنمية السلوك الإبداعي للعاملين: بحث تطبيقي على مؤسسات الغزل والنسيج في مدينة حلب، رسالة ماجستير غير منشورة، سورية، جامعة حلب، 2008، ص: 30-32.

■ **الثقافة البيروقراطية:** هي الثقافة التي تتحدد فيها المسؤوليات والسلطات، فالعمل يكون منظماً، ويتم التنسيق بين الوحدات، وتتسلسل السلطة بشكل هرمي، وتقوم هذه الثقافة على التحكم والالتزام.

■ **الثقافة الإبداعية:** تتميز بتوفر بيئة للعمل مساعدة على الإبداع، ويتصف أفرادها بحب المخاطرة في اتخاذ القرارات ومواجهة التحديات.

■ **الثقافة المساندة:** تتميز بيئة العمل بالصدقة والمساعدة بين العاملين، فيسود جو الأسرة المتعاونة، وتوفر المؤسسة الثقة والمساواة والتعاون، ويكون التركيز على الجانب الإنساني في هذه البيئة.

ج- **تصنيف جونز "Jones":** صنف "Jones" الثقافة التنظيمية على أساس توجهات العاملين داخل مؤسساتهم إلى:

■ **ثقافة إنتاجية:** يغلب على الثقافة الإنتاجية تركيزها على توجهات العاملين نحو العمل لتحسين ضعف أدائهم، لما يوفره العمل من ضمانات كافية.

■ **ثقافة مهنية:** تتسم بمهارات وتخصصات عامة، إذ تعتمد على قيادة متبادلة، بدلاً من السلطة الرسمية والقواعد والإجراءات.

د- **تصنيف لوثانس "Luthans":** يصنف "Luthans" الثقافة التنظيمية حسب درجة القوة والضعف إلى<sup>1</sup>:

■ **الثقافة القوية:** وهي الثقافة التي تخلق لأعضاء المؤسسة تماسكاً كبيراً فيما بينهم، وتعتمد هذه الثقافة على عنصر الشدة، الذي يرمز إلى قوة تمسك أعضاء المؤسسة بالقيم والمعتقدات،

<sup>1</sup> الصرايرة، أكنث عبد المجيد، العلاقة بين الثقافة التنظيمية والإبداع الإداري لشركتي البوتاس والفوسفات المساهمتين العامتين الأردنية، مؤتة للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 2003، ص: 196.

والإجماع، والمشاركة لنفس القيم والمعتقدات في المؤسسة من قبل الأعضاء، ويعتمد الإجماع على تعريف الأفراد بالقيم السائدة في المؤسسة، وعلى الحوافز من عوائد ومكافآت تمنح للأفراد الملتزمين.

- **الثقافة الضعيفة:** وفيها يسير الأفراد في طرق مبهمة غير واضحة المعالم، ويتلقون تعليمات متناقضة، وبالتالي يفشلون في اتخاذ القرارات المناسبة.

### ثالثاً: أهمية الثقافة التنظيمية

ترجع أهمية الثقافة التنظيمية إلى دورها المؤثر في كافة أنشطة المؤسسة، حيث تشكل الثقافة التنظيمية ضغوطاً على العاملين بالمؤسسة للمضي قدماً في عمليتي التفكير والتصرف بطريقة تتسجم مع الثقافة السائدة بالمؤسسة، وتكمن أهمية الثقافة التنظيمية في النقاط التالية<sup>1</sup>:

- تعتبر الثقافة من الملامح المميزة للمؤسسة عن غيرها من المؤسسات، وتشكل مصدر فخر واعتزاز للعاملين بها، خاصة إذا كانت قيمها تركز على الابتكار، التميز، الريادة، والتغلب على المنافسين؛
- تعتبر الثقافة التنظيمية أحد الوسائل الكامنة والقوية في تمكين المديرين لتحقيق أهداف المؤسسة؛
- إن تحقيق الميزة التنافسية القابلة للاستمرار تتأتى عبر الإبداع والكفاءة التنظيمية، اللتان ترفعان معاً من منزلة المؤسسة التنافسية، فالثقافة التنظيمية ذات النوعية الفريدة للمؤسسة تجعل منها مورداً كامناً وقوياً لتوليد التميز، مقارنة بالمنافسين؛

<sup>1</sup> جلال ممدوح الرخيمي، دور الثقافة التنظيمية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة على قطاع الصناعات الكيماوية

بمحافظة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، السعودية، 2000، ص: 55.

- إن المؤسسات ذات الثقافة المتكيفة التي تركز على إرضاء وإشباع الحاجات المتغيرة للعملاء والعاملين، يمكنها أن تتجاوز بأدائها المؤسسات التي لا تتوافر لديها تلك الثقافة. وكذلك المؤسسات التي لديها ثقافة قوية ومتماسكة، يمكنها زيادة حصتها السوقية، من خلال زيادة جودة المنتجات والخدمات. وعلى ذلك فالمؤسسة تحتاج أكثر من مجرد استراتيجيات فعالة، حيث أنها تحتاج إلى ثقافة جيدة تدعم تلك الاستراتيجيات؛
- تعمل الثقافة التنظيمية على توسيع أفق ومدارك الأفراد العاملين حول التغيرات التي تحدث في المحيط الذي يعملون به، أي أنها تشكل إطاراً مرجعياً، يقوم الأفراد بتفسير الأحداث والأنشطة في ضوءه؛
- تعتبر الثقافة عنصراً جذرياً يؤثر على قابلية المؤسسة للتغير، ومواكبة التطورات الجارية من حولها. فكلما كانت ثقافة المؤسسة تتصف بالمرونة والتطلع للأفضل، كانت المؤسسة أقدر على التغير، وأحرص على الاستفادة منه، بينما إذا كانت ثقافة المؤسسة تميل إلى الثبات والحرص والتحفظ، قلت قدرة المؤسسة على التغير والقابلية للتطوير.

#### رابعاً: التغير الثقافي

رغم أن الثقافة التنظيمية تتأصل في افتراضات وقيم المؤسسة المتقاسمة، إلا أنها تخضع لعملية التغير التي تقوم بها المؤسسات المتميزة بين فترة وأخرى، وذلك من خلال نوعين من التغيرات حسب رؤية بينيت "Bennett" وهما<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> ثقافة المؤسسات في الابتكار، متاح على الموقع الإلكتروني:

1. **التغييرات الداخلية:** والتي يمكن أن تتمثل في أربعة عوامل لتغيير ثقافة المؤسسة هي: إدخال

أفراد جدد في المؤسسة، وبرامج الحوافز المشجعة للمداخل، وطرق العمل الجديدة، وتبني

الأفكار الجديدة، وأخيرا ترقية الأفراد ذوي الاتجاهات الثقافية المرنة والملائمة.

2. **التغييرات الخارجية:** وتتمثل في الظروف الجديدة المحيطة بالمؤسسة والتي تفرض عليها

اتجاهات جديدة في التفكير والعمل، وتستدعي تغييرا جديا في ثقافة المؤسسة.

ويعرف التغيير الثقافي على أنه: "عملية داخلية تهدف من خلالها المؤسسات إلى مواجهة

التغييرات المحيطة والتكيف معها، حيث يتم من خلالها تحديث نظام القيم الراهنة وإحلالها بقيم جديدة

تتماشى مع التحولات التي تشهدها المؤسسة"<sup>1</sup>.

كما أن هناك مجموعة من الطرق والأساليب التي يمكن من خلالها تغيير ثقافة المؤسسة

والتي من بينها<sup>2</sup>:

-تعديل رسالة المؤسسة؛

-إعطاء نماذج وأمثلة من الواقع؛

-التعليم والتكوين المستمر؛

-التشجيع وتطبيق الثواب والعقاب؛

<sup>1</sup> إلياس سالم، تأثير الثقافة التنظيمية على أداء الموارد البشرية، رسالة ماجستير في العلوم التجارية، المسيلة، جامعة

محمد بوضياف، 2005-2006، ص: 11.

2 سامر جلدة، السلوك التنظيمي والنظريات الإدارية الحديثة، الطبعة الأولى، عمان، دار أسامة للنشر، 2009،

ص: 202 .

-تجديد نظم وأساليب العمل واختيار وتعيين الموظفين؛

-بناء قيمة الجودة الشاملة.

وحسب جون وآخرون "John & al" فإن هذا التغيير يعتمد على مدى عمق وقوة الثقافة ودرجة انتشارها، بما تمثله من قيم بين أعضاء التنظيم ومحتويات هذه الثقافة التي تشكلها<sup>1</sup>.

#### خامسا: الثقافة التنظيمية والتغيير التنظيمي

حظي موضوع الثقافة التنظيمية بأهمية في التغيير التنظيمي من قبل عدد من الباحثين، نظرا للدور الذي تلعبه الثقافة في خلق الولاء اتجاه التغيير، حيث بينت أدبيات الدراسة أن الثقافة البيروقراطية تؤثر بصورة سلبية في الولاء على عكس الثقافة الإبداعية أو الثقافة الداعمة اللتان تسهمان في إحداث التغيير من خلال خلق درجة عالية من التقاني في العمل والرغبة في إحداث التغيير لدى العاملين<sup>2</sup>.

من هنا، أصبحت الثقافة التنظيمية عاملا مساعدا لعملية التغيير أو معيقا له، فقد أثبتت العديد من الدراسات أن التغيير الناجح عادة ما يكون مدعما بتغيرات وتطورات ملائمة في كافة النظم الفرعية في المؤسسة بما فيها الثقافة التنظيمية ، فمن خلال تبني المنظور الثقافي في المؤسسة يكون هناك تسهيل لإحداث التغيير بالتركيز على المفاهيم الرمزية للمؤسسة والطقوس والقيم والأنماط القيادية.

<sup>1</sup> محمد الصيرفي، هندسة الموارد البشرية، الطبعة الأولى، الإسكندرية، مؤسسة حورس للنشر والتوزيع، 2006، ص: 262.

<sup>2</sup>Wang, Q, Transition at X Campus: Commitment in change, Unpublished Master, Faculty of Business Administration, Simon Fraser University, 2004, P: 41.

وتسعى المؤسسات اليوم إلى تبني ثقافة تتصف بالمرونة والتطور لإعطائها ميزة تنافسية لمواجهة التحديات من جهة، واقتناص الفرص التي يوفرها المحيط المضطرب والمعقد من جهة أخرى<sup>1</sup>.

وقد سعت عدد من الدراسات إلى تصنيف الثقافة طبقاً لدرجة دعمها في إحداث التغيير لدى المؤسسات، حيث صنف كانتر "Kanter" الثقافة التنظيمية إلى **ثقافة مجزئة وثقافة تكاملية**، ذلك أن المؤسسة التي تمتلك العديد أو كافة خصائص الثقافة التكاملية ستساعد في إحداث التغيير، في حين أن المؤسسات التي تسودها الثقافة المجزئة تكون بطيئة الرد عند الحاجة للتغيير.

كما بين جونس وآخرون "Jones&Al" أن الثقافة التنظيمية تلعب دوراً هاماً في إنجاح مبادرات التغيير التنظيمي من خلال الاستعداد للتغيير. فإدراك الاستعداد للتغيير داخل المؤسسة لا يعزى فقط إلى الفروق الفردية، وإنما أيضاً إلى معتقدات واتجاهات أعضاء المؤسسة<sup>2</sup>.

مما سبق نستخلص أن المؤسسات التي تمتلك ثقافة تنظيمية مع هيكل تنظيمي مرن ومناخ تنظيمي داعم تعد أكثر ملاءمة لإنجاح مبادرات التغيير التنظيمي من غيرها التي تتسم بعدم المرونة والتحكم.

<sup>1</sup>Wilson, A, **Understanding Organizational Culture and the Implication for Corporate Marketing**, European Journal of Marketing, 2001,P: 125.

<sup>2</sup> Jones& Al, **The impact of organizational culture and reshaping capabilities on change implementation success: "the mediating role of readiness for change"**, Issue 2, Journal of Management Studies2005, P : 364.

### المطلب الثالث: دور الموارد البشرية في نجاح التغيير التنظيمي

تتأثر عملية التغيير بمستوى الموارد البشرية ومهاراتها وقناعاتها واستعدادها لعملية التغيير، وهي في ذات الوقت تؤثر في تنمية وتطوير مهارات هذه الموارد البشرية كجزء من عملية التغيير نفسها.

#### أولاً: سمات الموارد البشرية اللازمة للتغيير

هناك مجموعة من الصفات التي من شأنها تعزيز دور الموارد البشرية في التغيير، ومن بين هذه الصفات نذكر ما يلي<sup>1</sup>:

- ✓ سيادة القيم الصالحة مثل الصدق، الأمانة، الولاء، الانتماء والنزاهة؛
- ✓ إدراك أهمية الوقت وضرورة استغلاله في أعمال مفيدة ومنتجة فلا تأخير في الحضور للعمل أو تبكير في الانصراف منه، ولا تعطيل مصالح المواطنين؛
- ✓ ضرورة أن يتحلى المديرين بإرادة التغيير قبل إدارة التغيير، مع مراعاتهم لمشاعر واتجاهات الموظفين واحترامها؛
- ✓ يجب أن تكون للرؤساء القدرة على مراعاة الفروق الفردية بين مختلف الموظفين ويتحرون الموضوعية في الاختيار بين المرشحين للتعيين أو الترقية؛
- ✓ قابلية الموظفين للتغيير التنظيمي، وهنا يجب أن يلعب الاتصال دوره من خلال الخطابات الإعلامية خاصة المباشرة منها والتي تسمح بتبادل وجهات النظر المتباينة ومحاولة تقريبها من خلال الحوافز والمكافآت، مع إشراكهم في عملية التغيير؛
- ✓ رؤساء لديهم الاستعداد الكافي لتحمل المخاطرة وقبول تحديات التغيير وتبعاته.

<sup>1</sup> أحمد سيد مصطفى، إدارة السلوك التنظيمي "نظرة معاصرة لسلوك الناس في العمل"، القاهرة، دار المعادي الجديدة،

## ثانياً: تعزيز دور الموارد البشرية في التغيير

إن عملية التغيير تتجح إذا اعتمدت إضافة إلى توفير التصميم المناسب والمؤسسة المناسبة على المشاركة الفعالة من قبل الفريق القادر على إدارة العملية بفعالية ومقدرة، وقيام الفريق بعملية التقويم الذاتي، وإشراكه للعاملين، وشرح الرؤيا المتوقعة من عملية التغيير، وسنستعرض بعض الأمور التي تساهم في تعزيز دور المورد البشري لإنجاح عملية التغيير كالاتي<sup>1</sup>:

### 1. الرؤية الواضحة، القيم والعوامل الأساسية لنجاح المؤسسة: إن تحديد الرؤية الواضحة

والمفهومة للجميع توضح الهدف النهائي الذي تود المؤسسة الوصول إليه وتصبح هذه الرؤية هي الدليل الذي يهتدي به الجميع لتحقيق أهداف المؤسسة، كما أن القيم التي تؤمن بها المؤسسة للوصول إلى أهدافها تعتبر هامة جداً، لأن القيم تمثل الرغبة الداخلية في التغيير وتحقيق الأهداف والسلاح القوي للتنفيذ.

### 2. الاختيار، الترقية والتقدم الوظيفي: لابد من وجود عملية متطورة لتحديد المهارات المطلوبة

للووظائف الجديدة المصممة نتيجة عملية التغيير من خلال اختيار وترقية تعكس هذه المهارات والكفاءات، كما يجب أيضاً إعادة النظر في نظم الترقيات، بحيث تعتمد الكفاءة والاستعداد والقدرة على التعلم كفريق معياراً للاختيار.

### 3. العمل بروح الفريق: يقصد بذلك العمل في ظل فرق عمل تتحلى بالقدرة على الإدارة الذاتية،

ويتصف هذا الفريق بما يلي:

- التمتع بروح عالية من المسؤولية في عرض وتحليل المشكلات واتخاذ القرار؛

<sup>1</sup> علي محمد منصور، مبادئ الإدارة أسس ومفاهيم، الطبعة الأولى، القاهرة، مجموعة النيل العربية ، 1999، ص: 349-350.

- تحديد دور كل عضو في الفريق وتوقعاته من زملائه؛
- المهارات المتعددة للموظف، حيث يتم إدماج بعض الوظائف والمهام مع بعضها البعض.

4. **بناء القيادة الرائدة:** ضرورة توفر قيادة واعية وبصفات مميزة، إذ أن قناعة واستعداد القيادة

يعتبر خطوة أساسية نحو التغيير، ولا بد من تعزيز هذه القيادة.

5. **إدارة وتقييم الأداء:** إن التغييرات المطلوبة في البنود السابقة تترجم جميعاً إلى مسؤوليات

ومهارات جديدة، ونظام فعال لإدارة وتقييم الأداء في المؤسسة، الأمر الذي يساعد على ترجمة

خطط التغيير إلى خطط عمل حقيقة وواقع عملي ومسؤوليات واضحة.

إذن في ظل التغيير، حيث يقوم العاملون بالعمل مع مختلف المتخصصين وأعضاء فرق

عمل مختلفة داخل وخارج المؤسسة، لا بد أن تتم عملية التقييم من خلال مختلف المصادر، ويلعب

المدير في ظل هذا الوضع الجديد دوراً أقل من دوره في الماضي لتقييم العاملين، فهو يساعد في

فهم وترجمة ماهية تقييم الأداء، كما أنه لا بد أن يؤكد نظام إدارة وتقييم الأداء الجديد على والسلوكيات

وأنماط الإدارة.

### ثالثاً: إستراتيجية الموارد البشرية لدعم التغيير

هناك مجموعة من الإجراءات التي يجب اتخاذها من أجل الوصول إلى الهدف الاستراتيجي

والمتمثل في ضمان دعم المورد البشري لعملية التغيير وبالتالي مشاركتها في الإعداد للتغيير.

ومن بين هذه الإجراءات ما يلي<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> مصطفى حافظ، دور مراكز التدريب في مرحلة التغيير، متاح على الموقع الإلكتروني:

- إعادة هيكلة الموارد البشرية لتحمل أدوار ووظائف؛
  - إعادة هيكلة المؤسسة بما يخدم تطوير العمليات الداخلية، تقليل فترات اتخاذ القرار، زيادة كفاءة العمليات؛
  - إعادة النظر في أسس التوظيف، التخطيط والمسار الوظيفي؛
  - تبني أنماط جديدة للتنظيم والإدارة؛
  - تحديث عملية ومعايير اختيار وتوظيف الكفاءات والمهارات الخاصة؛
  - إيجاد نظام عادل ومنطقي لسياسات الأجور، المكافآت، الحوافز والتعويضات؛
  - تحفيز العاملين بوضع نظام كفاء للترقية؛
  - إجراء تقييم شامل ودقيق للاحتياجات التدريبية؛
  - إجراء تغيير جذري في الأداء وما يناظره من تغيير في القيم والسلوك؛
  - تقييم التغيير في السلوك والأداء مع استمرار قياس التغذية العكسية مع الزبائن والمنافسين.
- مما سبق ذكره يتضح ضرورة وضع الموظفين في قلب التغيير لأن العنصر البشري يقع في المقام الأول بوصفه عنصراً أساسياً لنجاح التغيير التنظيمي<sup>1</sup>. وعدم فهم هذا العنصر أو عدم أخذه في الحسبان قد يؤدي إلى فشل محاولات التغيير، فهو القوة القادرة على الأخذ بأسباب النمو والتجديد والتطور، لكن هذا يتطلب حسن تخطيطه وتنميته بالاستثمار في تكوينه وتعليمه، لأن تقدم المعرفة الإنسانية أدى إلى انتقال القوة داخل المؤسسات إلى موظفيها الذين يملكون مفاتيح المعرفة التنظيمية.

---

<sup>1</sup> Meier et al, op cit, p: 213.

## المطلب الرابع: الهيكل التنظيمي الداعم للتغيير التنظيمي

يحتل الهيكل التنظيمي مكانة هامة داخل المؤسسة، لأن أداء هذه الأخيرة قد يكون جيدا كما قد يكون سيئا، حسب مدى ملائمة الهيكل التنظيمي ومساهمته في تحقيق أهدافها، والتغيير كأحد المناهج الحديثة في الإدارة يتوقف نجاحه على العديد من المتطلبات والذي قد يكون الهيكل التنظيمي أحدها مع ما يوفره من دعم.

### أولا: مفهوم الهيكل التنظيمي

حسب مينتزربرج "Mintzberg" فإن الهيكل التنظيمي هو: "مجموعة الطرق التي يتم بموجبها تقسيم العمل إلى مهام واضحة ومحددة من أجل تحقيق التنسيق بينها"<sup>1</sup>.

أما ستونر "Stonar" فيعرفه بأنه: "الآلية الرسمية التي يتم من خلالها إدارة المؤسسة عبر تحديد خطوط السلطة والاتصال بين الرؤساء والمرؤوسين"<sup>2</sup>. وبالتالي فتصميم الهيكل التنظيمي يجب أن يساعد المؤسسة على تحقيق أهدافها حيث يحدد الهيكل التنظيمي تقسيم المهام بين الأفراد وقنوات التنسيق الرسمية وتسلسل القيادة.

ويتكون الهيكل التنظيمي حسب مينتزربرج "Mintzberg" من خمسة عناصر هي: القمة الإستراتيجية، الخط الوسط (الإدارة الوسطى)، الهيكل الفني، الجهاز المساند، ومركز التشغيل (المستوى التنفيذي). وتبعا لهذه المكونات يمكن أن نميز بين أنواع الهياكل التنظيمية.

<sup>1</sup> مؤيد سعيد السالم، نظرية المؤسسة الهيكل والتصميم، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص: 143.

<sup>2</sup> عبد الوهاب سويس، المؤسسة المتغيرات، الأبعاد، التصميم، دار النجاح للكتاب والنشر والتوزيع، الجزائر، 2009، ص: 88.

## ثانيا: أنواع الهياكل التنظيمية

يمكن أن نميز بين ثلاث أنواع رئيسية من الهياكل التنظيمية كالآتي<sup>1</sup>:

1. **الهيكل التنظيمي الوظيفي**: يطبق هذا النوع من الهياكل في المؤسسات التي تتميز بتكرار

العمل أو بصنع منتج واحد أو صنع منتجات متجانسة، في ظل هذا الهيكل الوظيفي يتم

تقسيم العمل على أساس الوظائف الكبرى بصفة تدريجية، وحسب الإجراءات التي تنسم

بالطابع الشكلي. من مزايا هذا الهيكل ملاءمته للبيئة الثابتة، استخدام الموارد بفعالية وتحقيق

اقتصاديات الحجم، أما سلبياته فتكمن في مركزيته الشديدة وجموده بمعنى عدم القدرة

على التأقلم مع التغيرات الإستراتيجية .

2. **الهيكل التنظيمي التقسيمي**: في ظله يتم توزيع المهام على أساس السلع أو الأسواق

(المناطق)، بحيث تمثل أقسام متجانسة وكل قسم له استقلاليتة الخاصة، من مزاياه قدرته

على الاستجابة للتغيرات، وتحديد أكبر نقاط للمسؤولية قصد الوصول إلى أحسن مراقبة

للأداء، وأيضا يسمح ببروز إطارات ذات كفاءة عالية في مجال التخطيط الإستراتيجي.

من عيوبه التخلي عن اقتصاديات الحجم بسبب التذائب السلبي المتعلق بتطبيق لامركزية

الأقسام .

3. **الهيكل التنظيمي المصفوفي**: يتصف بوجود مصدرين للسلطة وهما: مدير المشروع أو المنتج

والمدير الوظيفي، ومن أحد ملامحه الرئيسية تقاطع خطوط المنتجات مع الخطوط الوظيفية

للسلطة بحيث تشكل مصفوفة أو شبكة، في ظل هذا الهيكل يقوم المرؤوسون بأداء مهام

<sup>1</sup> عبد الرزاق بن حبيب، إقتصاد وتسيير المؤسسة، الطبعة الرابعة، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 2009،

مزدوجة لكل من خط الإنتاج وللوظيفة الأصلية لهم، ويختلف الهيكل المصنوعي عن بقية الهياكل من حيث مخالفته لقاعدة "وحدة السلطة الأمر"، من مزاياه التشجيع على التعاون، تحقيق الاتفاق في الآراء، تنسيق الأنشطة المترابطة ومواجهة التهديدات والمخاطر<sup>1</sup>، أما سلبياته فتكمن في الميل إلى الفوضى، النزاعات السلطوية، كثرة الاجتماعات وتجميد القرارات<sup>2</sup>.

ولابد أن يعكس الهيكل التنظيمي جوانب القوة في المؤسسة والأهداف الرئيسية المطلوب تحقيقها، ولذا ينبغي أن يتماشى الهيكل التنظيمي مع الأنشطة الرئيسية المطلوبة، في ظل وجوب مراعاة أهمية تحقيق التنسيق والتكامل بين كافة الوحدات التنظيمية.

### ثالثاً: خصائص الهياكل التنظيمية الداعمة للتغيير

هناك مجموعة من العناصر الأساسية التي تحكم على مدى دعم الهيكل التنظيمي للتغيير التنظيمي من عدمه وتتمثل هذه العناصر في الآتي<sup>3</sup>:

1. **فرق العمل:** فالمؤسسات ولمواجهة عيوب التخصص الذي قد يفقد المؤسسة تكامل الجهود والتداوب ما بين أقسامها ووظائفها، أصبحت تلجأ إلى استخدام الفرق خاصة الفرق المدارة ذاتياً حيث تساهم هذه الفرق في التحرر من القواعد والإجراءات المتعبة.

<sup>1</sup> نادية العارف، الإدارة الإستراتيجية، الإسكندرية، دار الجامعة للطبع والنشر والتوزيع، 1999، ص: 302.

<sup>2</sup> بن حبيب، المرجع المذكور سابقاً، ص: 69.

<sup>3</sup> شوقي قطان وصدوقي زروق، أهمية تفعيل المناخ التنظيمي في المؤسسة الجزائرية لدعم تنافسيتها في عصر العولمة والمنافسة، الملتقى الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المؤسسات الحديثة، البلدة، جامعة سعد دحلب،

2. **الاتصالات:** تعمل الاتصالات السهلة على دعم الأنظمة غير الرسمية وبالتالي سهولة تبادل

المعلومات والمعرفة بين أعضائها وبين كل أقسام المؤسسة، وعلى العكس من ذلك فإن المؤسسات التي تكون فيها الاتصالات جزء من الهيكل المحدد بخطوط الصلاحيات والمسؤوليات تخلق عزلة الوظائف والأفراد وتحد من تقاسم المعلومات والمعرفة وبالتالي تضعف من قدرات المؤسسة على الابتكار والتجديد.

3. **تصميم العمل:** والمقصود به تحديد محتويات الأعمال أو الوظائف الفردية، ومن بين أهم

الأساليب المتبعة في تصميم الأعمال، نجد الإثراء الوظيفي الذي يساهم في دعم السلوك الإبداعي من خلال تنوع أكبر في محتويات الأعمال ومستوى أعلى من المعرفة والمهارات، ولتجاوز عيوب هذا الأسلوب تلجأ المؤسسات إلى أسلوب خصائص العمل الذي يركز على دراسة العلاقة بين بعض خصائص العمل، دوافع الموظفين، مستويات الأداء، الرضا ودوران العمل.

4. **نظم وإجراءات العمل:** تنظم طبيعة العمل الموجودة بالمؤسسة وتنسق بين جميع الأقسام

بالشكل الذي يؤدي إلى تسهيل إنجاز المهام وتحقيق الأهداف، وتضم نظم وإجراءات العمل كذلك القوانين الداخلية ومدى بساطتها واستيعابها من جهة ودرجة التقيد بها وما لذلك من تأثير سلبي على السلوك الإبداعي.

5. **العلاقات الداخلية:** هي تلك العلاقات السائدة بين الأطراف المكونة المؤسسة، وهذه العلاقات

إما أن تكون أفقية بين الأقسام والوحدات ومختلف الإدارات بعضها البعض، أو قد تكون عمودية بين الإدارة العليا والوسطى والتنفيذية.

وعلى هذا الأساس فإن نجاح التغيير التنظيمي يتطلب بالضرورة توفر قيادة مناسبة لها من المهارات اللازمة ما يكفي لتحقيق التغيير مع ثقافة تنظيمية مرنة تتغير مع التطورات وسياسة فعالة للموارد البشرية، دون إغفال حتمية وجود هيكل تنظيمي داعم للتغيير.

## خلاصة الفصل

إن التغيير التنظيمي أمر ضروري وحتمي لكل مؤسسة، والتعامل معه أصبح سمة من سمات هذا العصر، فهو يعبر عن حقيقة التطور الحضاري الإنساني، والحاجة للتغيير مستمرة وترافق جميع أوجه نشاط المؤسسة، وتزداد بنمو وتعقيد المؤسسة لاسيما وأنها تتعامل مع بيئة وأنظمة مفتوحة، مما يتطلب منها ضرورة الاستجابة والتكيف المستمر، فالمؤسسة القوية هي التي تأخذ بعين الاعتبار أثرها على البيئة أيضا، حتى لا تصبح مستجيبة فقط، من أجل أن تحقق بالتغيير التنظيمي هدف الاستمرار والبقاء وهدف التكيف والتأقلم، وبالتالي الملاءمة بينها وبين المتغيرات البيئية المؤثرة فيها.

وعملية التغيير التنظيمي باختلاف مراحلها وتعدد استراتيجياتها ومداخلها، تعتمد بصورة أساسية على توفر شروط ضرورية لتحقيق الأهداف المطلوبة، ونظراً لتزايد ديناميكية البيئة وتعقدها لم يعد ينفع معها إحداث تغييرات طفيفة نسبيا، بل أصبح المطلوب إجراء تغييرات تشمل كافة المستويات والمجالات، بحيث تجعل المؤسسة لا تحاول فقط مواكبة التغيير بل حتى إجراء السبق في ذلك.

وتحاول المؤسسات باختلاف نشاطاتها وأعمالها وحرصا منها لتحقيق التنافسية والديمومة على إجراء التغييرات لمواجهة الضغوط الناجمة عن البيئة الخارجية أو تلك الناجمة عن البيئة الداخلية. لكن غالبا ما يلاقي هذا الطموح للتغيير مقاومة أو مخاوف، وإن كانت هذه الأخيرة رد فعل طبيعي، لأنه من طبيعة الإنسان وفطرته أن يميل إلى مقاومة تغيير وضع ألفه واعتاد عليه، لأن التغيير يتسبب له في قلق وإرباك وتوتر نفسي ويهدد أنماط علاقات وأساليب ومصالح قائمة

إضافة إلى أن نتائجه غير مؤكدة، ولهذا يجب على المؤسسة استخدام كافة الأساليب والإستراتيجيات للتعامل مع مقاومة التغيير التنظيمي في محاولة للقضاء عليها أو حتى التقليل منها.

ومن نافلة القول، يجب على المؤسسات- مهما كان نشاطها، حجمها ودورها - أن تتنبأ بالمستقبل، وتدرس أوضاعها وأفكارها، وتخطط للتغيير كلما أدركت أن هناك حاجة تدعو إليه، أو ضرورة تطلبه، وأن تعمل على تحقيق وتكريس فكرة التغيير الذي سيضمن وبلا شك بقاءها، نموها وانطلاقتها.

# الفصل الثاني:

## دور التغيير التنظيمي في تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية

- تمهيد
- المبحث الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية وخدماتها
- المبحث الثاني: الجودة في المؤسسات الصحية وطرق قياسها
- المبحث الثالث: إدارة الجودة الشاملة الصحية كمدخل للتغيير
- المبحث الرابع: مظاهر التغيير في المؤسسات الصحية وأثرها على تحسين جودة الخدمات الصحية
- خلاصة الفصل

## الفصل الثاني

### دور التغيير التنظيمي في تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية

#### تمهيد

تحتل الخدمات الصحية مكانة بارزة نظرا لأهميتها في الحفاظ على سلامة الإنسان وزيادة قدرته على البناء والتنمية، في ظل محيط سريع التغيير يسوده التنافس الشديد. وهي في هذا السياق تمثل أهم ما يمكن أن يقدم للإنسان صانع الحياة والتطور، وإن كانت تعكس إنسانية فإنها تمثل أيضا ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على تحقيق الأداء الأفضل في مختلف مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية... إلخ.

وباعتبار أن المؤسسات الصحية تسعى إلى تقديم خدماتها للمرضى الذين ينشدون العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، فهي مطالبة بتحسين جودة خدماتها بالقدر الذي يفرض بالتزاماتها ويجعلها قادرة على الاستمرار، وأن تسخر كل إمكانياتها ومواردها لتلبية حاجاتها زبائنها، وهذا ما يفرض عليها ضرورة التخطيط والتركيز وإجراء التغيير اللازم سعيا لتقديم خدمات ذات جودة عالية.

وفي هذا الإطار جاء هذا الفصل الذي سنتطرق فيه إلى أربعة جوانب أساسية تم ترتيبها

على النحو الآتي:

- المبحث الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية وخدماتها.
- المبحث الثاني: الجودة في المؤسسات الصحية وطرق قياسها.
- المبحث الثالث: إدارة الجودة الشاملة الصحية كمدخل للتغيير.
- المبحث الرابع: مظاهر التغيير في المؤسسات الصحية وأثرها على تحسين جودة الخدمات الصحية

## المبحث الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية وخدماتها

تعتبر المؤسسات الصحية من المنشآت الهامة في المجتمع سواء كانت مستشفيات جامعية، مؤسسات إستشفائية متخصصة، مؤسسات عمومية إستشفائية، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، أو عيادات ومراكز صحية خاصة، باعتبارها تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية، حيث انتقل مفهوم هذه المؤسسات من مجرد مكان لإيواء المرضى إلى اعتبارها كمؤسسات منتجة للصحة، والذي نتج عنه توسع في مفهوم ووظائف هذه المؤسسات. ومن خلال هذا المبحث سنتعرف على مفهوم المؤسسات الصحية والتطورات التاريخية التي طرأت عليها، مع الإشارة إلى أنواع ووظائف هذه المؤسسات، وأخيراً التطرق إلى ماهية الخدمات الصحية، أنواعها ومعايير أدائها.

### المطلب الأول: السرد التاريخي لمفهوم المؤسسات الصحية وتعريفها

المؤسسة الصحية في شكلها الحالي ما هي إلا خلاصة تطورات تاريخية أكسبتها الشكل المؤسسي بعد أن كانت تخضع للمنطق الخيري، وعليه سنتطرق في هذا المطلب إلى عرض أهم التطورات التاريخية التي مرت بها المؤسسات الصحية وصولاً إلى تحديد مفهومها.

#### أولاً: التطور التاريخي للمؤسسات الصحية

إن المؤسسات الصحية لم تصل إلى هذا المستوى من التقدم إلا نتيجة للتطورات التاريخية التي طرأت عليها على مر العصور، بدءاً من الحضارات القديمة وحتى الوصول إلى العصر الحديث، وبالتالي يمكن التمييز بين ثلاثة مراحل أساسية لتطور المؤسسة الصحية، تتمثل فيما يلي:<sup>1</sup>

<sup>1</sup> أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، الطبعة الأولى، مصر، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، 2006، ص: 14.

## 1- المؤسسة الصحية في الحضارات القديمة:

يرجع تاريخ المؤسسات الصحية إلى ما يقارب 1200 سنة قبل الميلاد، وذلك في المعابد الإغريقية، ويعتبر أبوقراط "Hippocrate" أول من وضع أساسيات معالجة المرضى في هذه المعابد، حيث كان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء، كما استخدم فراعنة مصر -حوالي 600 سنة قبل الميلاد- معابدهم لإيواء وعلاج المرضى، وسميت "بمعابد الشفاء"<sup>1</sup>. وقد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها اسم "السيكستا" "Ckista" أي معابد الشفاء، وقيل أنها كانت على درجة عالية من النظافة. وفي مطلع الديانة المسيحية بُنيت بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين، وقد كانت الدوافع الرئيسية لبناء هذه البيوت دوافع دينية إنسانية تتلخص فيما يلي<sup>2</sup>:

- علاج المرضى وتقديم الخدمات لهم بغض النظر عن مقدرتهم على الدفع؛
  - الاهتمام بالنواحي النفسية للمرضى وليس فقط تقديم العلاج لهم؛
  - اعتبار هذه البيوت أماكن لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين وتقديم الخدمات لهم.
- وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ "البيمارستانات" أي دور المرضى، والبيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين "بيمار" بمعنى مريض أو عليل و"ستان" بمعنى دار. وقد خطا العرب

<sup>1</sup> سليم بطرس جلد، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الطبعة الأولى، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، 2007، ص: 18.

<sup>2</sup> عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، مصر، القاهرة، المؤسسة العربية للتنمية الإدارية، 2008، ص: 03.

في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة ووضعوا مجموعة من القواعد التي تلتقي مع النظم المعمول بها في العصر الحديث.

## 2- المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي:

شهدت المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي تطوراً ملحوظاً، وكانت "خيمة رافدة" التي تم إنشاؤها في مسجد رسول الله - صلى الله عليه وسلم - أول مستشفى ثابت في هذا العصر، وأقام الوليد بن عبد الملك (882هـ - 706 م) مستشفى متكامل في دمشق حشد له مجموعة من الأطباء. أما في العصر العباسي، فقد تم تشييد عدد من المؤسسات الصحية في بغداد ودمشق والقاهرة، وقد تم تصنيف هذه المؤسسات إلى ثلاثة مجموعات: مؤسسات صحية ثابتة (مثل المستشفيات التي أقيمت على نهر دجلة ومستشفيات السجون)، مؤسسات صحية متنقلة (مثل مستشفيات السبيل التي ترافق الحجاج) ومؤسسات العزل (مثل دور المجانين).

ومن أبرز الخصائص التي تميزت بها المؤسسات الصحية في هذا العصر ما يلي<sup>1</sup>:

- عدم السماح للمرضى أو المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين؛
- اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المؤسسات الصحية؛
- وجود مؤسسات متنقلة يتم إرسالها إلى المناطق النائية بصفة دورية؛
- إنشاء المؤسسات الصحية العامة والمتخصصة؛
- التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى؛
- إجازة مزاوله مهنة الطب والصيدلة بواسطة الامتحان.

<sup>1</sup> مخيمر، والطعامنة، المرجع المذكور سابقاً، ص: 05.

### 3- المؤسسة الصحية في العصر الحديث:

يمثل العصر الحديث ثورة هائلة بالنسبة للمؤسسات الصحية وأعمالها، فقد حملت الثورة الصناعية الكثير من التغييرات الاجتماعية التي أثرت بدورها على الخدمات الصحية وبالتالي تأسيس مستشفيات جديدة. وفي أعقاب الحربين العالميتين الأولى والثانية، وبعد بناء صرح اقتصادي وصناعي ضخم، ظهرت المؤسسات الصحية بكثرة لخدمة ما يتعرض له العمال من حوادث في العمل والتنقل، وخدمة لأمراض تلوث الجو وأمراض البيئة الصناعية بشكل عام، ولقد زاد عدد وحجم هذه المؤسسات وظهرت الحاجة الماسة إلى إدارة تلك المؤسسات بفعالية وكفاءة.

أما في وقتنا الحاضر، فقد اتخذت المؤسسة الصحية بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة وأطلق عليها مسميات متنوعة، وأصبح ينظر إليها على أنها نظام مفتوح لاعتمادها على أفراد المجتمع وتأثرها بالبيئة.

ويشير فوزي مذكور<sup>1</sup> إلى أن المستشفى الحديث يُعد المحور التنظيمي لنظام الرعاية الصحية والمكان المؤدي إلى توصيل الرعاية الطبية والصحية للمريض، كما أنه يعتبر أيضاً مكاناً لتدريب كافة الأفراد العاملين في القطاع الصحي، إلى جانب أداء البحوث الطبية والصحية. فالمستشفى بما يحتويه من موارد (مادية، مالية وبشرية) يعد المكان الأول الذي يفكر فيه الإنسان حينما يحتاج إلى الرعاية الطبية، فهو القلب المهني والاقتصادي للممارسة الطبية والمطبق للخدمة والتكنولوجيا الطبية بصفة مستمرة.

<sup>1</sup> فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، القاهرة، إيتراك للنشر والتوزيع، 1998، ص: 17.

ومن بين أهم خصائص المؤسسات الصحية الحديثة ما يلي<sup>1</sup>:

- التركيز على العيادات الخارجية وتقديم الخدمات الصحية في منازل المرضى؛
- التركيز على استخدام التقنيات الطبية الحديثة بشكل واسع؛
- التركيز على معايير الجودة ومدى تحقيقها في المجالات الطبية.

### ثانياً: مفهوم المؤسسات الصحية

اهتمت العديد من البحوث والدراسات العلمية المتخصصة في المجال الصحي بتحديد مفهوم المؤسسة الصحية، وتباين هذا المفهوم بالنسبة للأطراف التي تتعامل معها المؤسسة الصحية، كل حسب نظريته الخاصة وحسب العلاقة بين هذه الأطراف والمؤسسة، حيث تعرف لدى<sup>2</sup>:

- **المرضى:** بأنها الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج، الاستشفاء الرعاية الطبية لهم؛
- **الحكومة:** إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع، للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن؛
- **الإطار الطبي:** المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية؛
- **إدارة المؤسسة:** مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها، ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة، في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ وفعال؛
- **شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية:** سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات.

<sup>1</sup> غنيم، المرجع المذكور سابقاً، ص: 20.

<sup>2</sup> ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الأردن، دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2005، ص: 21-22.

وتعتقد هيفاء بنت فؤاد مختار بأن المؤسسات الصحية "تعد من أهم المؤسسات الإنتاجية في مجال الخدمات، فهي التي تهيئ وتعد أفراد المجتمع طبياً وصحياً ليكونوا قادرين على العمل والإنتاج في كافة قطاعات النشاط بالمجتمع سواء كان النشاط اقتصادياً أم اجتماعياً في مجال التنمية البشرية، وعلى ذلك فإنها إن لم تؤد دورها في خدمة أفراد المجتمع بشمولية في كافة مجالات العلاج، وإذ لم تكن متاحة جغرافياً وفي متناول المواطنين، فإنها ذلك يؤدي إلى وجود مردودات سلبية على الأداء الإنتاجي لقطاعات المجتمع"<sup>1</sup>.

كما عرفت المؤسسة الصحية، بأنها: "كل مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات، المراكز الصحية، العيادات والمراكز التخصصية، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة والصيانة الطبية"<sup>2</sup>.

أما منظمة الصحة العالمية (OMS) فقد عرفت كما ورد بكتاب الدكتور فريد راغب النجار على أنها: "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي يعمل على تقديم خدمة صحية متكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين وتقدم خدمات العيادة الخارجية للعائلات حسب حاجاتهم، وتعتبر أيضاً مركزاً لتدريب العاملين في المجال الصحي ولإجراء البحوث الطبية الاجتماعية"<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> هيفاء بنت فؤاد مختار، دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة، بحث مقدم كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد والإدارة، الرياض، جامعة الملك عبد العزيز، 2003، ص: 28.

<sup>2</sup> عبد العزيز بن حبيب نياز، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، وزارة الصحة، الرياض، 2005، ص: 62.

<sup>3</sup> عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية: مفاهيم، نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع، 2004، ص: 141.

واستخدمت بعض الدراسات والبحوث مدخل النظم في تعريف المؤسسة الصحية، فعرفتھا بأنها: "نظام كلي مركب من مجموعة من النظم الفرعية والتي تتميز كل منها بطبيعة مميزة وخصائص خاصة، والتي تتفاعل معا بغية تحقيق مجموعة من الأهداف الصحية المرجوة"<sup>1</sup>.

ويعرف المستشفى باعتباره أهم مؤسسة صحية حسب الهيئة الأمريكية للمستشفيات (American Hospital Association) بأنه: "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على أسرة للتنويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة، وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين"<sup>2</sup>. ومن الواضح أن تعريف منظمة الصحة العالمية للمؤسسة الصحية يأتي أكثر شمولاً من تعريف الهيئة الأمريكية للمستشفيات، حيث لا يقصر وظائف المؤسسة الصحية على التشخيص والعلاج، بل توسعت في ذلك لتشمل التعليم والتدريب والقيام بالبحوث، ولكن السيد حسان الحرساني في كتابه إدارة المستشفيات يقول بأن منظمة الصحة العالمية عدلت تعريفها كونه لا ينطبق على واقع الكثير من البلدان النامية وبسطته كما يلي: المؤسسة الصحية هي: "مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض"<sup>3</sup>.

وعليه فالمؤسسة الصحية الحديثة هي عبارة عن: "نظام يضم موارد وإمكانات متعددة تتضمن إدارة واعية ذات كفاءة وجهاز طبي متخصص ومجموعات من الخدمات المساندة مثل التمريض والأشعة والتحاليل وغيرها، إلى جانب مكان مجهز بكافة التقنيات الطبية الحديثة وتقنيات المعلومات والاتصالات لأداء مختلف وظائفه مع إقامة المرضى خلال فترة علاجهم وتأهيلهم، وتقديم المؤسسة الصحية للأفراد والمجتمع ككل خدمات الرعاية الصحية الأولية، التوعية، الوقاية، التشخيص

<sup>1</sup> غنيم، المرجع المذكور سابقاً، ص: 24.

<sup>2</sup> حسان محمد نذير الحرساني، إدارة المستشفيات، السعودية، معهد الإدارة العامة، 1990، ص: 34.

<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص: 35.

والعلاج الطبي والتأهيلي وغير ذلك من الخدمات الطبية، وتدعم المؤسسة الصحية خدماتها بالطب الاتصالي، وتعليم وتدريب العاملين والدارسين، إلى جانب دورها في مجال البحوث الطبية المختلفة، ويتمحور الهدف الأساسي للمؤسسة الصحية الحديثة في العمل على تنمية إمكانياته وحسن استخدامها لتقديم خدمات طبية وصحية للأفراد والمجتمع بجدة عالية وأمان كبير".

### المطلب الثاني: وظائف المؤسسات الصحية ومعايير تصنيفها

إن الوظائف التي تمارسها المؤسسات الصحية تختلف باختلاف أنواع هذه المؤسسات وسنتطرق فيما يلي إلى أهم وظائف المؤسسات الصحية ومعايير تقسيمها.

#### أولاً: وظائف المؤسسات الصحية

انطلاقاً من تعريف المؤسسة الصحية، وحسب تعدد أشكالها وأحجامها نستطيع جمع وظائفها فيما يلي<sup>1</sup>:

1. الرعاية الطبية والصحية: تعتبر الوظيفة الرسمية للمؤسسة الصحية، وتتمثل في الخدمات

التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام

العلاجية وما يرتبط بهذه الخدمات من خدمات مساعدة، التي يمكن حصرها في الآتي<sup>2</sup>:

❖ الخدمات الفندقية: هي الخدمات التي تهتم بإقامة المرضى، وفي نفس الوقت تمثل

مكان تواجد العنصر المعالج (تشخيصات طبية، خدمات شبه طبية)، والعنصر غير

الطبي (صيانة، إ طعام)، وكذا مكان تواجد أهالي المرضى وذويهم؛

<sup>1</sup> مخيم، الطعمنة، المرجع المذكور سابقاً، ص: 08-10.

<sup>2</sup> Djellal, Farida et al, **L'Hôpital Innovateur : de l'Innovation Médicale à l'Innovation de Service**, Paris, Masson, 2004, P: 48.

❖ **الخدمات التقنية:** هي الوظيفة التي تجمع الوسائل التكنولوجية الثقيلة الخاصة

بخدمات التشخيص والعلاج (مخابر التحاليل، أقسام الأشعة)، وتتم ممارسة مهام هذه

الوظيفة استناداً إلى توصيات الأطباء؛

❖ **الخدمات اللوجستية:** تتعلق بكل المهام التي تدعم النشاط الرئيسي، مثل إقامة

المرضى وخدمات الإطعام، ويمكن أن تتجزأ هذه الوظيفة من قبل قسم داخلي تابع

للمؤسسة أو جهات خارجية خاصة؛

❖ **الخدمات الإدارية:** تشمل هذه الوظيفة وحدات التوجيه، التنسيق والرقابة، وكذا وحدات

إدارة الوسائل (الإدارة العامة، المالية، الموارد البشرية، ... إلخ).

**2. التعليم والتدريب:** يفرض التطور في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطور مهارات وخبرات

كافة العاملين والمتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية من خلال التعليم والتدريب

المستمر، وهذا ما تمثله المؤسسات الصحية خاصة الجامعية بما تملكه من إمكانيات

وتجهيزات ومراكز تدريب للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين والأخصائيين، وتنمية معلوماتهم

عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها، وتزويد الهيئات الطبية والمعالجة بالمهارات اللازمة

للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى، ومنه تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية

وعلاجها، بالإضافة إلى نقل التجارب من ذوي الخبرة إلى الجدد منهم وتبادل المعلومات

معهم.

**3. البحوث الطبية والاجتماعية:** تسهم المؤسسات الصحية بشكل أو بآخر من خلال ما تحتويه

من معامل (مختبرات) وأجهزة وتجهيزات وسجلات طبية وحالات مرضية متنوعة وكوادر

بشرية متخصصة مهنية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية

المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص والعلاج والتطوير الذاتي لخدمات المؤسسات

الصحية ومهارات الأفراد وأساليب العمل. فمن خلال نظم المعلومات الطبية وتنوع حالات المرضى وطرق العلاج يمكن القيام بالبحوث والدراسات المتعلقة بأساليب التشخيص وتحديد معدلات حدوث وانتشار الأمراض المختلفة وتقييم فعالية العقاقير المختلفة في علاجها أو تحديد العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأمراض المختلفة، ومن خلال المختبرات والتقنيات الطبية يمكن القيام بالبحوث الخاصة بتطوير عقاقير بديلة أو طرق فحص أكثر تطوراً أو أساليب جديدة لمكافحة العدوى أو انتشار المرض وغيرها. وبدون شك فإن إجراء مثل هذه البحوث والدراسات خارج المؤسسات الصحية إن لم يكن متعذراً فمن المؤكد أنه سيكون باهظ التكاليف.

ومن جهة أخرى فإن النظرة الحديثة للمؤسسات الصحية أصبحت تختلف عن الماضي، فلم يعد دورها مقصوراً على مجرد تقديم الخدمات العلاجية للمريض، بل تعدى ذلك إلى هدفين وهما هدف التعليم وهدف البحث العلمي، وقد أصبحت الخدمات الصحية الواجب أن تقوم بها المؤسسات الصحية الحديثة تشتمل على الوقاية من المرض، تعقب المرض، والتأهيل، بل أن بعض المؤسسات الصحية أصبحت توفر الرعاية الطبية للمرضى في منازلهم خارج المؤسسات الصحية<sup>1</sup>.

**4. الوقاية من الأمراض والعمل على تحسين الصحة العامة:** من خلال مراقبة العدوى المكتسبة للحد منها وتوعية الأفراد بأهمية الوقاية من الأمراض عن طريق حملات التوعية وإجراء التطعيمات اللازمة... إلخ<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> زهير حنفي علي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 1988، ص: 32-50.

<sup>2</sup> هاشم أحمد عطية، محمد عبد ربه، النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية: المستشفيات، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2000، ص: 24-25.

ويعتبر نشاط المؤسسات الصحية مهما لإنجاح برامج الصحة العامة والطب الوقائي في جميع دول العالم بصفة عامة، وتسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف منها<sup>1</sup>:

✓ المحافظة على الصحة والوقاية من الأمراض بأعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية وبأقل التكاليف؛

✓ تحقيق مستوى مرضي من الربحية ويعتبر هذا من أهم الأهداف خاصة للمؤسسات الصحية الخاصة؛

✓ توفير خدمات علاجية متميزة تساعد على تحقيق مركز تنافسي قوي؛

✓ تطوير أداء الكوادر الطبية من أطباء وهيئات تمريض وفنيين.

#### ثانيا: معايير تصنيف المؤسسات الصحية:

يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات الصحية، كما يلي<sup>2</sup>:

- المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية، على سبيل المثال: المستشفيات، العيادات ومراكز العلاج؛
- المؤسسات غير المنتجة للخدمة الصحية: تتمثل في وزارة الصحة وكل الهيئات الإدارية المختصة في متابعة البرامج الصحية وتسيير العلاقات مع المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية.

<sup>1</sup> عطية، وعبد ربه، المرجع المذكور سابقا، ص: 23.

<sup>2</sup> A. Belghiti, Alaoui, **Principes Généraux de Planification à l'Hôpital**, Rabat: Sans Edition, 2005, P: 17.

كما تعددت تصنيفات المؤسسات المنتجة للخدمات الصحية، نظرا لتعدد التعريفات التي تناولتها من جهة، وتعدد الأنشطة التي تقوم بها من جهة أخرى، ويمكن تقسيمها حسب المعايير الآتية<sup>1</sup>:

### 1- التصنيف حسب الملكية والإشراف: يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات حسب هذا

المعيار:

أ- المؤسسات الحكومية: تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية، ولا تهدف إلى تحقيق الربح،

تأخذ عدة أشكال، أهمها:

▪ المؤسسات الحكومية العامة: تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات الرسمية

التي تقوم بالإشراف عليها، تضم أكثر من قسم وتخصص لخدمة جميع فئات

المجتمع بالمجان أو مقابل دفع رسوم رمزية؛

▪ المؤسسات الحكومية لخدمة فئات خاصة: تتميز بتبعيةها لوزارة أو مصلحة حكومية

معينة، بحيث تقصر خدماتها على العاملين وأسرهم في هذه الجهات، على سبيل

المثال: المستشفيات العسكرية؛

▪ المؤسسات الحكومية التخصصية: تتخصص هذه المؤسسات في تشخيص وعلاج

حالات مرضية معينة، على سبيل المثال العيادات المتخصصة في علاج الأمراض

الصدرية؛

<sup>1</sup> غنيم، المرجع المذكور سابقا، ص: 31-40.

▪ **المستوصفات والوحدات العلاجية:** هي مؤسسات صغيرة الحجم، تقتصر الخدمة

فيها على إجراء الكشف الطبي ووصف العلاج للمرضى بالمجان أو مقابل رسوم

محدودة نسبياً؛

▪ **المستشفيات الجامعية:** هي نوع من المستشفيات التي تلحق بكليات الطب، تقدم

نفس خدمات المؤسسات العامة، وتحتوي على بعض الأقسام التعليمية من أجل

ممارسة التدريب العملي لطلاب الكلية.

ب- **المؤسسات الخاصة:** تختلف المؤسسات الخاصة عن المؤسسات الحكومية في أنها

تكون ملك لأفراد أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، ويتم إدارتها وفقاً لأسلوب إدارة

الأعمال بالقطاع الخاص، مع سعيها الدائم لتحقيق الربح ومن أهم أنواعها:

▪ **مؤسسات بأسماء أصحابها:** تحمل هذه المؤسسات أسماء أصحابها من أطباء

وأساتذة، يتولى هؤلاء إدارتها وتقديم الخدمات في مجال تخصصهم، وذلك مقابل

الحصول على أتعاب يتم الاتفاق عليها مع المرضى. هذا النوع من المؤسسات

يعتمد بالدرجة الأولى على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها، وكذا جودة ما يقدمونه

من خدمات صحية لمرضاهم؛

▪ **مؤسسات الجمعيات غير الحكومية:** يقوم بإنشائها جمعيات غير حكومية مثل

الجمعيات الدينية، والخيرية، عن طريق الهبات والتبرعات التي تحصل عليها، وقد

تأخذ شكل المؤسسات العامة أو المؤسسات التخصصية وذلك من حيث خدماتها

التشخيصية والعلاجية، ولا تسعى إلى تحقيق الربح إنما إلى تقديم خدمات صحية

بالمجان أو بأسعار رمزية؛

- **مؤسسات صحية استثمارية:** يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات التي تقدمها، وتأخذ شكل شركات المساهمة أو ذات المسؤولية المحدودة، وتكون خدماتها متخصصة في مجالات طبية معينة؛

## 2- التصنيف حسب التخصص ونوع الخدمة: تنقسم المؤسسات حسب هذا المعيار إلى نوعين:

- **مؤسسات عامة:** هي المؤسسات التي تضم أقسام وتخصصات طبية متعددة مثل: الأمراض الباطنية، أمراض النساء والولادة، أمراض الأطفال، أمراض القلب،... إلخ، وتعالج فيها جميع الأمراض وتخدم مناطق واسعة من السكان<sup>1</sup>؛
- **مؤسسات متخصصة:** وتتخصص في علاج نوع خاص وواحد من الأمراض كأعراض السرطان، أمراض الكلى، أمراض العيون،... إلخ، وقد يكون التخصص حسب الجنس مثلا: مؤسسة إستشفائية متخصصة في أمراض النساء والتوليد.

## 3- التصنيف حسب الموقع والسعة السريرية: تنقسم المؤسسات حسب هذا المعيار إلى ثلاثة أنواع:

- **مؤسسات مركزية:** التي تخدم تجمعات سكانية متوسطة تقع في ضواحي المدن، وتتراوح سعتها السريرية ما بين 100 و 500 سرير؛
- **مؤسسات المناطق الإقليمية:** والتي تقوم بتقديم خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها أغلب المستشفيات الأخرى في منطقة ما، هذا وتتوقف سعتها السريرية على الاحتياجات الصحية للأفراد؛

<sup>1</sup> Keddad, N. Daméche, N, Politique de santé et réforme hospitalière: Planification sanitaire, Atelier n° 06, , Alger, conférence nationale 3-5 Février, 2011, P: 02.

- **مؤسسات محلية صغيرة:** التي تقدم خدماتها لتجمعات سكانية صغيرة، ولا تزيد سعتها السريرية عن 100 سرير.

وهناك معايير أخرى لتصنيف المؤسسات الصحية نذكر منها<sup>1</sup>:

- **الربحية:** مؤسسات تسعى إلى تحقيق الربح ومؤسسات لا تسعى إلى تحقيق الربح؛
- **مدة إقامة المريض:** مؤسسات ذات إقامة قصيرة ومؤسسات ذات إقامة طويلة؛
- **الجنس:** مؤسسات متخصصة لفئة معينة حسب جنس المريض مثل: مستشفى أمراض العيون؛
- **العمر:** مؤسسات مخصصة لفئة عمرية معينة حسب عمر المريض مثل: مستشفى الأطفال.

ومما سبق نجد أنه رغم تعدد تصنيفات المؤسسات الصحية واختلاف الأنشطة التي تمارسها، إلا أن تقديم خدمات صحية هو الأساس الذي وجدت من أجله، وهو ما سنتطرق إليه في المطلب الموالي.

### المطلب الثالث: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها

تعتبر الخدمات الصحية عنصراً مهماً لإحداث التنمية الشاملة في أي بلد من بلدان العالم، لكونها مرتبطة بحياة الإنسان وصحته، من هنا كان الاهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين، وتسابقت الدول في تقديم أحسن الخدمات الصحية وأفضلها لمواطنيها، إيماناً منها بأهمية الصحة كخطوة أولى هامة في بناء المواطن القادر على الإسهام في خدمة مجتمعه ووطنه في كافة المجالات.

<sup>1</sup> البكري، المرجع المذكور سابقاً، ص: 29-31.

## أولاً: مفهوم الخدمات الصحية

إن مفهوم الخدمة الصحية ينبع أساساً من المفهوم العام للخدمات، وبالرغم من أنه يمكن بيع وشراء الخدمات الصحية، إلا أن الصحة ليست كذلك، فلا يمكن الاتجار بها، هذا ما يقودنا إلى تحديد مفهوم الصحة أولاً قبل تحديد مفهوم الخدمات الصحية.

### 1. مفهوم الصحة:

اشتد الجدل حول تحديد مفهوم الصحة في السنوات الأخيرة، بعدما كان شائعاً بين العاملين في المجال الطبي بأن الصحة تعني: "غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل"<sup>1</sup>، فطالما أن جسم الإنسان قد خلا من العلة وبرا من الداء، فذلك معناه أن هذا الجسم سليم. إلا أن المختصين في مجال الصحة، اعتبروا هذا المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة ويجعل دورها سلبي لمجرد أنه علاج للمرض.

وقد عرف مارشال "Marshall" الصحة في كتابه "مبادئ الاقتصاد" بأنها: "القوة الجسمية والقوة العقلية للفرد"<sup>2</sup>. كما عرفها بركينز "Perkins" على أنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها، وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم قوى الجسم للمحافظة على توازنه"<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، مصر، دار المعرفة الجامعية، 2003، ص: 17.

<sup>2</sup> Marshall, Alfred, Principles of economics, London, eighth ed, the Macmillan press LTD, 1977, P: 161.

<sup>3</sup> أيمن مزاهرة، الصحة والسلامة العامة، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2000، ص: 13.

أما العالم ونسلو "Winslow" فقد عرف الصحة على أنها: "علم وفن الوقاية من المرض، وإطالة العمر، وترقية الصحة والكفاية وذلك بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل صحة البيئة ومكافحة الأمراض المعدية وتعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة"<sup>1</sup>.

وُعرف الصحة حسب منظمة الصحة العالمية بأنها: "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"<sup>2</sup>.

من خلال التعاريف السابقة نستخلص أن الصحة عبارة عن تلك الحالة الكاملة من الراحة الجسدية والعقلية والاجتماعية، ولا تعني فقط غياب المرض أو العاهة، وإنما امتلاك حالة صحية جيدة وإمكانية الحصول عليها يعتبر حقاً من حقوق أي كائن إنساني.

## 2. مفهوم الخدمات الصحية:

تعتبر الخدمات الصحية شكلاً من أشكال الخدمات، وأحد مدخلات إنتاج الصحة\*. وقد عرفت بأنها: "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصياً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً، ينتج عنه رضا

<sup>1</sup> سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة من المنظور الاجتماعي، الإسكندرية، مصر، دار المعرفة الجامعية، 2000، ص: 41.

<sup>2</sup><http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/ar/index.html>.

\* إنتاج الصحة: يقصد به استخدام موارد اقتصادية محددة للوصول إلى حالة الصحة الجيدة، ومن أهم العناصر الداخلة في إنتاج الصحة هي: السكن، التعليم، مستوى المعيشة، الغذاء ومستوى الخدمات الصحية.

وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل<sup>1</sup>. ويشير هذا التعريف في مضمونه إلى أن الخدمة الصحية تتضمن ثلاثة أبعاد رئيسية هي:

▪ **الصفة المميزة للخدمة:** ترتبط أساسا بجوهر الخدمة الصحية المقدمة، والتي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية؛

▪ **المنافع المرجوة من الخدمة:** تتمثل في العناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض لمقابلة احتياجاته الصحية، والمتضمنة للإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى، والتي يمكن تقسيمها إلى ما يلي<sup>2</sup>:

✓ **منافع مباشرة ملموسة يمكن قياسها وحسابها:** تتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة؛

✓ **منافع مباشرة غير ملموسة ويصعب قياسها:** تتمثل في الحد من الآلام والأمراض التي يعانيها المريض، أو التي سيتجنبها نتيجة للخدمات التي حصل عليها؛

✓ **منافع غير مباشرة ملموسة يمكن حسابها:** تتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة للخدمات الصحية التي يحصل عليها أفراد القوى العاملة.

▪ **الخدمات المساندة:** تشمل كافة العناصر المضافة، التي تقدم إلى جوهر الخدمة الصحية، وتتضمن نظام حجز المواعيد، الاستقبال، التنسيق مع المؤسسات الصحية الأخرى والمؤسسات الاجتماعية.

<sup>1</sup> ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، الأردن، دار اليازوري العلمية، 2005، ص: 168.

<sup>2</sup> إبراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مصر، مكتبة القدس، 2006، ص: 28.

كما تعرف الخدمة الصحية أيضا، بأنها: "ذلك النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى"<sup>1</sup>.

وحسب ثامر ياسر البكري فإن الخدمة الصحية تعني: "جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المستهلك مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي خطأ". ويشير هذا التعريف إلى كون الخدمة الصحية لكي تحظى برضا المريض يجب أن تقدم دون خطأ، ولعل هذا الأمر يُهتم به كثيراً في مجال تقديم الخدمات الصحية.

وهذا يعني تأكيد مسألة الجودة في تقديم الخدمات الصحية وهو بحد ذاته يمثل إستراتيجية متقدمة في العمل الإداري للمؤسسة الصحية عند تقديمها للخدمات الصحية للمواطنين<sup>2</sup>.

كما تعرف أيضا على أنها: "مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعا ورضا معيناً للمستفيد"<sup>3</sup>.

هذا يعني أن هناك أسباب دوافع عديدة تقف وراء الاهتمام المتزايد بدراسة الخدمات الصحية ودورها، وبالتحديد نظم تقديم وتوصيل الخدمات الصحية، ومن بين أهم هذه الأسباب ما يلي<sup>4</sup>:

- ندرة الموارد والإمكانيات وتزايد الطلب عليها يحتاج إلى التعرف على أساليب إدارة تلك الموارد النادرة وضرورة توفيرها لتحقيق الأهداف، وبالتالي تقديم الخدمات الطبية المتوقعة والمطلوبة حسب خصائصها؛

<sup>1</sup> مذكور، المرجع المذكور سابقاً، ص: 97.

<sup>2</sup> البكري، المرجع المذكور سابقاً، ص: 58.

<sup>3</sup> بوعانة، المرجع المذكور سابقاً، ص: 68.

<sup>4</sup> المرجع نفسه، ص: 68-70.

- الاهتمام الحالي قائم على تقديم خدمات ذات نوعية جيدة، والتخطيط للمرضى الحاليين المرتقبين وليس فقط لتحقيق الربح، والاهتمام المنحصر على توفير الأجهزة والمعدات؛
- تغيير المشكلة في المؤسسات الصحية حيث كانت تبدو وكأنها تكمن في مسألة نقص توفير الموارد المادية والبشرية، لكن اتضح أن إدارة وكيفية إدارة هذه الموارد بشكل فعال هو المشكلة، فالعنصر البشري هو الأساس، والإدارة الفاعلة هي أساس نجاح المؤسسات الصحية، وذلك لسعيها للاستخدام الأفضل للموارد سواء كانت مادية أو بشرية.
- تغيير المفهوم القديم لتقديم الخدمات الصحية وتطوره، فالمفهوم القديم يعني خدمات صحية، توصيل خدمات صحية، زيادة معدلات الخدمة لتحقيق الهدف. أما المفهوم الجديد فيعني مرضى حاليين ومرتبين، نظام متكامل لتقديم الخدمات الصحية، تحقيق الأهداف عن طريق إرضاء حاجات المرضى. أي أن الإدارة مسؤولة عن تحديد حجم ونوع المرضى الحاليين والمرتبين في كل نوع من أنواع الخدمات الصحية كنقطة انطلاق في إدارة نظم توصيل الخدمات الصحية، وذلك من خلال تخطيط مواردها لتفي بتلك الحاجات واكتشاف الأمراض الجديدة والأدوية الجديدة، حيث تتمكن من تكييف برامج الوقاية وتقليل التكلفة.

ويتم إنتاج وتقديم الخدمة الصحية على مراحل وضحا دونابديان "Donabedian" من خلال تبنيه منهج العمليات لتحليل الرعاية الصحية، حيث يخصص ثلاثة مستويات للتحليل كما يلي:

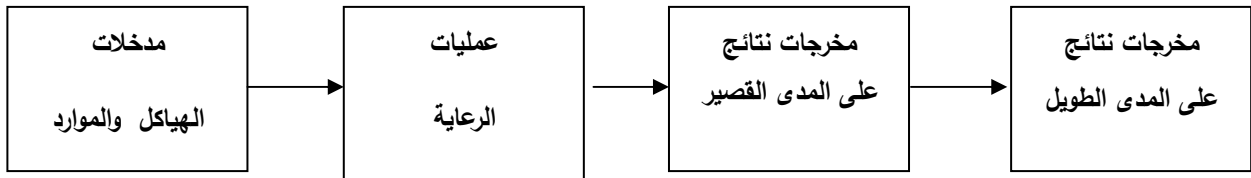
1. **الهياكل والموارد:** هي مختلف الوسائل التي تسمح للمؤسسات الصحية بالوفاء بمهامها، وتقديم

الخدمات لطالبيها، مثل: المباني، التركيبات، التجهيزات، وسائل النقل، مستلزمات العلاج الطبي، مستلزمات التغذية والنظافة، المورد البشري (أطباء، ممرضون، فنيو الأجهزة، الإداريون، عمال الخدمات المساعدة... إلخ)، نظام المعلومات، الموارد المالية، القوانين والإجراءات... إلخ؛

2. **العمليات:** وهي جميع إجراءات الرعاية الصحية وتسهيل تقديمها، تنظيم العمل، تنسيق واستمرار الرعاية، جمع وتحويل المعلومات، إدارة المؤسسة... إلخ، ونميز الخدمات المقدمة للمريض في خدمات طبية مباشرة، وأخرى لا تتعلق بمجال الرعاية لكن تساعد على تحقيقها مثل الأنشطة الإدارية والصيانة... إلخ؛

3. **المخرجات (النتائج):** تمثل نتائج الخدمات المقدمة على الوضعية الصحية للفرد أو للمجتمع مثل معدل الوفيات، معدل الشفاء... إلخ، كما تمثل مستوى الرضا، مستوى الرفاهية، جودة الحياة، وأيضا النتائج المالية والمحاسبية للمؤسسة الصحية.

والشكل رقم (9) يوضح هذه المستويات كالاتي:



الشكل رقم (9): عملية الرعاية حسب نموذج دونابديان

Source: Vilcot, Claude, Leclercq, Hervé, **Indicateurs qualité en santé**, France, AFNOR, 2<sup>ème</sup> éd, 2006, p: 03.

## ثانيا: خصائص الخدمات الصحية

إن خصائص الخدمات الصحية لا تبتعد عن الخصائص العامة للخدمات، والتي تتمثل فيما يلي:

- (1) **اللاملموسية:** ويقصد بها "عدم رؤية، لمس أو تجريب الخدمة، هذا ما يدفع إلى صعوبة تصورها ذهنيا، كما يؤدي في الغالب لمعرفة غير دقيقة للنتيجة مسبقا"<sup>1</sup>. ولهذا يعتبر قرار شراء الخدمة أصعب من قرار شراء السلعة، ولتلافي هذه الصعوبة يجب البحث عن علامات أو مؤشرات تدل على جودة الخدمة المقدمة، مثل: أدائها، مقدمها والأجهزة المستخدمة؛
- (2) **التلازمية أو عدم الانفصال:** فالتلازمية مفهوم يتكون من بعدين، البعد الأول هو التلازمية بين الإنتاج والاستهلاك، فنجد السلع المادية تنتج وتخزن ثم تباع وتستهلك، لكن الخدمات تباع أولا ثم تنتج وتستهلك في نفس الوقت، أما البعد الثاني للتلازمية هو أن المستفيد لا يمكن فصله في أغلب الحالات أثناء تقديم الخدمة<sup>2</sup>؛
- (3) **عدم التجانس في تقديم الخدمة:** تتميز الخدمات بالتباين لاعتمادها على كفاءة ومهارة مقدمها، وكذا مكان وزمان تقديمها. كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتمادا على ظروف معينة، وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانا مما يؤدي إلى صعوبة تنميط الخدمة؛

<sup>1</sup> D. Michel et autres, **Marketing Industriel: Stratégie et Mise en Oeuvre**, Paris, Economica, 2ème édition, 2000, P : 373.

<sup>2</sup>D. PETTIGREW et autres, **Le Marketing**, Québec (Canada), MC Graw- Hill, 2003, P: 385.

(4) **عدم القابلية للتخزين:** تتميز الخدمات بصفة عامة بعدم قابليتها للتخزين طالما أنها غير

ملموسة، هذا ما يجعل تكلفة التخزين منخفضة نسبياً أو بشكل كامل في المؤسسات الخدمية،

ويترتب عن ذلك أن الطاقة غير المستغلة من الخدمة تعتبر إيراد مفقود؛

(5) **عدم تملك الخدمة:** أي أن الخدمة لا تمتلك أو تنقل ملكيتها من المنتج إلى المستهلك عند

الاتفاق عليها، فالمستفيد من الخدمة يستهلك المنفعة دون إمكانية تملكها، وهذا يمثل الفرق

بين السلعة والخدمة.

إلا أن الخدمة الصحية تتميز بخصائص إضافية، تتمثل في الآتي<sup>1</sup>:

➤ **تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية:** أي أنها تقدم لشخص واحد،

فلا يستطيع الطبيب على سبيل المثال أن يعالج إلا حالات محدودة من المرض، والسبب

يعود إلى تخصصه في مجال معين، بالإضافة إلى أنه لا يستطيع معالجة أكثر

من مريض واحد في نفس الوقت، لكن هذه الخاصية لا تطبق على كافة الخدمات

الصحية، حيث أن هناك خدمات لا تقدم إلى شخص واحد بل لعدد من الأشخاص

في آن واحد، مثل حملات التوعية من مرض معين وحملات تطعيم الأطفال؛

➤ **تتطلب الخدمات الصحية السرعة في أدائها والطلب عليها غير قابل للتأجيل:** فالإصابة

بالمريض يتطلب علاجاً فورياً للقضاء عليه حين ظهور أعراضه. كما تتميز الخدمات

الصحية بالإلحاح والسرعة؛

<sup>1</sup> زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات الصحية، عمان دار حامد للنشر، ، 1998، ص: 24-31.

➤ **صعوبة تحديد وقياس وتقييم جودة الخدمة الصحية:** وهذا راجع لطبيعة الخدمة الصحية

بسبب كونها غير ملموسة، لذا يتعذر معها تحديد جودة الخدمة التي تقدم للمستفيد

بالطرق التقليدية، بسبب عدم التنبؤ بجودة أداء الخدمة قبل تقديمها؛

➤ **الاستمرارية:** فإذا كانت المؤسسات الصحية مطالبة بأن تتميز خدماتها بالإلحاح والسرعة

والحرص على تقديم النوعية الصحية العالية، فهي مطالبة أيضا بإدامة واستمرارية تلك

الخدمات ويتباين مفهوم الاستمرارية حسب وجهة نظر المستفيد من الخدمة الصحية.

كما أن هناك مجموعة من الخصائص الأخرى التي تتميز بها الخدمات الصحية وهي<sup>1</sup>:

■ تتميز الخدمات الصحية بكونها عامة للجمهور وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة

عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها؛

■ كما أن الخدمة الطبية المقدمة تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة

بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء مادي آخر؛

■ يتوزع فيها اتخاذ القرار بين مجموعتين إلى حد ما وهما: الإدارة و مجموعة الأطباء؛

■ وجوب الاتصال المباشر بين المؤسسة الصحية والمستفيد من الخدمة الصحية، حيث

تتطلب الخدمة الصحية غالبا حضور المريض للفحص والتشخيص والعلاج... إلخ؛

■ نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية، يستوجب الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات

الإدارية والطبية لإنتاج وتقديم الخدمة الصحية لطالبيها، ولا يمكن التأخر أو الاعتذار

عن الاستجابة للطلب خلافا على المؤسسات الخدمية الأخرى، لأن ذلك يعني واجباتها

ومهمتها الإنسانية.

<sup>1</sup> البكري، لمرجع المذكور سابقا، ص: 59-61.

## المطلب الرابع: أنواع الخدمات الصحية ومعايير أدائها

تعتبر الخدمة الأساسية للمؤسسات الصحية هي تقديم الخدمات الطبية أو خدمة الرعاية الصحية، ويساعدها في تحقيق ذلك خدمات أخرى ضرورية، وسنحاول في هذا المطلب إبراز أنواع الخدمات الصحية وأهم معايير أدائها.

### أولاً: أنواع الخدمات الصحية

تنقسم الخدمات الصحية حسب أغلب النظم الصحية العالمية إلى<sup>1</sup>:

**1) الخدمات الصحية العلاجية:** وتتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة وتشمل:

- خدمات التشخيص؛
- خدمات العلاج، وتتمثل في العلاج الدوائي المباشر داخل المنزل، خدمات مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات والتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر؛
- خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء، وهي عبارة عن خدمات صحية علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناته من آلام المرض.

**2) الخدمات الصحية الوقائية:** تتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع، ويطلق عليها أيضاً

اسم "الخدمات الصحية البيئية أو العامة"، ترتبط بالخدمات الموجهة للحماية من الأمراض

المعدية والأوبئة، والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد، وتشمل:

- خدمات التطعيم ضد الأمراض والأوبئة؛

<sup>1</sup> الدمرداش، المرجع المذكور سابقاً، ص: 25-26.

- خدمات رعاية الأمومة والطفولة؛
- خدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض؛
- خدمات الرقابة الصحية على محلات تقديم الغذاء ، المشروبات ومحلات الحلاقة والتجميل؛
- خدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي؛
- خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي؛
- خدمات الحجر الصحي.

ويمكن تقسيم الخدمات الصحية حسب طبيعتها كما يلي<sup>1</sup>:

- (1) **الفحوصات والاستشارات:** تمثل واجهة المؤسسة الصحية، فهي دافع الالتقاء والتفاعل بين طالب الخدمة وعارضها؛
- (2) **الخدمات السريرية:** تؤمن الإقامة للمرضى، ومكان عمل الأشخاص المعنيين بالرعاية الطبية (التشخيصات الطبية، الرعاية التمريضية...إلخ)، وكذلك الأشخاص غير المعنيين بالرعاية الطبية (كعمال الصيانة والنظافة)، وهي مكان التفاعل مع العائلات؛
- (3) **الأرضية التقنية:** تضم الوسائل التكنولوجية التي تخص التشخيص والعلاج؛
- (4) **خدمات الإمداد:** تتكون من جميع الخدمات المدعمة للأنشطة السابقة، مثل الترميم، الصيانة، النقل، وهذه الخدمة قد يقوم بها قسم داخل المؤسسة أو توكل لطرف خارجي (مقدم خدمات)؛
- (5) **الخدمات الإدارية:** تجمع مختلف الوظائف الإدارية (كالتخطيط، التوجيه، التنظيم والرقابة)، ويمكن جمعها في ثلاث مجموعات كما يلي:

---

<sup>1</sup> Djellal, Faridah et autres, op cit, p: 62-64.

1- خدمات الفندقة والإطعام؛

2- خدمات التسيير الإداري؛

3- خدمات طبية وشبه طبية.

والجدول الموالي يوضح هذه المجموعات مع إعطاء أمثلة عنها كالآتي:

**الجدول رقم (5) : أنواع الخدمات الصحية**

| أمثلة                                                                                                                                                                                                                                                  | نوع الخدمات                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- الضيافة، الصيانة، الترميم والنظافة</li> <li>- خدمات الإطعام</li> <li>- الاستقبال</li> <li>- التدفئة</li> </ul>                                                                                                | خدمات الفندقة والإطعام        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- الإمدادات المادية: تسيير المخزون، الصيدلية، التجهيزات... إلخ،</li> <li>- الإمدادات المعلوماتية: معلومات التسيير (المحاسبة والأجور)،</li> <li>- إدارة الأفراد، إدارة المرضى والملفات الطبية... إلخ.</li> </ul> | الخدمات الإدارية              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- الرعاية</li> <li>- المخابر المركزية والتحليلات</li> <li>- الأشعة</li> <li>- وظائف الجراحة</li> <li>- التخدير</li> <li>- إعادة التأهيل</li> <li>- الاستشارات المتعلقة بمختلف الأقسام</li> </ul>                | الخدمات الطبية<br>وشبه الطبية |

Source: Djellal, Faridah et autre, op.cit, p: 64.

وهناك تقسيم آخر للخدمات الصحية يتضمن<sup>1</sup>:

- الخدمات الطبية؛
- الخدمات شبه الطبية؛
- الخدمات الصيدلانية؛
- الخدمات الجراحية؛
- الخدمات الوقائية (الأولية والثانوية)؛
- الخدمات المتعلقة بالبيئة (التغذية، الماء ونوع الحياة).

#### ثانياً: معايير أداء الخدمات الصحية

يتطلب أداء الخدمات الصحية الأخذ بعين الاعتبار عدة معايير تتصل بالتكلفة، الكفاءة، الفعالية، العدالة، والأمان الصحي، وهذه المعايير هي التي تحدد إلى أي مستوى سيتم إنتاج الخدمات الصحية، كما تحدد في نفس الوقت من سيستفيد من تلك الخدمات وبأي مستوى ، وسنستعرض تلك المعايير على النحو التالي<sup>2</sup>:

#### 1- معيار التكلفة: في جميع الأحوال يرغب مستهلكي الخدمات الصحية أن تكون تلك الخدمات

رخيصة أو أن تكون الأسعار منخفضة. وفي أسواق الخدمات الصحية يفترض أنه ليس هناك شيء مجاني تماماً، ويجب أن يكون هناك شخصاً ما يدفع المقابل بصورة مباشرة أو غير مباشرة، وهنا اهتمام متزايد من المديرين والأطباء والسياسيين والعملاء بتكلفة الخدمات... إلخ،

<sup>1</sup>Mahyaoui, Youssef, Etude juridico économique de la contractualisation dans le système de soins, Doctorat le système de soins hospitalier, université Paris, 2003, p: 32.

<sup>2</sup> الدمرداش، المرجع المذكور سابقاً، ص: 39.

وبالرغم من تزايد الاهتمام باعتبارات التكاليف فإن هناك حدود دنيا أساسية يجب ألا تتخفض مستويات الخدمات الصحية دونها مهما كانت مستويات التكاليف اللازمة لتقديمها.

**2- معيار الفعالية:** يقصد بفعالية الخدمات الصحية أن يحقق كل إجراء صحي مكاسب صحية ملموسة أو انخفاضاً في المعانات، وعندما يكون هناك إجراء فعال فنحن نريد تقديمه (ولا نريد أن ننتظر تقديمه). وتوضح الحركة الطبية المستندة على أدلة أن هذا المطلب بدأ يؤثر على منتجي الخدمات الصحية.

**3- معيار الكفاءة:** عند تقديم الخدمات الصحية يجب أن تتحقق لتلك الخدمات الكفاءة الاقتصادية والفنية. فإذا استطعنا تحقيق نفس النتيجة بإجراءات مختلفة، فإننا نود استخدام أرخص هذه الإجراءات ...، وكذلك فإنه إذا استطعنا تقديم خدمة على نفس المستوى من الكفاءة بطرق مختلفة فإننا نود اختيار الطريقة الأرخص، ويلاحظ أن الكفاءة مفهوم أعم من التكلفة من حيث أن قياس الكفاءة يتطلب مقياساً دقيقاً للمنافع التي يقدمها العلاج.

**4- معيار العدالة:** هناك كثيرون يرغبون أن تكون الخدمات التي تدفع مقابلها أموال أو تقدمها موزعة بالعدل، أي أنهم يحبون أن يتلقى المرضى ذوو الحاجات المتماثلة خدمات متماثلة، وأن تتساوى المعاملة مع المواطنين ذوي الخلفيات العرقية المختلفة، وأن تتساوى الفرص بغض النظر عن محل الإقامة ...، ومع ذلك فإن أحد المبادئ الأساسية للخدمات الصحية العامة و غيرها من نظم الخدمات الصحية يتمثل في أنه يجب تقديم العلاج على أساس الحاجة إليه، وليس على أساس توافر الأموال، وأن العدالة يجب أن تكون أحد أهداف الخدمة، وهذا النوع من القضايا يكون هاماً في الخدمات الصحية.

**5- معيار الأمان الصحي:** يعني أن يشعر المواطن أنه دائماً تحت مظلة من الرعاية الصحية لا نعلم متى سيحتاج إليها، وربما لا يحتاج إليها طوال حياته، فربما تمر به ظروف أزمة

صحية أو مرضية تكون من الشدة والقسوة مما يجعله في حاجة لهذا الغطاء الصحي الكامل...، كما أن الأمان الصحي يعني اطمئنان الفرد إلى أنه سوف يحصل وجميع أفراد أسرته على الرعاية الصحية حتى في حالة فقدانه لعمله، أو تغيير مكانه، أو التقاعد قبل السن القانونية، وكذلك يتحقق الأمان الصحي إذا ما شعر المسنون والمقعدون والمعوقون أن مظلة التغطية الصحية تشملهم...، وأيضا يتحقق الأمان الصحي إذا انتشرت الخدمات الصحية الوقائية لتشمل جميع فئات المجتمع، وخاصة بعض الفئات الحساسة مثل الأطفال والسيدات الحوامل... إلخ.

### المبحث الثاني: الجودة في المؤسسات الصحية وطرق قياسها

كان للتطورات المتلاحقة في الأنظمة الاقتصادية والاجتماعية الأثر الكبير في جعل أغلب الدول الحديثة تسعى في خططها التنموية والاجتماعية والاقتصادية إلى تحقيق أهداف عديدة والاهتمام بالإنسان وتحسين وضعه الحياتي والاجتماعي. ومن بين تلك الأهداف: الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين، وهذا ما دعا إلى القول أن الإنسان وإن كان الهدف من هذه الخطط فهو في الوقت ذاته أدواتها.

كما كان للتقدم العلمي المذهل في شتى المجالات بشكل عام وفي صناعة الخدمات بشكل خاص الأثر الكبير في دفع كثير من المؤسسات الخدمية وأبرزها المؤسسات الصحية للتطلع نحو استخدام أحدث منتجات التكنولوجيا في إنشاء المؤسسات الصحية وإدارتها. وكل ذلك لتحسين جودة الخدمات الصحية لإشباع حاجات المرضى وتطلعاتهم بأقل التكاليف.

وعليه قد أضحي تطبيق نظم الجودة في مجال الخدمة الصحية من الضرورات الملحة في العقدين الأخيرين وخاصة في دول العالم النامي حيث تزداد الحاجة إلى الخدمات الصحية في ظل ارتفاع مستمر في تكلفة هذه الخدمات، وأيضاً في وجود تباين كبير في مردود ونتائج الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية المتماثلة مما يبرز الحاجة إلى إتباع معايير قياسية في الأداء الطبي وإتباع بروتوكولات مبنية على أدلة علمية.

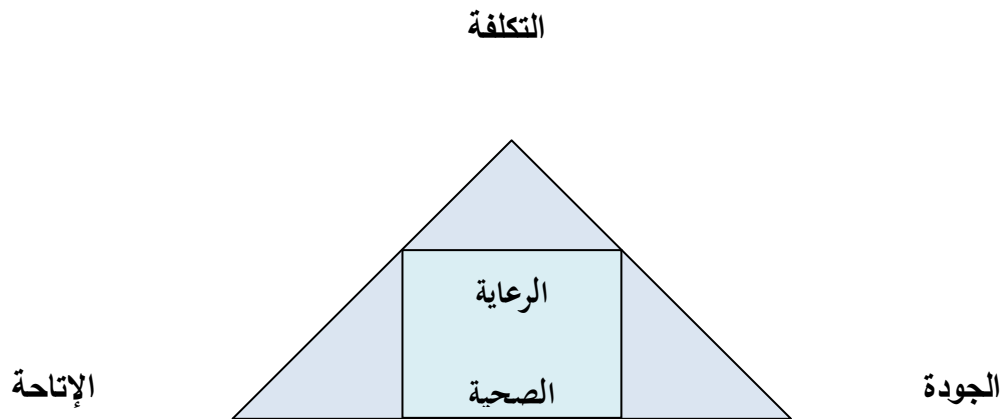
### **المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية وخصائصها**

إن ارتباط الخدمة الصحية بالحياة البشرية يجعل من الاهتمام بجودتها أمراً حتمياً، فالأشكال المختلفة من الممارسات غير الصحيحة قد تؤدي إلى نتائج مرغوبة، كثيراً ما يصعب تداركها. كما تعتبر جودة الخدمات الصحية من العناصر الأساسية الحاكمة في مجال التنافس بين المؤسسات الصحية، حيث يتوقف تفضيل المريض للتعامل مع مؤسسة صحية دون أخرى على ارتفاع مستوى جودة هذه الخدمات. وسنحاول من خلال هذا المطلب التعرف على مفهوم جودة الخدمات الصحية مع الإشارة إلى أهم أهدافها.

#### **أولاً : مفهوم جودة الخدمات الصحية**

إن التحديد الدقيق لمفهوم الجودة في الرعاية الصحية قد يكون صعباً، وذلك بسبب الطبيعة المرنة والمتغيرة والمعقدة للرعاية الصحية والخدمة فيها، وتعدد الاختصاصات الطبية والمهنية، واختلاف وتعقيد الحالات المرضية لدى المستفيدين من الرعاية الصحية. ولكن التركيز عليها كان حثيثاً بالإضافة إلى عوامل أخرى كالإتاحة والتكلفة وشمولية الخدمة واستمراريتها وتوفرها ومدى قبول المستفيدين لها سواء في القطاع الصحي العام أو الخاص.

وقد ركزت الرعاية الصحية في الولايات المتحدة وعلى سبيل المثال وبخطى راسخة على ثلاث مناح أساسية وهي: **الإتاحة، التكلفة وجودة الرعاية الصحية**، وأن كل منحى أخذ اهتماما حثيثا وغالبا على حساب المنحى الآخر. ففي خلال الستينيات وأواخر السبعينيات من القرن الماضي كان التركيز على الإتاحة أي سهولة الحصول على الخدمات، وتحول الاهتمام منذ أواخر السبعينيات من القرن الماضي نحو التكاليف، وأنشأت برامج لخفض التكاليف في برامج إدارة الرعاية وغيرها من البرامج، وتزايدت المخاوف من تدني الجودة في الخدمات الصحية نتيجة لتطبيق برامج خفض التكاليف وتحولت القيمة للرعاية الصحية إلى تحقيق أفضل جودة وبأقل التكاليف وبإتاحة كاملة، والتي لا مناص من تكاملها<sup>1</sup>. ويمكن توضيحها في الشكل رقم (6).



الشكل رقم (10): تحول الاهتمام في الرعاية الصحية

المصدر: مازن عبد العزيز عبد الحميد مسودة، أثر تطوير الموارد البشرية في تحقيق الجودة

الشاملة، أطروحة دكتوراه فلسفة في إدارة الأعمال غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا،

كلية الدراسات العليا، 2004، ص: 54.

<sup>1</sup> مسودة، المرجع المذكور سابقا، ص: 54.

والجدير بالإيماء أنه قبل التطرق لمفهوم جودة الخدمات الصحية، نرى من الضروري التفريق

بين مفهومين وهما<sup>1</sup>:

- **الرعاية الطبية:** وهي التي تتعامل مع المرض عندما يقع.
- **الرعاية الصحية:** كلها مدلول أشمل وما الرعاية الطبية إلا مكون وفرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية التي لا تنتظر حتى يحدث المرض، بل تركز بداية على منع هذا المرض أو منع الإصابة بالمرض بالوقاية منه بوسائل عديدة غير مكلفة.
- ❖ **الجودة في مجال الرعاية الصحية:** في مجال الرعاية الصحية يرى أحد المتخصصين في هذا المجال أن هناك محورين أساسيين تقاس بهما جودة الرعاية الصحية وهما<sup>2</sup>:

- 1- **العنصر التقني:** ويتضمن تطبيق العلم والتقنية الطبية الصحيحة في التشخيص والعلاج؛
  - 2- **العنصر الإنساني:** يتضمن تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كالتعاطف والإحترام وتقديم المعلومات اللازمة له، ويمثل المحور الإنساني الوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق الجودة الفنية والتقنية للرعاية، لذا فهو على نفس الدرجة من الأهمية.
- وفي ضوء العناصر السابقة لجودة الرعاية الصحية فإنه يمكن النظر إليها من ثلاثة جوانب

هي:

<sup>1</sup> Gilles, Langelier, **Vers l'établissement de normes de qualité de services dans les centres d'accueil du Québec**, vol. 11, n° 2, Canada, 1978, p: 76-87.

<sup>2</sup> Claveranne J-P, Vinot D, Fraisse S. et al. **Les perceptions de la qualité chez les professionnels des de santé**, Rapport pour la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, 2003, Paris, p: 59.

1- التعريف المطلق لجودة الرعاية الصحية، ويركز على الجانب التقني والفني للرعاية الصحية

للحصول على أفضل توازن بين المنافع الصحية للمريض دون التعرض لمخاطر.

2- تعريف المريض المستفيد بالخدمة، ويتعلق بمدى تلبية احتياجات وتوقعات المرضى سواء

من الناحية الطبية أو من النواحي الاجتماعية والنفسية والإعاشة.

3- تعريف المجتمع لجودة الرعاية الصحية من حيث توفير العدالة والكفاءة والفعالية في تقديمها

لمختلف فئات المجتمع.

وتعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الخدمات الصحية (JCAH) الجودة

بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج

المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة"<sup>1</sup>.

ولا يختلف مضمون هذا التعريف عن سابقه من حيث عناصره الفنية والاجتماعية والنفسية،

والأكثر من ذلك أنه يحتوى على مواصفات أو معايير، وملاحظة الممارسة ثم المقارنة بين المعايير

والممارسة الفعلية والحث على التحسين أو التطوير المستمر في الإجراءات والتشخيص والعلاج.

وتتناول حنان الأحمدى<sup>2</sup> مفهوم جودة الخدمات الصحية، فتذكر أنه بالرغم من الاهتمام

المتزايد بجودة الخدمات الصحية، وشيوع استخدام مصالح الجودة في الأدبيات المتخصصة وفي الحياة

العامة، فإن من الصعب إيجاد تعريف لهذا المفهوم يتفق عليه الجميع ويرجع ذلك في الأساس

إلى أن مفهوم الجودة يخضع لتقدير الأفراد ويختلف باختلاف اهتماماتهم وأولوياتهم وأهدافهم، ويؤكد

<sup>1</sup> مخيمر، والطعامنة، المرجع المذكور سابقاً، ص: 187.

<sup>2</sup> حنان عبد الرحيم الأحمدى، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، المجلد الأربعون، العدد الثالث، الرياض، مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها معهد الإدارة العامة، أكتوبر 2000، ص: 411.

ذلك دونابيديان "Donabedian" حيث يرى أن مفهوم الجودة يختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، فالجودة لدى المريض تعني تمكنه من الحصول على الرعاية متى احتاج إليها، بينما هي للطبيب تعني مدى تحقق النتائج المرغوبة، والالتزام بأسس ومعايير الممارسة المهنية، واستخدام العلم والتقنية المتاحة، أما بالنسبة للمؤسسة الصحية فالجودة تعني تحقيق رضا المستفيدين وبأقل تكلفة ممكنة<sup>1</sup>.

كما تعرف جودة الخدمات الصحية من خلال مدى تحقيقها لاحتياجات المريض، ومن هذا المنظور تعرفها الجمعية الأمريكية للطب الباطني على أنها: "درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع احتياجات المريض، على أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال، منخفضة التكاليف، وموثقة جيداً"<sup>2</sup>.

ويعرفها المعهد الطبي الأمريكي على أنها: "المستوى الذي تصل إليه المؤسسات الصحية فيما يتعلق باحتمال ارتفاع الحصول على النتائج المرغوبة من قبل الأفراد والمجتمع، والنتائج المحاسبية والمالية"<sup>3</sup>.

وفي تعريف ذو منظور اجتماعي يمكن القول على أنها "تعبير عن مسؤولية المؤسسة الصحية كمنتج للخدمة اتجاه حقوق المرضى"<sup>4</sup>. ويشير هذا التعريف في مضمونه إلى المسؤولية

---

<sup>1</sup>Donabedian A, Evaluating the quality of medical care, Milbank Memorial Fund Quarterly, vol.44, n°3,1996, P: 166-203.

<sup>2</sup> الأحمدى، المرجع المذكور سابقاً، ص: 412.

<sup>3</sup> طلال بن عايد الأحمدى، إدارة الرعاية الصحية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2004، ص: 126.

<sup>4</sup> البكري، المرجع المذكور سابقاً، ص: 168.

الاجتماعية التي تضطلع بها المؤسسة الصحية والتي أيا كان شكلها ومهامها وكمنتج للخدمة الصحية المقدمة للمجتمع وبما يفي بتحقيق التزاماتها تجاه المرضى ورعايتهم والحفاظ على سلامتهم الصحية.

ويمكن إبراز أن الجودة تختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي كما يلي<sup>1</sup>:

1) **الجودة من المنظور المهني الطبي:** هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها، والخدمة الصحية المقدمة، والالتزام للعاملين في المهن الصحية بتدني المستوى أو الجودة ينطلق من عدم الكفاءة، عدم القدرة على التعامل المثالي مع بعضهم البعض ومع المريض والإداري، وكذا الالتزام بالمعايير والأخلاقيات التي تحكم المهن الصحية، بالإضافة إلى ضعف التأهيل والخبرة.

2) **الجودة من منظور المستفيد أو المريض:** قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وهنا لا يكفي النظام المقدم أن يركز على فص التنظيمات وسن التشريعات التي تبنى على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات إلى احتياج ورغبة وطموح وآمال المستفيد النهائي من كل ذلك. وفي الخدمة الصحية يجب أن تكون الخطوة الأولى في العلاج معرفة شكاوى واحتياج المريض، ويجب أن يكون الهدف النهائي هو معالجة أو التغلب على هذه الشكاوى، والتفاصيل ما بين ذلك تعتبر مفيدة للمريض ولكنها ليست الهدف من مراجعته لطلب العلاج. وأفضل طريقة لمعرفة تحقق الجودة في هذا الجانب تكمن في قياس مدى رضا الزبائن وهم في الجانب الصحي المرضى، وبطرق مقننة يمكن الاستدلال منها على مدى جودة الخدمة. وفي هذا المعنى عرفت جودة الخدمات

<sup>1</sup> محمد عبد الله الخازم، نظرة عامة في معنى جودة الخدمة الصحية، متاح على العنوان الإلكتروني:

<http://www.alryadh.com/2001/11/08/article30576.html>.

الصحية بأنها: "تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياساً بما هو متوقع"<sup>1</sup>.

(3) **الجودة الصحية من الناحية الإدارية:** تُعنى بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة. وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة، وبقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء ويتطلب ذلك كفاءة على المستوى الفني وكفاءة على المستوى التخطيطي وعلى المستوى التنفيذي، وكذا كفاءة على المستوى الفني والشخصي، ويتطلب تنظيم إداريا داخليا جيدا وكذا تنظيم إداريا واضحا في التعامل مع الأطراف ذات العلاقة خارج النظام.

مما سبق، يمكن تعريف جودة الخدمات الصحية بأنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة، بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية: الأولى تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية وهي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث الطرق العلمية والمهنية، والثانية تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض ويمكن التحقق منها عن طريق قياس رضا المريض، والثالثة تتركز على تحقيق الجودة من وجهة نظر الإداريين وهي تعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

<sup>1</sup> البكري، المرجع المذكور سابقا، ص: 200.

## ثانيا: أهداف جودة الخدمات الصحية

إن الجودة هي أسلوب تتبعه المؤسسة الصحية للتحقق من حسن إتقان العمل المؤدي من مختلف جوانبه، واتخاذ ما يلزم من تدابير وإجراءات من أجل النهوض به على نحو مستمر، وذلك في إطار تحقيق الأهداف الآتية<sup>1</sup>:

- ✓ ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين؛
- ✓ تقديم خدمة صحية ذات جودة متميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض)، وزيادة ولائه للمؤسسة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المؤسسة الصحية؛
- ✓ تمكين المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية؛
- ✓ ملائمة العلاج والرعاية لمختلف الحالات المرضية؛
- ✓ تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى على النحو الذي يضمن لهم كرامتهم الفردية، والعمل على إشراكهم في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين<sup>2</sup>؛
- ✓ تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة؛
- ✓ زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ورافق هذه الزيادة زيادة من نوع آخر في الاهتمام بتلبية حاجات وتوقعات الزبائن<sup>3</sup>؛
- ✓ ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة.

<sup>1</sup> آلاء حسيب الجليلي، أكرم أحمد الطويل، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، ص: 07.

<sup>2</sup> الأحمدى، المرجع المذكور سابقا، ص: 128.

<sup>3</sup> A.Jacquerye , la qualité des soins infirmiers, Implantation, Evaluation Accréditation, Editions Maloine, 1999, p: 247.

## المطلب الثاني: مستويات الجودة في الخدمات الصحية

من أجل تحقيق الأهداف السابقة الذكر، يجب التمييز بين أربعة مستويات مختلفة للجودة تتجسد في الآتي<sup>1</sup>:

أ- **الجودة المتوقعة (La qualité prévue)**: هو مستوى الجودة الذي تتمنى المؤسسة الصحية بلوغه أو هو مستوى الخدمات الذي تريد تقديمه لزيائنها عبر وسائلها المتاحة، مع الأخذ بعين الاعتبار الضغوطات الداخلية والخارجية المفروضة عليها؛

ب- **الجودة المقدمة (La qualité fournie)**: تعبر عن مستوى الجودة المحقق فعلا من طرف المؤسسة، في ظل الشروط الطبيعية للعمل؛

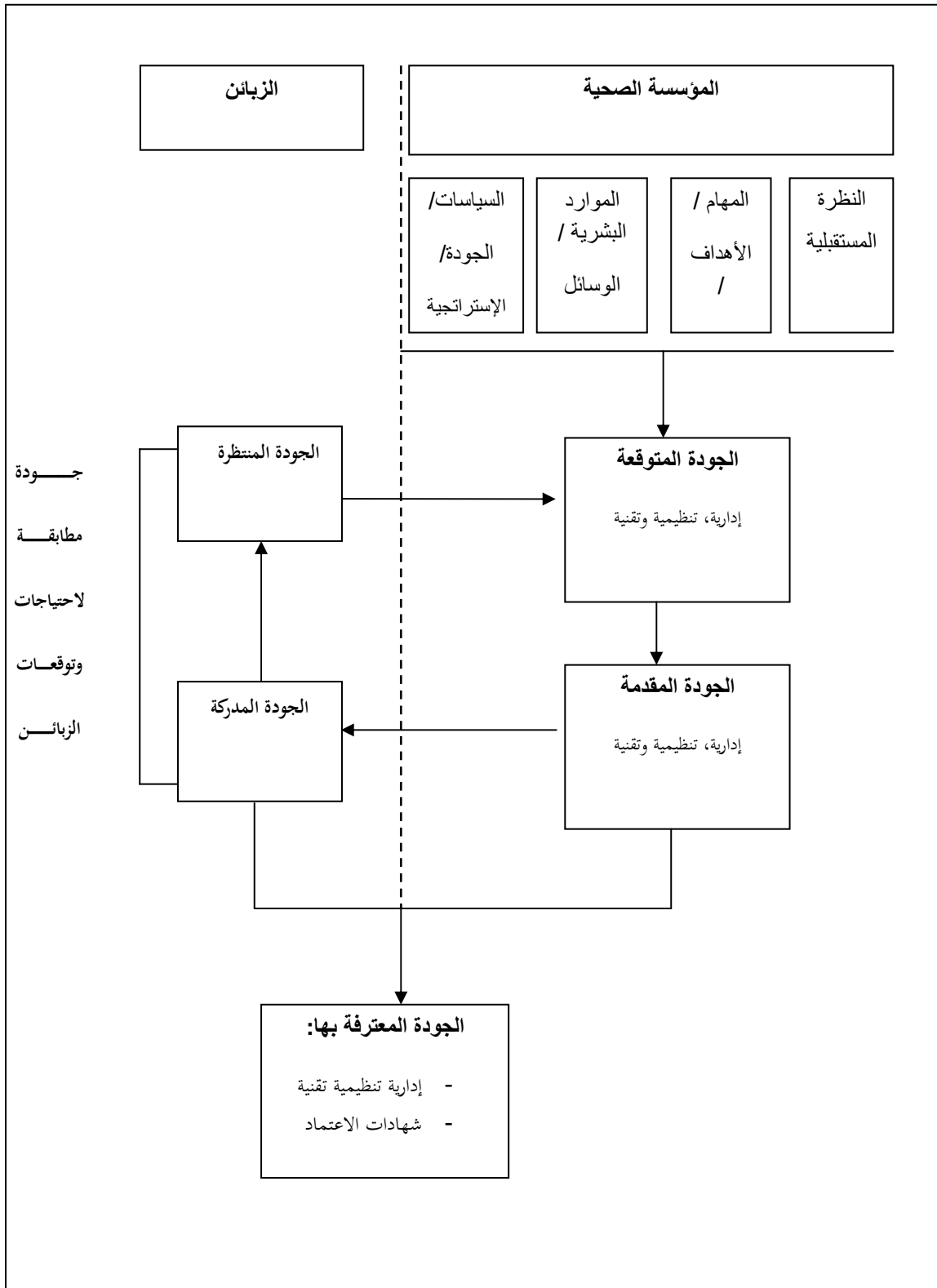
ج- **الجودة المدركة (La qualité perçue)**: وهو مستوى الجودة المحسوس من قبل الزبون انطلاقا من رغباته الخاصة، وهو تعبير عن درجة رضاه، وتعتبر أكثر أهمية من الجودة المقدمة في مجال رضا الزبون؛

د- **الجودة المنتظرة (La qualité attendue)**: تتعلق بمستوى الجودة المرغوبة من قبل الزبون، من خلال مفهومه الخاص (النظافة، الاستقبال، توفر المعدات والأدوية... إلخ)، ويتم الحصول عليها من خلال تحديد الشروط اللازمة لتحقيقها اعتمادا على معايير المريض واهتماماته.

والشكل الموالي يوضح العلاقة بين مستويات الجودة السابقة الذكر كما يلي:

---

<sup>1</sup> Vilcot, Claude, Lecllet, Hervet, Op cit, P: 19.



الشكل رقم (11): تطبيق مستويات الجودة على المؤسسة الصحية

Source : Vilcot, Claude, Lecllet, Hervet, Op.Cit, P: 14.

انطلاقاً من الشكل، نلاحظ أن كلا من الجودة المتوقعة والجودة المقدمة يتعلقان بالمؤسسة الصحية ويعكسان مستوى أدائها، أما الجودة المنتظرة والجودة المدركة فيعكسان وجهة نظر الزبائن، احتياجاتهم، ومستوى رضاهم عن الجودة.

### المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمات الصحية

إن الهدف النهائي للخدمات الصحية هو ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض، وبما أن رضا المريض يعتبر عنصراً مهماً من عناصر الصحة النفسية فإن تحقيق أعلى معدلات الرضا يكون أحد الأبعاد الأساسية لجودة الخدمة الصحية، ورغم ذلك فإن هذا ليس هو العنصر الوحيد في جودة الخدمات الصحية حيث إن هناك أبعاداً أخرى يجب أخذها في الحسبان عند قياس فعالية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية، ومن ثم يمكن القول بصفة عامة بأن جودة الخدمات الصحية تشتمل الأبعاد الرئيسية الآتية:

➤ **التمكن الفني (الملموسية):** ويعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي لمقدم الخدمة

الصحية ومساعدتهم بالدقة المتناهية والمرغوبة وبصفة مستمرة بما يشبع رغبات المرضى والمصابين والمراجعين<sup>1</sup>.

➤ **الأمان (الضمان):** وتستخدم كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة

المقدمة<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> فاروق عبد الله المحمود، نظم المعلومات الصحية وأثرها على ضمان جودة الرعاية الطبية في الأردن، أطروحة مقدمة إلى المعهد القومي للإدارة العليا، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية للحصول على درجة "الزمالة" في إدارة المستشفيات والخدمات الصحية، مصر، 1999، ص: 194.

<sup>2</sup> هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، عمان، دار وائل للنشر، 2002، ص: 365.

➤ **الملائمة:** وتعنى توافق الخدمة للغرض المنشود، من حيث أسلوب وإجراءات ومكان تقديمها

ومدى توافقها مع احتياجات المريض وحالته الصحية وقدراته الجسدية والذهنية<sup>1</sup>.

➤ **مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة):** ويتحدد ذلك بمدى قدرة مقدم الخدمة

على الإجابة على الأسئلة الآتية<sup>2</sup>:

- هل الخدمة تتوفر في الوقت الذي يريده الزبون؟
- هل الخدمة متوفرة في المكان الذي يرغبه الزبون؟
- كم من الوقت يحتاج الزبون لانتظار الحصول على الخدمة؟
- هل من السهولة الوصول إلى مكان تلقي الخدمة؟

➤ **الاعتمادية:** وهي تعبر عن درجة ثقة المستهلك في المؤسسة الصحية ومدى اعتماده عليها

في الحصول على الخدمات الصحية التي يتوقعها، ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة

الصحية على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة للمرضى، وبدرجة عالية

من الدقة والكفاءة، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات. وتتخلص

هذه المجموعة في العناصر الخمسة الآتية<sup>3</sup>:

- ✓ الوفاء في تقديم الخدمة في الموعد المحدد؛
- ✓ الحرص المخلص على حل مشكلات المستهلك (المريض)؛

<sup>1</sup>Franco, Lynne Miller et autres, Pérenniser la Qualité des Soins de Santé: L'Institutionnalisation de l'Assurance de Qualité, [www.directedcreativity.com/pages/ComplexityWP.htm](http://www.directedcreativity.com/pages/ComplexityWP.htm).

<sup>2</sup> علي سكر عبود وآخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، المجلد 11، العدد الثالث، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، بغداد، 2009، ص: 58.

<sup>3</sup> مريزق عدنان، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص: 123.

✓ أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص؛

✓ تكامل الخدمة وتوافر التخصصات؛

✓ الثقة في الأطباء والفنيين وكفاءتهم وشهرتهم.

ويمكننا أن نعتبر أن جودة الخدمات الصحية تعتمد على ثلاثة عوامل يمكن من خلالها التصرف بطريقة متكاملة<sup>1</sup>:

1. توفر هياكل العلاج: المستشفيات، العيادات، المصحات العامة والمتخصصة، وتوزيع هذه

الهياكل يكون محدد من خلال المخططات الإقليمية للنظام الصحية؛

2. قواعد تنظيم النظام العلاجي: تكون تبعا للأهداف المحددة انطلاقا من الاحتياجات الصحية،

وتحتوي خاصة على معايير الحصول على العلاج، والتكفل بالمرضى؛

3. الكفاءة المهنية للأطباء والمهنيين: والتي تقوم على التعليم الجامعي الأولي الذي تخرجه شهادة

وطنية، أو تأهيل من قبل المجلس الوطني لنقابة الأطباء، إضافة إلى التكوين المستمر

والتكوين على المهن مثل: مهندس الجودة، المسؤول على ضمان الجودة... إلخ.

### المطلب الرابع: قياس الجودة في الخدمات الصحية

لقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية واستخدام الأدوات الإحصائية في التحسين المستمر

لها ضرورة ملحة ولا سبيل لتجاهلها، ولكن عند اختيار القياسات المناسبة يجب أن يؤخذ بعين

<sup>1</sup> Jacques, Bouget, Charles, Honnorat, Démarche qualité en médecine, Module "Apprentissage de l'exercice médicale", France, Faculté de Médecine de Rennes, Mars 2004, P: 22.

الاعتبار الغرض من القياس وأنواع القياسات وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها. وفيما يلي استعراض لمداخل قياس جودة الخدمات الصحية:

### المدخل الأول: قياس جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى

تتعلق جودة الخدمات الصحية بمدى مطابقة جودة هذه الخدمات لاحتياجات وتوقعات المرضى، ومن الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات الصحية في إطار هذا المدخل ما يلي:

#### 1. مقياس عدد الشكاوي: يمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة

مقياسا هاما يعبر على أن الخدمات الصحية المقدمة دون المستوى أو أن ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع توقعاتهم لها، وهذا المقياس يمكن المؤسسات الصحية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل، وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات للمرضى<sup>1</sup>.

#### 2. مقياس رضا الزبائن: وهو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة

الخدمات الصحية المقدمة لهم خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات<sup>2</sup>. ويتم ذلك عن طريق وضع استبيان يكشف للمؤسسة طبيعة شعور المرضى نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها، بشكل يمكن هذه المؤسسات من تبني إستراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات المرضى، وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدم لهم من خدمات.

<sup>1</sup> قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، عمان، دار الشروق للنشر والتوزيع، 2006، ص: 97.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص: 98.

إلا أن بعض المؤسسات الصحية ترفض أخذ هذا المقياس بعين الاعتبار عند تحديد جودة خدماتها للأسباب الآتية<sup>1</sup>:

- غياب المعرفة والثقافة الطبية لدى المريض؛
- تأثر المرضى بالعديد من العوامل غير الطبية؛
- خوف المرضى من الإدلاء بمعلومات حقيقية قد تؤثر على علاقتهم بالأطباء؛
- عدم قدرة المرضى على قياس عناصر الكفاءة في منظومة توصيل الخدمات الصحية.

**3. مقياس القيمة:** تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المؤسسة لزيائنها تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب الزبون (المريض) والتكلفة للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحقق القيمة، فكلما زادت القيمة المقدمة للزيائن (المرضى) زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات، والعكس صحيح. وهذا الأسلوب يدفع المؤسسات إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للزيائن (المرضى) بأقل تكلفة ممكنة<sup>2</sup>.

**4. مقياس الفجوة (Servqual):\*** حضي هذا الأسلوب بدرجة كبيرة من القبول في قياس جودة الخدمات الصحية، حيث ينسب إلى باراسرمان وآخرون "Parasuraman et al" سنة 1988، ويستند على توقعات المرضى لمستوى الخدمة المقدمة لهم وإدراكاتهم لمستوى الأداء

<sup>1</sup> فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الطبعة الأولى، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2007، ص: 477.

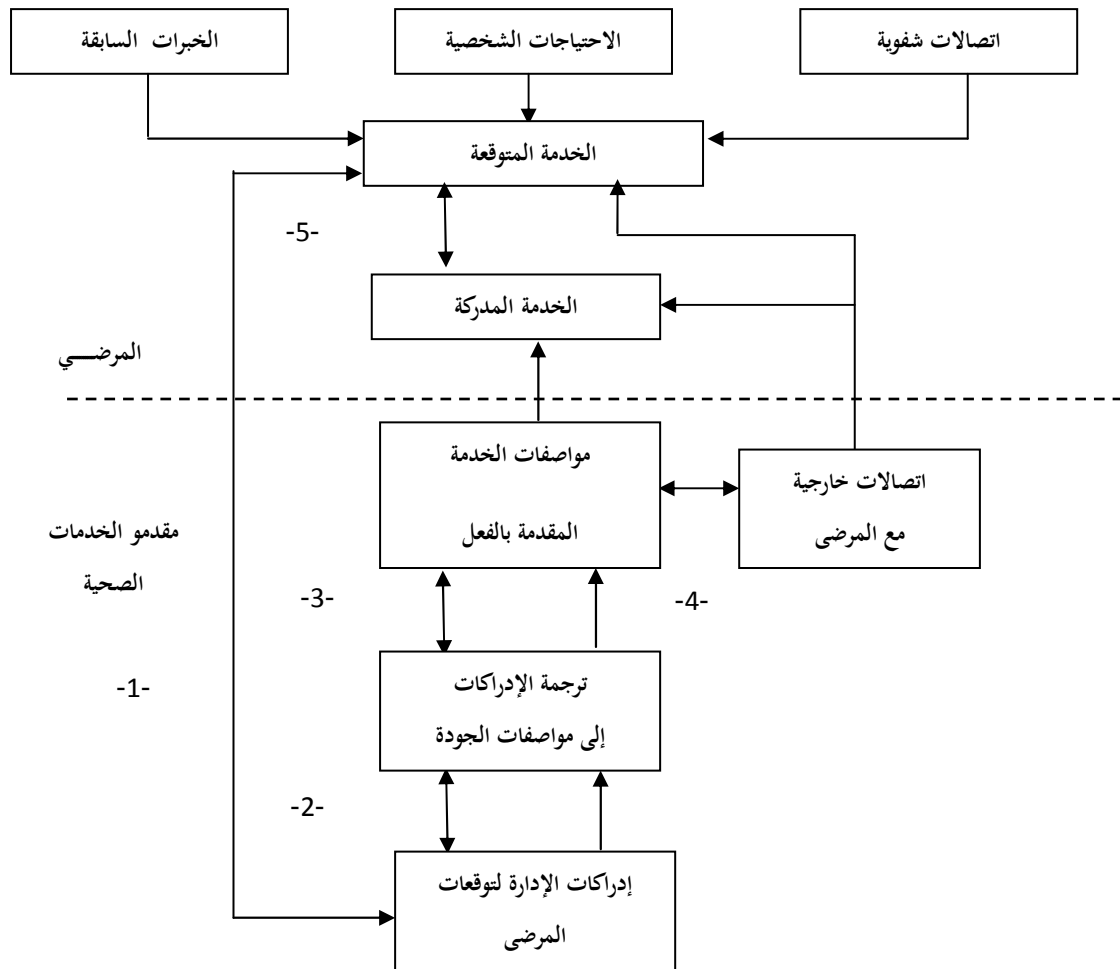
<sup>2</sup> المحياوي، المرجع المذكور سابقاً، ص: 105.

\* يقصد بكلمة (Servqual) جودة الخدمة، وهي ناتجة عن دمج كلمة (Service) التي تعني خدمة وكلمة (Quality) التي تعني الجودة.

الفعلي، ومن ثم تحديد الفجوة (أو التطابق) بين هذه التوقعات والإدراكات، وذلك من خلال قياس خمس فجوات هامة تتعلق بكل من: مؤسسة الخدمة الصحية، المريض أو الإثنيتين معاً. ويمكن صياغة ذلك في المعادلة الآتية:

$$\text{"جودة الخدمة = التوقعات - الأداء الفعلي"}$$

والشكل رقم (12) يوضح ذلك:



الشكل رقم (12): نموذج الفجوات لقياس جودة الخدمة الصحية

المصدر: فتحة أبوبكر إدريس، قاسم نايف علوان المحيوي، قياس جودة أداء الخدمات الصحية وتأثيرها على رضا المرضى، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، 26-27 أبريل، 2006، ص: 05.

من خلال الشكل، نلاحظ أن الفجوات تتلخص في الآتي<sup>1</sup>:

#### الفجوة الأولى: الفجوة بين توقع المريض وإدراك الإدارة

تحصل عندما لا تدرك الإدارة بصورة صحيحة ما يرغبه المريض، إذ ربما تفكر الإدارة بأن المرضى يرغبون في الحصول على طعام أفضل، ولكن قد يكون الأمر بشكل آخر، إذ أن المرضى يرغبون الحصول على عناية أفضل من الممرضين.

#### الفجوة الثانية: الفجوة بين إدراك الإدارة ونوعية الخدمة المعيارية

ربما تدرك الإدارة وبصورة صحيحة رغبات المريض، ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة، كما هو الحال في قيام الإدارة بإخبار الممرضين بضرورة اتخاذ الإجراء السريع في تقديم الخدمة للمرضى، إلا أنها لا تضع مقاييس لذلك الإجراء.

#### الفجوة الثالثة: الفجوة بين نوعية الخدمة المعيارية وتقديم الخدمة

قد يكون الأفراد القائمين على خدمة المريض غير مدربين بصورة صحيحة، أو غير قادرين أو راغبين في الأداء بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة. كما هو مثلاً في ضرورة الإصغاء للمريض بشكل كاف ومن ثم إنجاز الخدمة بسرعة.

#### الفجوة الرابعة: الفجوة بين الخدمة المدركة والاتصالات الخارجية

تتمثل في التباين ما بين الخدمة الصحية المدركة من قبل المريض، وما تم الاتفاق عليه مسبقاً وعبر الاتصالات التي تمت بين الإدارة والمرضى، كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض

<sup>1</sup> البكري، المرجع المذكور سابقاً، ص: 218.

وإدارة المؤسسة الصحية في الحصول على غرفة نظيفة وأنيفة وأسرة مريحة...إلخ، وهذا في ضوء الاتصال الحاصل بين الطرفين، ولكن عند وصوله للمؤسسة يجد عكس ذلك.

### الفجوة الخامسة: الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة

وتنتج عن الاختلاف بين ما أدركه المرضى من مستويات أداء الخدمة وتوقعاته المسبقة لهذه المستويات، وهي نتاج واحدة أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة.

### المدخل الثاني: قياس الجودة المهنية

تتناول مقاييس الجودة المهنية قدرة المؤسسات الصحية على الوفاء بخدماتها الشخصية، التمريضية، الطبية والإدارية من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة. وفي هذا الإطار يمكن التمييز بين أنواع المقاييس الآتية<sup>1</sup>:

#### 1) المقاييس الهيكلية (قياسات البنية): إن مقاييس الهيكل للرعاية الصحية مرتبطة بالأفراد

والتسهيلات المستخدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطريقة التي تنظم بها، ولذلك فإن أبعاد

المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، الأفراد والتسهيلات المتاحة في المؤسسة الصحية؛

#### 2) مقاييس الإجراءات: تسمى كذلك مقاييس العمليات، ويدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات

العمل لتقديم أو توصيل الخدمة الصحية، وهي التي تتسبب في الوصول إلى النتائج

(المخرجات).

#### 3) مقاييس النواتج: يعكس هذا المدخل التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنواتج للرعاية

الصحية، ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي:

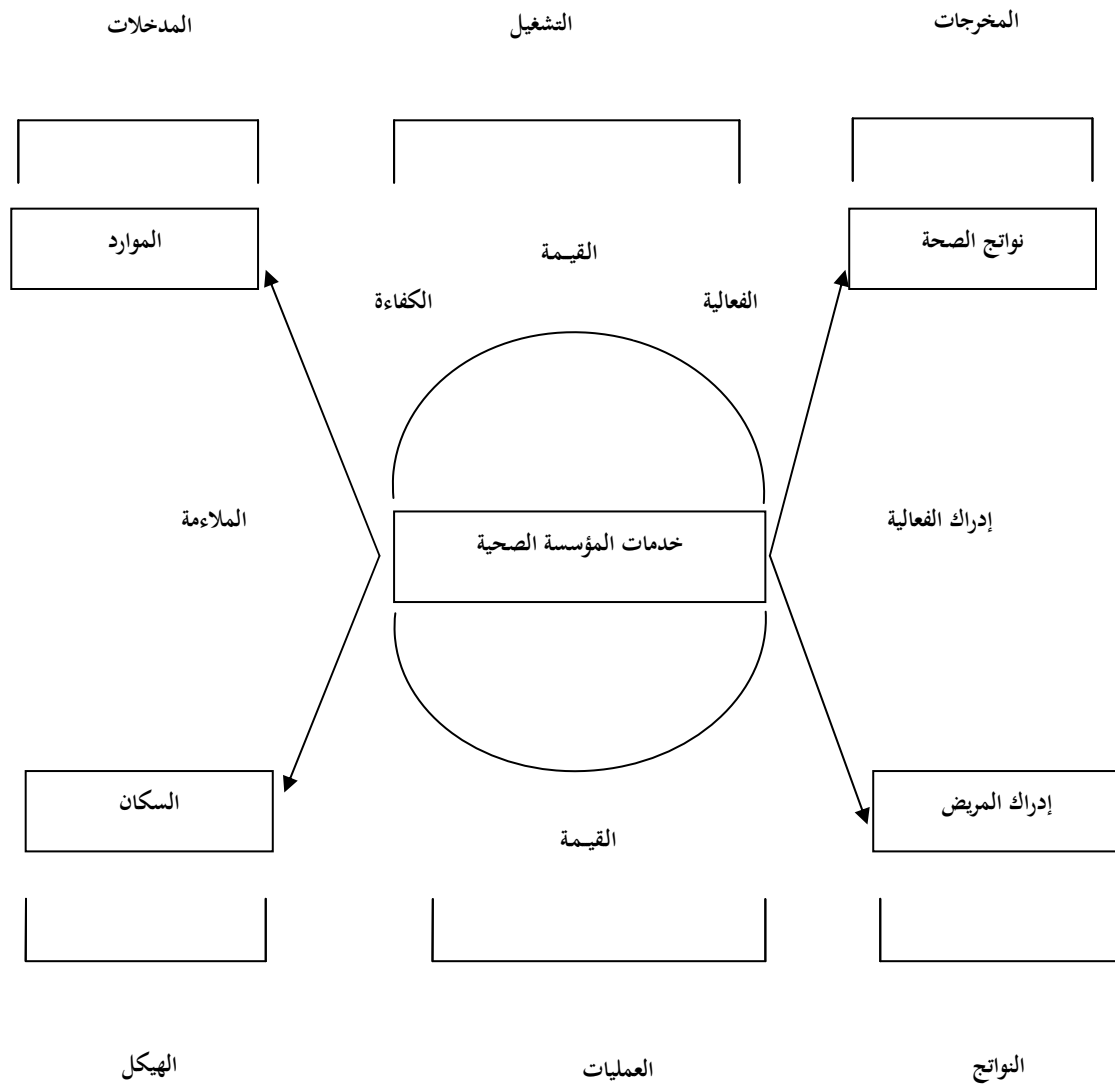
<sup>1</sup> فوزي شعبان مذكور، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد الثالث، القاهرة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، 1997، ص: 233-234.

✓ **الحالة الصحية العامة:** والتي يعبر عنها بمجموعة من المقاييس مثل: معدلات الوفيات أو أحد الأمراض.

✓ **مؤشرات النواتج لأمراض بالتحديد:** وذلك بما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة، أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة.

ولا بد أن نوضح هنا أن الاهتمام بقياس النتائج دون مناظرة الإجراءات لا يساعد على التحسين المستمر للجودة، ولذا يجب اختيار مجموعة من القياسات التي تغطي الأنواع الثلاثة السابقة، وذلك حسب الهدف من القياسات، فقياس النتائج يستخدم غالبا بغرض تقييم الأداء، بينما قياس العمليات والهيكل يستخدم بغرض تحسين وضبط العمليات.

ويصور الشكل الآتي الأنواع الثلاثة لقياس الجودة المهنية:



الشكل رقم (13): مقاييس الجودة المهنية

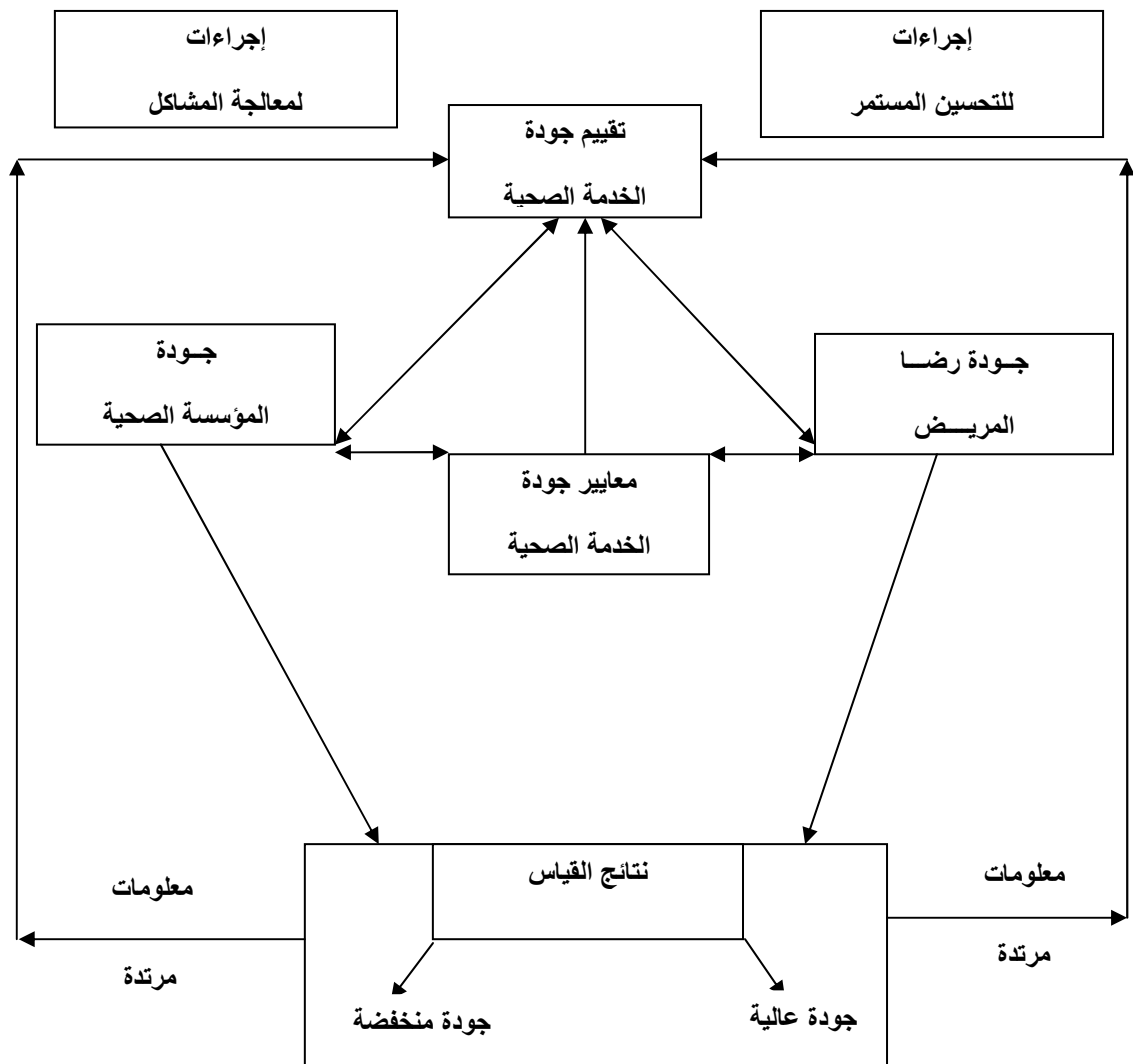
المصدر: مذكور، المرجع المذكور سابقا، ص: 236.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه لا بد من توفر نظام لإدارة المعلومات بالمؤسسات الصحية لجمع

وتحليل وتوزيع المعلومات للأطراف المناسبة في الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة.

### المدخل الثالث: قياس الجودة من المنظور الشامل

رغم ما أسهمت به كل من المداخل السابقة من تقدم في قياس الجودة وتقويمها، إلا أنها جميعا يغلب عليها الطابع الجزئي، وقد أدت هذه المداخل والمقاييس الجزئية إلى إبراز ضرورة المعالجة الشاملة في قياس جودة الخدمة الصحية وتقويمها. والشكل الموالي يوضح نموذجا شاملا لقياس جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المريض، ونظر مقدمي الخدمة الصحية (المؤسسة الصحية):



الشكل رقم (14): نموذج لتقييم جودة الخدمة الصحية

المصدر: المحياوي، المرجع المذكور سابقا، ص: 108.

من الشكل يتضح لنا حسب هذا المدخل، أن التركيز على الجودة ورقابتها يجب أن يوجه ليس فقط في ملامح محددة للمخرجات والعمليات أو الهيكل، ولكنه يشمل المؤسسة الصحية ككل.

ولا يزال الجدل مستمراً حول مدى فاعلية كل مدخل من هذه المداخل في قياس جودة الخدمات الصحية، وهو ما يستوجب ضرورة القيام بمزيد من الدراسات التطبيقية للإسهام في حسم هذا الجدل. ورغم ذلك فالمداخل السابقة الذكر توفر للمؤسسة الصحية تغذية عكسية من المعلومات عن مستوى الإشباع الذي حققته الخدمة المقدمة وتوقعات الزبائن، وتكشف جوانب النقص التي يجب تجاوزها عن طريق إدخال التحسينات الضرورية لزيادة درجة رضا الزبائن.

### المبحث الثالث: إدارة الجودة الشاملة الصحية كمدخل للتغيير

لقد ظهرت فكرة إدارة الجودة الشاملة كعنوان شامل في اليابان في القرن العشرين ثم انتقلت إلى أمريكا وباقي دول العالم. وتعد إدارة الجودة الشاملة منهاجاً من مناهج التغيير التي تستخدمها المؤسسات الصحية، حيث تشتمل على وصف للعمليات الوقائية التي تساعد على تحسين الجودة بشكل مستمر. وتشكل إدارة الجودة الشاملة مجموعة من العمليات الإستراتيجية التي تساعد على التحسين المستمر للخدمة، ومن بين الأهداف المهمة لفكرة إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مفهوم الشمولية، والتي تعني من منظور صحي التوسع في مستوى نوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية الصحية، إضافة إلى كافة الجوانب الخاصة بخدمات المؤسسات الصحية والإدارية، وتعتمد عملية البحث عن الجودة ليس فقط من أجل رفع مستوى الأداء في الرعاية الصحية وكسب رضا المريض، بل تشمل وضع توازن بين المجالات المختلفة والمتعددة في المؤسسة الصحية.

## المطلب الأول: مدخل إلى إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

إن النجاح في تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في مختلف المؤسسات الصناعية، سمح بأن يأخذ هذا المفهوم طريقه بقوة إلى باقي مؤسسات القطاعات الأخرى ومنها المؤسسات الصحية، وسنتعرض من خلال هذا المطلب إلى مفهوم، أهمية ومبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

### أولاً: مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

إن مفاهيم إدارة الجودة الشاملة هي امتداد للتراكم المعرفي الذي تم خلال الستين عاماً الماضية وقد نال مفهوم إدارة الجودة الشاملة، تقدير الكثير من المؤسسات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية وخارجها، حيث إن العديد من المؤسسات الصحية في اليابان وأمريكا الشمالية قد حققت نجاحاً ملحوظاً من خلال تطبيقها لإدارة الجودة الشاملة.

ويقوم مفهوم إدارة الجودة الشاملة على فلسفة المفهوم الشامل والتكاملي، ويهدف إلى الارتقاء بمستوى أداء الخدمات الطبية والمساندة، وكذلك الارتقاء بمستوى الأداء الإداري للمؤسسات الصحية، وتُعرف الجودة الشاملة على أنها: "إطار تلتزم من خلاله المؤسسات الصحية وكل مستوياتها والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المؤسسات لتحسينها بشكل مستمر للجودة"<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> الأحمدى، المرجع المذكور سابقاً، ص: 413.

ويعرفها كوش "Koch" بأنها: "تعمل على تمكين المؤسسة الصحية ودوائرها فيها لتحسين قدراتها لموائمة أو استباق متطلبات وحاجات المرضى من خلال مدخل منظم للرقابة والمراجعة، وتعزيز جودة الرعاية الصحية والخدمة المقدمة والتي يتبناها صانعو الخدمة الصحية"<sup>1</sup>.

كما تعرف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بأنها: "الإستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغيرات في الخصائص والصفات التي تمكن الأفراد جميعهم (المهنيون وهم الأطباء وكوادر التمريض والفنيون والمرضى على حد سواء) من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة، بالشكل الذي يحقق وفرة في التكاليف، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والزبائن الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية"<sup>2</sup>.

وحسب وايكفيلد "Wakefield" و هيلمز "Helms" فإن المؤسسات الصحية من خلال تبنيها لمفهوم إدارة الجودة الشاملة تهدف إلى التقييم المنتظم لمدى كفاءة الأنظمة والعمليات نحو تحقيق توقعات الزبائن، وتحديد وتحليل المسببات الحقيقية لانحراف الأداء وتصميم وتنفيذ برامج التصحيح التي يرجى أن تمنع حدوث الانحراف مستقبلاً، وكذا تعد وسيلة للتقويم المستمر لكفاءة برامج التصحيح<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> مسودة، المرجع المذكور سابقاً، ص: 112.

<sup>2</sup> عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2008، ص: 300-301.

<sup>3</sup> بدران بن عبد الرحمن العمر، الإدارة العامة، العدد الثاني، الرياض، المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، 2002، ص: 313.

## ثانياً: أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

إن من أهم الأسباب الداعية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، هو قدرتها على تجنب المؤسسات الصحية التكلفة المترتبة على تقديم الخدمات الصحية بجودة متدنية، وأيضاً دورها في تحسين الأداء المالي وتخفيض نفقات الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء وتحسين العمليات، إضافة إلى تعظيم رضا المرضى، كما أنها تساعد المؤسسات الصحية على الوقوف أما المنافسة الشديدة ، وتمكنها من الحصول على بعض الشهادات الدولية في هذا المجال.

وتحقق المؤسسات الصحية من خلال تبنيها لمفهوم إدارة الجودة الشاملة الفوائد الآتية<sup>1</sup>:

1. **تبسيط الإجراءات:** يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، وقد تمكن مستشفى جامعة "ميثجن" بالولايات المتحدة الأمريكية من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته 500.000 دولار أمريكي سنوياً نتيجة لتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه؛

2. **تحسين الإجراءات:** يهدف تطبيق إدارة الجودة الشاملة، إلى السعي لتقصي فرص التحسين واغتنامها. وقد تمكن مستشفى "وست باسن فيري" من تقليص معدل العمليات القيصرية البالغ (22%) من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من (10%) باستخدام أسلوب المعايير حيث تم اختيار مستشفيات الدانمارك التي تبلغ فيها نسبة الولادات القيصرية (22%) لتكون معياراً لعملية التحسين، ومن ثم جرى العمل على تحديد أوجه القصور في طرق العمل وتحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء.

<sup>1</sup> الأحمدي، المرجع المذكور سابقاً، ص: 314.

3. **كفاءة التشغيل:** تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق إدارة الجودة الشاملة وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين. وقد تمكن مستشفى "سنترال دوبيج" في ولاية "إلينوى" الأمريكية من توفير 73000 دولار أمريكي سنوياً بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل، وفي برنامج زراعة نخاع العظام بمستشفى "لوثرن جنرال" في ولاية "إلينوى" ثم تخفيض الهدر في استهلاك أحد الأدوية الباهظة الثمن والناجم عن التأخر في إعطائه للمريض مما يفقده صلاحيته للاستخدام، وقد كان يكلف المستشفى حوالي 120.000 دولار أمريكي سنوياً.

4. **القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية (العيادية):** من أهم المشكلات التي تواجه المؤسسات الصحية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وما له من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة، ويسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية، وفي أربعة مستشفيات تابعة لمركز "إنترماونتن" وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل 16 جراحاً تابعين للمركز تراوحت مدة العملية بين (20) إلى (90) دقيقة، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين 13 غرام إلى 45 غرام، مما يعكس تفاوتاً غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع. وقد تمكن فريق التحسين المكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه الاختلافات، ومن ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية، وبالتالي القضاء على هذه الاختلافات.

5. الحد من تكرار العمليات :يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل

ومن تم الحد من التكرار، وما له من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية

ورضا المرضى. وفي دراسة أجريت في مستشفى "هنري فورد" بولاية "ميتشجن" الأمريكية وجد

أن 25% من مسحات عنق الرحم تتم إعادتها لأن حجم العينة ليس مناسباً لإجراء التحليل،

وكان ذلك يسبب إزعاجاً للمريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج، وقد تم

القضاء على المشكلة بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقاً مختلفة لإجراء

مسحة عنق الرحم تحقق بعضها نتائج أفضل من غيرها.

وهناك أيضاً فوائد أخرى يمكن أن تعود على المؤسسة الصحية من خلال تطبيقها لأسلوب

إدارة الجودة الشاملة تتمثل فيما يلي<sup>1</sup>:

✓ تقديم خدمة جيدة والسعي نحو تقديم خدمة أفضل؛

✓ سرور وابتهاج المستفيدين من الخدمات المقدمة؛

✓ رضا الموظفين؛

✓ وجود موظفين يعملون بشكل جيد عبر مختلف أقسام المؤسسة الصحية؛

✓ تقليل تكاليف التشغيل.

<sup>1</sup> هيوكوش، إدارة الجودة "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان الالتزام بها"، الرياض، معهد

الإدارة العامة، 2002، ص: 46.

### ثالثاً: مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

إن الاختلاف حول مفهوم الجودة في الخدمات الصحية، يؤدي حتماً إلى الاختلاف حول مبادئها وبالتالي مقاييس الجودة المستخدمة، وتتمثل مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية فيما يلي<sup>1</sup>:

1. **التحسين المستمر:** يتم التشجيع في المؤسسة الصحية على التعاون والعمل بأسلوب الفريق، وهناك رؤية لإستراتيجيات بعيدة المدى تؤكد على الإدارة العليا لبناء وترسيخ معاني ومبادئ الجودة، وتقديم للمؤسسة الصحية فرص كافية للتدريب والتثقيف في مجال الجودة وصولاً لتجويد المهارات اللازمة لأداء عملي. وتهتم إدارة المؤسسة الصحية بصحة وسلامة والرضا الوظيفي للعمال، وكذلك بيئة العمل. ويتم تقييم وتحسين أداء المؤسسة الصحية بشكل مستمر؛
2. **التعاون الجماعي بدلا من المنافسة:** يركز نظام إدارة الجودة الشاملة على أهمية التعاون بين مختلف المستويات الإدارية في المؤسسات بدلا من المنافسة بينهم، حيث أنه من خلال هذا التعاون تستطيع الأقسام معرفة احتياجات الأقسام الأخرى من الموارد المادية، المالية والفنية وغيرها من المستلزمات الأخرى المختلفة التي تساعد على دعم عملية التحسين المستمر للمؤسسات<sup>2</sup>؛

### 3. اتخاذ القرارات بناء على المعلومات: ويرتبط هذا المبدأ بالنقاط الآتية:

■ هناك مستوى عال من المشاركة من خلاله يتم إشراك المرضى، الأطباء والممرضين

في عمليات التخطيط واتخاذ القرارات؛

<sup>1</sup> العمر، المرجع المذكور سابقاً، ص: 324 - 327.

<sup>2</sup> خالد بن سعد بن عبد العزيز، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، الرياض، المملكة العربية السعودية، مكتبة الملك فهد، 1997، ص: 95.

- يتم الإخبار بأي معلومات جديدة تتعلق بجودة العمل الذي ينجز؛
- توفير المعلومات اللازمة لتقديم جودة عالية في عملية التمريض؛
- عملية اتخاذ القرارات في المؤسسة الصحية تتم بناء على تحليل جيد للبيانات الحديثة.

#### 4. الوقاية بدلا من التفتيش: تنطلق فلسفة إدارة الجودة الشاملة من مبدأ أن الجودة عبارة

عن ثمرة العملية الوقائية وليست العملية التفتيشية، ففي نظريات الإدارة التقليدية نجد أن مراقبة الجودة أو التفتيش على مستوى الخدمات والسلع تكون بعد عملية التصنيع أو تقديم الخدمة، هذه الطريقة التقليدية تستنزف الكثير من الطاقات البشرية والموارد المالية من أجل الكشف عن عيوب أو أخطاء العملية الإنتاجية. أما في حالة تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، فإن ذلك سيؤدي إلى تقليص التكاليف وزيادة الإنتاجية، لأن هذا النظام يحاول إدخال عنصر الوقاية في العملية الإنتاجية، ومراقبة الانحرافات بأنواعها، سواء كانت لأسباب عامة أو لأسباب خاصة، كما أن نظام إدارة الجودة الشاملة يحث على تطوير فكرة الوقاية لدى العاملين أثناء ممارستهم لأعمالهم اليومية<sup>1</sup>؛

#### 5. دعم الإدارة العليا: وقد ارتبط بهذا المبدأ بالنقاط الآتية:

- متطلبات المرضى معروفة لدى أطباء وممرضي المؤسسة الصحية؛
- يتم حل المشاكل التي تواجه المرضى بشكل سريع؛
- تشارك الإدارة العليا في عملية تحسين مبادئ الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية؛
- هناك تأكيد دائم من الإدارة العليا على أنّ تحقيق معايير الجودة العالية هي مسؤولية شخصية لكل موظف في المؤسسة الصحية؛

<sup>1</sup> بن عبد العزيز، المرجع المذكور سابقا، ص: 96.

■ تعمل الإدارة العليا على خلق الشعور القوي لدى العاملين بمسؤولية نحو المجتمع.

#### 6. التركيز على الزبون: ويكون ذلك من خلال:

■ تبني أهداف عملية تحسين الجودة في المؤسسة الصحية على متطلبات وتوقعات المرضى؛

■ تقوم المؤسسة الصحية بشكل مستمر بتحسين نشاطات إدارة الجودة الشاملة لمقابلة متطلبات وتوقعات المرضى، كما أن رضا الزبون يعتبر إحدى الأدوات المهمة لإدارة الجودة في جميع أنشطة المؤسسة الصحية؛

■ أخيراً، يتم تحليل البيانات التي تجمع من خلال استبيانات رضا الزبون لتحديد مدى رضاه.

وانطلاقاً مما سبق، فإن إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية تعتمد على التزام الإدارة العليا، والتي تقوم بدور قيادي لتنسيق وتوحيد جهود التحسين المستمر للجودة ضمن إستراتيجية واسعة تغطي كل المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية، وتهدف إلى تعظيم رضا المريض.

#### المطلب الثاني: دوافع تبني فلسفة إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسات الصحية

تبذل الدول جهود لتطوير المؤسسات الصحية من خلال رفع كفاءة العاملين بها، ويترتب على تلك الجهود نتائج تختلف من دولة لأخرى تبعاً لاختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لهذه الدول، ومن ثم فإن الدوافع الآتية قد تنطبق على دولة أخرى، وبعضها قد يكون مشتركاً بين جميع الدول الأمر الذي يعني نسبية هذه الدوافع والتي يمكن تصنيفها كالآتي<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> ندوة واقع خدمات المستشفيات، الرياض، معهد الإدارة العامة، 1990، ص: 33-34.

### 1. القوى العاملة:

- ضعف التوازن في توزيع القوى العاملة التخصصية والفنية والطبية المساعدة بين المؤسسات الصحية وبعضها البعض وبين الأقسام الداخلية للمؤسسة الصحية الواحدة، وذلك نتيجة غياب المعايير الأساسية للقوى العاملة حسب الطاقة الإستيعابية وطبيعة الخدمات المقدمة؛
- قصور برامج التدريب والتعليم المستمر عن متطلبات القوى العاملة كما ونوعاً؛
- عدم توافر المناخ التنظيمي الذي يساعد على خلق اتجاهات إيجابية لدى مختلف فئات العاملين في المؤسسة الصحية.

### 2. التقنيات والتجهيزات الطبية:

- عدم كفاية المعايير القياسية المعمول بها في تحديد حجم ومواصفات التجهيزات الطبية المساعدة اللازمة لكل قسم من أقسام المؤسسة الصحية حسب طبيعة وحجم العمل؛
- تباين كفاءة ومستوى جودة أداء التجهيزات الطبية بالمؤسسات الصحية نتيجة غياب المواصفات القياسية لهذه التجهيزات وتنوع مصادرها والتركيز في كثير من الحالات على تكلفة توفيرها وليس كفاءة أدائها؛
- تقادم بعض الأجهزة وتخلفها عن مسايرة التطورات التقنية في مجالها، إضافة إلى كثرة أعطالها وقلة كفاءة الأجهزة وعمال الصيانة بالمؤسسة الصحية.

### 3. تأمين الاحتياجات الطبية:

- قصور التخطيط السنوي لتحديد احتياجات المؤسسة الصحية من المستلزمات الطبية والخدمات؛

- ارتفاع معدلات استهلاك الأدوية والمستلزمات الطبية والخدمية بشكل ملحوظ نتيجة عدم كفاءة النظم المعمول بها ومراقبة الاستهلاك؛
- عدم وفاء بعض الموردين بالتزاماتهم التعاقدية، ومواجهة عجز في بعض هذه المستلزمات والاحتياجات الطبية والخدمية مما يؤثر سلبا على كفاءة وجودة الخدمات الصحية.

#### 4. نظم التشغيل:

- قصور أنظمة وسياسات التشغيل وإجراءات العمل المكتوبة والموحدة لأقسام المؤسسة الصحية وما يتبع ذلك من تباين في أساليب العمل بين الأقسام المختلفة وصعوبات في التقييم والرقابة ومعالجة المشكلات؛
- ضعف نظم المعلومات بالمؤسسات الصحية وقصور أنظمة التغذية المرتدة مما يؤثر سلبا على كفاءة وتوازن الخدمات التي تقدم بالمؤسسة الصحية؛
- عدم كفاية المعايير والمواصفات القياسية التي تحكم تقديم مختلف الخدمات الطبية والفنية والإدارية ومما يتبع ذلك من قصور في مستوى جودة وأداء هذه الخدمات وصعوبة تقديمها.

#### 5. المستفيدون من خدمات المؤسسة الصحية:

- تزايد الضغط على خدمات وإمكانيات المؤسسة الصحية نتيجة لقصور الوعي لدى طالبي الخدمة وعدم تفهم لدور المؤسسة الصحية الصحيح في تقديم الخدمات الصحية؛

- عدم وجود نظام واضح ومفهوم لدى المستفيدين من خدمات المؤسسات الصحية وما يترتب على ذلك من تزايد الضغط على العيادات الخارجية في المؤسسات الصحية وما يتبع ذلك من انخفاض مستوى جودة الخدمات المقدمة؛
- كثرة الشكاوي المبنية على مفاهيم خاطئة، وما يترتب على ذلك من ردود فعل وتخفيضات من الفريق المعالج تنعكس سلباً على مستوى الخدمات الصحية.

#### 6. المباني والمرافق:

- قدم بعض المباني وقصورها عن الوفاء بمتطلبات العمل؛
- عدم وفاء بعض شركات التشغيل والصيانة بالتزاماتها التعاقدية وانعكاسات ذلك سلباً على كفاءة المباني والمرافق.

### المطلب الثالث: مراحل تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

هناك العديد من النماذج والمداخل النظرية والمفاهيمية لتطبيق نظام الجودة الشاملة، ورغم تعدد هذه النماذج واختلاف مراحلها ومكوناتها إلا أنها تحتوى على أفكار متقاربة إلى حد كبير. وعلى الجانب العملي أو التطبيقي تختلف منهجيات وآليات التطبيق من حيث المراحل والمكونات والتوالي، غير أن الجميع يدور حول نفس المبادئ والأفكار، وفي هذا السياق يمكن وضع إطار عام لتطبيق نظام الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية من خلال العناصر والمتطلبات الأساسية التالية<sup>1</sup>:

#### 1) الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة: يبدأ الإنجاز الناجح لإدارة الجودة الشاملة

من الإعداد والتهيئة لتطبيقها، وفي هذه المرحلة التي تسبق بناء النظام تشترك الإدارة العليا للمؤسسة الصحية ورؤساء الأقسام الطبية الإدارية بها بالتعاون مع مستشارين أو محترفين

<sup>1</sup> مخيمر، والطعامنة، المرجع المذكور سابقاً، ص: 200-204.

في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمؤسسة الصحية وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى لها، ورغم أنه لا توجد آلية محددة لكيفية إنجاز هذه المرحلة فإن هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمؤسسة الصحية والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من غايات؛

**(2) نشر ثقافة الجودة الشاملة:** لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مبادئ ومهارات وطرق وأدوات مختلفة، لذلك ينبغي أن تشمل الأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة على تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشأن مفهوم وأهمية إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية، وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم في بلد معين، مع مراعاة الموارد المتاحة، الثقافة السائدة، الوضع الصحي الراهن والهياكل القائمة، وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للحصول على دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره ويمكن الاستعانة بالمعلومات الأولية والتغذية العكسية في توسيع نطاق برامج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها، كما ينبغي الاستفادة من الدور الذي يمكن أن تقوم به وسائل الإعلام في هذا الصدد وإسهامها في التوعية بأهمية الجودة وحفز الطلب على الرعاية الصحية الجيدة<sup>1</sup>؛

<sup>1</sup> اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولاسيما في الرعاية الصحية الأولية مسؤولية مشتركة، متاح على الموقع الإلكتروني: [http://www.emro.who.int/rc47/anpa\\_11bo5.htm](http://www.emro.who.int/rc47/anpa_11bo5.htm)

(3) **تكوين فريق عمل للجودة:** وقد يكون تشكيل هذا الفريق هو أول علامات اقتناع ودعم إدارة

المؤسسة الصحية لتطبيق نظام الجودة الشاملة. وتختلف المسميات التي تطلق على هذا الفريق من فريق الجودة إلى مجلس الجودة إلى وحدة الجودة أو إدارة الجودة وغير ذلك من المسميات، وأيا كان المسمى المستخدم فإن هذا الفريق يجب أن يضم مدير المؤسسة الصحية ورؤساء الأقسام الطبية والطبية المساعدة والإدارية، ومن المقترح أن يتولى هذا الفريق في بداية عمله القيام بالمهام الآتية:

➤ وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمؤسسة الصحية واتخاذ

الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها؛

➤ تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمؤسسة الصحية وتعتبر

هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها؛

➤ التخطيط لأنشطة الجودة ويمكن تعريف التخطيط لأنشطة الجودة بأنه الجهد الذي يبذل

من أجل تحقيق أهداف الجودة من خلال تحديد الموارد الأساسية والأفراد والإجراءات

اللازمة لإنجاز هذه الأهداف؛

➤ البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها، وتمثل هذه المرحلة بداية المبادرات الجادة

في تطوير نظم وأساليب العمل وإحداث التغييرات اللازمة لتحقيق الجودة الشاملة.

## المطلب الرابع: تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

عند شروع المؤسسة الصحية في البدء بتطبيق جهود إدارة الجودة الشاملة، تحتاج إلى توفير الكثير من الجهود المتناسقة والمتطلبات الأساسية التي تعتبر المناخ المناسب لتطبيق هذا المنهج، وسنتناول أهم هذه المتطلبات من خلال مقومات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية والصعوبات التي تواجهها.

### أولاً: مقومات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لابد من توفر مجموعة من المقومات نلخصها فيما يلي<sup>1</sup>:

1. تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمؤسسة الصحية كما ونوعاً واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقاً لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية، والعمل على تدبير النقص منها، وإعداد برامج التدريب التحويلي اللازمة لامتصاص العمالة الفائضة أو الزائدة عن الحاجة في بعض الأقسام أو التخصصات؛
2. يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في كثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والإستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المؤسسات الصحية<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> مخيمر، والطعامنة، المرجع المذكور سابقاً، ص: 209-211.

<sup>2</sup> سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، القاهرة، مطبعة العشري، بدون سنة نشر،

3. يمكن للمؤسسة الصحية البدء بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في أحد أنشطتها الفرعية ثم تتدرج

بعد ذلك منها إلى باقي الأنشطة<sup>1</sup>؛

4. استكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية والفنية والإدارية وأيضاً أدلة

إجراءات ونظم العمل والصلاحيات والمسؤوليات واستمرار مراجعتها للتأكد من وفائها

باحتياجات العمل في مختلف المجالات؛

5. تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم والآليات اللازمة لتغطية الجوانب الآتية:

- تلقى وتحليل ومعالجة شكاوى المرضى والعاملين والزائرين؛
- تشجيع جميع فئات العاملين بالمؤسسة الصحية والمتعاملين معها على التقدم بآرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات؛
- إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد؛

- تهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين؛

- تلقى وتحليل شكاوى الموردين والمقاولين ومعالجتها.

6. تصميم وتوفير آليات مرنة للاتصالات في مختلف الاتجاهات لتبادل المعلومات وتلقى

الإرشادات والتعليمات ومناقشة الآراء والمقترحات وتقديم النصح والمشورة لكل ما من شأنه

تطبيق نظام الجودة الشاملة بصورة ناجحة؛

7. تصميم وتنفيذ مجموعة من الدورات التدريبية والحلقات النقاشية بناءً على دراسة علمية

للاحتياجات التدريبية بالمؤسسة الصحية، وذلك لرفع مستوى الأداء وصقل المعرفة والخبرة

<sup>1</sup> جاد الرب، المرجع المذكور سابقاً، ص: 189.

لدى مختلف فئات العاملين، والمساعدة في توجيه سلوكياتهم وممارساتهم في أداء أعمالهم نحو التحسين والتطوير المستمر؛

8. صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا زبائن المؤسسة الصحية من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها عن مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها؛

9. تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانيات التقنية والبشرية اللازمة لتوفير وتحليل البيانات المختلفة وإعداد التقارير المطلوبة منها ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاج إليها لدعم الأنشطة التي تقوم بها أو القرارات التي تتخذها؛

10. تصميم وتنفيذ خطة لمتابعة التنفيذ وأداء العمل بمختلف أقسام المؤسسة الصحية مع الاستعانة بالمعايير الموضوعية لتقييم الأداء والأساليب الإحصائية المناسبة في إتمام عملية الرقابة والمتابعة.

### ثانياً: صعوبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

تواجه جهود إدارة الجودة الشاملة، وهي بصدد ممارستها لعمليات التحسين، مجموعة من المعوقات الإنسانية والثقافية والفنية والتنظيمية التي تؤدي إلى إخفاق هذه الجهود، الأمر الذي يتطلب تحديد هذه المعوقات وتشخيص أسبابها، لإتباع المدخل والمنهج السليم للتعامل معها، وتتمثل أهم هذه المعوقات فيما يلي<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> فائق أحمد أبوبكر، موسى بنت محمد الزومان، معوقات ومقومات تطبيق إدارة الجودة الكلية في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية: بحث تطبيقي على مدينة الرياض، الرياض، معهد الإدارة العامة، 2000، ص: 50-54.

- ضعف التزام الإدارة العليا بأنظمة إدارة الجودة الشاملة (القيم، الرؤية، السياسات الخطط... إلخ)؛
  - عدم ملائمة الثقافة السائدة في المؤسسات الصحية مع متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛
  - عدم وجود معايير وأبعاد لجودة الخدمات الصحية؛
  - عدم الاستعانة بخبراء الجودة في عقد اللقاءات والاجتماعات الدورية مع العاملين؛
  - عدم وجود دورات تدريبية لجميع العاملين في كل المستويات الإدارية للتدريب على مفاهيم وأساليب الجودة؛
  - غياب الأساليب والطرق الإحصائية التي يُعتمد عليها لقياس أداء المؤسسات الصحية؛
  - عدم استخدام الأساليب العلمية والموضوعية في اختيار العاملين، وعدم الاهتمام الكافي بتطوير أدائهم؛
  - عدم وضوح مفهوم العمل الجماعي وغياب روح الفريق؛
  - نقص الموارد المالية المتاحة للمؤسسات الصحية، مما يعيق تجهيزها بالشكل المناسب؛
  - وجود خطين واضحين للسلطة تتسم بهما المؤسسات الصحية، أحدهما إداري والآخر طبي، ويترتب على ذلك إيجاد حاجز بين الجانبين الطبي والإداري، يحد من نجاح عملية التحسين أو حصرها في بعض جوانب النشاط دون غيرها<sup>1</sup>.
- كما أن هناك مجموعة من العوائق الثقافية التي تحد من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تتمثل في الآتي<sup>2</sup>:

<sup>1</sup> الأحمدى، المرجع المذكور سابقاً، ص: 42.

<sup>2</sup> الأغا، المرجع المذكور سابقاً، ص: 18.

- إن المؤسسات الصحية تميل إلى التركيز بشكل أكبر على احتياجات مقدمي الخدمات الصحية أكثر من التركيز على احتياجات المرضى؛
  - يعتقد المديرون من الدرجة الوسطى بأن إدارة الجودة الشاملة سوف تحد من صلاحياتهم مما يؤدي إلى التأثير على مسؤولياتهم، لذلك فإنهم يقاومون إدخالها إلى مؤسساتهم؛
  - عدم اهتمام معظم الأطباء في المؤسسات الصحية بنشاطات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتقدون بأنها لا تنطبق على وظائفهم؛
  - نقص مشاركة الأطباء في جهود إدارة الجودة الشاملة، ويعود السبب إلى وجود قناعة لديهم بأن عملهم ذو جودة عالية، وبأن إدارة الجودة الشاملة هي بالدرجة الأولى آلية لضبط التكلفة وتؤكد الدراسات أن أي مبادرة لتطبيق مفهوم التحسين المستمر في المؤسسات الصحية دون مشاركة الأطباء تزيد من التكلفة الإجمالية لعملية التغيير، ولا تحقق الأهداف المرجوة منها<sup>1</sup>.
- وبهدف تحسين الجودة تسعى المؤسسات الصحية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ويتطلب تطبيقها توفر الاقتناع من طرف الإدارة العليا والعاملين على السواء، كما تحتاج المؤسسة إلى نظم فعالة ومساندة تعمل على ترسيخ هذه المفاهيم الجديدة، بالإضافة إلى ذلك يتطلب تبني إدارة الجودة الشاملة التحكم في تكاليف الجودة.

وحتى يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالشكل الصحيح، يمكن تحديد إطار تطبيقها في عدة مراحل أساسية تشمل الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة، نشر ثقافة الجودة وتكوين فريق عمل

<sup>1</sup> محمد بن عبد العزيز العميرة، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض، دراسة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2003، ص: 47.

الجودة، إضافة إلى أن التطبيق أيضا يتطلب توافر العديد من المقومات إلا أنها غالبا ما تواجه بجملة من الصعوبات (المعوقات) خاصة الثقافية منها أثناء عمليات التطبيق.

## المبحث الرابع: مظاهر التغيير في المؤسسات الصحية وأثرها على تحسين جودة الخدمات الصحية.

لكي تستطيع المؤسسات الصحية تقديم خدمات ذات جودة عالية، ينبغي عليها تخطيط خطواتها المستقبلية، من خلال حصر مختلف الإمكانيات والموارد التي تمتلكها و تحديد أوجه القصور لديها، وتحديد ما هي الخدمات المطلوبة من طرف الزبائن حتى تنال رضاهم، وبالتالي عليها أن تحدد بوضوح مجال ونوع التغيير الذي يجب عليها تبنيه من أجل الوصول إلى تحقيق هدفها المنشود، والمتمثل في تحسين جودة خدماتها.

### المطلب الأول: ضرورة التغيير في المؤسسات الصحية

تواجه المؤسسات الصحية تحد كبير مع المحيط الخارجي من تطور تكنولوجي، إدراك المريض لحقوقه وقلة الموارد، كل هذا يجعل المؤسسة الصحية ملزمة بتغيير نمط تسييرها حتى تسترجع مصداقيتها أولا، وتواجه منافسيها ثانيا، وتكون قادرة على مسايرة الأوضاع لتجد لها مكانا يؤهلها للبقاء والنمو.

وترجع ضرورة التغيير في المؤسسات الصحية إلى<sup>1</sup>:

---

<sup>1</sup> Hart, Jisette, Lucas, Sylvie, "Management Hospitalier" stratégie nouvelle des cadres, France, Edition Lamane, 2002, p: 51.

أ- التغيير ضروري لنمو وتحسين خدمات المؤسسات الصحية: تعاني المؤسسات الصحية

من رداءة وضعف خدماتها، ولهذا فالتغيير من شأنه أن يخلف نموا وتطورا فيها، هذا النمو

يتمثل في:

- خلق الفعالية، ومضاعفة العطاء والخدمة العامة؛
- تسهيل وسائل الاتصال بين المسؤول والموظف وجعل العلاقة أكثر مرونة؛
- تعميم التكوين على كافة الموظفين لمسايرة ما يجري في المحيط الخارجي؛
- وضع إجراءات عمل سهلة، مفهومة من طرف الجميع تساعد على تحسين العلاقات بين الموظفين (إداريين، تقنيين، أطباء، شبه أطباء) بحيث تكون هناك لغة مشتركة توضح أهداف المؤسسة؛
- تحسين نوعية وجودة الخدمات الصحية (الاستقبال، التغذية... إلخ)؛
- البحث عن ثقافة جامعة شاملة لكل الأطراف دون إقصاء؛
- تحفيز الموظف واستشارته في قرارات المؤسسة يجعله أكثر ثقة في مسؤوليه مما يدفعه للعمل أكثر.

ب- التغيير كضرورة لمسايرة التطورات: أحدثت التطورات السريعة في العلوم والتكنولوجيا حقائق

جديدة، في حين أن المؤسسات الاجتماعية لا تجاري هذا التطور. وبسبب جمود المؤسسات الصحية من جهة، وتغير الأوضاع وأساليب العمل الحديثة، وكذلك ظهور ما يسمى بالخصوصية كان لزاما على المؤسسة الصحية أن تدرك هذه الضرورة في تغيير مسارها الحالي فأحسن وسيلة لشكل جديد من التفكير في تطوير ونمو القدرات تتطلب العمل على تغيير المؤسسة نحو ما يسميه المختصون بالتنظيم المتمرن أين تصبح فكرة التغيير ضرورية وهاجسا للجميع، حيث تتمركز شيئا فشيئا في الفكر، السلوك والمعاملة، لتأخذ معها

مراجعة دائمة للسياسات المعتمدة في تسيير المؤسسة. ففي معظم الأحيان عدة أشكال للتغيير تتحد فيما بينها ليكون برنامج تغيير جذري للإجابة على حالة أزمة، متنوع بسياسات إصلاحية متزامنة.

وفي حالة أخرى مشروع إداري يطبق بصفة منتظمة على المؤسسة لتتبعه مراجعة عامة لنوع سياسة التسيير، وهكذا فالتغيير يجب أن يكون دوما مستمرا بتحسين برنامج العمل ويدفع بالموظفين بعيدا نحو التغيير الأحسن.

### المطلب الثاني: دوافع التغيير في المؤسسات الصحية

تشهد المؤسسات الصحية في الجزائر الكثير من الانتقاد وعدم الرضا من طرف العامة والخاصة، من حيث نوعية الخدمة أو حتى في ظل الظروف التي يعمل فيها الموظفون، ومن خلال ما سيأتي سيتم التعرف على أهم النقائص التي دفعت للمطالبة بالتغيير وهي:

#### 1. تدني المستوى الخدماتي للمؤسسات الصحية: حيث يلاحظ أن مشاكل المؤسسات الصحية

متشعبة جدا، من ناحية سوء الاستقبال الذي يؤثر سلبا على صورة المؤسسة وهو ما يجعل المريض غير راض عن الخدمة المقدمة، بالإضافة إلى سوء التغطية الصحية (من حيث الأكل، النظافة، تعطل الأجهزة الطبية، قلة الاختصاصيين... إلخ) ويمكن حصر هذه النتائج فيما يلي<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> حليلة درياس، نحو أسس جديدة لإستراتيجية التغيير على مستوى التنظيم الإداري الصحي، مذكرة لنيل شهادة ما بعد التدرج، تخصص إدارة أعمال المنظمات الصحية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 2000-2001، ص: 02.

- انخفاض التكفل بالطلبات الصحية ضمن الظروف الاجتماعية، الاقتصادية، المالية... إلخ، أثر سلباً على مخطط الصحة، فبالرجوع إلى الحالة الصحية لسنوات السبعينيات في الجزائر مثلاً تبين عودة "الدفتيريا" بعدما قضي عليه في نهاية السبعينيات وهذا نتيجة لانقطاع التمويل بالتلقيح في بداية التسعينيات؛
- عدم توازن الموارد والوسائل والمناطق الموزعة عليها، مما أفرز معه عدم فعالية الهياكل الصحية، إذا ما نزلنا إلى الشمال نجد تركز معظم المراكز الجامعية، وكلما انتقلنا إلى الجنوب والمناطق الداخلية لا نجد تغطية إلا بنسبة (10-15%) حيث تبقى مهمتهم الرئيسية في تحويل المريض نحو الشمال لتبقى بذلك (50%) من الهياكل غير عملية<sup>1</sup>؛
- جل الأجهزة معطلة لعدم وجود سياسة صيانة فيها، مما يؤدي إلى انخفاض معدل عمر الأجهزة؛
- انتظار طويل للمريض يفوق ساعات وساعات في قسم الاستعجالات، وسوء التكفل والاستقبال.

## 2. صعوبة الظروف العملية: إذا ما تم التدقيق ملياً في النتائج الوخيمة التي آلت إليها المؤسسات

- الصحية، يمكن تصنيف أهم الأسباب التي أنتجت هذا الفشل في<sup>2</sup>:
- عدم التحفيز وعدم تقدير كل واحد من أفراد المؤسسة، فالموظف مهما كان تصنيفه ودرجته السلمية بحاجة إلى اعتراف؛
- غياب المشاركة في اتخاذ القرارات التي تهم موظفي المؤسسة؛

<sup>1</sup> مخيم، والطعامنة، المرجع المذكور سابقاً، ص: 71.

<sup>2</sup> حليلة درياس، المرجع المذكور سابقاً، ص: 04.

- غياب متابعة للقدرات والفعاليات الفردية والجماعية؛
- غياب ثقافة المؤسسة أو عدم توافق نظام القيم، مع عدم وجود ثقة متبادلة بين المسؤول ومؤسسته المستقبلية؛
- الأجهزة التنفيذية أصبحت جامدة وغير قادرة على تلبية المطالب التي اتسع حجمها وتغيير جوهر احتياجاتها.

### المطلب الثالث: أنواع التغيير في المؤسسات الصحية

يمكن تصنيف التغيير الذي تتبناه المؤسسات الصحية بثلاثة أنواع كما يلي<sup>1</sup>:

أ- **تغيير فني**: وهو تغيير ينصب على الوسائل وليس الغايات ويختلف هذا التغيير في تكلفته وأثره على المؤسسة الصحية فعلى سبيل المثال فإن قرار تغيير جهاز تصوير شعاعي بأخر ذو قدرة إنتاجية أعلى تضمن كلفة قليلة للمؤسسة وأثراً قليلاً أيضاً. بينما نجد إن قرار إنشاء وحدة لجراحة القلب أو لغسيل الكلى في المستشفى يتضمن كلفة عالية للمؤسسة إضافة إلى تأثيره على الكثير من الأنشطة كنشاط التمريض والمختبر والأشعة والهندسة والصيانة وغيرها وبالرغم من اختلاف القرارين في الكلفة والأثر فكلاهما يمثل تغييراً في الأهداف الأساسية للمؤسسة.

ب- **تغيير تعديلي**: وهو تغيير في الغايات وليس الوسائل؛ حيث ينصب على أهداف المؤسسة دون تغيير في الوسائل الجوهرية. فقرار المستشفى مثلاً بإنشاء برنامج للرعاية الصحية الممتدة

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، عمان، دار المسيرة، 2008، ص: 313-

للمنازل لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة، أو قرار المستشفى بأن تصبح مركزاً للتعليم الطبي والصحي هما مثالان للتغيير التعديلي حيث إن التكنولوجيا اللازمة لتنفيذ هذين القرارين (الوسائل) موجودة أصلاً لدى المؤسسة وكل ما تم تغييره هو إعادة النظر في أهداف المؤسسة وتركيزها وعلى ذلك فالقرار هنا استعمال التكنولوجيا الموجودة في المؤسسة لتقديم خدمة لم تكن موجودة.

ج- **التغيير التكيفي:** ويتضمن تغييراً في كلا من الوسائل والغايات معاً. وهذا النوع لا يحدث في المؤسسة الصحية بشكل متكرر وعندما يحدث فإنه يتضمن تعديل جوهري في توجه المؤسسة (الغايات والأهداف) وبذلك ينطوي على تغييرات في الوسائل التي من خلالها تحقق المؤسسة أهدافها المعدلة. ومثال هذا التغيير هو ما جاء في المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية والذي تضمن إحداث تغييرات هيكلية وتنظيمية في هاته المؤسسات.

فمثل هذا القرار يتضمن تعديل جوهري في أهداف المؤسسة وينطوي على تغيير في الوسائل، حيث لابد من امتلاك الوسائل لتحقيق هذا الهدف مثل توظيف عناصر بشرية غير موجودة أصلاً أو إعادة تحديد أدوار ومهام ومسؤوليات العاملين فيها.

## المطلب الرابع: مجالات التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

يمكن أن يقتصر التغيير التنظيمي على مجال معين أو عدة مجالات في المؤسسات الصحية، نتيجة للضغوط التي قد تتعرض لها وبهدف تحسين جودة خدماتها، ومن بين هذه المجالات ما يلي:

(1) **التغيير على مستوى الهياكل:** فهو يحدد التغييرات الداخلية في التنظيم، من حيث إعادة تنظيم الأقسام الإدارية، مواقع اتخاذ القرارات، إعادة تحديد السلطة والمسؤولية وإعادة تعديل العلاقات بين الإدارات والأفراد وغيرها<sup>1</sup>.

(2) **التغيير في جانب الموارد المادية:** ويشمل عدة جوانب أهمها<sup>2</sup>:

- تطوير نظم الاتصالات الداخلية باستخدام أجهزة حديثة لتسريع وتسهيل تقديم الخدمات؛
- تطوير أعمال الصيانة للمحافظة على الأجهزة والمعدات الطبية وباقي التجهيزات
- إمكانية توفير العلاج المناسب وفي ظروف جيدة للحصول على رضا المريض؛
- إجراء بعض التغييرات للاستغلال الأمثل لمبنى المؤسسة الصحية بما يلائم راحة المرضى والزوار.

<sup>1</sup> سيد محمد جاد الرب، السلوك التنظيمي موضوعات وتراجم وبحوث إدارية متقدمة، جمهورية مصر العربية، مطبعة العشري، 2005، ص: 642.

<sup>2</sup> الأحمدى، المرجع المذكور سابقاً، ذكره، ص: 147.

(3) **التغيير على مستوى العنصر البشري:** يعتبر العنصر البشري أساس نجاح أي مؤسسة، فباستقامته تستقيم الأوضاع وباعوجاجه تتعقد المشاكل. ولهذا يمكن القول أن تطور الهياكل وتغيرها لا يأتي إلا بتغير وتطور الموظفين الذين يتحكمون في الهياكل. وأول نقطة يمكن التركيز عليها في تغيير العنصر البشري هي كيفية التأثير في تصرفات الموظفين وإدخال عوامل جديدة تدفعهم إلى تقديم مساهمات أكثر، لكن الأمر يبدو صعبا خصوصا، فالكل يعلم أن من أصعب الأمور التي تتطلب جهودا أكبر وإقناعا أكثر هو تكوين ذهنيات جديدة وتوجيه الأفراد وفق متطلبات المؤسسة، لأن الفرد أو الموظف ينطلق من ثقافته وبيئته ويستعمل الأساليب التي يعرفها والمتعود عليها فليس من السهل إقناعه بالتخلي عن المبادئ التي رسخت في ذهنه وتعويضها بأفكار جديدة. ويمكن التغيير في سلوكات الموظفين عن طريق تغيير إجراءات التوظيف وطرق التدريب والتكوين وتحسين وسائل الاتصال بين الموظفين، لكن هذه الطريقة تعتبر من أصعب الطرق، باعتبار أن هناك اختلافا في الذهنيات ومستويات التكوين الثقافي. ومن الأمور التي تساعد الموظف على تقبل الجو الجديد للعمل هو جعله يحس فعلا أنه ينتمي إلى مؤسسته، وهذا بالنظر في مشاكله والاستماع إليه والتغلب على الخلافات الداخلية. وبهذا تصبح الأهداف مشتركة بين جميع الموظفين، بالإضافة إلى تحسيسهم بأهمية آراءهم والأخذ بها أحيانا واعتبارهم الثروة الأولى والأخيرة لنجاح مؤسستهم<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> مريزق عدمان، محمد عدمان، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجا، الملتقى الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، البلدية، جامعة سعد دحلب، 2011، ص: 06.

وبالنظر إلى المؤسسة الصحية يمكن القول أن العنصر البشري مشتت الأفكار، فمن جهة الطبيب يفكر لوحده وكذلك الشبه طبي، فيلاحظ عدم تواجد اتحاد فكري منهجي والأهداف تكاد تكون غير واضحة ومشتركة.

#### 4) التغيير في جانب المعلومات: عن طريق القيام ببناء معلومات متطورة في مختلف المجالات

الممكنة، والعمل على تطويرها باستمرار، لتقديم معلومات صحيحة ودورية من خلال توفير الكفاءات اللازمة وتحديد نوعية البيانات ومجالاتها والاستفادة منها بشكل سليم مثل<sup>1</sup>:

- نظام معلومات منطقة خدمة المؤسسة الصحية، للتعرف على البيانات السكانية، والاجتماعية، والاحتياجات الصحية والموارد المتوافرة لمواجهتها، معرفة أسعار الخدمات الصحية، والتخصصات التعليمية المتوافرة...إلخ؛
- نظام فتح الملفات الطبية وتحديد المواعيد، والتخطيط لإجراءات المرضى، ومتابعة إدخالهم وإخراجهم، لتسهيل الإجراءات وزيادة حجم الاستفادة؛
- نظام معلومات الموارد البشرية وتقدير متوسطات الخدمة وإجمالي الوقت الكلي لتأدية مختلف الأعمال للاسترشاد به في تقدير أعداد الموارد البشرية المطلوبة وسرعة التصرف للحصول عليها؛
- نظام الملفات الطبية المحوسب وترميز الإجراءات التشخيص والعلاج، وعمل الفهارس التي تمكن من الرجوع إلى بيانات الملفات الطبية؛
- نظام معلومات الصيدلة والمعلومات الدوائية، لمعرفة مواعيد صلاحيتها، وفي أي نوع يكمن النقص، وما هي بدائل الأدوية الممكنة...إلخ؛

<sup>1</sup> الأحمدي، المرجع المذكور سابقاً، ص: 145-146.

■ نظام محاسبي لإنجاز حسابات المرضى والمراجعين وإعداد الفواتير وغيرها، والاستفادة منها في حساب تكاليف المؤسسة، ووضع تكاليف معيارية تتناسب مع معايير جودة الخدمة المقدمة؛

واستخدام نظم معلومات محوسبة ومتطورة بالمؤسسة الصحية له أهمية كبيرة، فمن الناحية الطبية يساعد في تخزين المعلومات الخاصة بالمريض وحالته الصحية وما تلقاه من علاجه، وتدوين معلوماته التشخيصية من تحاليل مخبرية أو تقارير أشعة...إلخ، فيسهل للطبيب المعالج التعرف على الحالة الصحية لمرضاه، إضافة إلى أهميتها من الناحية الإدارية والمالية وما توفره من وقت وجهد في هذه الأعمال، كما أنها عنصر هام في سرعة الأداء المطلوبة.

ومن أمثلة بعض التطورات المتلاحقة في تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في مجال الخدمات الصحية نجد<sup>1</sup>:

■ **التعامل اللاورقي داخل المؤسسات الصحية:** بمعنى إدارة دورة العمل كاملة بالمؤسسة الصحية بشكل إلكتروني، بدءاً من إدخال بيانات المريض عند دخوله لأول مرة عبر نموذج ملء البيانات الإلكتروني الموجود في مجموعة النماذج الخاصة بالجزء الطبي داخل المؤسسة الصحية، ثم وضعه على جدول مواعيد الطبيب المختص الذي يتلقى بدوره هذه المعلومة عبر البريد الإلكتروني من الحاسب الشخصي الخاص به، فيقوم بإجراء التشخيص ومناظرة المريض في الموعد المحدد. ويحدث الشيء نفسه

<sup>1</sup> جمال محمد غيطاس، تكنولوجيا المعلومات والمنشآت الصحية قاصرة، متاح على الموقع الإلكتروني: <http://Hosamred.blogspot.com>.

مع مختبر التحاليل والصيدلية وغيرها، وكل ذلك يحدث عبر دورة مستندية إلكترونية خالية من الورق.

■ **البطاقات الصحية الذكية:** من أهم التطورات في مجال الصحة الالكترونية البطاقات الصحية الذكية وهي عبارة عن بطاقة صغيرة في حجم بطاقة الائتمان العادية ومثبت بداخلها شريحة الكترونية متناهية في الصغر، ومزودة بوحدة ذاكرة صغيرة لتخزين المعلومات، وتعمل فقط عندما يتم إدخالها في وحدة خاصة تسمى قارئ البطاقات الذكية، وعند دخول البطاقة يصبح هذا الحاسب والبرامج المحملة عليه في حالة نشطة، فتستقبل المعلومات وتخزنها وتسترجعها وتعديلها، وفي حالة استخدامها على نطاق واسع يمكن لأي شخص شراؤها فارغة، ثم يقوم متخصصوا الرعاية الصحية بتحميل تاريخه الطبي كاملا عليها، و عند دخوله لأي مؤسسة صحية بها قارئ للبطاقات الذكية يتعرف الأطباء على الفور على تاريخه الصحي كاملا، مما يساعد على دقة وسرعة التشخيص والعلاج ويقلل الأخطاء الطبية ويخفض التكاليف<sup>1</sup>.

■ **نظم المعلومات الجغرافية ونظام تحديد المواقع العالمي:** هذا النظام دخل في الكثير من التطبيقات المتعلقة بالرعاية الصحية خاصة خدمات الإسعاف والطوارئ، ويتيح هذا النظام رفع كفاءة مراكز الإسعاف والطوارئ في الوصول بسرعة إلى المرضى والمحتاجين فلو طلب شخص من مركز الإسعاف سيارة لإنقاذ شخص مصاب بمرض ما مثلا فإن هذا النظام يتيح التعرف على عنوان طالب الخدمة و ثم تحديد مكانه بدقة ثم يستخدم النظام في التعرف على مواقع سيارات الإسعاف لحظة وصول البلاغ،

<sup>1</sup> مصباح عبد الهادي، وحسن الدويك، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية، مذكرة

ماجستير، تخصص إدارة أعمال، غزة، الجامعة الإسلامية، 2010، ص: 79.

ثم إبلاغ هذه المعلومة لأقرب سيارة إسعاف إلى العنوان المطلوب لتتوجه السيارة للمكان بمساعدة ملاحية من نظام تحديد المواقع ونظم المعلومات الجغرافية وطبقاً لبعض التقديرات فإن تطبيق هذا النظام يمكن أن يضاعف من سرعة وصول سيارة الإسعاف للمصاب إلى ثلاثة أضعاف<sup>1</sup>.

■ **تكنولوجيا الطب عن بعد:** وهي تكنولوجيا تستخدم حينما تكون هناك مؤسسة صحية بالمدينة أو المكان الذي يوجد به أمهر الأطباء وأكثرهم خبرة وشهرة، وكذلك أحدث طرق التشخيص والعلاج، ومؤسسات فرعية تفتقر إلى هذه الإمكانيات المتقدمة بالأماكن البعيدة والنائية أو التجمعات السكانية القليلة، وفي حالة توافر الإمكانيات الفنية اللازمة يمكن عبر خطوط الاتصال المناسبة نقل وتبادل صورة الأشعة والمعلومات الخاصة بالمرضى من المراكز الفرعية إلى المركز الرئيسي وكذلك نقل صوت المريض وصوته إلى الطبيب الذي سيقوم بالتشخيص على بعد مئات الكيلومترات.

■ **نظم معلومات التتبع داخل المؤسسات الصحية:** وهي نظم تساعد هذه المؤسسات على إيجاد طريقه سهلة وفعالة لتتبع أفراد الطواقم الطبية لتسهيل العثور عليهم بصورة فورية وقت الحاجة، والآن يتم تطوير بعض النظم والبرامج التي تسمح بتتبع ليس الأشخاص فقط بل الأجهزة والمعدات أيضاً، وتساعد هذه النظم على دراسة فاعلية توزيع الأطباء والمرضى والمعدات بطريقة معينة داخل المؤسسة الصحية وقت حدوث الطوارئ، وما إذا كان هناك داع يستوجب تغيير طريقه توزيعهم أم لا.

<sup>1</sup> عبد الهادي، والدويك، المرجع المذكور سابقاً، ص: 79.

▪ تكنولوجيا تقديم الخدمات الصحية عبر الإنترنت: وهي تسمح للأطباء والمرضى

بالدخول على نظام معلومات المؤسسة الصحية طبقا لمستوي الصلاحيات الممنوحة

لكل منهم للقيام بالعديد من المهام عن بعد، فالطبيب مثلا يمكنه الدخول على جدول

المواعيد الخاص به ويتعرف على نوعية المرضى الذين سيقوم بالكشف عليهم، ويمكنه

تعديل هذه المواعيد، إذا اقتضت الحاجة، والمريض يمكنه الحجز لنفسه والحصول

على تقديرات مبدئية لتكلفة الخدمة الصحية التي يرغب في الحصول عليها

من المؤسسة الصحية.

وفي كل الأحوال تحتاج المؤسسات الصحية إلى بناء عقل معلوماتي جديد يعرف كيف ينتقي

ما يريد مما هو متاح أمامه من تكنولوجيات وكيف يستوعب ويروض تغيراتها المستمرة فيما يحقق

للمواطن أفضل رعاية صحية ممكنة بأقل تكلفة ممكنة، وبهذه الطريقة يمكننا أن نغير المعادلة القائمة

حاليا بين التكنولوجيا الثائرة المتدفقة والمؤسسات القاصرة عن استيعابها.

## خلاصة الفصل

إن موضوع الجودة أصبح أمر حيوي في قطاع الخدمات عموماً وفي مجال الصحة بشكل خاص، لذلك فإن برامج الجودة يجب أن تكون معدة إعداداً خاصاً حسب المتطلبات والإمكانيات المتاحة لكل مؤسسة صحية، وعليه يجب أن تقوم برامج الجودة بتقييم الواقع الموجود ومحاولة رفع الكفاءة تحت نظام واضح، صريح وسهل التنفيذ. وبهدف تحسين الجودة تسعى المؤسسات الصحية إلى تبني إدارة الجودة الشاملة والتي يتطلب تطبيقها توفر الاقتناع من طرف الإدارة العليا والعاملين على السواء، تهيئة البيئة التنظيمية اللازمة لذلك، والاهتمام بالموارد البشرية وتدريبهم وتمكينهم. ولضمان تقديم الجودة بالمستوى المطلوب يجب على المؤسسات الصحية أن تتبنى منهج التغيير لما له من أثر كبير على تحسين جودة الخدمات، وحتى تستطيع تحقيق ذلك يجب عليها تحديد مجال التغيير الذي سيمكنها من تحقيق أعلى مستوى ممكن من الجودة في خدماتها، وهذا من خلال وضعها لرؤية واضحة للمستقبل وصياغتها لخطط وبنية تنظيمية لعمليات تحسين الجودة، مع ضرورة تقييم التأثير الذي يحدثه التغيير بداخلها.

## الفصل الثالث:

### أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات بالتطبيق على عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة

- تمهيد
- المبحث الأول: واقع النظام الصحي في الجزائر وسياسة الإصلاح
- المبحث الثاني: واقع التغيير التنظيمي وجودة الخدمات في المنظومة الصحية العمومية لولاية ورقلة
- المبحث الثالث: الإطار المنهجي العام للدراسة
- المبحث الرابع: تحليل أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة من وجهة نظر الأفراد العاملين
- خلاصة الفصل

### الفصل الثالث

## أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات بالتطبيق على عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة

### تمهيد

سعينا في الفصلين السابقين إلى محاولة الإلمام بجوانب الموضوع النظرية، ففي الفصل الأول تعرضنا فيه إلى ماهية التغيير التنظيمي، ثم حددنا المبادئ، المراحل والإستراتيجيات المتعلقة به، وأسباب مقاومة التغيير وسبل علاجها، وصولاً إلى تحديد أهم متطلبات نجاح التغيير التنظيمي، أما في الفصل الثاني فتطرقنا فيه إلى الإطار النظري حول المؤسسات الصحية وخدماتها، تم حددنا مفهوم جودة الخدمات الصحية وأبعادها وطرق قياسها، وبعدها عرجنا على الإطار المفاهيمي لإدارة الجودة الشاملة الصحية ومراحل تطبيقها مع تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، وفي الأخير أبرزنا مظاهر التغيير في المؤسسات الصحية ودورها في تحسين جودة الخدمات المقدمة فيها.

وسنتطرق من خلال هذا الفصل إلى واقع النظام الصحي في الجزائر وسياسة الإصلاح، ثم نحدد واقع التغيير التنظيمي وجودة الخدمات في المؤسسات الصحية محل الدراسة في ظل الخارطة الصحية الجديدة، بعد إبراز الخطوات الإجرائية والمنهجية التي اعتمدت في هذه الدراسة، وبعدها سيتم تحديد الإطار المنهجي العام للدراسة، وفي الأخير نحاول تحليل أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات في المؤسسات الصحية محل الدراسة من خلال عرض وتحليل نتائج المقابلة وقوائم الاستبيان التي قمنا بتوزيعها، وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS). كما

أن البيانات التي ستتم معالجتها في هذا الفصل تمهد الطريق للخطوة التالية والتي تتعلق بالتوصل إلى النتائج وتقديم التوصيات المتعلقة بهذه الدراسة، لذا سنتطرق من خلاله إلى:

- المبحث الأول: واقع النظام الصحي في الجزائر وسياسة الإصلاح.
- المبحث الثاني: واقع التغيير التنظيمي وجودة الخدمات في المنظومة الصحية العمومية لولاية ورقلة.
- المبحث الثالث: الإطار المنهجي العام للدراسة.
- المبحث الرابع: تحليل أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة من وجهة نظر الأفراد العاملين.

## المبحث الأول: واقع النظام الصحي في الجزائر وسياسة الإصلاح

شهدت الجزائر في بداية الثمانينات، قفزة نوعية في مجال الارتقاء بالحالة الصحية للمجتمع، حيث يلاحظ آنذاك تحسن في بعض المؤشرات الصحية من خلال تراجع معدل الوفيات بصفة عامة وارتفاع في معدل العمر لدى الأطفال عند الولادة. إلا أن هذا التحسن بالإضافة إلى الأساليب التي كانت تستعمل في تقديم وتوزيع الخدمات، وكيفية استخدام الموارد المالية والمادية المتاحة لقطاع الصحة لم ترقى إلى تحقيق العوائد المستهدفة منها.

وبالتالي تطلب الأمر حتمية إعادة النظر في السياسة الصحية، من خلال تبني مشروع جديد لإصلاح المؤسسات الصحية والهدف من وراء ذلك، هو إرساء مبدأ العدالة في تقديم الخدمات الصحية، والترشيد في النفقات الصحية لضمان الاستمرارية في توزيع الخدمات الصحية وصولاً إلى تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

وستنتقل من خلال هذا المبحث إلى المنظومة الصحية الجزائرية الحديثة وأهم ملامح التغييرات التي طرأت عليها والمتمثلة في السياسة الجديدة لإصلاح المؤسسات الصحية مع إبراز أهم أهدافها ومكانة الجودة في ظل تلك الإصلاحات.

### المطلب الأول: المنظومة الصحية الجزائرية الحديثة

إن النظام الصحي الجزائري قائم من طرف المؤسسات والمرافق الصحية التي تتميز بتنظيم هرمي على ثلاث مستويات: وطني (مركزي)، جهوي، محلي:

1- على المستوى الوطني (المركزي): وتشمل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات التي تخضع للمراسيم الآتية:

- المرسوم الرئاسي رقم 10-149 المؤرخ في 28 ماي 2010 المتضمن تعيين أعضاء الحكومة<sup>1</sup>، لتكليفهم بشغل مهام بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
- المرسوم التنفيذي رقم 05-428 المؤرخ في 07 نوفمبر 2005 المعدل للمرسوم التنفيذي رقم 150-2000 المؤرخ في 28 جوان 2000 والذي يتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات<sup>2</sup>.
- المرسوم التنفيذي رقم 96-66 المؤرخ في 27 جانفي 1999 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان<sup>3</sup>.

كما وتشتمل الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تحت سلطة الوزير، حسب المرسوم التنفيذي رقم 11-380 المؤرخ في 21 نوفمبر 2011، المتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، على ما يأتي<sup>4</sup>:

❖ الأمين العام: ويساعده مديرا (02) دراسات، ويلحق به مكتب البريد والاتصال والمكتب

الوزاري للأمن الداخلي في المؤسسة.

❖ رئيس الديوان: ويساعده ثمانية (08) مكلفين بالدراسات.

❖ المفتشية العامة: ويحدد تنظيمها وسيرها بمرسوم تنفيذي.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية، العدد 36، الصادرة بتاريخ 16 جمادى الثانية 1431هـ الموافق لـ 30 ماي 2010 م، ص: 05.

<sup>2</sup> الجريدة الرسمية، العدد 73، الصادرة بتاريخ 07 شوال 1427هـ الموافق لـ 09 نوفمبر 2005 م، ص: 10.

<sup>3</sup> الجريدة الرسمية، العدد 08، الصادرة بتاريخ 11 رمضان 1416هـ الموافق لـ 31 جانفي 1996 م، ص: 03.

<sup>4</sup> الجريدة الرسمية، العدد 63، الصادرة بتاريخ 27 ذي الحجة 1432هـ الموافق لـ 23 نوفمبر 2011 م، ص: 07.

❖ **المديريات المركزية:** ويبلغ عددها عشرة (10) مديريات وكل مديرية تضم ثلاث (03) إلى أربع (04) مديريات فرعية.

\*المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة \* المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات \* المديرية العامة للصيدلة والتجهيزات الصحية \* مديرية السكان \* مديرية الدراسات والتخطيط \* مديرية التنظيم والمنازعات والتعاون \* مديرية الموارد البشرية \* مديرية التكوين \* مديرية المالية والوسائل \* مديرية المنظومات الإعلامية والإعلام الآلي \*

كما توجد كذلك إحدى عشر (11) مؤسسة وهيئة تحت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مسيرة من طرف مجالس الإدارة.

## 2- على المستوى الجهوي: وعلى هذا المستوى نجد:

أ- **المناطق الصحية:** وعددها خمس (05) مناطق صحية، تضم مجالس جهوية صحية والتي هي عبارة عن هيئات مكلفة بالتنسيق والإسناد، تتميز بكونها هيئة استشارية غير ملزمة في قراراتها، وتتمثل في: المنطقة الصحية للشرق (14 ولاية)، المنطقة الصحية للوسط (11 ولاية)، المنطقة الصحية للغرب (11 ولاية)، المنطقة الصحية للجنوب الشرقي (07 ولايات)، المنطقة الصحية للجنوب الغربي (05 ولايات).

ب- **مديرية الصحة والسكان للولاية (DSP):** وعددها 48 مديرية موزعة عبر كافة ولايات الوطن، تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997<sup>1</sup>، الذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول 1418هـ الموافق لـ 16 جويلية 1997 م، ص: 12.

ج- منشآت عمومية أخرى: ونجد من بين هذه المنشآت ما يلي:

▪ **مخابر النظافة (Laboratoires d'hygiène):** وعددها 48 مخبر على مستوى التراب الوطني.

▪ **مدارس التكوين شبه الطبي (EFPM):** يوجد 09 مدارس للتكوين شبه الطبي، 24 معهد للتكوين العالي المتخصص في مجال شبه الطبي، و03 معاهد عليا لتكوين القابلات، كلها مكلفة بتقديم التكوين الأولى والمستمر لفئة شبه الطبيين في مختلف التخصصات مثل: شبه الطبيين للصحة العمومية، القابلات في الصحة العمومية، الأعوان الطبيين للتخدير والإنعاش في الصحة العمومية.

▪ **الوكالات الصيدلانية العمومية (Agences Pharmaceutiques Publiques):** حيث يتواجد عبر القطر الوطني حوالي 1000 وكالة صيدلانية عمومية.

3- **على المستوى المحلي:** هناك عدد لا يستهان به من المرافق الصحية العمومية موزعة عبر كامل التراب الوطني<sup>١</sup>، وهي كالاتي:

1. **المؤسسات الإستشفائية الجامعية (EHU):** وعددها مؤسسة إستشفائية جامعية واحدة (01) بوهـران أنشأت بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003<sup>1</sup>، المتضمن إنشاء المؤسسة الإستشفائية الجامعية بوهـران وتنظيمها وسيرها.

<sup>١</sup> تم تحويل 23 مدرسة للتكوين شبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين العالي، كما تم تحويل المعهد التكنولوجي للصحة العمومية بالمرسى إلى معهد وطني للتكوين العالي شبه الطبي.  
<sup>٢</sup> أنظر الملحق رقم 01.

<sup>٣</sup> Etablissement Hospitalo Universitaire.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية، العدد 48، الصادرة بتاريخ 14 جمادى الثانية 1424 هـ الموافق لـ 13 أوت 2003 م، ص: 06.

2. المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU<sup>١</sup>): وعددها أربعة عشر (14) مركز استشفائي

جامعي، حيث لدينا ثلاثة عشر (13) منها تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ

في 02 ديسمبر 1997<sup>1</sup>، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل المراكز الإستشفائية

الجامعية. فيما يخضع المركز الإستشفائي الجامعي ببجاية إلى المرسوم التنفيذي رقم 09-

319 المؤرخ في 06 أكتوبر 2009، وبذلك يكون مكمل للقائمة السالفة الذكر في المرسوم

التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997.

3. المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS<sup>٢</sup>): وعددها 32 مؤسسة إستشفائية

متخصصة سنة 2005، ارتفع العدد إلى 36 سنة 2006، ثم إلى 54 سنة 2007، ليصل

العدد إلى 68 مؤسسة إستشفائية متخصصة سنة 2008، وكل هذه المؤسسات الإستشفائية

المتخصصة جاءت متممة لقائمة المستشفيات الملحة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-467

المؤرخ في 02 ديسمبر 1997<sup>2</sup>، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم و تشغيل المؤسسات

الإستشفائية المتخصصة.

4. المؤسسات الإستشفائية (EH<sup>٣</sup>): وهي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع

بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة،

وعدها (06) مؤسسات إستشفائية.

---

<sup>١</sup> Centre Hospitalo Universitaire.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادرة بتاريخ 10 شعبان 1418هـ الموافق لـ 10 ديسمبر 1997 م، ص: 19.

<sup>٢</sup> Etablissements Hospitaliers Spécialisés.

<sup>2</sup> الجريدة الرسمية، العدد 58، الصادرة بتاريخ 22 شوال 1430هـ الموافق لـ 11 أكتوبر 2009 م، ص: 11.

<sup>٣</sup> Etablissements Hospitaliers .

5. المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH<sup>^</sup>) والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية

(EPSP<sup>^</sup>): في إطار الخريطة الصحية الجديدة تم إعادة هيكلة وتنظيم القطاع الصحي،

حيث وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007<sup>1</sup> الذي يتضمن

إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها

وتسييرها، وأصبح القطاع الصحي يتكون من:

➤ 195 مؤسسة عمومية إستشفائية.

➤ 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية ( تجمع العيادات المتعددة الخدمات، وقاعات

العلاج).

وهما كيانان إداريان مستقلان في تسييرها، الأولى للاستشفاء (L'hospitalisation) والثانية

للأنشطة العلاجية، الاستشارات والوقاية. وسيتم التعرض لهما بالتفصيل في المطلب الموالي.

والجدول الموالي يوضح أهم هيئات وهياكل المنظومة الصحية الجزائرية لسنة 2012 كالاتي:

<sup>^</sup> Etablissements Publics Hospitaliers.

<sup>^</sup> Etablissements Publics de Santé de Proximité.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 03 جمادى الأولى 1428 هـ الموافق لـ 19 ماي 2007 م، ص: 03.

الجدول رقم (6): أهم هيئات وهياكل المنظومة الصحية الجزائرية لسنة 2012

| المنظومة الصحية | المستوى | البيان                                               | العدد |
|-----------------|---------|------------------------------------------------------|-------|
|                 | الوطني  | وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH)        | 01    |
|                 |         | المؤسسات والمعاهد الصحية تحت الوصاية                 | 11    |
|                 |         | مدارس التكوين شبه الطبي                              | 09    |
|                 |         | معاهد وطنية للتكوين العالي المتخصص في مجال شبه الطبي | 24    |
|                 |         | معاهد وطنية للتكوين العالي للقابات                   | 03    |
| العمومية        | الجهوي  | المناطق الصحية                                       | 05    |
|                 |         | مديريات الصحة والسكان                                | 48    |
|                 | المحلي  | المؤسسات الإستشفائية الجامعية (EHU)                  | 01    |
|                 |         | المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU)                   | 14    |
|                 |         | المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS)                  | 68    |
|                 |         | المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)                  | 195   |
|                 |         | المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)              | 271   |
|                 |         | المؤسسات الإستشفائية (EH)                            | 06    |
| الخاصة          | الوطني  | العيادات الإستشفائية الخاصة (Cliniques Privé)        | 1108  |
|                 |         | المؤسسات الإستشفائية الخاصة (Cabinets Privé)         | 25230 |
|                 |         | مدارس التكوين شبه الطبي                              | 16    |

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على إحصائيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة

2012 الموضحة في الملحق رقم (01).

## المطلب الثاني: السياسة الجديدة لإصلاح المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية

القطاعات الصحية في الجزائر التي وصل عددها إلى 183 قطاع<sup>1</sup> عبر التراب الوطني كانت محل مراجعة وإلغاء بالكامل في سنة 2007، حيث تم تشكيل بناء جديد للخارطة الصحية يركز على نوعين من المؤسسات هما: المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وذلك إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428هـ الموافق لـ 19 ماي سنة 2007م، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها<sup>2</sup>. وفيما يلي تحديد لمفهوم كل منها.

### أولاً: المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH):

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضح تحت وصاية الوالي. وتتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات. وتحدد المكونات المادية للمؤسسات العمومية الإستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة، كما يمكن أن تستخدم المؤسسة كميدان للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

<sup>1</sup> اعتماداً على إحصائيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة 2007.

<sup>2</sup> المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 03 جمادى الأولى 1428هـ الموافق لـ 19 ماي 2007م، ص: 10.

وتتمثل مهام المؤسسة العمومية الإستشفائية حسب المادة الرابعة من المرسوم التنفيذي 140-07 في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

- ضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

#### ثانياً: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP):

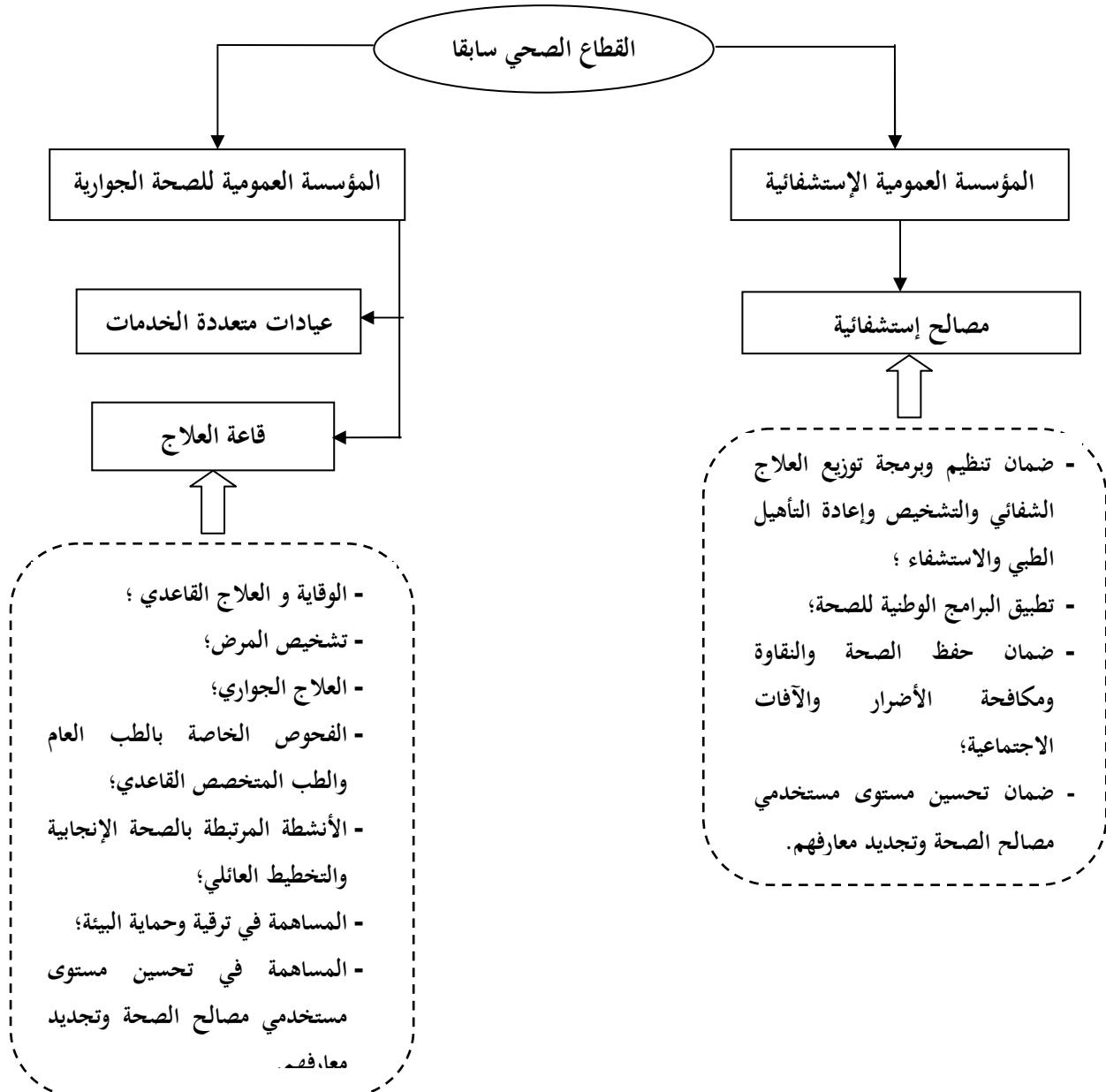
هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضح تحت وصاية الوالي. وتتكون من مجموعة من العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان<sup>1</sup>. وتحدد المكونات المادية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية والحيز الجغرافي الصحي الذي يغطي مجموعة من السكان بقرار من الوزير المكلف بالصحة. كما يمكن استخدام هذه المؤسسة كميدان للتكوين شبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

وتتمثل مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية حسب المادة الثامنة من المرسوم التنفيذي 140-07 في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية: الوقاية والعلاج القاعدي، تشخيص المرض، العلاج الجوارى، الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي، الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط

<sup>1</sup> عبد المنعم بن فرحات، أهمية اختيار المسير في تحقيق أهداف السياسة الصحية، مذكرة ماجستير، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، بسكرة، جامعة محمد خيضر، السنة مجهولة، ص: 102.

العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان، المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والمساهمة في تحسين مستوى مستخدمي الصحة وتجديد معارفهم.

ومحاولة لتوضيح الخارطة الصحية الجديدة تمثيلاً فإن الشكل (15) الموالي يبين الوحدات الهيكلية للمؤسسات الصحية الجديدة ودورها.



الشكل رقم (15): مشتملات المؤسسات الصحية والمهام المسندة إليها

المصدر: عبد المنعم بن فرحات، المرجع المذكور سابقاً، ص: 10.

### المطلب الثالث: أهداف سياسة الإصلاح

نتيجة للوضع المتأزم للقطاعات الصحية (SS<sup>♠</sup>) وسوء تقديم الخدمات للمرضى وتدني مستوى هذه الخدمات، كان لزاما على السلطات البحث عن الحلول المناسبة لتسوية الوضع والتكيف مع الأوضاع الراهنة في ظل التطورات الهائلة التي يشهدها قطاع الصحة في المعدات والأدوات وحتى في مجال التسيير والتنظيم. ولأجل ذلك لجأت الحكومة إلى تبني سياسة إصلاحية تتمثل في الخارطة الصحية الجديدة والتي تركز على الأهداف الآتية:

**1- الرفع من كفاءة تشغيل المؤسسات الصحية:** ويعني استعداد المؤسسة الصحية للقيام بمهامها من خلال:

➤ **تحسين إدارة المؤسسات الصحية:** فسياسة الإصلاح التي جاء بها المرسوم التنفيذي 140-07 كان الهدف منها بالدرجة الأولى تحسين إدارة المؤسسات الصحية، وهذا بمنح الاستقلالية بخصوص ميزانية التسيير، ومنح الشخصية المعنوية مع تعزيز الرقابة، بالإضافة إلى الاعتماد على التقنيات الجديدة في التسيير.

➤ **تحقيق مبدأ التدرج في العلاج:** إن المبادئ الأساسية التي تقوم عليها المنظومة الصحية في الجزائر، تقتضي مبدأ التدرج في العلاج وذلك انطلاقا من الهياكل الإستشفائية إلى غاية الوصول إلى الهياكل الإستشفائية التي تتوفر على تخصصات أكثر، ونظرا لكون ذهنية المواطن الجزائري تذهب إلى وضع الثقة في الهيئات الإستشفائية الكبيرة فإن مبدأ التدرج في العلاج سوف يطرح نفسه بشدة من خلال هذه الخارطة الصحية الجديدة.

---

<sup>♠</sup> Secteurs Sanitaires.

## 2- تحقيق الجودة والتحكم في التكاليف: وذلك من خلال:

➤ التنسيق والتكامل بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة

الجوارية: وتتضمن ما يلي:

- توحيد المعايير والمؤشرات والمواصفات الخاصة بتقديم الخدمات الصحية؛
- وضع سياسة صحية شاملة مع التنسيق المشترك بين جميع المؤسسات الصحية؛
- تفادي الازدواجية في تقديم الخدمات الصحية وذلك بتحديد دور وصلاحيات كل جهة؛

- تطبيق معايير موحدة للجودة وتقييم الأداء.

➤ ترشيد الإنفاق وتقليل التكاليف: من أهم أهداف سياسة إصلاح المؤسسات الصحية

ترشيد الإنفاق، والتسيير الجيد للموارد بما يقلص من التكاليف.

➤ رفع مستوى الصحة: من خلال:

- رفع معدل الحياة عند الفرد الجزائري؛
- خفض معدل الإصابة بالأمراض المعدية والطفيلية؛
- القضاء على بعض أمراض الأطفال كالشلل والحصبة؛
- خفض معدلات الوفيات وخاصة وفيات الأطفال والرضع وكذا خفض معدل الإصابة بالأمراض الوراثية.

## المطلب الرابع: مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة

تظهر مكانة الجودة في المرسوم التنفيذي رقم 07-140 من ناحية التنظيم وتسيير هذه المؤسسات، حيث أن كل مؤسسة عمومية إستشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية تسيير من طرف مجلس إدارة تحت إشراف مدير المؤسسة، وتزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي. وقد أولت الإصلاحات الجديدة أهمية بالغة لتحسين جودة الخدمات المقدمة، من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP).

كما أن سياسة الإصلاح الجديدة أعطت مكانة للقطاع الخاص حيث بلغ عدد الأسرة في القطاع الخاص إلى ما يزيد على 3000 سرير، ووصل في القطاع العام إلى أكثر من 62000 سرير<sup>1</sup>، أما بخصوص الاستثمارات في هذا المجال فقد فتحت الجزائر الباب أمام المستثمرين الأجانب مثل بعض الشركات الأجنبية في إصلاح العتاد وصيانتها، ومنهم مهندسين جزائريين إضافة إلى بعض الأجانب في حرية الانتقال عبر جميع التراب الوطني بهدف إصلاح العتاد وصيانتها. وقد تم إنشاء مؤسسات صحية في إطار مشروع الصداقة بين دولة الجزائر دولة كوبا مختصة في طب العيون في بعض ولايات الوطن الشيء الذي يحث المؤسسات الصحية الجزائرية على الاهتمام أكثر بالجودة في تقديم الخدمات وبلوغ الجودة العالمية.

كما تظهر مكانة الجودة أيضا في ملفات مشروع الإصلاح من خلال الآتي<sup>2</sup>:

<sup>1</sup> الوكالة الوطنية الجزائرية لتطوير الاستثمار متاح على الموقع الإلكتروني:

<http://www.andi.dz>

<sup>2</sup> Les 6 dossiers de la reforme hospitalière . <http://www.sante-maghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm>.

### 1- ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج: تمحور هذا الملف حول دراسة كفايات التنسيق

بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الإستشفائية الفرعية، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الإستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي. وتم التعرض فيه بشكل واف إلى كفايات التنسيق بين المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) والمؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) من جهة، وبين هذه الأخيرة والمراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) من جهة أخرى.

### 2- ملف الهياكل الإستشفائية: تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة

من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة؛
- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات الصحية العمومية والخاصة على حد سواء، من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي؛
- إدراج فكرة التكامل بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة؛
- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار؛
- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها؛
- استعجال وضع دعامة إعلامية والتي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

### 3- ملف الموارد البشرية: اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين،

وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقيتهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل

فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

**4- ملف الموارد المالية:** ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية. وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية و تعيين الأطقم الفنية والتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

**5- ملف التمويل:** اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تدير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

**6- ملف اشتراك القطاعات:** نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية، البيئة وتهيئة الإقليم، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين قطاع الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليها في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب

تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين الممارسين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أما بالنسبة للاستعجالات فتستدعي بحثاً معمقاً على نتائج التحقيق الجاري حالياً، والذي يتكفل بإجرائه المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة.

واستناداً على ما سبق يمكن استخلاص أن هذه التدابير المقترحة في شتى الجوانب ليست جامعة مانعة، ولكي يتم تجسيدها في الواقع الميداني يجب إثراء التفكير حول إصلاح المؤسسات الصحية في مختلف الجوانب المذكورة سابقاً قصد بناء هيكل قانوني، إداري، مالي واجتماعي متين على المدى المتوسط والبعيد.

ويهدف هذا البحث إلى توضيح أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة، من حيث المكونات الأساسية للكشف عن أهم الفروقات والتباينات الموجودة من أجل اتخاذ التدابير والإجراءات الضرورية التي تساهم في تحقيق توازنات فعالة وضمان كفاءة وكفاية المكونات الصحية.

## المبحث الثاني: واقع التغيير التنظيمي وجودة الخدمات في المنظومة الصحية

### العمومية لولاية ورقلة

إن إسقاط الإطار النظري لموضوع الدراسة على أرض الواقع من خلال دراسة التغيير التنظيمي وأثره على تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية يتطلب خطوة أولى تتمثل في توفير إطار منهجي واضح يحدد الملامح والقواعد الأساسية التي تجرى من خلالها الدراسة الميدانية.

ومن المؤكد بأن أي دراسة علمية لن تستطيع الوصول إلى هدفها بدقة وموضوعية وأن استخدام مجموعة من القواعد العامة التي يسترشد بها الباحث للوصول إلى هدفه الصحيح بأسلوب علمي يضمن له دقة النتائج وسلامتها، وهذا هو مفهوم المنهج، الذي يعرفه عبد الهادي الجوهري على أنه: "الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة مشكلة من المشاكل، أو بمعنى آخر فانه يشير إلى أسلوب التفكير المنظم والكيفية التي يصل بها الباحث إلى أهدافه"<sup>1</sup>.

وانطلاقاً من طبيعة هذه الدراسة سوف نتبنى منهجاً علمياً متنوعاً نظراً لتنوع الدراسة في حد ذاتها. فقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الذي يمتاز بنظرة شمولية واقتران وصف الحالة بتحليلها ومن ثم استخلاص النتائج والمؤشرات الأساسية. حيث يرى ذوقان عبيدات وآخرون أن هذا المنهج - الوصفي - يقوم أساساً على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع، بهدف التعبير عنها كميًا وكيفيًا، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي

<sup>1</sup> عبد الهادي الجوهري، دراسات في علم الاجتماع السياسي، القاهرة، مكتبة نهضة الشرق، 1988، ص: 25.

فيعطينا وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها، ودرجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى<sup>1</sup>. كما لا يكتفي هذا المنهج عند جمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة من أجل استقصاء مظاهرها وعلاقاتها المختلفة، بل يتعداه إلى التحليل والربط والتفسير للوصول إلى استنتاجات يبني عليها التصور المقترح<sup>2</sup>.

### المطلب الأول: تقديم عام للمؤسسات الصحية العمومية بالولاية محل الدراسة

تقع جوهرة الواحات ورقلة في الجنوب الشرقي من الوطن وتتربع على مساحة تقدر بحوالي 163.233 كلم<sup>2</sup> وهو ما يمثل نسبة 6.85% من المساحة الإجمالية للقطر الجزائري، وتتشكل ولاية ورقلة إداريا من 21 بلدية تتوزع على 10 دوائر، كما يقطن بها حوالي 629.428 نسمة<sup>3</sup>، يتم تغطية معظم حاجياتهم الصحية من خلال الهياكل الصحية العمومية التي تتوفر عليها الولاية، حيث أن المنظومة الصحية في الولاية كانت تتشكل من أربع قطاعات صحية هي: القطاع الصحي بورقلة، القطاع الصحي بتقوت، القطاع الصحي بحاسي مسعود والقطاع الصحي بالحجيرة.

وفي إطار سياسة إصلاح المستشفيات التي انتهجتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والتي تهدف إلى جوارية العلاج للمواطن وترقية مستوى جودة الخدمات الصحية وتقريب الهياكل الصحية من المواطن والذي بدأ يتجسد على أرض الواقع في التجمعات السكانية النائية عن مقر الولاية مع تكوين المستخدمين في شتى المجالات للقيام بتكفل أفضل بالمرضى، تم إنشاء

<sup>1</sup> ذوقان عبيدات وآخرون، البحث العلمي: مفهومه، أدواته وأساليبه، عمان، دار الفكر، 2001، ص: 186.

<sup>2</sup> صالح محمد العساف، المدخل للبحث العلمي في العلوم السلوكية، الرياض، مكتبة العبيكان للطباعة والنشر، 1989، ص: 176.

<sup>3</sup> Direction de la sante et de la population de la wilaya de Ouargla, "Fiche technique du secteur de la santé arrêté au 31/03/2014", Avril 2014.

الخارطة الصحية لولاية ورقلة بموجب المرسوم التنفيذي المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية فأصبحت تتكون من 13 مؤسسة صحية وهي:

❖ المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH): وتتمثل في:

- (1) المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة
- (2) المؤسسة العمومية الإستشفائية سليمان عميرات تقرت
- (3) المؤسسة العمومية الإستشفائية حاسي مسعود
- (4) المؤسسة العمومية الإستشفائية الطيبات

❖ المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP):

- (1) المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة
- (2) المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت
- (3) المؤسسة العمومية للصحة الجوارية حاسي مسعود
- (4) المؤسسة العمومية للصحة الجوارية البرمة
- (5) المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الحجيرة

❖ المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS): وتتمثل في :

- (1) المؤسسة الإستشفائية المتخصصة مستشفى الأم والطفل تقرت
- (2) المؤسسة الإستشفائية المتخصصة ضد السرطان ورقلة
- (3) المؤسسة الإستشفائية المتخصصة مستشفى الأم والطفل ورقلة

❖ المؤسسات الإستشفائية (EH): وتتمثل في :

(1) المؤسسة الإستشفائية لأمراض العيون مستشفى صداقة الجزائر - كوبا

وسنقتصر في دراستنا على كل من المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة والمؤسسة العمومية للصحية الجوارية ورقلة باعتبارهما مؤسستين انبثقتا عن القطاع الصحي بورقلة، والمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت والمؤسسة العمومية للصحية الجوارية تقرت باعتبارهما مؤسستين انبثقتا عن القطاع الصحي بتقرت، وهذا بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة في ظل المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

أولاً: التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة (EPH Ouargla):

تعتبر المؤسسة العمومية الإستشفائية بورقلة مؤسسة عمومية ذات طابع صحي استشفائي، حيث كانت عبارة عن قطاع صحي تابع لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، فتح أبوابه في شهر جانفي 1988 وتم تدشينه من طرف رئيس الحكومة الأسبق قاصدي مرباح بتاريخ 22 مارس 1988.

وبعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة بتاريخ 01 جانفي 2008 تحول القطاع إلى مؤسسة عمومية إستشفائية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007، حيث أصبحت تتربع على مساحة إجمالية قدرها 48000 م<sup>2</sup> وبطاقة استيعاب تقدر بـ: 501 سرير مقسمة على مجموعة من المصالح والوحدات الداخلية حسب ما هو مبين في الملحق رقم (02).

و تتكون المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة من مصالح إدارية وأخرى إستشفائية، وهذه الأخيرة تقدم خدمات صحية للمواطنين بصفة دائمة ومستمرة على مدار 24/24 ساعة وهذا للسهر على تلبية مختلف الاحتياجات الصحية للمرضى.

### ثانيا: التعريف بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة (EPSP Ouargla):

أنشأت المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة بتاريخ 01 جانفي 2008، حيث انبثقت عن القطاع الصحي بورقلة إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، حيث تغطي مساحة إجمالية تقدر بـ: 17689 كم<sup>2</sup> تشمل 06 بلديات تتوزع على 03 دوائر وهي: دائرة ورقلة وتضم بلديات: ورقلة والرويسات، دائرة سيدي خويلد وتضم بلديات: سيدي خويلد، عين البيضاء وحاسي بن عبد الله ودائرة نقوسة التي تضم بلدية نقوسة، وتتكفل بتوفير التغطية الصحية لحوالي 273006 نسمة موزعة عبر هذه البلديات، وتتكون من 13 عيادة متعددة الخدمات و32 قاعة علاج إضافة إلى مجموعة من الوحدات المختلفة (طب العمل، الكشف والمتابعة للطب المدرسي، ومراقبة ومعالجة السل والأمراض التنفسية) حسب ما هو مبين في الملحق رقم (03).

### ثالثا: التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية سليمان عميرات تقرت (EPH Tougourt):

يرجع تاريخ تأسيس القطاع الصحي بتقرت إلى الخمسينيات من القرن الماضي، حيث تم انجازه في العهد الاستعماري سنة 1957 ، وفتح أبوابه لتقديم الخدمات الصحية بتاريخ 01 نوفمبر

1967.

وبتاريخ 01 جانفي 2008 تحول القطاع إلى مؤسسة عمومية إستشفائية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، حيث أصبحت تتربع على مساحة إجمالية قدرها 17428م<sup>2</sup>، وتقدر طاقة استيعابها بـ: 212 سرير مقسمة على مجموعة من المصالح والوحدات الداخلية حسب ما هو مبين في الملحق رقم (04).

#### رابعا: التعريف بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت (EPSP Touggourt):

أنشأت المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت بتاريخ 01 جانفي 2008، حيث انبثقت عن القطاع الصحي بتقرت إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، حيث تغطي مساحة إجمالية تقدر بـ: 17428 كم<sup>2</sup> تشمل 11 بلدية تتوزع على 04 دوائر وهي: دائرة تقرت وتضم بلديات: تقرت، النزلة، تبسبست والزاوية العابدية، دائرة تماسين وتضم بلديات: تماسين وبلدة عمر، دائرة الطبييات وتضم بلديات الطبييات، بن ناصر والنقر ودائرة المقارين وتضم بلديات: المقارين وسيدي سليمان. وتتكفل بتوفير التغطية الصحية لحوالي 277718 نسمة موزعة عبر هذه البلديات، وتتكون من 15 عيادة متعددة الخدمات و42 قاعة علاج إضافة إلى مجموعة من الوحدات المختلفة (طب العمل، الكشف والمتابعة للطب المدرسي، ومراقبة ومعالجة السل والأمراض التنفسية) حسب ما هو مبين في الملحق رقم (05).

## المطلب الثاني: الإجراءات التنظيمية، المصاحبة للتغيير داخل المؤسسات الصحية محل الدراسة

عرفت عملية تجسيد الخارطة الصحية الجديدة ظهور هياكل تنظيمية خاصة بالمؤسسات الصحية المستحدثة (المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية) مختلفة عن تلك التي كانت معتمدة في القطاعات الصحية السابقة، وسيم من خلال هذا المطلب تسليط الضوء على الإجراءات التنظيمية التي صاحبت عملية التغيير في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

### أولاً: الإجراءات التنظيمية المصاحبة للتغيير داخل المؤسسات الصحية محل الدراسة:

يسير كل مؤسسة عمومية إستشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة ويديرها مدير وتزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي كما سيتم توضيحه فيما يلي:

#### 1. مجلس الإدارة: ويضم ما يلي:

- ممثل عن الوالي رئيساً؛
- ممثل عن إدارة المالية؛
- ممثل عن التأمينات الاجتماعية؛
- ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي؛
- ممثل عن المجلس الشعبي الولائي؛
- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة؛
- ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه زملاؤه؛

➤ ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه زملاؤه؛

➤ ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة؛

➤ ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة؛

➤ رئيس المجلس الطبي.

يشارك كل من مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في مداوالات مجلس الإدارة برأي استشاري ويتوليان أمانتهما، ويتداول مجلس الإدارة على الخصوص فيما يلي:

➤ مشروع ميزانية المؤسسة؛

➤ الحسابات التقديرية؛

➤ الحساب الإداري؛

➤ مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة؛

➤ البرامج السنوية لحفظ البنايات والتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة وصيانتها؛

➤ مشروع جدول تعداد المستخدمين؛

➤ الصفقات والعقود والاتفاقيات طبقا للتنظيم المعمول به.

2. المجلس الطبي: يكلف بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه الطبي والتقني فيها،

ولاسيما ما يأتي:

➤ التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية؛

➤ مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها؛

➤ برامج الصحة والسكان؛

➤ برامج التظاهرات العلمية والتقنية؛

➤ إنشاء هياكل طبية أو إلغاءها.

إضافة إلى ذلك يقترح المجلس الطبي كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها، لاسيما مصالح العلاج والوقاية، كما يعد تنظيمه الداخلي ويصادق عليه. ويضم المجلس الطبي ما يلي:

➤ مسؤولو المصالح الطبية؛

➤ الصيدلي المسؤول عن الصيدلية؛

➤ جراح أسنان؛

➤ شبه طبي ينتخبه نظراؤه من أعلى رتبة من سلك الشبه الطبيين؛

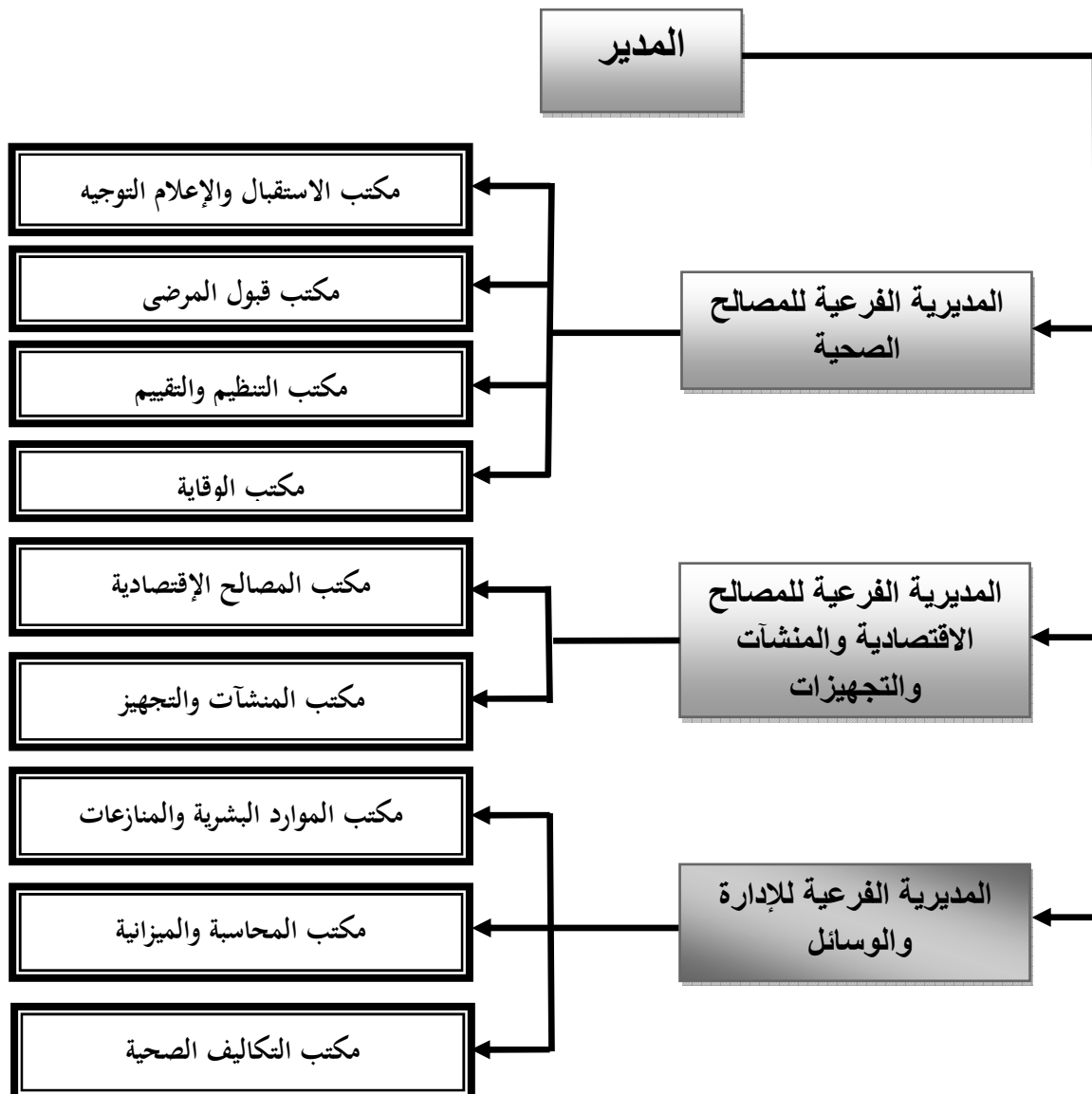
#### ثانيا: الهيكل التنظيمي للمؤسسات الصحية محل الدراسة:

تجدر الإشارة هنا أن الهياكل التنظيمية للمؤسسات الصحية محل الدراسة هي ثابتة ومحددة سلفاً بموجب القانون الوزاري المشترك المنشور في الجريدة الرسمية من طرف الوزارة الوصية<sup>1</sup>. والمتتبع لها يلاحظ أنها تختلف عن الهياكل التنظيمية التي كانت معتمدة في القطاعات الصحية السابقة، وسنوضح هذا الاختلاف من خلال الآتي:

<sup>1</sup> القرار الوزاري المشترك المؤرخ 03 محرم 1431هـ في 20 ديسمبر 2009 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 15، ص: 10.

# 1- الهيكل التنظيمي للمؤسسات الصحية محل الدراسة قبل تطبيق خارطة الصحة الجديدة:

تجدر الإشارة هنا إلى أن كل من المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة انبثقتا عن القطاع الصحي بورقلة، وكل من المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت انبثقتا عن القطاع الصحي بتقرت، ونظرا للتشابه البين بين الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي بورقلة والقطاع الصحي بتقرت فإننا سنكتفي بتوضيح الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي بورقلة كالآتي:

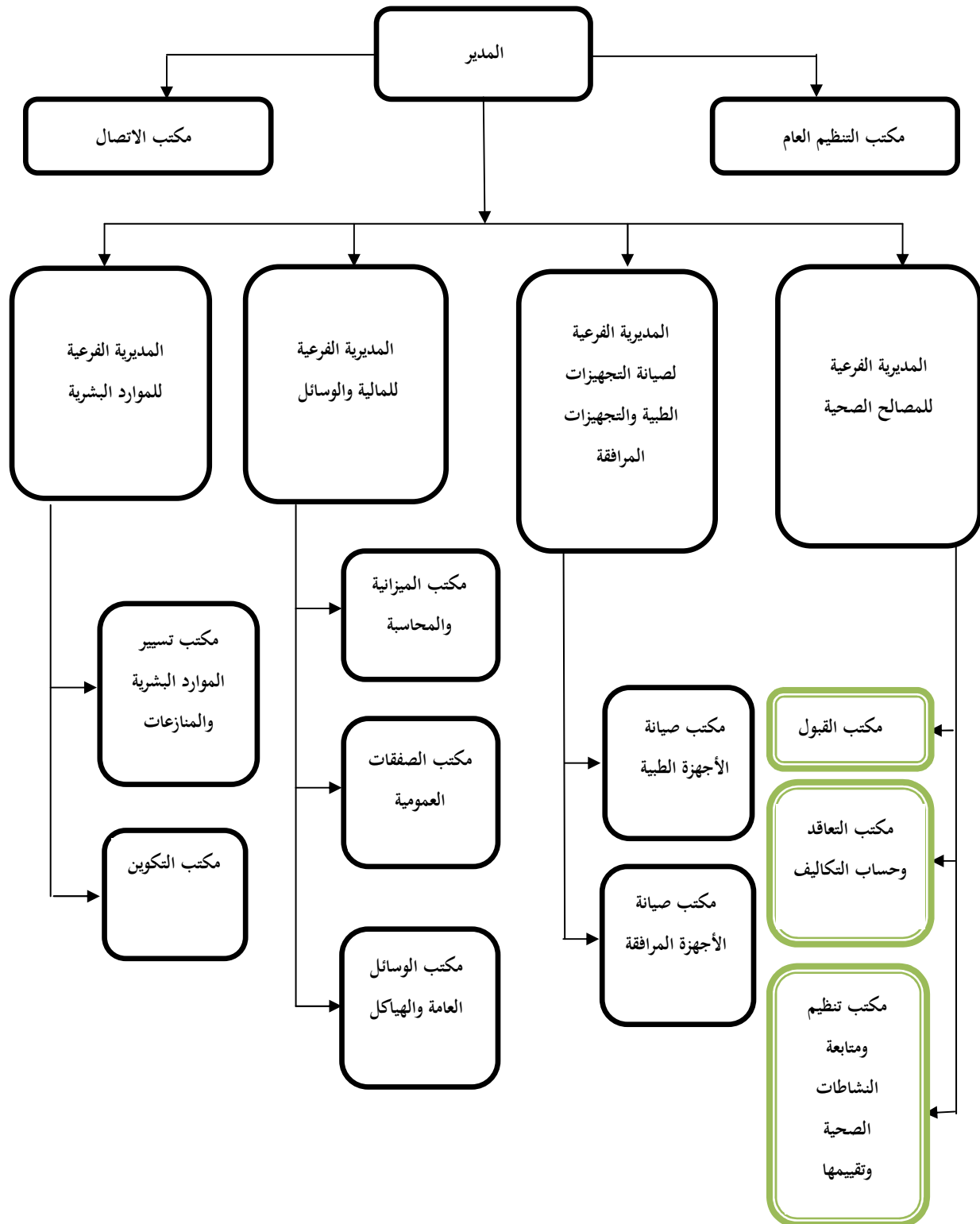


الشكل رقم (16): الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي بورقلة

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على وثائق الأرشيف للمؤسسات الصحية محل الدراسة.

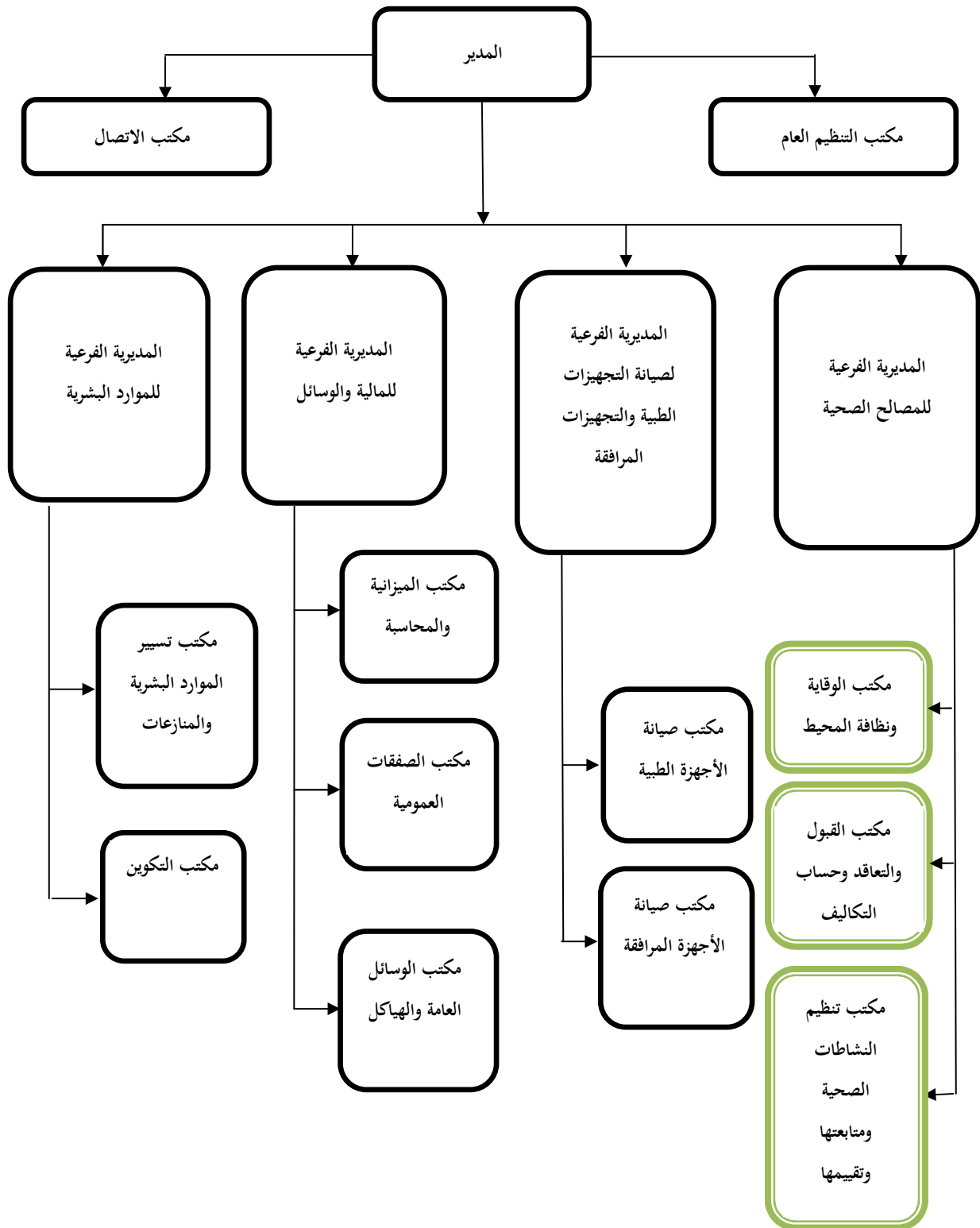
## 2- الهيكل التنظيمي للمؤسسات الصحية محل الدراسة بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة:

نظرا للتشابه بين الهياكل التنظيمية للمؤسسات العمومية الإستشفائية (المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة والمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت) محل الدراسة، والتشابه بين الهياكل التنظيمية للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت) محل الدراسة، فإننا سنكتفي بإبراز الهيكل التنظيمي لكل من المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة كالآتي:



الشكل رقم (17): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على وثائق المؤسسة محل الدراسة



الشكل رقم (18): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على وثائق المؤسسة محل الدراسة

وفيما يلي شرح للهيكل التنظيمي لكل من المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة:

❖ **المدير:** يعين كل من مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة

الجوارية بقرار صادر عن الوزير المكلف بالصحة، وباعتبارهما المسؤولين الأولين عن تسيير

المؤسسة فكل منهما يقوم بما يلي:

- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المهنية؛
- هو الأمر بالصرف في المؤسسة؛
- يحضر مشاريع الميزانيات التقديرية ويعد حسابات المؤسسة؛
- ينفذ مداولات مجلس الإدارة؛
- يعد مشروع التنظيم الداخلي والنظام الداخلي للمؤسسة؛
- يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته؛
- يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به؛
- يمكنه تفويض إمضائه تحت مسؤوليته لمساعديه الأقربين.

كما يلحق بمكتب المدير مكتبين هما:

أ- **مكتب الاتصال:** يتمثل دوره في الإشراف على جميع الاتصالات بين الوحدات

التنظيمية؛

ب- **مكتب النظام العام:** يقوم بمراقبة ومتابعة سير النظام العام و العمل على تطبيقه.

وتقييم مدى تناسبه مع الأهداف المرجوة منه.

ويساعد كل من مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية أربعة نواب مديرين مسؤولين عن المديريات الفرعية الآتية:

❖ **المديرية الفرعية للمصالح الصحية بالنسبة (للمؤسسة العمومية الإستشفائية):** يترأسها

مدير فرعي، وتتكفل بمتابعة النشاطات الصحية التي تتم على مستوى المؤسسة، حيث تقوم

بتنظيم وبرمجة الأنشطة الصحية المختلفة ومتابعتها، وتضم ثلاث مكاتب:

1. **مكتب القبول:** يقوم بتسجيل حركة المرضى، وتقديم غرف العلاج؛

2. **مكتب التعاقد وحساب التكاليف:** يقوم بمراجعة التكاليف الصحية وتقييم مدى

فعاليتها في توفير الخدمات المطلوبة؛

3. **مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها:** تنحصر وظيفته في برمجة

رزمة النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها.

❖ **المديرية الفرعية للمصالح الصحية بالنسبة (للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية):**

يترأسها مدير فرعي، وتتكفل بمتابعة النشاطات الصحية التي تتم على مستوى المؤسسة،

حيث تقوم بتنظيم وبرمجة الأنشطة الصحية المختلفة ومتابعتها، إضافة إلى إعداد مخطط

يتضمن ترقية وتكثيف الأنشطة الوقائية وتضم ثلاث مكاتب:

1. **مكتب الوقاية ونظافة المحيط:** يقوم بمتابعة مختلف نشاطات الوقاية، والمساهمة

في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة

الأضرار والآفات الاجتماعية؛

2. **مكتب القبول والتعاقد وحساب التكاليف:** يقوم بتسجيل حركة المرضى ومراجعة

التكاليف الصحية وتقييم مدى فعاليتها في توفير الخدمات المطلوبة؛

### 3. مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها: تتحصر وظيفته في برمجة

رزمة النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها.

❖ **المديرية الفرعية للموارد البشرية:** يترأسها مدير فرعي، وتتكفل بمتابعة المسار المهني

للموظفين والمنازعات القانونية، وتتكون من مكتبين: النشاطات الصحية التي تتم

على مستوى المؤسسة، حيث يقوم بتنظيم وبرمجة الأنشطة الصحية المختلفة ومتابعتها،

وتضم ثلاث مكاتب:

#### 1. مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات: يتكفل بجميع إجراءات تسيير الموارد

البشرية وشؤون الموظفين الاجتماعية، وكذا متابعة إجراءات القضايا والمنازعات

داخل المؤسسة سواء مع الموظفين أو مع الجهات التي تتعامل معها المؤسسة؛

#### 2. مكتب التكوين: يقوم بمتابعة بإعداد مخططات التكوين ومتابعتها.

❖ **المديرية الفرعية للمالية والوسائل:** يترأسها مدير فرعي، وتتكفل بعمليات تمويل وتجهيز

المؤسسة الصحية بكافة المواد وال لوازم، إضافة إلى متابعة كافة العمليات المحاسبية والمالية،

وتضم ثلاث مكاتب:

#### 1. مكتب الميزانية والمحاسبة: يهتم بتسجيل العمليات المالية والمحاسبية، ومتابعة

الوضعية المالية والمحاسبية للمؤسسة ومختلف نفقاتها وإيراداتها؛

#### 2. مكتب الصفقات العمومية: يقوم بإجراءات إبرام كافة الصفقات العمومية

والاستشارات والاتفاقيات المختلفة؛

#### 3. مكتب الوسائل العامة والهيكل: يتابع تجهيز وصيانة الهياكل، مراقبة المنشآت

ومتابعة المشاريع.

❖ **المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة:** يتأسسها مدير فرعي،

وتتضمن مكتبين:

1. **مكتب صيانة التجهيزات الطبية:** يقوم بالإشراف على صيانة كافة التجهيزات

الطبية؛

2. **مكتب صيانة التجهيزات المرافقة:** يشرف على متابعة وصيانة كافة التجهيزات

المرافقة.

من خلال مقارنة الشكل (15) بالشكلين (16) و(17) يتبين لنا أن تطبيق الخارطة الصحية

الجديدة أحدثت تغييراً في الهياكل التنظيمية للمؤسسات الصحية محل الدراسة كالاتي:

1) **تخصيص مديرية فرعية الموارد البشرية في الهيكل التنظيمي الجديد** يشرف عليها مدير فرعي،

بعدما كانت تابعة للمديرية الفرعية للإدارة والوسائل، وعليه يمكن القول أن الإصلاحات أدركت

الأهمية الكبرى للتسيير الاستراتيجي للموارد البشرية فسارعت إلى الرفع من مستواها التنظيمي

وعملت على استحداث مكتب جديد خاص بالتكوين تماشيا مع التطورات التكنولوجية وما

فرضته من تحولات مختلفة وخاصة في مجال الخدمات الصحية ذات النوعية والجودة لتلبية

الاحتياجات والمتطلبات الصحية للمجتمع.

2) **تخصيص مديرية فرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة** بعدما كانت منعدمة

في الهيكل التنظيمي الخاص بالمؤسسات الصحية قبل تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، وبعد

أن أشارت التقارير التقييمية لواقع القطاع الصحي في الجزائر إلى أن معظم التجهيزات الطبية

في المؤسسات الصحية متوقفة بسبب سوء الصيانة الذي تعاني منه، وبالتالي تم إعطاء أهمية

كبيرة للصيانة الدورية للتجهيزات الطبية باعتبار هذه الأخيرة تشكل دعامة أساسية لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

### المطلب الثالث: الإجراءات البشرية والمالية، المصاحبة للتغيير داخل المؤسسات الصحية محل الدراسة

تطلبت عملية تجسيد الخارطة الصحية الجديدة إعادة تنظيم للموارد البشرية وتعزيز إمكانياتها وتخصيص غلاف مالي معتبر، وسيم من خلال هذا المطلب تسليط الضوء على كل من الإجراءات البشرية والمالية التي صاحبت عملية التغيير في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

#### أولاً: الإجراءات البشرية المصاحبة للتغيير داخل المؤسسات الصحية محل الدراسة:

تعتبر الموارد البشرية المحرك الأساسي لتجسيد الخارطة الصحية الجديدة، ولذلك تم اتخاذ عدة إجراءات بخصوص إعادة هيكلتها، تكوينها وتوظيفها.

#### 1. التغيير في عدد الموارد البشرية: بهدف التجسيد الفعلي للخارطة الصحية الجديدة وتعزيز

الإمكانيات البشرية للمؤسسات الصحية محل الدراسة تم تخصيص مناصب مالية معتبرة في مختلف التخصصات والمصالح والجدول الموالي يوضح تطور عدد الموارد البشرية في المؤسسات الصحية محل الدراسة خلال الفترة الممتدة بين 2008-2013 كما يلي:

الجدول رقم (7): تطور عدد الموارد البشرية حسب التخصصات في المؤسسات الصحية محل

الدراسة خلال الفترة الممتدة بين (2008-2013)

| المجموع<br>العام | EPSP<br>تقرت | EPH<br>تقرت | EPSP<br>ورقلة | EPH<br>ورقلة | المؤسسة الصحية<br>التخصص والسنة |
|------------------|--------------|-------------|---------------|--------------|---------------------------------|
| 294              | 68           | 67          | 77            | 82           | 2008                            |
| 321              | 74           | 56          | 84            | 107          | 2009                            |
| 423              | 103          | 73          | 120           | 127          | 2010                            |
| 434              | 104          | 69          | 126           | 135          | 2011                            |
| 458              | 112          | 72          | 133           | 141          | 2012                            |
| 450              | 115          | 73          | 131           | 131          | 2013                            |
| 1242             | 232          | 383         | 239           | 388          | 2008                            |
| 1208             | 245          | 294         | 258           | 411          | 2009                            |
| 1316             | 260          | 330         | 274           | 452          | 2010                            |
| 1387             | 282          | 342         | 293           | 470          | 2011                            |
| 1433             | 297          | 350         | 302           | 484          | 2012                            |
| 1420             | 321          | 324         | 318           | 457          | 2013                            |

|     |     |     |     |     |      |                                |
|-----|-----|-----|-----|-----|------|--------------------------------|
| 753 | 66  | 217 | 151 | 319 | 2008 | المستخدمين الإداريين والمهنيين |
| 780 | 72  | 192 | 173 | 343 | 2009 |                                |
| 799 | 81  | 201 | 170 | 347 | 2010 |                                |
| 832 | 82  | 213 | 179 | 358 | 2011 |                                |
| 851 | 88  | 214 | 179 | 370 | 2012 |                                |
| 856 | 120 | 202 | 188 | 346 | 2013 |                                |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مدونة المناصب المالية الحقيقية للمؤسسات الصحية محل الدراسة.

من خلال الجدول رقم (7) نلاحظ ما يلي:

❖ هنالك تغييرا بالزيادة عموما في عدد المستخدمين الطبيين في الصحة العمومية في كافة المؤسسات الصحية محل الدراسة، حيث بلغ عددهم 450 مستخدما سنة 2013 بعد أن كان عددهم في حدود 294 مستخدما سنة 2008، أي بزيادة قدرها 53.06% خلال 06 سنوات. وتجدر الإشارة بالذكر أن الانخفاض الملحوظ في عدد المستخدمين الطبيين في الصحة العمومية بين سنتي 2012 و 2013 يرجع إلى انتهاء فترة الخدمة المدنية للأطباء الأخصائيين في كل من المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة والمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت.

❖ هناك تطور ملحوظ عموماً في المستوى الكمي للمستخدمين شبه الطبيين في الصحة العمومية في كافة المؤسسات الصحية محل الدراسة، حيث كان عددهم يبلغ 1242 مستخدماً سنة 2008، وارتفع ليبلغ 1420 مستخدماً سنة 2013، أي بزيادة قدرها 14.33% خلال 06 سنوات. وتجدر الإشارة بالذكر أن الانخفاض الملحوظ في عدد المستخدمين شبه الطبيين في الصحة العمومية بين سنتي 2012 و 2013 يرجع إلى إحالة عدد معتبر منهم على التقاعد في كل من المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة والمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت.

❖ أما بالنسبة للمستخدمين الإداريين والمهنيين فإننا نلاحظ أيضاً ارتفاعاً في عددهم، حيث بلغ 856 مستخدماً سنة 2013، بعد أن كان لا يتجاوز 753 مستخدماً سنة 2008، أي بزيادة قدرها 13.67% خلال 06 سنوات.

❖ بالمقارنة بين نسب التطور في الموارد البشرية للمؤسسات الصحية محل الدراسة نلاحظ أن أكبر نسبة ارتفاع كانت في جانب المستخدمين الطبيين في الصحة العمومية والمقدرة بـ 53.06% خلال 06 سنوات، وهذا يعود إلى العجز الكبير المسجل في هذه الفئة على مستوى المؤسسات الصحية محل الدراسة، وبصفة خاصة في كل من المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت بسبب كبر المساحة الجغرافية التي تغطيهما، إضافة إلى العدد الكبير للعيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج التابعة لكل منهما والتي تحتاج إلى عدد كبير من المستخدمين الطبيين في الصحة العمومية لتأمين مختلف الخدمات الصحية بها. ثم تأتي في المرتبة الثانية نسبة تطور عدد المستخدمين شبه الطبيين في الصحة العمومية والمقدرة بـ 14.33% خلال

06 سنوات، وفي المرتبة الأخيرة نسبة تطور عدد المستخدمين الطبيين في الصحة العمومية والمقدرة بـ 13.67% خلال 06 سنوات، والملاحظ أن هناك تقارب بين النسبتين الأخيرتين. ❖ وما يمكن ملاحظته كذلك أن عدد المستخدمين الطبيين في الصحة العمومية يمثل حوالي ثلث عدد المستخدمين شبه الطبيين المقدر عددهم بـ 1420 مستخدم سنة 2013، أي بمعدل 3.15 شبه طبي لكل ممارس طبي.

2. إعادة التكوين والتكوين المستمر للموارد البشرية: من أجل تجسيد الخارطة الصحية الجديدة، وتعزيز القدرات التسييرية للإطارات تم وضع مخطط للتكوين المستمر على مستوى المؤسسات الصحية محل الدراسة يضم حوالي 650 عون صحي من مختلف الفئات على مدار الفترة الممتدة بين 2008-2013. كما استفاد مجموع الإطارات المسيرة للمؤسسات الصحية محل الدراسة (المدراء ونوابهم) والذين يبلغ عددهم 20 إطارا منهم 16 نائب مدير وأربعة مدراء، من تكوين متخصص بالمدرسة الوطنية للماجستير وإدارة الصحة (ENMAS<sup>1</sup>) في المجالات المالية: التسيير العام، تقنيات الاتصال، نظام المعلومات الإستشفائي، الاقتصاد العمومي والصحي، الصحة العمومية وعلم الأوبئة، تسيير العمليات المالية ومراقبة التسيير، تسيير المصالح والتسيير التطبيقي للموارد البشرية. والجدير بالإشارة أن هذا التكوين الخاص الذي مدته ستة أشهر كان تحت إشراف إطارات من وزارة الصحة، أساتذة جامعيين جزائريين، وإطارات من إسبانيا، بلجيكا وفرنسا<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ecole nationale de management et de l'administration de la santé.

<sup>1</sup>Direction de la sante et de la population de la wilaya de Ouargla, "**Fiche technique du secteur de la santé arrêté au 31/03/2014**", Avril 2014.

ثانيا: الإجراءات المالية المصاحبة للتغيير داخل المؤسسات الصحية محل الدراسة:

تطلب تجسيد الخارطة الصحية الجديدة غلافاً مالياً معتبراً، وذلك من أجل القيام بكل العمليات المتعلقة بإعادة تنظيم الهياكل الصحية، ويمكن حصر هذه العمليات في الآتي:

- ✓ إتمام عمليات جرد أثاث وبنائيات المؤسسات المعنية؛
- ✓ تعيين محاسبين على مستوى المؤسسات الجديدة وذلك بالتعاون مع مصالح وزارة المالية؛
- ✓ وضع مكاتب الدخول؛
- ✓ توزيع موظفي القطاع الصحي السابق بين المؤسسات الإستشفائية العمومية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية؛
- ✓ تكوين المدراء المنسقين من أجل تسليمهم وظائفهم في المؤسسات الصحية المستحدثة؛
- ✓ إعداد موازنات التشغيل لكل ولاية لسنة 2008.

والجدير بالإشارة أنه تم تخصيص مبلغ مالي يفوق 164 مليون دينار من أجل تجسيد الخريطة الصحية الجديدة<sup>1</sup>، وفيما يلي عرض للوضعية المالية وتطور الميزانية في الفترة الممتدة بين 2008-2013 بالنسبة للمؤسسات الصحية محل الدراسة.

أ- بالنسبة للنفقات: تتمثل مختلف نفقات المؤسسات الصحية محل الدراسة في نفقات الموظفين، نفقات التكوين، التغذية، الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي، نفقات الأعمال الوقائية النوعية، العتاد والأدوات الطبية، صيانة الهياكل الصحية، نفقات أخرى للتسيير، الخدمات الاجتماعية، ونفقات البحث الطبي. والجدول الموالي يوضح كيفية توزيع نفقات ميزانية التسيير حسب كل نوع من أنواع المؤسسات الصحية محل الدراسة لسنة 2013.

<sup>1</sup> Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière, 12/01/2008, p: 12.

الجدول رقم (8): توزيع ميزانية التشغيل لسنة 2013 للمؤسسات الصحية محل الدراسة حسب طبيعة النفقات

| النسبة<br>% | إعتمادات<br>EPSP<br>تفرت ( د ج ) | إعتمادات<br>EPH<br>تفرت ( د ج ) | إعتمادات<br>EPSP<br>ورقلة ( د ج ) | إعتمادات<br>EPH<br>ورقلة ( د ج ) | إعتمادات المؤسسة الصحية<br>العناوين والتعيينات |
|-------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|
| 76,62       | 688.757.000                      | 724.810.000                     | 776.338.000                       | 1.007.430.000                    | العنوان I نفقات الموظفين                       |
| 0,08        | 250.000                          | 850.000                         | 250.000                           | 1.800.00                         | العنوان II نفقات التكوين                       |
| 2,10        | 4.000.000                        | 31.000.000                      | 4.000.000                         | 48.100.000                       | العنوان III نفقات التغذية                      |
| 9,15        | 11.500.000                       | 86.000.000                      | 11.500.000                        | 273.000.000                      | العنوان VI نفقات الأدوية                       |
| 1,58        | 25.800.000                       | 10.000.000                      | 22.000.000                        | 8.000.000                        | العنوان V نفقات الأعمال الوقائية               |
| 2,76        | 14.000.000                       | 28.000.000                      | 12.000.000                        | 61.000.000                       | العنوان VI العتاد الأدوات الطبية               |
| 2,40        | 11.000.000                       | 25.000.000                      | 9.000.000                         | 55.000.000                       | العنوان IIIV صيانة الهياكل الصحية              |
| 4,00        | 21.000.000                       | 46.000.000                      | 22.000.000                        | 78.000.000                       | العنوان IIIIV نفقات أخرى للتسيير               |
| 1,32        | 12.000.000                       | 14.000.000                      | 11.000.000                        | 18.000.000                       | العنوان XI الخدمات الاجتماعية                  |
| /           | /                                | /                               | /                                 | /                                | العنوان X نفقات البحث الطبي                    |
| %100        | 788.807.000                      | 965.660.000                     | 868.088.000                       | 1.550.330.000                    | المجموع الفرعي                                 |
| %100        | 4.172.890.000                    |                                 |                                   |                                  | المجموع العام                                  |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات المديريات الفرعية للمالية والوسائل للمؤسسات الصحية محل الدراسة.

يتضح من خلال الجدول السابق أن أكبر نسبة من ميزانية التشغيل توجه إلى نفقات الموظفين بنسبة 76.62% وهي بالتقريب تمثل ثلاثة أرباع (  $\frac{3}{4}$  ) الميزانية، ثم تليها النفقات المخصصة للأدوية بنسبة 9.15%، كما يلاحظ أن النسبة المخصصة لكل من التكوين ضئيلة جدا مقارنة بأهميتها حيث بلغت 0.08%، في حين أن النفقات المخصصة للبحث الطبي منعدمة تماما.

ب-تطور ميزانية التشغيل للمؤسسات الصحية محل الدراسة للفترة الممتدة بين 2008-

2013: يوضح الجدول الموالي تطور نفقات المؤسسات الصحية محل الدراسة خلال

الفترة الممتدة بين 2008-2013 كالآتي:

الجدول رقم (9): تطور ميزانية التشغيل للمؤسسات الصحية محل الدراسة للفترة الممتدة

بين 2008-2013 حسب طبيعة النفقات

الوحدة: 10<sup>3</sup> دينار جزائري

| 2013      | 2012      | 2011    | 2010    | 2009    | 2008    | السنوات           |                   |
|-----------|-----------|---------|---------|---------|---------|-------------------|-------------------|
|           |           |         |         |         |         | المؤسسة<br>الصحية | عناوين<br>النفقات |
| 1.007.430 | 1.100.000 | 995.000 | 551.000 | 520.000 | 467.830 | EPH ورقلة         | العنوان I         |
| 776.338   | 715.000   | 606.000 | 295.000 | 272.000 | 261.430 | EPSP ورقلة        |                   |
| 724.810   | 772.000   | 753.000 | 337.000 | 372.000 | 379.620 | EPH تقرت          |                   |
| 688.757   | 673.000   | 627.000 | 248.500 | 233.000 | 223.000 | EPSP تقرت         |                   |
| 1.800     | 1.755     | 1.620   | 1.870   | 4.000   | 1.400   | EPH ورقلة         | العنوان II        |
| 250       | 460       | 610     | 450     | 1.500   | 420     | EPSP ورقلة        |                   |
| 850       | 785       | 820     | 960     | 3.510   | 1.340   | EPH تقرت          |                   |
| 250       | 300       | 450     | 450     | 1.500   | 410     | EPSP تقرت         |                   |
| 48.100    | 42.100    | 39.000  | 33.000  | 33.000  | 33.000  | EPH ورقلة         | العنوان III       |
| 4.000     | 4.000     | 4.000   | 4.000   | 3.500   | 1.500   | EPSP ورقلة        |                   |
| 31.000    | 25.000    | 24.700  | 22.700  | 21.500  | 24.000  | EPH تقرت          |                   |
| 4.500     | 3.000     | 2.500   | 2.500   | 3.300   | 2.500   | EPSP تقرت         |                   |
| 273.000   | 222.500   | 285.000 | 255.000 | 265.000 | 200.000 | EPH ورقلة         | العنوان VI        |
| 11.500    | 13.500    | 21.000  | 22.000  | 25.000  | 18.500  | EPSP ورقلة        |                   |
| 86.000    | 73.000    | 134.000 | 134.000 | 100.000 | 151.500 | EPH تقرت          |                   |
| 11.500    | 10.500    | 21.000  | 22.000  | 25.000  | 18.500  | EPSP تقرت         |                   |
| 8.000     | 8.000     | 15.000  | 12.970  | 16.500  | 9.000   | EPH ورقلة         |                   |
| 22.000    | 18.000    | 28.000  | 17.100  | 24.000  | 14.400  | EPSP ورقلة        |                   |

|           |           |           |           |           |         |            |              |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|------------|--------------|
| 10.000    | 5.000     | 10.000    | 8.970     | 8.700     | 5.000   | EPH تقررت  | العنوان V    |
| 25.800    | 18.000    | 25.000    | 17.610    | 23.000    | 13.000  | EPSP تقررت |              |
| 61.000    | 42.000    | 41.000    | 37.000    | 35.000    | 34.000  | EPH ورقة   | العنوان VI   |
| 12.000    | 12.000    | 12.000    | 14.000    | 12.000    | 10.000  | EPSP ورقة  |              |
| 28.000    | 18.000    | 16.500    | 16.000    | 13.000    | 15.000  | EPH تقررت  |              |
| 14.000    | 12.000    | 11.000    | 11.000    | 12.000    | 12.500  | EPSP تقررت |              |
| 55.000    | 47.000    | 44.000    | 41.000    | 50.000    | 50.000  | EPH ورقة   | العنوان IIV  |
| 9.000     | 10.000    | 12.000    | 13.000    | 9.000     | 8.000   | EPSP ورقة  |              |
| 25.000    | 22.000    | 20.000    | 20.000    | 21.500    | 20.000  | EPH تقررت  |              |
| 11.000    | 10.000    | 10.000    | 10.000    | 9.000     | 8.000   | EPSP تقررت |              |
| 78.000    | 10.500    | 72.000    | 71.000    | 79.000    | 70.000  | EPH ورقة   | العنوان IIVI |
| 22.000    | 6.300     | 17.500    | 20.500    | 18.500    | 17.000  | EPSP ورقة  |              |
| 46.000    | 8.200     | 42.000    | 41.500    | 46.000    | 50.000  | EPH تقررت  |              |
| 21.000    | 5.500     | 17.500    | 20.500    | 18.500    | 16.000  | EPSP تقررت |              |
| 18.000    | 75.000    | 10.200    | 10.200    | 7.000     | 7.000   | EPH ورقة   | العنوان XI   |
| 11.000    | 18.000    | 6.000     | 5.800     | 3.000     | 3.000   | EPSP ورقة  |              |
| 14.000    | 42.000    | 8.200     | 8.200     | 4.800     | 5.500   | EPH تقررت  |              |
| 12.000    | 20.000    | 5.200     | 5.100     | 3.000     | 3.000   | EPSP تقررت |              |
| /         | /         | /         | /         | /         | /       | EPH ورقة   | العنوان X    |
| /         | /         | /         | /         | /         | /       | EPSP ورقة  |              |
| /         | /         | /         | /         | /         | /       | EPH تقررت  |              |
| /         | /         | /         | /         | /         | /       | EPSP تقررت |              |
| 1.550.330 | 1.548.855 | 1.502.820 | 1.027.860 | 1.009.500 | 872.230 | EPH ورقة   | المجموع      |
| 868.088   | 797.260   | 707.110   | 391.850   | 368.500   | 334.250 | EPSP ورقة  |              |
| 965.660   | 965.985   | 1.009.220 | 568.830   | 651.010   | 651.960 | EPH تقررت  |              |
| 788.807   | 752.300   | 719.650   | 337.660   | 328.300   | 296.910 | EPSP تقررت |              |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات المديريات الفرعية للمالية والوسائل للمؤسسات

الصحية محل الدراسة.

من خلال قراءة للمعطيات السابقة نلاحظ أن هناك تذبذباً في تطور الميزانية الخاصة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت، فبعد أن شهدت انخفاضاً في النفقات سنتي 2009 و 2010 بسبب خروج عيادة أمراض النساء والتوليد كمؤسسة إستشفائية متخصصة مستقلة تحت إسم: المؤسسة الإستشفائية المتخصصة مستشفى الأم والطفل تقرت (EHS)، وعادت إلى الارتفاع سنة 2011 بسبب الارتفاع الملحوظ في نفقات العنوان I، وهذا نتيجة لصدور الأنظمة التعويضية الخاصة بجميع مستخدمي المؤسسة والتي ترتبت عنها نفقات إضافية انعكست في شكل ارتفاع في ميزانية التسيير للمؤسسة.

أما بقية المؤسسات الصحية محل الدراسة (المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت)، فقد شهدت نفقات التسيير بها تغيراً بالزيادة خلال الفترة الممتدة بين 2008-2013، حيث شهد العنوان I أكبر نسبة زيادة في نفقات التسيير، وهذا نتيجة لصدور الأنظمة التعويضية الخاصة بجميع مستخدمي هذه المؤسسات كما تمت الإشارة إليه سابقاً من جهة، ومن جهة أخرى بسبب تزايد الطلب على الخدمات الصحية بهذه المؤسسات خلال هذه الفترة.

وعلى العموم فإن ميزانية التسيير وبمجموع عناوينها تعد كافية وتغطي كافة الاحتياجات بالنسبة لكل من المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة والمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت إلى حد كبير، أما ميزانية التسيير في كل من المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت، بالنسبة للعنوان I والعنوان V فهي تعد أيضاً كافية وتلبي كافة الاحتياجات المطلوبة، أما بقية العناوين تعاني من عجز شديد منذ نشأة المؤسسات، وهذا ما أثر سلباً على الخدمات المقدمة من طرف هاتين المؤسسات، وتجدر الإشارة بالذكر أن هذا المشكل يعود

إلى سوء تقدير ميزانية التسيير بالنسبة للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية على المستوى الوطني عند تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، وبالرغم من أن المؤسسات في نهاية كل سنة تحضران مشروع ميزانية تقديرية يتم تقديمها إلى الوزارة الوصية إلا أن الميزانية المقترحة من الوزارة لا تعكس مستوى التطلعات والاحتياجات، وبالتالي يبقى العجز في الميزانية مستمر، وهذا ما يتسبب في عجز هاتين المؤسساتيتين عن تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

#### المطلب الرابع: تشخيص واقع جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات محل الدراسة

##### مع نظرة تقييمية لها

إن الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات الصحية محل الدراسة تتنوع وتختلف باختلاف تصنيف وأهداف هذه المؤسسات، حيث أن المؤسسات العمومية الإستشفائية تقوم بضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء، أما المؤسسات العمومية للصحة الجوارية فتتولى التكفل بتقديم خدمات الوقاية والعلاج القاعدي والعلاج الجوارى والأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.

#### I- تشخيص واقع جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العموميتين الإستشفائيتين محمد بوضياف

##### ورقلة وسليمان عميرات تقرت مع التقييم:

تقوم المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة بضمان التغطية الصحية بصفة دائمة لحوالي 273006 نسمة<sup>1</sup> موزعين عبر 03 دوائر هي: ورقلة، سيدي خويلد ونقوسة، وبصفة متقطعة تضمن التغطية الصحية عبر كامل تراب الولاية باعتبار المستشفى أكبر مؤسسة صحية على مستوى الولاية

<sup>1</sup> إحصائيات مصلحة الهياكل والمهن الصحية بمديرية الصحة والسكان لولاية ورقلة الموقوفة بتاريخ 2013/12/31.

من حيث الإمكانيات البشرية، المالية والمادية. أما المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت فتقوم بضمان التغطية الصحية لحوالي 277718 نسمة<sup>1</sup> موزعين عبر 04 دوائر هي: تقرت، تماسين، الطيبات والمقارين، وتتمثل أهم الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات العموميتين الإستشفائيتين في الآتي<sup>2</sup>:

#### 1. الخدمات الإستشفائية الطبية: و يقصد بها جميع خدمات العلاج الشفائي والتشخيص و إعادة

التأهيل الطبي والاستشفاء التي يقدمها الطاقم الطبي المتخصص والعام، حيث تتوفر المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة على 63 ممارس طبي عام و56 ممارس متخصص مساعد في 15 تخصصا طبيا وهو عدد غير كافي لتقديم خدمات طبية أساسية فقط، حيث تعاني المؤسسة من عجز في الممارسين الطبيين المتخصصين يقدر بحوالي 100 ممارس متخصص مساعد حسب المدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة ، كما تعاني أيضا من انعدام الممارسين الطبيين المتخصصين في تخصصات قاعدية عديدة كجراحة الأعصاب والقلب، وهو ما يفسر الارتفاع الكبير لعدد التحويلات الطبية للمرضى باتجاه المراكز الإستشفائية الجامعية بشمال وشرق الوطن، أما المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت فتتوفر على 56 ممارس طبي عام و16 ممارس متخصص مساعد في 12 تخصصا طبيا، وحسب المدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة فإن عدد الممارسين الطبيين العامين يعد كافيا، أما بالنسبة للممارسين المتخصصين المساعدين فالمؤسسة تعاني من عجز كبير في عددهم وتخصصاتهم، خاصة تخصصات جراحة الأعصاب والقلب وجراحة الأطفال، وهو ما يجعل المؤسسة تلجأ إلى التحويل الطبي للمرضى باتجاه المراكز الإستشفائية الجامعية بشمال وشرق الوطن من أجل توفير التكفل بالمرضى الذين هم في حالة استعجالية،

<sup>1</sup> إحصائيات مصلحة الهياكل والمهن الصحية بمديرية الصحة والسكان لولاية ورقلة الموقوفة بتاريخ 2013/12/31.

<sup>2</sup> المرجع نفسه.

وحتى تضمن المؤسسة تقديم خدمات ذات جودة عالية للمرضى الوافدين عليها، يجب أن تتدعم بحوالي 50 ممارس متخصص مساعد في مختلف التخصصات من أجل ضمان توفير الخدمات الطبية المتخصصة للمرضى، ورغم العجز المسجل في الطاقم الطبي المتخصص في كلا المؤسستين العموميتين الإستشفائيتين، فإنهما قامتا بضمان تقديم الخدمات الإستشفائية الطبية على مستوى كافة مصالحهما، حيث كانت حصيلة نشاطهما خلال سنة 2013 كالآتي<sup>1</sup>:

#### أ- المصالح الإستشفائية:

➤ **عدد حالات الدخول:** وتتمثل في عدد حالات المرضى الذين يبيتون بالمؤسسة الصحية ليلة واحدة على الأقل ويستفيدون من خدمات طبية، وفي هذا الإطار قدر عدد حالات الدخول بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة بحوالي 4890 مريض، أي بمعدل 13 مريضا /24 سا، أما المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت فقدر بها عدد حالات الدخول بحوالي 3056 مريض، أي بمعدل 08 مرضى /24 سا.

➤ **عدد حالات الخروج:** تتضمن عدد المرضى الذين يغادرون المؤسسة الصحية بعد الشفاء أو التحسن أو الموت أو المنقولون إلى جهة أخرى خارج المؤسسة الصحية، وفي هذا الإطار قدر عدد حالات الخروج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة بحوالي 3965 مريض، أي بمعدل 11 مريض/24 سا، أما المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت فقدرت بها عدد حالات الخروج بحوالي 2985 مريض، أي بمعدل 08 مرضى /24 سا.

<sup>1</sup> Le bilan des activités, élaboré par le direction de la sante et de la population de wilaya de Ouargla, 31/12/2013.

➤ **عدد أيام العلاج:** ويقصد بها عدد الأيام التي يقضيها المريض بقسم التنويم الداخلي (التخدير والإنعاش) بالمؤسسة الصحية. ويوم العلاج هو الوحدة التي تدل على الخدمات الطبية التي تقدم لمريض واحد ضمن تعداد المؤسسة الصحية بين اليوم واليوم الذي يليه، وفي هذا الصدد قدر مجموع أيام العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة بـ 27846 يوم، أما مجموع أيام العلاج بالمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت فقدر بـ 19829 يوم.

➤ **معدل شغل الأسرة:** يبين هذا المعدل العلاقة بين عدد الأسرة المستخدمة وعدد الأسرة الأساسية، حيث يبلغ عدد الأسرة الأساسية بالمؤسسة الصحية 501 سرير، ووصلت نسبة شغل الأسرة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة خلال سنة 2013 إلى 54.31%، أما بالنسبة للمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت والتي تحتوي على 212 سرير، فقد وصلت نسبة شغل الأسرة بها إلى 32.34%.

➤ **متوسط مدة الإقامة:** ويقصد به متوسط عدد الأيام التي يمضيها المريض بالمؤسسة الصحية، حيث بلغ بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة حوالي 07 أيام، أما بالنسبة للمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت فقد بلغ بها متوسط مدة إقامة المرضى حوالي 06 أيام.

➤ **معدل دوران الأسرة:** يقصد به عدد المرضى المتعاقبين على نفس السرير خلال سنة واحدة، حيث بلغت نسبة دوران الأسرة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة 20.13%، في حين بلغت نسبة دوران الأسرة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت 18.19%.

**ب- وحدة تصفية الدم:** قدمت المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف خدمات تصفية الدم لحوالي 78 مريض يعانون من القصور الكلوي على مستوى الولاية، كان من بينهم 43 مريض في حالة استعجالية، فيما قدر عدد الحصص التي استفاد منها المرضى على مستوى الوحدة بـ 6491 حصة بمعدل 18 حصة في اليوم الواحد، أما المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت فقد قدمت نفس الخدمات لحوالي 69 مريض يعانون من القصور الكلوي على مستوى الدوائر الأربعة التي تغطيها المؤسسة، حيث كان من بينهم 38 مريض في حالة استعجالية، فيما قدر عدد الحصص التي استفاد منها المرضى على مستوى الوحدة بـ 5984 حصة بمعدل 16 حصة/ اليوم.

#### **ج- مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية:**

➤ **عدد حالات التشخيص الطبي:** يساوي 10934 حالة بمعدل 30 حالة تشخيص/24سا في المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة، أما المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت فقد بلغ بها عدد حالات التشخيص الطبي حوالي 10011 حالة بمعدل 27 حالة تشخيص/24سا.

➤ **عدد المرضى الذين تم وضعهم تحت المراقبة الطبية:** يقدر بـ 3758 مريض بمعدل 10 مرضى/24سا بالنسبة للمؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة، في حين بلغ بالمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت حوالي 2587 مريض بمعدل 07 مرضى/24سا.

➤ عدد حالات الحقن الوريدي: بلغت 5137 حالة حقن بمعدل 14 حالة حقن/24سا

بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة، أما بالمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت فقد

بلغت 4543 حالة حقن بمعدل 12 حالة حقن/24سا.

➤ عدد حالات التضميد: يقدر بـ 7287 حالة تضميد استفاد منها المرضى الوافدون

على المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة بمعدل 20 حالة تضميد/24 سا، في حين

بلغت 6312 حالة بمعدل 17 حالة تضميد/24 سا على مستوى المؤسسة العمومية

الإستشفائية تقرت.

د- مصلحة الجراحة العامة: حيث أجريت على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة

حوالي 1850 عملية جراحية بمعدل 05 عمليات جراحية/24سا، في حين بلغ عدد

العمليات الجراحية التي تم إجراؤها على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت

حوالي 1246 عملية جراحية بمعدل 03 عمليات جراحية/24سا.

2. خدمات العلاج المساعدة: وتتضمن خدمات الأشعة والتحاليل المخبرية، وحسب بيانات

المديريتين الفرعيتين للمصالح الصحية بالمؤسستين العموميتين الإستشفائيتين ورقلة وتقرت

بهذا الخصوص، وبلغت الأرقام قامت كلا المؤسستين خلال سنة 2013 بتقديم خدمات العلاج

المساعدة على مستوى المصالح الآتية:

أ- مصلحة الكشف بتحاليل الدم: والتي تضم المخبر المركزي الذي يقدم خدمات التحليل

المخبري للدم لكافة المرضى المقيمين على مستوى كل مؤسسة، حيث بلغ عدد التحاليل

المخبرية حوالي 164290 حالة بمعدل 450 تحليل/24سا بالمؤسسة العمومية

الإستشفائية ورقلة، في حين بلغ عدد التحاليل المخبرية على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت حوالي 134824 حالة بمعدل 369 تحليل/24سا، ولكن المشكل الذي تعاني منه المصلحة بكلا المؤسساتين هو اضطراب في تزويدها بمحاليل الكشف التي تعمل بها الأجهزة مما يؤدي إلى توقف الخدمات المقدمة مما ينعكس بالسلب على المرضى، ويرجع سبب ذلك إلى مشكل وطني في توزيع هذه المحاليل عبر المؤسسات الصحية، إضافة إلى مشكل التعطل المتكرر لأجهزة التحليل بسبب انعدام المختصين في صيانة هذه الأجهزة.

**ب- مصلحة الكشف بالأشعة:** حيث بلغ عدد الكشوفات بالأشعة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة 97215 اختبار بمعدل 266 اختبار/اليوم، أما بمصلحة الأشعة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت فقد بلغ عدد الكشوفات بالأشعة 77843 اختبار بمعدل 213 اختبار/اليوم. والملاحظ أن المصلحة بكلتا المؤسساتين تعاني من مشكل تعطل أجهزة الكشف بالأشعة المتكرر إضافة إلى تذبذب في تزويد المصلحة بأفلام التصوير الطبي مما يعطل الخدمات المقدمة بهذه المصلحة بكلا المؤسساتين لفترات طويلة.

➤ **عدد الحالات الكشف بجهاز السكانير:** حيث يوجد بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة جهاز واحد يشرف على تشغيله 04 ممارسين متخصصين مساعدين في الأشعة. ولكن هذا العدد غير كاف لضمان تقديم خدمات ذات نوعية وجودة عالية، وللقضاء على هذا العجز يجب تدعيم المؤسسة الصحية بحوالي 08 ممارسين متخصصين مساعدين في الأشعة حسب المدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة،

كما أن الجهاز يتعرض لأعطاب متعددة ولفترات طويلة بسبب غياب مختصين في صيانته بالمؤسسة، ويقدر عدد المرضى الذين استفادوا من خدمات الكشف بجهاز السكانير بالمؤسسة حوالي 2404 مريض بمعدل 06 مرضى/24سا، في حين أن هذا الجهاز بالمؤسسة العمومية الإستشفائية تفتقر بقي في حالة عطل لفترة طويلة سنة 2013 بسبب تعذر صيانته، كما أن المؤسسة لا تتوفر إلا على ممارس متخصص مساعد وحيد في الأشعة ولا يمكنه القيام بجميع حالات الكشف لوحده، وللقضاء على حالة العجز في هذا التخصص يجب تدعيم المؤسسة بـ 05 ممارسين متخصصين مساعدين في الأشعة حسب المدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة، كما يجب توفير تقنيين متخصصين في صيانة هذا الجهاز للتغلب على الأعطال المتكررة التي يتعرض لها. وبلغ عدد المرضى الذين استفادوا من خدمات الكشف بجهاز السكانير بالمؤسسة 368 مريض بمعدل 01 مريض/24سا.

**3. خدمات التمريض:** تعتمد الخدمات الصحية بصفة عامة على الطاقم شبه الطبي، والذي من شأنه أن يؤثر في كفاءة وفعالية أداء الخدمة الصحية، نظرا لارتباطه المباشر بالمرضى لوقت طويل، وذلك من خلال تقديم الرعاية الضرورية لأفراد المجتمع المرضى بهدف تحسين مستواهم الصحي ووقايتهم من الأمراض، ونشير هنا للخدمات العديدة التي يقدمها الطاقم شبه الطبي على مستوى كل من المؤسسات العموميتين الإستشفائيتين ورقلة وتقرت والمتمثلة في:

➤ **الخدمات الفنية:** وهي الخدمات التي يقدمها الطاقم شبه الطبي داخل الأقسام

العلاجية، طبقا لتعليمات الطبيب المعالج، مثل قياس الحرارة، قياس الضغط الدموي،

متابعة برنامج العلاج الذي تم وصفه من طرف الطبيب...إلخ؛

➤ **الخدمات الأخرى:** والمتمثلة في الاحتفاظ بالسجلات الطبية والبطاقات الخاصة

بالمريض ونوعية الأدوية والتغذية الخاصة بكل مريض، وتسجيل الملاحظات حول

النظافة والأمن داخل الأقسام الإستشفائية.

ومن خلال ما سبق نرى أن خدمات التمريض لها دور كبير في مساعدة المرضى على الشفاء وهو الشيء الذي لمسناه بكل من المؤسساتيتين الصحييتين والتي يسعى الطاقم شبه الطبي بهما إلى محاولة تحسين مستوى هذه الخدمات المقدمة للمرضى، ولكن العائق الذي يحول دون الوصول إلى تحقيق هذا الهدف هو العجز الكبير في الطاقم شبه الطبي الذي تعاني منه كلا المؤسساتيتين الصحييتين مقارنة بارتفاع نسبة التغطية الصحية المضمونة من طرفها لسكان الولاية، حيث أن المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة تحتوى على 457 مستخدما شبه طبيا في مختلف التخصصات شبه الطبية، وهو عدد غير كاف لتقديم خدمات تمريضية ذات جودة عالية وترقى إلى مستوى تطلعات المرضى، حيث يقدر العجز في الطاقم شبه الطبي حسب المدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة بحوالي 225 مستخدما شبه طبيا، وهو ما يمثل حوالي نصف العدد المتواجد حاليا، أما المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت فتحتوي على 324 مستخدما شبه طبيا في مختلف التخصصات، إلا أن هذا العدد يعد غير كاف أيضا، حيث يقدر حجم العجز في الطاقم شبه الطبي بالمؤسسة حسب المدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة بحوالي 162 مستخدما شبه طبيا، وتوفر هذا العدد من شأنه أن يحسن مستوى الخدمات التمريضية المقدمة بالمؤسسة بالقدر المطلوب. والملاحظ أن هذا المشكل يبقى دون حل في كلا المؤسساتيتين في ظل قلة منتج التكوين شبه الطبي المتخرج سنويا من مدارس التكوين شبه الطبي الذي تستفيد منه كلا المؤسساتيتين والذي لا يرقى إلى مستوى التطلعات في الوقت الحالي.

#### 4. خدمات النظافة والتغذية: شهدت هذه الخدمات بكل من المؤسسة العمومية الإستشفائية

والمؤسسة العمومية الإستشفائية تشرت تطورا ملحوظا على ما كانت عليه سابقا، فبدخلنا للمؤسستين نلاحظ استحسان المرضى لتحسن النظافة بالمصالح الإستشفائية، وخاصة بعد أن أسندت كلا المؤسستين خدمات النظافة إلى مؤسسات مناوله خلال سنة 2013، أما بالنسبة لخدمات التغذية فقد شهدت هي أيضا تحسنا ملحوظا من حيث نوعية الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى، رغم أنها مازالت تعاني من نقص يتمثل في توحيد الوجبات الغذائية لكافة المرضى بالمصالح الإستشفائية بالرغم من اختلاف حالاتهم الصحية، إضافة إلى مشكل انعدام التنسيق بين الأطباء وقسم الإطعام بكل من المؤسستين الصحييتين.

#### 5. خدمات الإقامة: تتمثل خدمات الإقامة في توفير سرير لكل مريض تستوجب حالته الصحية

الإقامة داخل المؤسسة الصحية، والملاحظ أن هذه الخدمات تشهد تدنيا ملحوظا على مستوى المؤسستين العموميتين الإستشفائيتين ورقلة وتقرت بسبب كثافة حجم المرضى الوافدين عليهما والذين يفوق عددهم طاقة الإستيعاب السريرية لكلا المؤسستين، حيث تبلغ بالمؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة حوالي 501 سرير بينما تبلغ حوالي 212 سرير بالمؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت، وللتخفيف من هذا العجز يجب تدعيم الولاية بمؤسسات عمومية إستشفائية جديدة، وهو ما استفادت منه مؤخرا دائرة تقرت والتي تقرر بها إنجاز مؤسسة عمومية إستشفائية بطاقة استيعاب تقدر بـ 240 سرير، والتي من شأنها أن تسهم في التخفيف من العجز المسجل في خدمات الإقامة الصحية بالولاية.

## II. تشخيص واقع جودة الخدمات الصحية بالمؤسستين العموميتين للصحة الجوارية ورقلة وتقرت

### مع التقييم:

تقوم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة بضمان التغطية الصحية لحوالي 273006 نسمة<sup>1</sup> موزعين عبر 03 دوائر هي: ورقلة، سيدي خويلد ونقوسة. أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت فتقوم بضمان التغطية الصحية لحوالي 277718 نسمة<sup>2</sup> موزعين عبر 04 دوائر هي: تقرت، تماسين، الطيبات والمقارين، وتتمثل أهم الخدمات المقدمة من طرق المؤسستين العموميتين للصحة الجوارية في ما يلي:

1. **الخدمات الوقائية:** ويقصد بها الخدمات الموجهة لوقاية المجتمع من كافة الأمراض، وتعتبر الخدمات الوقائية الهدف الأساسي من استحداث المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، حتى تتفرغ لتقديم هذه الخدمات التي لها دور كبير في رفع المستوى الصحي للمجتمع، وفي هذا الإطار نجد أن كل من المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة والمؤسسة العمومية للصحة الجارية تقرت، ومن خلال بيانات مكتبي الوقاية ونظافة المحيط التابع لكل منهما، نجد أن حصيلة نشاط المؤسستين في مجال خدمات الوقاية لسنة 2013 كان كالآتي:

➤ **خدمات التلقيح:** وتتمثل في اللقاحات المقدمة للمواطنين للوقاية من بعض الأمراض

مثل: السل، الشلل، الكزاز، الحصبة... إلخ، وفي هذا الصدد نجد أن المؤسسة قدمت

حوالي 57662 لقاح من مختلف الأنواع، حيث بلغت نسبة التغطية حوالي

62.30%، أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت فنجد أنها تكفلت بتقديم

<sup>1</sup> إحصائيات مصلحة الهياكل والمهن الصحية بمديرية الصحة والسكان لولاية ورقلة الموقوفة بتاريخ 2013/12/31.

<sup>2</sup> المرجع نفسه.

حوالي 54849 لقاح من مختلف الأنواع، أي بنسبة تغطية بلغت 57.66%، ورغم المجهودات المبذولة في هذا المجال إلا المؤسسات تعانين من تذبذب في الحصول على بعض أنواع اللقاحات في الوقت المناسب، مما قلل من فعالية الدور الوقائي الذي تقوم به كلا المؤسسات.

➤ **خدمات نظافة المحيط:** وتتمثل في مراقبة نظافة المحيط في المنطقة الجغرافية التي تغطيها المؤسسة من أجل تفادي الوقوع في الأمراض والوقاية منها، وفي هذا الصدد نجد أن فرق الوقاية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة قامت بحوالي 100 تدخل للتحقيق في أسباب انتشار بعض الأمراض وخاصة مرض التيفوييد الناجم عن تلوث المياه في حين نجد أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت أحصت فرق الوقاية التابعة لها حوالي 125 تدخلا، حيث تمكنت كلا فرق الوقاية التابعة للمؤسسات في معظم الحالات من تشخيص أسباب هذه الأمراض وتقديم حلول للوقاية من انتشارها.

2. **خدمات العلاج الجوّاري والتشخيص:** وتتمثل في الفحوصات الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي، الكشف بالأشعة والتحليل المخبرية، حيث كانت حصيلة نشاط كل من المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت في مجال هذه الخدمات لسنة 2013 كآآتي:

الجدول رقم (10): حصيلة نشاط خدمات العلاج الجوّاري والتشخيص لكل من المؤسساتين

العموميتين للصحة الجوّارية ورقلة وتقرت لسنة 2013.

| EPSP           | EPSP           | المؤسسة الصحية                          |                       |
|----------------|----------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| تقرت           | ورقلة          | النشاط الصحي                            |                       |
| 370153 فحص     | 265589 فحص     | العام                                   | الفحص<br>الطبي        |
| 2165 فحص       | 1105 فحص       | المتخصص                                 |                       |
| 36491 فحص      | 74906 فحص      | الإستعجالي                              |                       |
| 639 حالة ولادة | 463 حالة ولادة | عدد الولادات في العيادات الريفية        |                       |
| 3 حالة وفاة    | 2 حالة وفاة    | عدد الوفيات                             |                       |
| 45364 فحص      | 35474 فحص      | الفحوصات الخاصة بمتابعة صحة الأم والطفل |                       |
| 40193 فحص      | 18148 فحص      | الفحص العام                             | نشاط جراحة<br>الأسنان |
| 22385 علاج     | 18685 علاج     | العلاجات                                |                       |
| 8523 ترميم     | 5723 ترميم     | ترميم الأسنان                           |                       |
| 22780 كشف      | 19780 كشف      | الكشف بالأشعة                           |                       |
| 152618 تحليل   | 125510 تحليل   | التحاليل المخبرية                       |                       |

المصدر : مستنبط من وثائق المؤسسات محل الدراسة

من خلال الجدول يتضح لنا ارتفاع حصيلة نشاط المؤسسة العمومية للصحة الجوّارية بتقرت مقارنة بحصيلة نشاط المؤسسة العمومية للصحة الجوّارية ورقلة، وهذا يرجع إلى ارتفاع عدد العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج بالنسبة للمؤسسة العمومية للصحة الجوّارية بتقرت، والملاحظ أن خدمات العلاج الجوّاري والتشخيص عرفت تطورا ملحوظا برز في نوعية الخدمات المقدمة، إلا أن هذا التطور لا يعني بالنسبة لمديري المؤسسات أن الأمور أصبحت مثالية، حيث أجمعا

على أن الخدمات المقدمة تحتاج إلى المزيد، والصحة الجوارية في حاجة إلى تطور مستمر لضمان تغطية صحية لازمة للمواطن، خاصة وأنها الأساس في المنظومة الصحية، ولعل ما يعرقل صيرورة هذه الخدمات، هو محدودية الكفاءات الطبية وشبه الطبية من حيث الكم والنوع، باعتبار أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة تتوفر على 83 ممارس طبي عام و318 مستخدم شبه طبي، وهو عدد غير كاف، حيث يقدر العجز في الطاقم الطبي حسب المدير الفرعي للمصالح الصحية للمؤسسة بحوالي 60 ممارس طبي عام، أما العجز في الطاقم شبه الطبي فيقدر بحوالي 290 مستخدم شبه طبي، أما بالنسبة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تفتقر تتوفر على 77 ممارس طبي عام و321 مستخدم شبه طبي، وهو عدد غير كاف أيضاً، حيث يقدر العجز في الطاقم الطبي حسب المدير الفرعي للمصالح الصحية للمؤسسة بحوالي 60 ممارس طبي عام، أما العجز في الطاقم شبه الطبي فيقدر بحوالي 300 مستخدم شبه طبي. كل هذا أدى إلى عدم قدرة المؤسسات على مواكبة تحديات قطاع الصحة الجوارية بالولاية، المطالب بتطبيق تدابير المخطط الصحي الجديد، خاصة وأن كلا المؤسسات ستتدعمان بهياكل صحية جديدة تتمثل في عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج جديدة، وهذا من شأنه أن يزيد من تفاقم العجز المسجل، إذا لم يتم تدارك الأمر عن طريق توفير مناصب مالية كافية خاصة بالممارسين الطبيين العاملين من جهة، ومضاعفة قدرات التكوين شبه الطبي من جهة أخرى.

### 3. خدمات المداومة الليلية: حيث تقوم كل من المؤسسات العموميتين للصحة الجوارية ورقلة

وتقرت بضمان خدمات المداومة الليلية عبر نقاط المناوبة، حيث نجد أن المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة تتوفر على 03 نقاط مناوبة، بينما تتوفر المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تفتقر على 05 نقاط مناوبة، علماً أن جميع نقاط المناوبة الليلية تقوم بضمان

التغطية الصحية من الساعة الرابعة بعد الزوال إلى غاية منتصف الليل، لكن العجز المسجل في الطاقم الطبي والشبه الطبي وضعف الإمكانيات اللوجيستية والطبية حال دون تحسن نوعية الخدمات المقدمة في نقاط المناوبة، مما يحتم على المريض التوجه نحو المؤسسات العمومية الإستشفائية بالولاية للحصول على الخدمات الصحية في الفترة الليلية.

وفي الأخير من خلال تشخيصنا لواقع الخدمات بالمؤسسات الصحية محل الدراسة نجد أنها شهدت تطورا ملحوظا بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، لكن العجز المسجل في الطاقم الطبي والشبه الطبي وضعف الإمكانيات المالية الحديثة يجعل من الخدمات المقدمة تفتقر إلى الجودة والنوعية، وفي نفس الوقت بعيدة كل البعد عن تحقيق الأهداف المنشودة من طرف المؤسسات الصحية محل الدراسة.

### **المبحث الثالث: الإطار المنهجي العام للدراسة**

سيتم التركيز من خلال هذا المبحث على تعيين مجتمع البحث وكيفية اختيار عينة الدراسة وأهم خصائص أفرادها، ثم استعراض أدوات الدراسة والإجراءات التي تم استخدامها للتأكد من صدقها وثباتها وأهم الأدوات الإحصائية المستخدمة في تحليل بياناتها.

#### **المطلب الأول: مجتمع وعينة الدراسة**

من العوامل الأساسية التي يجب على أي باحث تحديدها قبل البدء في دراسته هو حصر مجتمع البحث، الذي هو عبارة عن مجموعة منتهية أو غير منتهية من العناصر المحددة مسبقا، تجمعها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى، والتي يجري عليها

البحث والتقصي<sup>1</sup>. وعليه يمكن القول أن مجتمع الدراسة يتكون من جميع المفردات التي تشكل مشكلة الدراسة، وقد يختلف عددهم أو حجمهم حسب هدفها ودرجة دقتها.

وبالنسبة لدراستنا هذه فمجتمع الدراسة يتألف من جميع المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة، التي أنشأت في إطار تطبيق الخارطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. والمسجلة لدى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة (2013)، والبالغ عددها: (04) مؤسسات عمومية إستشفائية (EPH)، (05) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP). وبما أن عملية تطبيق الخارطة الصحية الجديدة كانت أكثر وضوحا في المؤسسات الصحية المتواجدة في أكبر مدينتين في الولاية وهما: ورقلة وتقرت، ارتأينا تركيز دراستنا عليها، باستخدام عملية المسح عن طريق العينة.

يعرف سعيد سالم القحطاني وآخرون عينة الدراسة بأنه: "مجموعة الوحدات التي يتم اختيارها من مجتمع البحث لتمثيله في الدراسة"<sup>2</sup>. وانطلاقا من هذا التعريف يمكن القول أن عينة الدراسة هي جزء من مجتمع الدراسة، يقوم الباحث بإجراء الدراسة عليها، ومن ثم يقوم بتعميم النتائج المحصل عليها منها على كافة مجتمع الدراسة، بشرط أن تكون العينة ممثلة لمجتمع الدراسة أحسن تمثيل، حيث يخضع اختيارها منهجيا إلى شروط عدة وبطرق مختلفة حسب هدف الدراسة وظروف إجرائها.

<sup>1</sup> أنجريس موريس، ترجمة: بوزيد صحراوي وآخرون، منهجية البحث العلمي في البحوث الإنسانية: تدريبات عملية، الجزائر العاصمة، دار القصبة للنشر، 2006، ص: 298.

<sup>2</sup> سعيد سالم القحطاني وآخرون، منهج البحث العلمي في العلوم السلوكية مع تطبيقات (SPSS)، الرياض، المكتبة الوطنية، 2000، ص: 269.

الجدول رقم (11): توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب الفئات المهنية

| الرقم | اسم المؤسسة الصحية                    | عدد الموظفين                                  |                                                     |
|-------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|       |                                       | المستخدمين<br>الطبيين<br>في الصحة<br>العمومية | المستخدمين<br>الشبه الطبيين<br>في الصحة<br>العمومية |
| 01    | المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة    | 131                                           | 457                                                 |
| 02    | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة | 131                                           | 318                                                 |
| 03    | المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت     | 73                                            | 324                                                 |
| 04    | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت  | 115                                           | 321                                                 |
|       | المجموع الفرعي                        | 319                                           | 963                                                 |
|       | المجموع الكلي                         |                                               | 1476                                                |

**المصدر:** من إعداد الطالب بالاعتماد على مدونة المناصب المالية الحقيقية لسنة 2013 للمؤسسات الصحية محل الدراسة.

ونظرا لعدم تجانس مجتمع الدراسة من حيث التخصص الوظيفي، فإننا اخترنا عينة طبقية عشوائية تناسبية، وقمنا بتقسيم المجتمع إلى ثلاث طبقات، ليتم اختيار عينة من كل طبقة على حدا كالاتي:

1. طبقة المستخدمين الطبيين في الصحة العمومية: تضم 319 مفردة.
2. طبقة المستخدمين الشبه الطبيين في الصحة العمومية: تضم 963 مفردة.

\* العدد المعتمد في الجدول يخص فئة المستخدمين الإداريين في المؤسسات الصحية محل الدراسة، حيث تم استثناء فئة المستخدمين المهنيين والبالغ عددهم (671) مستخدما من الدراسة، وهذا نظرا لصعوبة فهمهم للأسئلة من جهة، ولأن مستواهم التعليمي والثقافي ضعيف من جهة أخرى.

3. طبقة المستخدمين الإداريين: تضم 194 مفردة.

ولتحديد حجم العينة المناسب عند حد احتمالي معلوم ووفق نسبة الخطأ التي اخترناها وظفنا

المعادلة الآتية:

$$n \geq \frac{1 + \frac{Z_{\alpha}^2 \times p.q}{d^2}}{1 + \frac{Z_{\alpha}^2 \times p.q}{N.d^2}}$$

| البيان | القيمة | حيث أن :                                                |
|--------|--------|---------------------------------------------------------|
| $Z^2$  | 3.8416 | N: حجم العينة.                                          |
| pq     | 0.25   | P: نسبة المجتمع المراد دراسته ممثلاً في 50%.            |
| $D^2$  | 0.0049 | Q: النسبة المكملة.                                      |
| N      | 1476   | Z: الدرجة المعيارية (2.58=0.01 & 1.92=0.04، 1.96=0.05). |
|        |        | D: خطأ المعاينة 7%.                                     |

وبتعويض القيم في المعادلة نجد أن حجم العينة الممثل لمجتمع الدراسة هو 174 مفردة،

تقسم إلى ثلاث طبقات كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم (12): التوزيع التكراري للعينة

| الفئة المهنية                                   | العدد | العدد المسحوب لتشكيل العينة |
|-------------------------------------------------|-------|-----------------------------|
| طبقة المستخدمين الطبيين في الصحة العمومية       | 319   | 38                          |
| طبقة المستخدمين الشبه الطبيين في الصحة العمومية | 963   | 113                         |
| طبقة المستخدمين الإداريين                       | 194   | 23                          |
| المجموع                                         | 1476  | 174                         |

المصدر : من إعداد الباحث اعتمادا على الجدول رقم (11)

### المطلب الثاني: أدوات الدراسة

إن استخدام منهج معين في أي بحث يتطلب من الباحث الاستعانة بأدوات ووسائل مساعدة ومناسبة، تمكنه من الوصول إلى المعلومات اللازمة، والتي يستطيع بواسطتها معرفة واقع وميدان الدراسة<sup>1</sup>. وفي دراستنا هذه استعنا بالأدوات المنهجية الآتية:

**1. المقابلة:** تعرف المقابلة بأنها " تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة يحاول فيه الشخص القائم بالمقابلة أن يستشير معلومات أو آراء أو معتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية"<sup>2</sup>، وبهدف الحصول على معلومات ذات مصداقية وموثوق بها، لجأنا إلى الاستعانة بمقابلات مع مدراء المؤسسات الصحية محل الدراسة، إضافة

<sup>1</sup> ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم، مناهج وأساليب البحث العلمي - النظرية والتطبيقية، عمان، دار الصفاء، 2000، ص: 81.

<sup>2</sup> طلعت إبراهيم لطفي، أساليب وأدوات البحث الاجتماعي، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر، 1995، ص: 85-86.

إلى المدراء الفرعيين لنفس المؤسسات، حيث قمنا بالاستفسار منهم حول مدى إدراكهم وإلمامهم بالتغيير التنظيمي الذي مس المنظومة الصحية العمومية (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) وأبعاده، وحول مفهومهم لجودة الخدمات الصحية وكيف يساهمون في تحسينها وتقييمها، وما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية، وما هي اقتراحاتهم للوزارة الوصية من أجل التغلب على الصعوبات التي حالت دون تحقيق الخارطة الصحية الجديدة لأهدافها، ثم قمنا بتلخيصها في شكل أسئلة وأجوبة.

2. **الإستبيان:** يعتبر الإستبيان من أكثر الوسائل المستخدمة شيوعاً في جمع البيانات، فهي عبارة عن "مجموعة من الأسئلة التي تعد إعداداً محدداً وترسل بواسطة البريد أو تسلم إلى الأشخاص المختارين لتسجيل إجاباتهم ثم إعادتها ثانياً"<sup>1</sup>، كما قد تتم مباشرة مع المبحوثين خصوصاً إذا كانوا أميين.

### أولاً: أقسام ومجالات الإستبيان:

وقد تم اختيار هذه الأداة باعتبارها الأكثر ملائمة لتحقيق أهداف هذه الدراسة، وذلك لعدم توافر المعلومات الأساسية المرتبطة بموضوع الدراسة كبيانات منشورة، ونظراً لتعدد فئات كل عينة وتباين مستوياتها التعليمية، فإنه تم تخصيص استمارة موحدة لكل الفئات في كل عينة، وهذا نظراً لصعوبة تخصيص استمارة لكل فئة على حدى. حيث قمنا بتصميم استمارة (استبيان) خاصة ذات علاقة بتحديد أبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) وأبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية). وتكونت الاستمارة من الأقسام الآتية:

<sup>1</sup> محمد شفيق، البحث العلمي - الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، مصر، المكتب الجامعي الحديث، 2001، ص: 105.

**القسم الأول:** ويشمل البيانات الشخصية والمعلومات الوظيفية لأفراد العينة ممثلة في: الجنس، السن، المستوى التعليمي، عدد سنوات الخبرة بالمؤسسة الصحية، طبيعة الأسلاك الوظيفية.

**القسم الثاني:** يركز على المقاييس الخاصة بالمتغير المستقل (التغيير التنظيمي)، ويشمل أربع محاور هي:

1. **المحور الأول:** تم تخصيص هذا المحور لمعرفة أهم دوافع وأسباب التغيير التنظيمي

بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، ويضم العبارات من 01 إلى 04.

2. **المحور الثاني:** هذا المحور مخصص لمعرفة أهم الإجراءات المصاحبة للتغيير التنظيمي

بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، ويضم العبارات من 05 إلى 08.

3. **المحور الثالث:** هو مخصص لمعرفة أهم سلبيات ومشاكل التغيير التنظيمي بالمؤسسات

الصحية محل الدراسة، ويحتوي على العبارات من 09 إلى 12.

4. **المحور الرابع:** تم تخصيص هذا المحور لمعرفة أهم مزايا ومكاسب التغيير التنظيمي

بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، ويضم العبارات من 13 إلى 16.

**القسم الثالث:** يركز على المقاييس الخاصة بالمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، ويشمل

06 محاور هي:

5. **المحور الخامس:** تم تخصيص هذا المحور لمعرفة واقع جودة الخدمات الصحية

بالمؤسسات محل الدراسة، ويضم العبارات من 17 إلى 20.

6. **المحور السادس:** هذا المحور مخصص لمعرفة مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية

بعد الاعتمادية بالمؤسسات محل الدراسة، ويضم العبارات من 21 إلى 24.

7. **المحور السابع:** هو مخصص لمعرفة أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات

الصحية من ناحية بعد مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة) بالمؤسسات

الصحية محل الدراسة، ويحتوي على العبارات من 25 إلى 28.

8. **المحور الثامن:** تم تخصيص هذا المحور لمعرفة مستوى جودة الخدمات الصحية

من ناحية بعد التمكن الفني (الملموسية) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، ويضم

العبارات من 29 إلى 32.

9. **المحور التاسع:** تم تخصيص هذا المحور لمعرفة مستوى جودة الخدمات الصحية

من ناحية بعد الملائمة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، ويضم العبارات من 33

إلى 36.

10. **المحور العاشر:** تم تخصيص هذا المحور لمعرفة مستوى جودة الخدمات الصحية

من ناحية بعد الأمان (الضمان) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، ويضم العبارات

من 37 إلى 40.

**ثانياً: ثبات الإستبيان:**

لاختبار مدى توفر الثبات بين الإجابات على أسئلة الإستبيان، تم احتساب معامل المصادقية

ألفا كرونباخ "Alpha Cronbacks". ويشير الثبات إلى إمكانية الحصول على نفس النتائج في حالة

إعادة تطبيق الأداة على نفس المستجوبين<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> الفائز، المرجع المذكور سابقاً ص: 163.

ونتراوح قيمة ألفا كرونباخ "Alpha Cronbacks" من (0) إلى (1) فكلما اقتربت من (1) فهذا يعني ثباتاً أكبر للدراسة<sup>1</sup>. وتضع أوما سيكاران قاعدة عامة للتعامل مع هذا المعامل مفادها الآتي<sup>2</sup>:

➤ إذا كان معامل ألفا كرونباخ أقل من (0.6) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات ضعيف، الأمر الذي يستلزم إعادة النظر في بناء أداة الدراسة؛

➤ إذا كان معامل ألفا كرونباخ يتراوح بين (0.6-0.7) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات مقبول؛

➤ إذا كان معامل ألفا كرونباخ يتراوح بين (0.7-0.8) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات جيد؛

➤ إذا كان معامل ألفا كرونباخ يتراوح بين (0.8) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات ممتاز.

وقد تم إجراء اختبار المصادقية على إجابات أفراد العينة البالغ عددهم (174) فرداً فكانت القيمة المتحصل عليها هي: (0.766)\* وهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات جيد، مما يمكننا من الاعتماد على هذه الإجابات في تحقيق أهداف الدراسة وتحليل نتائجها.

### المطلب الثالث: الأساليب الإحصائية المستخدمة

لتوظيف وتحليل البيانات التي تم جمعها عن طريق الاستبيان السابق الذكر، تم الاستعانة بحزمة البرامج التطبيقية الإحصائية في مجال العلوم الاجتماعية والمعروفة تجارياً باسم

<sup>1</sup> عز عبد الفتاح، مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام (Spss)، جدة، خوارزم للنشر والتوزيع، 2008، ص: 536.

<sup>2</sup> أوما سيكاران، ترجمة إسماعيل على بسيوني وعبد الله بن سليمان العزاز، طرق البحث في الإدارة "مدخل بناء المهارات البحثية"، الرياض، المنشورات العملية لجامعة الملك سعود، 1998، ص: 445.

\* أنظر الملحق رقم (08) الذي يظهر قيمة المصادقية ألفا كرونباخ "Alpha Cronbacks".

SPSS Win Version 20 (Statistical Package for Social Science)، وهو أحدث إصدار

لهذا البرنامج حتى تاريخ إعداد التحليل الإحصائي للدراسة الميدانية.

### أولاً: المعالجة الإحصائية:

وللإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار صحة فرضياتها تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي

الآتية:

1. التكرارات والنسب المئوية: للتعرف التفصيلي على الصفات الشخصية والوظيفية لأفراد عينة

الدراسة من أجل تحليلها.

2. المتوسط الحسابي المرجح: وذلك لمعرفة اتجاهات أفراد الدراسة نحو كل فقرة أو بعد،

مع العلم أنه يساعد في ترتيب الفقرات حسب أعلى متوسط مرجح<sup>1</sup>.

1. الانحراف المعياري: وذلك بغية التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة نحو كل

فقرة، ويلاحظ أيضاً أن الانحراف المعياري يوضح أيضاً التشتت في استجابات أفراد الدراسة،

فكلما اقتربت قيمته من الصفر، فهذا يعني تركيز الإجابات وعدم تشتتها، أما إذا كانت قيمته

تساوي الواحد أو أكبر، فهذا يعني عدم تركيز الإجابات وتشتتها<sup>2</sup>.

### ثانياً: الطريقة المستخدمة في القياس:

استخدمنا في دراستنا الاستبيان كأداة لجمع البيانات، تم توزيعه على عينة الدراسة، وجاءت

الأسئلة أو الفقرات لكل الأبعاد (المتغير المستقل والتابع) مغلقة ومصممة وفقاً لمقياس ليكرت

<sup>1</sup> محمد شامل فهمي، الإحصاء بلا معاناة: المفاهيم والتطبيقات باستخدام (Spss)، الرياض، معهد الإدارة العامة، 2005، ص: 186.

<sup>2</sup> امتثال حسن عبد الرزاق وآخرون، مبادئ الإحصاء الوصفي، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2002، ص: 115.

"Likert" الخماسي الذي يعد الأنسب لمثل هذه الدراسات<sup>1</sup>، وقد كانت الخيارات المتاحة أمام كل عبارة كما يلي: (غير موافق تماماً، غير موافق، محايد، موافق، موافق بشدة)، وقد أكدنا لأفراد عينة البحث على ضرورة اختيار إجابة واحدة فقط أمام كل فقرة، ومن أجل تحديد الاتجاه ارتأينا إعطاء احتمالات الإجابات الخمسة السابقة أوزان محددة كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم (13): الأوزان المعطاة لخيارات الإجابة في الإستبيان

| الأوزان | الرأي            |
|---------|------------------|
| 1       | غير موافق تماماً |
| 2       | غير موافق        |
| 3       | محايد            |
| 4       | موافق            |
| 5       | موافق بشدة       |

المصدر: عبد الفتاح، المرجع المذكور سابقاً، ص: 540.

يتم بعد ذلك حساب المتوسط الحسابي المرجح، ثم يحدد الاتجاه، حسب قيم المتوسط المرجح

كما هو موضح في الجدول الآتي:

<sup>1</sup> عبد الفتاح، المرجع المذكور سابقاً، ص: 540.

الجدول رقم (14): المتوسطات المرجحة والاتجاه الموافق لها

| الاتجاه         | المتوسط المرجح |
|-----------------|----------------|
| غير موافق تماما | 1.79 – 1       |
| غير موافق       | 2.59 – 1.80    |
| محايد           | 3.39 – 2.60    |
| موافق           | 4.19 – 3.40    |
| موافق بشدة      | 5 – 4.20       |

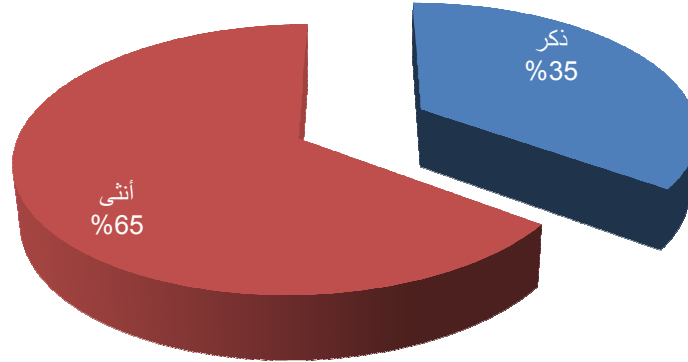
المصدر: عبد الفتاح، المرجع المذكور سابقا، ص: 540.

#### المطلب الرابع: الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة

إن السعي نحو الإلمام بجوانب موضوع الدراسة يتطلب منا عرضا تفصيليا لأهم الخصائص الديموغرافية التي تتميز بها عينة الدراسة، حيث تم توزيع (174) استمارة على العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وقد استخلصت جميعها لاستكمال كل بياناتها، ومن ثم فإن النتائج المدونة في متن هذه الدراسة تستند إلى ما نسبته (100%) من إجمالي الاستمارات الموزعة على مفردات العينة<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> مفردات العينة: الأفراد العاملين في المؤسسات الصحية الجزائرية من أطباء، شبه طبيين وإداريين.

# 1. توزيع عينة الدراسة حسب الجنس:

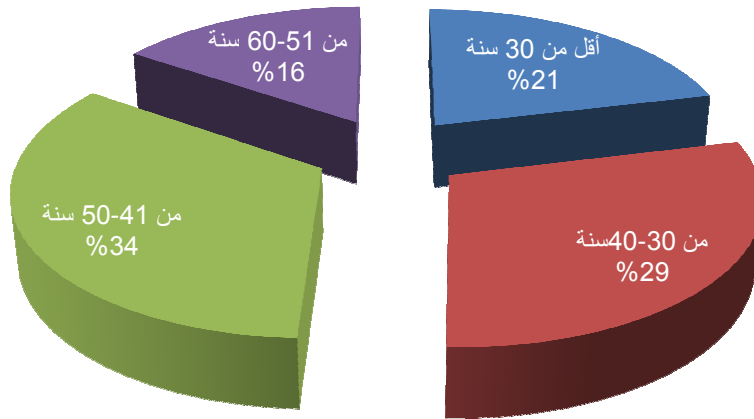


الشكل رقم (19): توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الشكل رقم (19) أن عينة الدراسة تتشكل في أغلبها من الإناث بنسبة بلغت 65% في حين كانت نسبة الذكور 35%. وهو ما يعكس التواجد القوي للعنصر النسوي في المؤسسات الصحية محل الدراسة. الأمر الذي يؤكد صحة التقارير الإحصائية الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والتي تشير إلى أن أغلب العاملين بالمؤسسات الصحية الجزائرية هم من فئة النساء.

## 2. توزيع عينة الدراسة حسب السن:



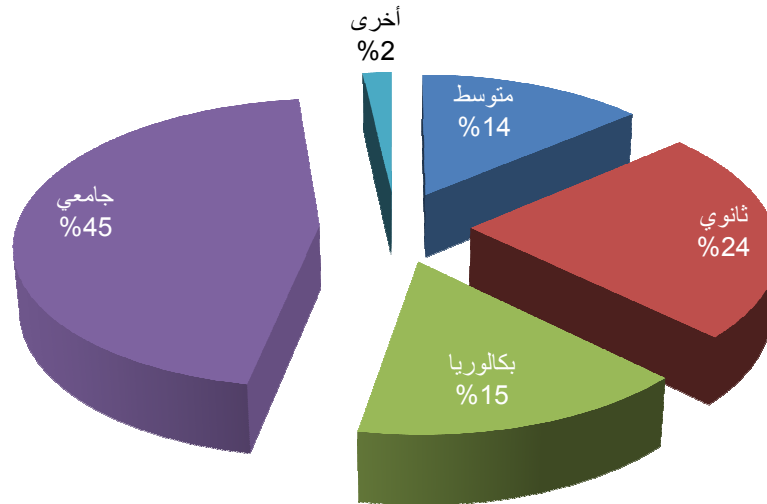
الشكل رقم (20): توزيع عينة الدراسة حسب السن

**المصدر:** من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يلاحظ أن نسبة 34% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين (41-50 سنة)، تليها الفئة العمرية (30-40 سنة) بنسبة 29%، تليها الفئة العمرية (أقل من 30 سنة) بنسبة 21%، بينما كانت أقل نسبة للفئة العمرية (51-60 سنة) والتي بلغت 16%.

والملاحظة الأساسية من خلال استقراء أعمار مفردات العينة هي أن نصفهم من الشباب، الذين مازال أمامهم مستقبل وظيفي طويل، والنصف المتبقي هو من كبار السن الذين يتميزون بالنضج الفكري والخبرة التي يجب نقلها للشباب من أجل تطوير قدراتهم المعرفية والارتقاء بمستوى أدائهم.

### 3. توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي:

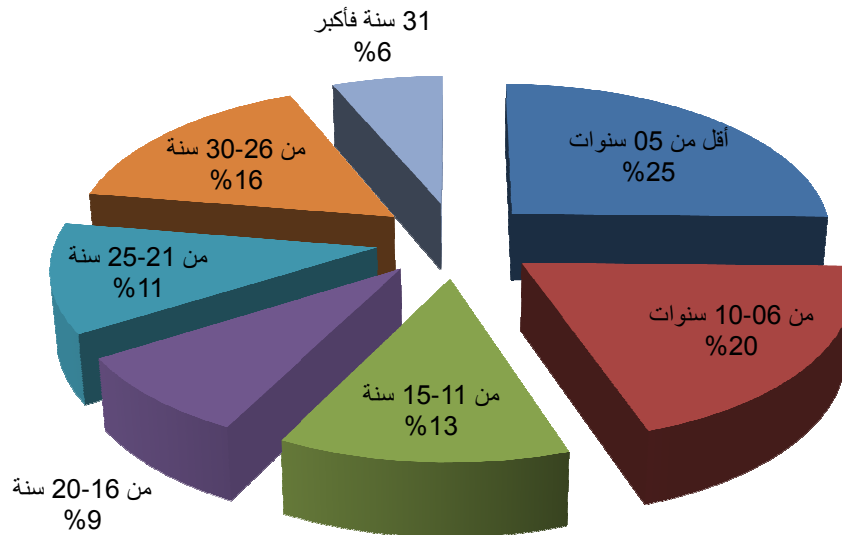


الشكل رقم (21): توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتضح من الجدول رقم (7/3) أن 45 % من مفردات العينة لهم مستوى جامعي و24% منهم لهم مستوى ثانوي و15% لهم مستوى بكالوريا، فيما بلغت نسبة الذين لهم مستوى أعلى من المستوى الجامعي 02%. مما يشير إلى الأهلية العلمية لمجتمع الدراسة، أما أفراد العينة الذين لهم مستوى متوسط فلم تتعدى نسبتهم 14%.

#### 4. توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية:

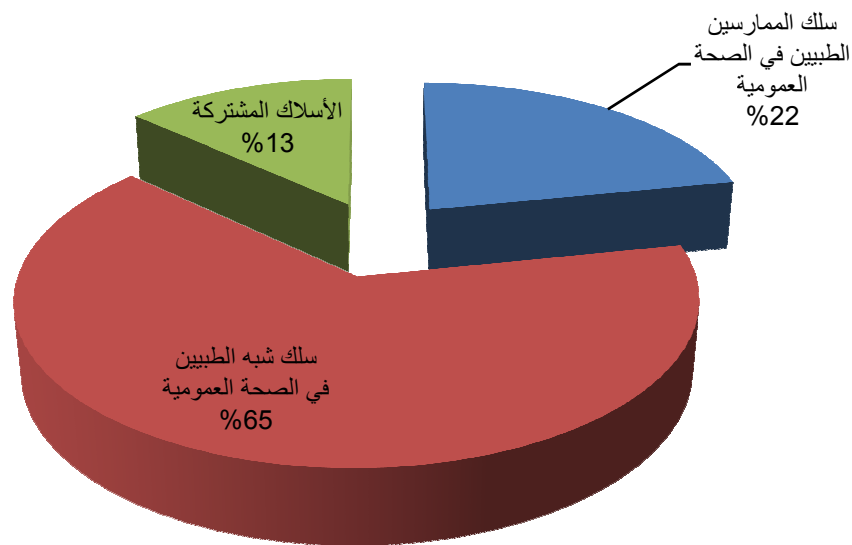


الشكل رقم (22): توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يبين الشكل رقم (22) أن غالبية المستقصى منهم من مفردات العينة (75%) لهم خبرة تزيد عن 06 سنوات في مجال عملهم، وهذا يعني أن القوى العاملة الصحية من مفردات العينة عايشة في معظمها عملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) التي طرأت على المنظومة الصحية العمومية الجزائرية والتي تعد محور دراستنا.

### 5. توزيع عينة الدراسة حسب طبيعة الأسلاك الوظيفية:



الشكل رقم (23): توزيع عينة الدراسة حسب طبيعة الأسلاك الوظيفية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتضح من الشكل رقم (23) أن حوالي ثلثي مفردات العينة هم من سلوك شبه الطبيين في الصحة العمومية وهو ما يمثل نسبة 65% من العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، في حين أن كل من سلوك الممارسين الطبيين في الصحة العمومية والأسلاك المشتركة يمثلون ما نسبته 22% و 13% على التوالي. وتجدر الإشارة هنا إلى أن مفردات العينة يتوزعون توزيعاً نسبياً بين الأسلاك الوظيفية بما يتناسب ويعكس الوزن النسبي لكل منهم في مجتمع الدراسة.

## المبحث الرابع: تحليل أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات

### الصحية في المؤسسات محل الدراسة من وجهة نظر الأفراد العاملين

بهدف اختبار فرضيات الدراسة، سنسعى من خلال هذا المبحث إلى تحديد أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة من وجهة نظر مفردات العينة، وذلك باستخدام أدوات الدراسة.

### المطلب الأول: عرض وتحليل نتائج الاستثمارات الموجهة لمفردات العينة

فيما يلي عرض لنتائج أسئلة الدراسة التي جاءت في الإستبيان، باستخدام النسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفقرات المتعلقة بإجابة كل سؤال من أسئلة الدراسة.

### المحور الأول: دوافع وأسباب التغيير التنظيمي.

يتم من خلال المحور الأول التعرف على أهم الدوافع والأسباب التي كانت وراء إحداث التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (15): تحليل فقرات المحور الأول (دوافع وأسباب التغيير التنظيمي)

| رقم<br>الفقرة | محتوى الفقرة                                                                                             | المتوسط | الانحراف المعياري | الترتيب | موافق |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|---------|-------|
| 01            | تدني المستوى الخدماتي للمؤسسات الصحية (القطاعات الصحية سابقا)                                            | 3,48    | 1,15              | 1       | موافق |
| 02            | انعدام التوازن في توزيع الموارد والوسائل بين المؤسسات الصحية (القطاعات الصحية سابقا)                     | 3,84    | 1,01              | 2       | موافق |
| 03            | صعوبة ظروف العمل داخل المؤسسات الصحية (القطاعات الصحية سابقا)                                            | 3,71    | 1,09              | 3       | موافق |
| 04            | تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق أفضل تغطية للهياكل الإستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن | 3,71    | 1,178             | 4       | موافق |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (15) أن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات المحور الأول (دوافع وأسباب التغيير التنظيمي) تشير إلى الموافقة، حيث كان أعلى متوسط حسابي للفقرة الثانية (انعدام التوازن في توزيع الموارد والوسائل بين المؤسسات الصحية) الذي بلغ (3.84) وانحراف معياري قدره (1.01)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة الأولى (تدني المستوى الخدماتي للمؤسسات الصحية) بوسط حسابي (3.48) وانحراف معياري قدره (1.15)، وكان اتجاه الإجابة بالموافقة، أما الفقرة الثالثة (صعوبة ظروف العمل داخل المؤسسات الصحية) والرابعة (تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق أفضل تغطية للهياكل الإستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن) فالملاحظ أن هناك تساوي في المتوسط الحسابي لهما قدره

(3.71)، لكن هناك اختلاف في الانحراف المعياري لهما قدره (1.09) و(1.17) على التوالي، في حين كان اتجاه الإجابة عليها بالموافقة.

#### المحور الثاني: الإجراءات المصاحبة للتغيير التنظيمي.

يتم من خلال المحور الثاني التعرف على أهم الإجراءات التي صاحبت عملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

#### الجدول رقم (16): تحليل فقرات المحور الثاني (الإجراءات المصاحبة للتغيير التنظيمي)

| رقم<br>الفقرة | محتوى الفقرة                                                  | المتوسط<br>المعياري | الانحراف<br>المعياري | الاتجاه     |
|---------------|---------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|-------------|
| 05            | تصميم هيكل تنظيمي مرن وداعم للتغيير                           | 3,94                | 0,94                 | 2 موافق     |
| 06            | تبسيط إجراءات العمل وتشجيع العاملين على تبني طرق وأفكار جديدة | 4,00                | 0,95                 | 1 موافق     |
| 07            | تعزيز التوافق بين قيم العاملين وقيم المؤسسة الصحية            | 3,85                | 1,01                 | 3 موافق     |
| 08            | إشراك العاملين في تخطيط وتنظيم عملية التغيير التنظيمي         | 2,55                | 1,37                 | 4 غير موافق |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (16) أن معظم اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات المحور الثاني (الإجراءات المصاحبة للتغيير التنظيمي) تشير إلى الموافقة، حيث كان أعلى متوسط حسابي للفقرة السادسة (تبسيط إجراءات العمل وتشجيع العاملين على تبني طرق وأفكار جديدة) الذي بلغ

(4.00) وبانحراف معياري قدره (0.95)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة الخامسة (تصميم هيكل تنظيمي مرن وداعم للتغيير) بوسط حسابي قدره (3.94) وبانحراف معياري قدره (0.94)، وكان اتجاه الإجابة بالموافقة، أما الفقرة السابعة (تعزيز التوافق بين قيم العاملين وقيم المؤسسة الصحية) فقد جاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي بلغ (3.85) وبانحراف معياري قدره (1.01) وباتجاه إجابة بالموافقة، أما الفقرة الثامنة (إشراك العاملين في تخطيط وتنظيم عملية التغيير التنظيمي) فقد جاء اتجاه إجابات أفراد العينة عليها بغير الموافقة، وهو ما يعكسه الوسط الحسابي الذي بلغ (2.55) وبانحراف معياري قدره (1.37)، وهذا يدل على أنه لم يتم إشراك العاملين في المؤسسات الصحية في التخطيط والتنظيم لعملية التغيير التنظيمي.

#### المحور الثالث: مشاكل وسلبيات التغيير التنظيمي.

يتم من خلال المحور الثالث التعرف على أهم مشاكل وسلبيات التغيير التنظيمي (تطبيق خارطة الصحية الجديدة) من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (17): تحليل فقرات المحور الثالث (مشاكل وسلبيات التغيير التنظيمي)

| رقم<br>الفقرة | محتوى الفقرة                                                                                                                                         | الحسابي<br>المتوسط | المعيار<br>القياسي | الترتيب | الاتجاه |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|---------|---------|
| 09            | تعيين الأطباء كمدرء على مستوى المؤسسات العمومية<br>الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية                                                     | 3.65               | 1.24               | 4       | موافق   |
| 10            | التقسيم غير العادل للموارد المادية والبشرية بين المؤسسات<br>العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية                                   | 3,77               | 1,08               | 3       | موافق   |
| 11            | عدم تخصيص الموارد والوسائل الكافية لإنجاح عملية التغيير<br>التنظيمي                                                                                  | 3,79               | 1,01               | 2       | موافق   |
| 12            | قصور الوعي الثقافي لدى المجتمع والمتمثل في عدم إدراكه<br>الجيد لمهام وأهداف كل من المؤسسات العمومية الإستشفائية<br>والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية | 4,03               | 1,01               | 1       | موافق   |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (17) أن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات المحور الثالث (مشاكل وسلبيات التغيير التنظيمي) تشير إلى الموافقة، حيث كان أعلى متوسط حسابي للفقرة الثانية عشر (قصور الوعي الثقافي لدى المجتمع والمتمثل في عدم إدراكه الجيد لمهام وأهداف كل من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية) الذي بلغ (4.03) وبانحراف معياري قدره (1.01)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة الحادية عشر (عدم تخصيص الموارد والوسائل الكافية لإنجاح عملية التغيير التنظيمي) بمتوسط حسابي قدره (3.79) وبانحراف معياري قدره (1.01)، وكان اتجاه الإجابة بالموافقة، أما الفقرة العاشرة (التقسيم غير العادل للموارد المادية والبشرية بين المؤسسات العمومية

الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية) فقد جاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي بلغ (3.77) وبانحراف معياري قدره (1.08) وباتجاه إجابة بالموافقة، أما في المرتبة الخيرة فقد جاءت الفقرة التاسعة (تعيين الأطباء كمدرء على مستوى المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية) بمتوسط حسابي بلغ (3.65) وبانحراف معياري قدره (1.24)، وباتجاه إجابة بالموافقة.

#### المحور الرابع: مزايا ومكاسب التغيير التنظيمي.

يتم من خلال المحور الرابع التعرف على أهم مزايا ومكاسب التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

#### الجدول رقم (18): تحليل فقرات المحور الرابع (مزايا ومكاسب التغيير التنظيمي)

| رقم<br>الفقرة | محتوى الفقرة                                                        | المتوسط<br>الحسابي | المتوسط<br>المعياري | الترتيب | الاتجاه |
|---------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|---------|---------|
| 13            | فتح فرص جديدة للترقية وتحقيق الذات أمام العاملين                    | 4,03               | 0,95                | 1       | موافق   |
| 14            | تحسن ملحوظ في ظروف وأساليب العمل                                    | 3,22               | 1,16                | 4       | محايد   |
| 15            | وضوح مهام الموظفين ( التوصيف الوظيفي)                               | 3,47               | 1,16                | 3       | موافق   |
| 16            | تحقيق التغطية الصحية الشاملة عن طريق تقريب الخدمة الصحية من المواطن | 3,52               | 1,15                | 2       | موافق   |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (18) أن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات المحور الرابع (مزايا ومكاسب التغيير التنظيمي) تشير إلى الموافقة، حيث كان أعلى متوسط حسابي للفقرة الثالثة عشر (فتح فرص جديدة للترقية وتحقيق الذات أمام العاملين) الذي بلغ (4.03) وبانحراف معياري قدره (0.95)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة السادسة عشر (تحقيق التغطية الصحية الشاملة عن طريق تقريب الخدمة الصحية من المواطن) بمتوسط حسابي (3.52) وبانحراف معياري قدره (1.15)، وكان اتجاه الإجابة بالموافقة، أما الفقرة الخامسة عشر (وضوح مهام الموظفين "التوصيف الوظيفي") فقد جاءت في الترتيب الثالث بمتوسط حسابي بلغ (3.47) وبانحراف معياري قدره (1.16) وباتجاه إجابة بالموافقة، أما في المرتبة الرابعة والأخيرة فقد جاءت الفقرة الرابعة عشر (تحسن ملحوظ في ظروف وأساليب العمل) بمتوسط حسابي بلغ (3.22) وبانحراف معياري قدره (1.16)، وباتجاه إجابة بالحياد.

#### المحور الخامس: واقع جودة الخدمات الصحية.

يتم من خلال المحور الخامس التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر

العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (19): تحليل فقرات المحور الخامس (واقع جودة الخدمات الصحية)

| رقم<br>الفقرة | محتوى الفقرة                                                                             | المتوسط<br>الحسابي | الانحراف<br>المعياري | الترتيب | الإجابة    |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|---------|------------|
| 17            | مستوى جودة الخدمات الصحية الحالي يحتاج إلى تحسين                                         | 4,90               | 0,43                 | 1       | موافق بشدة |
| 18            | إن تبني أسلوب إدارة الجودة الشاملة يؤدي حتما إلى تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة | 4,05               | 1,27                 | 3       | موافق      |
| 19            | هناك مسؤولية مشتركة بين جميع المستويات عن تحسين جودة الخدمات الصحية                      | 4,63               | 0,99                 | 2       | موافق بشدة |
| 20            | هناك رضا من طرف العاملين عن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة                            | 2,28               | 1,02                 | 4       | غير موافق  |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (19) أن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات المحور السادس (واقع جودة الخدمات الصحية) تباينت ما بين الموافقة بشدة، الموافقة وعدم الموافقة، حيث كان أعلى متوسط حسابي للفقرة السابعة عشر (مستوى جودة الخدمات الصحية الحالي يحتاج إلى تحسين) الذي بلغ (4.90) وانحراف معياري قدره (0.43)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة بشدة ، تليها في الترتيب الفقرة التاسعة عشر (هناك مسؤولية مشتركة بين جميع المستويات عن تحسين جودة الخدمات الصحية) بمتوسط حسابي قدره (4.63) وانحراف معياري قدره (0.99)، وكان اتجاه الإجابة بالموافقة بشدة، أما الفقرة الثامنة عشر (إن تبني أسلوب إدارة الجودة الشاملة يؤدي حتما إلى تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة) فقد جاءت في الترتيب الثالث بمتوسط

حسابي بلغ (4.05) وبانحراف معياري قدره (1.27) وباتجاه إجابة بالموافقة، أما الفقرة العشرون فقد جاء اتجاه إجابات أفراد العينة عليها بغير الموافقة، وهو ما يعكسه الوسط الحسابي الذي بلغ (2.28) وبانحراف معياري قدره (1.02)، وهذا يشير إلى أن معظم أفراد العينة غير راضين عن مستوى الخدمات المقدمة من طرفهم ويتطلعون إلى تحسينها نحو الأفضل.

#### المحور السادس: مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية.

يتم من خلال المحور السادس التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (20): تحليل فقرات المحور السادس (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد

#### الاعتمادية)

| رقم<br>الفقرة | محتوى الفقرة                                                                        | المتوسط<br>الحسابي | الانحراف<br>المعياري | الترتيب | اتجاه     |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|---------|-----------|
| 21            | الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة وبدرجة عالية من الكفاءة والفعالية | 2,66               | 1,22                 | 1       | محايد     |
| 22            | الحرص على تقديم خدمات صحية بطريقة صحيحة من أول مرة ( عدم وجود أخطاء)                | 2,29               | 1,29                 | 4       | غير موافق |
| 23            | تستجيب المؤسسة الصحية بسرعة لمشاكل واستفسارات المرضى                                | 2,65               | 1,23                 | 2       | محايد     |
| 24            | تُحضى المؤسسة الصحية بثقة المستفيدين من خدماتها                                     | 2,59               | 1,24                 | 3       | غير موافق |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (20) أن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات المحور السادس (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية) تباينت ما بين الحياد وعدم الموافقة، حيث كان أعلى متوسط حسابي للفقرة الواحدة والعشرون (الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة وبدرجة عالية من الكفاءة والفعالية) الذي بلغ (2.66) وبانحراف معياري قدره (1.22)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالحياد، تليها في الترتيب الفقرة الثالثة والعشرون (تستجيب المؤسسة الصحية بسرعة لمشاكل واستفسارات المرضى) بمتوسط حسابي (2.65) وبانحراف معياري قدره (1.23)، أما الفقرة الرابعة والعشرون (تحضى المؤسسة الصحية بثقة المستفيدين من خدماتها) فقد جاء اتجاه إجابات أفراد العينة عليها بغير الموافقة، وحلت في الترتيب الثالث وهو ما يعكسه الوسط الحسابي الذي بلغ (2.59) وبانحراف معياري قدره (1.24)، وهذا يشير إلى أن معظم أفراد العينة يعتقدون أن مؤسستهم لا تحض بثقة المستفيدين من خدماتها. أما في المرتبة الرابعة والأخيرة فقد جاءت الفقرة الثانية والعشرون (الحرص على تقديم خدمات صحية بطريقة صحيحة من أول مرة "عدم وجود أخطاء") بمتوسط حسابي بلغ (2.29) وبانحراف معياري قدره (1.29)، وباتجاه إجابة بغير الموافقة. مما يشير إلى معظم أفراد العينة يعتقدون أن الخدمات الصحية المقدمة لا تخلو من الأخطاء.

**المحور السابع: مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة).**

يتم من خلال المحور السابع التعرف مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة) من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (21): تحليل فقرات المحور السابع (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد

الاستجابة)

| رقم<br>الفقرة | محتوى الفقرة                                                                 | الحسابي<br>المتوسط | المعياري<br>القياسي | الترتيب | الاتجاه   |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|---------|-----------|
| 25            | هناك استعداد دائم لدى العاملين للمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى واحتياجاتهم | 2,76               | 1,28                | 2       | محايد     |
| 26            | تبسيط إجراءات العمل لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية للمرضى      | 3,09               | 1,30                | 1       | محايد     |
| 27            | تقوم المؤسسة الصحية بإبلاغ المرضى بمواعيد تقديم الخدمة بدقة                  | 2,12               | 1,12                | 4       | غير موافق |
| 28            | يتحصل المريض على الخدمة فور طلبها                                            | 2,42               | 1,29                | 3       | غير موافق |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (21) أن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات المحور السابع (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة "الاستجابة") تباينت ما بين الحياد وعدم الموافقة، حيث كان أعلى متوسط حسابي للفقرة السادسة والعشرون (تبسيط إجراءات العمل لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية للمرضى) الذي بلغ (3.09) وبانحراف معياري قدره (1.30)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالحياد، تليها في الترتيب الفقرة الخامسة والعشرون (هناك استعداد دائم لدى العاملين للمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى واحتياجاتهم) بمتوسط حسابي قدره (2.76) وبانحراف معياري قدره (1.28) وباتجاه إجابة بالحياد، أما الفقرة الثامنة والعشرون (يتحصل المريض على الخدمة فور طلبها) فقد جاء اتجاه

إجابات أفراد العينة عليها بغير الموافقة، وحلت في الترتيب الثالث وهو ما يعكسه الوسط الحسابي الذي بلغ (2.42) وبانحراف معياري قدره (1.29)، وهذا يشير إلى أن معظم أفراد العينة يعتقدون أن المريض لا يحصل على الخدمة فور طلبها. أما في المرتبة الرابعة والأخيرة فقد جاءت الفقرة السابعة والعشرون (تقوم المؤسسة الصحية بإبلاغ المرضى بمواعيد تقديم الخدمة بدقة) بمتوسط حسابي بلغ (2.12) وبانحراف معياري قدره (1.12)، وباتجاه إجابة بغير الموافقة، مما يشير إلى أن معظم أفراد العينة يعتقدون أن مؤسساتهم الصحية لا تقوم بإبلاغ المرضى بمواعيد تقديم الخدمة بدقة.

#### المحور الثامن: مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التمكن الفني (الملموسية).

يتم من خلال المحور الثامن التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التمكن الفني (الملموسية) من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (22): تحليل فقرات المحور الثامن (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد

الملموسية)

| رقم<br>الفقرة | محتوى الفقرة                                                                                                   | المتوسط<br>الحسابي | الانحراف<br>المعياري | الترتيب | الاتجاه |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|---------|---------|
| 29            | تتوافر لدى المؤسسة الصحية معدات وأجهزة طبية تقنية متطورة                                                       | 3,78               | 1,09                 | 1       | موافق   |
| 30            | يحرص العاملون على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر                                                            | 3,51               | 1,03                 | 3       | موافق   |
| 31            | تتوافر لدى المؤسسة الصحية مرافق مادية وتسهيلات ملائمة مثل (سيارات الإسعاف، كراسي متحركة، أسرة كافية للمرضى...) | 3,55               | 1,16                 | 2       | موافق   |
| 32            | المظهر الخارجي للمؤسسة الصحية يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة                                                     | 3,44               | 1,09                 | 4       | موافق   |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (22) أن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات المحور الثامن (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التمكن الفني "الملموسية") تشير إلى الموافقة، حيث كان أعلى متوسط حسابي للفقرة التاسعة والعشرون (تتوافر لدى المؤسسة الصحية معدات وأجهزة طبية تقنية متطورة) الذي بلغ (3.78) وبانحراف معياري قدره (1.09)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة الحادية والثلاثون (تتوافر لدى المؤسسة الصحية مرافق مادية وتسهيلات ملائمة مثل (سيارات الإسعاف، كراسي متحركة، أسرة كافية للمرضى...)) بمتوسط حسابي قدره (3.55) وبانحراف معياري قدره (1.16) وباتجاه إجابة بالموافقة، أما الفقرة الثلاثون (يحرص العاملون على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر) فقد جاءت في الترتيب الثالث

بمتوسط حسابي بلغ (3.51) وبانحراف معياري قدره (1.03) وباتجاه إجابة بالموافقة، أما في الترتيب الرابع والأخير فقد جاءت الفقرة الثلاثون (المظهر الخارجي للمؤسسة الصحية يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة) فقد جاء اتجاه إجابات أفراد العينة عليها بالموافقة، وهو ما يعكسه الوسط الحسابي الذي بلغ (3.44) وبانحراف معياري قدره (1.09)، وهذا يدل على أن أفراد العينة يعتقدون أن المظهر الخارجي للمؤسسة الصحية يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة.

#### المحور التاسع: مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة

يتم من خلال المحور التاسع التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (23): تحليل فقرات المحور التاسع (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة)

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة                                                                   | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | اتجاه |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------|-------|
| 33         | يمتلك العاملون بالمؤسسة الصحية المعرفة والدراية التامة باحتياجات ورغبات المرضى | 3,32            | 1,01              | 2       | محايد |
| 34         | تضع المؤسسة الصحية المصلحة العليا للمريض في صلب اهتماماتها                     | 3,25            | 1,13              | 3       | محايد |
| 35         | يشرح العاملون للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة سهلة الفهم         | 3,18            | 1,17              | 4       | محايد |
| 36         | يقدر العاملون بالمؤسسة الصحية ظروف المريض ويتعاطفون معه                        | 3,46            | 1,13              | 1       | موافق |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (23) أن اتجاهات أفراد العينة نحو فقرات المحور التاسع (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد "الملائمة") تباينت ما بين الحياد والموافقة، حيث كان أعلى متوسط حسابي للفقرة السادسة والثلاثون (يقدر العاملون بالمؤسسة الصحية ظروف المريض ويتعاطفون معه) الذي بلغ (3.46) وبانحراف معياري قدره (1.13)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة الثالثة والثلاثون (يمتلك العاملون بالمؤسسة الصحية المعرفة والدراية التامة باحتياجات ورغبات المرضى) بمتوسط حسابي قدره (3.32) وبانحراف معياري قدره (1.01) وباتجاه إجابة بالحياد، أما الفقرة الرابعة والثلاثون (تضع المؤسسة الصحية المصلحة العليا للمريض في صلب اهتماماتها) فقد جاء اتجاه إجابات أفراد العينة عليها بالحياد، وحلت في الترتيب الثالث وهو ما يعكسه الوسط الحسابي الذي بلغ (3.25) وبانحراف معياري قدره (1.13)، أما في المرتبة الرابعة والأخيرة فقد جاءت الفقرة الخامسة والثلاثون (يشرح العاملون للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة سهلة الفهم) بمتوسط حسابي بلغ (3.18) وبانحراف معياري قدره (1.17)، وباتجاه إجابة بالحياد.

#### المحور العاشر: مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الأمان (الضمان)

يتم من خلال المحور العاشر التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الأمان (الضمان) من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (24): تحليل فقرات المحور الخامس (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد

(الضمان)

| رقم<br>الفقرة | محتوى الفقرة                                                                             | الحسابي<br>المتوسط | المعياري<br>الانحراف | تباين | وجه<br>الرأي |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|-------|--------------|
| 37            | يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع عمال المؤسسة الصحية                                   | 3,29               | 1,06                 | 1     | محايد        |
| 38            | تحتفظ المؤسسة الصحية بسجلات دقيقة وموثقة عن كل مريض وتحافظ على سرية المعلومات الخاصة بهم | 2,93               | 1,32                 | 2     | محايد        |
| 39            | تتوافر المؤسسة الصحية على موارد بشرية ذات خبرات ومؤهلات عالية                            | 2,57               | 1,11                 | 4     | غير موافق    |
| 40            | تمتاز المؤسسة الصحية بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع                                 | 2,83               | 1,26                 | 3     | محايد        |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (24) أن اتجاهات أفراد العينة نحو كل فقرات المحور العاشر (مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الأمان "الضمان") تباينت ما بين الحياد وعدم الموافقة، حيث كان أعلى متوسط حسابي للفقرة السابعة والثلاثون (يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع عمال المؤسسة الصحية) الذي بلغ (3.29) وانحراف معياري قدره (1.06)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالحياد، تليها في الترتيب الفقرة الثامنة والثلاثون (تحتفظ المؤسسة الصحية بسجلات دقيقة وموثقة عن كل مريض وتحافظ على سرية المعلومات الخاصة بهم) بمتوسط حسابي (2.93) وانحراف معياري قدره (1.32) وباتجاه إجابة بالحياد، أما الفقرة الأربعون (تمتاز المؤسسة

الصحية بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع) فقد جاء إتيان إجابات أفراد العينة عليها بالحياد، وحلت في الترتيب الثالث وهو ما يعكسه الوسط الحسابي الذي بلغ (2.83) وبانحراف معياري قدره (1.26)، أما في المرتبة الرابعة والأخيرة فقد جاءت الفقرة التاسعة والثلاثون (تتوفر المؤسسة الصحية على موارد بشرية ذات خبرات ومؤهلات عالية) بمتوسط حسابي بلغ (2.57) وبانحراف معياري قدره (1.11)، وباتجاه إجابة بعدم الموافقة. مما يشير إلى أن أفراد العينة يعتقدون أن مؤسساتهم لا تتوافر على موارد بشرية ذات خبرات ومؤهلات عالية.

### المطلب الثاني: عرض وتحليل نتائج المقابلة

من خلال هذا المطلب سننتقل إلى عرض وتحليل نتائج المقابلة التي أجريت مع مدراء ونواب مدراء المؤسسات الصحية محل الدراسة، اعتماداً على الأسئلة المطروحة والإجابات المقدمة في المحاور الثلاثة الآتية.

#### أولاً: عرض نتائج المقابلة

##### 1. المحور الأول: مدى الإدراك والإلمام بالتغيير التنظيمي وأبعاده

**السؤال الأول:** ما هو مفهومكم للتغيير الذي مس المنظومة الصحية العمومية (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟ وما هي دوافعه وأهدافه حسب رأيكم؟

**الإجابة:** هو عبارة عن إحداث تعديل جوهري في توجه القطاعات الصحية (الغايات والأهداف)، بمعنى البحث عن الحل المناسب كبديل لتنظيم القطاعات الصحية، والذي يتمثل في تطبيق الخارطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقاً للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة

الجوارية، والذي يسعى إلى إعطاء الاستقلالية لكل منهما وبالتالي الفصل بين تسيير المستشفيات والهيكل خارج الإستشفائية.

✓ **دوافعه:** تدني المستوى الخدماتي للقطاعات الصحية بسبب تكريس أهم مواردها لصالح

الهيكل الإستشفائية، وبالتالي هذا أدى إلى الإضرار بالنشاطات الوقائية والعلاجات القاعدية،

بالإضافة إلى انعدام التوازن في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بين جهات الوطن.

✓ **أهدافه:** يتمثل الهدف الجوهرى من التغيير في تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق

أفضل تغطية للهيكل الإستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن.

**السؤال الثاني:** ما هي الإجراءات التنظيمية، البشرية والمالية التي صاحبت عملية التغيير التنظيمي

(تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

**الإجابة:** تمثلت هذه الإجراءات في الآتي:

1. **الإجراءات التنظيمية:** تصميم هيكل تنظيمية جديدة للمؤسسات العمومية الإستشفائية

والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، تم من خلالها تعزيز دور ومكانة الموارد البشرية

من خلال استحداث المديرية الفرعية للموارد البشرية بعدما كانت مدمجة ضمن المديرية

الفرعية للإدارة الوسائل في الهيكل التنظيمي للقطاعات الصحية، إضافة إلى إعطاء أهمية

بالغة للعتاد الطبي من خلال تخصيص مديرية فرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات

المرافقة.

2. **الإجراءات البشرية:** وضع برنامج تكوين خاص استهدف مجموع الإطارات المسيرة للمؤسسات

الجديدة (المدرء ونوابهم) وبالأخص إطارات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، حيث تم

تكوينهم في مجالات التسيير العام، الاقتصاد العمومي والصحي، المالية ومراقبة التسيير، تسيير المصالح، التسيير التطبيقي للموارد البشرية. إضافة إلى تخصيص مناصب عمل بالمؤسسات الجديدة خاصة بفئات الممارسين الطبيين المتخصصين والعامين في الصحة العمومية، الشبه الطبيين في للصحة العمومية والإطارات المسيرة.

**3. الإجراءات المالية:** تخصيص غلاف مالي معتبر لميزانيات التسيير في كل مؤسسة صحية حسب طبيعة النفقات المتمثلة في: نفقات الموظفين، نفقات التكوين، التغذية، الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي، نفقات الأعمال الوقائية النوعية، العتاد والأدوات الطبية، صيانة الهياكل الصحية، نفقات أخرى للتسيير، الخدمات الاجتماعية، ونفقات البحث الطبي.

**السؤال الثالث:** في رأيكم ما هي أهم النقائص والسلبيات التي اعترضت تطبيق الخارطة الصحية الجديدة؟

**الإجابة:** تتمثل أهم النقائص والسلبيات في الآتي:

**1.** التقسيم غير العادل للموارد المادية والبشرية بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية؛

**2.** ميزانيات التسيير المخصصة للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية غير مطابقة للاحتياجات الفعلية؛

**3.** التسرع في تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، وعدم إشراك كافة الفاعلين في المنظومة الصحية في عملية التخطيط لها، إضافة إلى انعدام التنسيق مع الشركاء الاجتماعيين؛

**4.** عدم التحديد الواضح لمهام كل من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، إضافة إلى غموض العلاقة بين هاتاه المؤسسات؛

5. تعيين الممارسين الطبيين العاملين في الصحة العمومية كمدرء على مستوى المؤسسات

الصحية العمومية وبالخصوص على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية؛

6. إسناد التسيير الإداري للمسار المهني للموظفين بالمؤسسات الجديدة إلى مدرء الصحة

والسكان منذ 2008 إلى غاية 2012، وما ترتب عنه من عدة مشاكل مهنية للموظفين؛

7. قصور الوعي الثقافي لدى المجتمع والمتمثل في عدم إدراكه الجيد لمهام وأهداف كل

من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

**السؤال الرابع:** في رأيكم ما هي أهم المزايا والمكاسب المترتبة عن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة ؟

**الإجابة:** تتمثل أهم المزايا والمكاسب المترتبة عن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة في الآتي:

1. إعادة الاعتبار للنشاطات الوقائية والعلاجات القاعدية، من خلال فصل الهياكل الإستشفائية

عن الهياكل غير الإستشفائية؛

2. تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق تغطية أفضل للهياكل غير الإستشفائية وبخاصة

في المناطق الجنوبية؛

3. فتح فرص جديدة للترقية وإثبات الذات أمام الكفاءات البشرية المهمشة؛

4. تحسن ملحوظ في ظروف وأساليب العمل بالمؤسسات العمومية الإستشفائية.

**II. المحور الثاني: مدى الإدراك والإلمام جودة الخدمات الصحية**

**السؤال الخامس:** ما هو مفهومكم لجودة الخدمات الصحية؟ وما تقييمكم لمستواها في مؤسستكم بعد

تطبيق الخارطة الصحية الجديدة؟

**الإجابة:** جودة الخدمات الصحية هي السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة، من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتوفرة لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة. وفيما يخص تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية بعد تجسيد الخارطة الصحية الجديدة نلاحظ أن هناك تحسناً في جانب الخدمات الوقائية بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لكن يبقى دون المستوى المطلوب، في حين أن مستوى تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي بالمؤسسات العمومية الإستشفائية مازال بعيداً كل البعد عن مستوى الجودة المنشود.

**السؤال السادس:** من المسؤول عن تحسين جودة الخدمات في مؤسساتكم؟ وهل تعتقدون أن مستوى الجودة الحالي يحتاج إلى تحسين؟

**الإجابة:** مسؤولية تحسين جودة الخدمات الصحية تعد مشتركة بين جميع المستويات، بمعنى هي مسؤولية كل فرد داخل المؤسسة الصحية، أما فيما يخص مستوى الجودة الحالي فهو دون المستوى المطلوب ويحتاج إلى تحسن كبير بكل المؤسسات الصحية.

**السؤال السابع:** ما هو مفهومكم لأسلوب إدارة الجودة الشاملة الصحية؟ وهل تم تبني هذا الأسلوب كتحسين شامل لتحسين الخدمات في مؤسساتكم في ظل الخارطة الصحية الجديدة؟

**الجواب السابع:** تعد إدارة الجودة الشاملة الصحية أسلوب إداري مهم في المؤسسات الصحية، بحيث يشمل هذا الأسلوب على وصف تقديم الخدمات الصحية وإجراء التعديلات والاقتراحات التي تساعد على تحسين جودة الرعاية الصحية بشكل مستمر، أما بخصوص تطبيق هذا الأسلوب في ظل الخارطة الصحية الجديدة، فإنه لم يجد بعد طريقه للتطبيق بالمؤسسات العمومية الإستشفائية

والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، بسبب غياب إستراتيجية واضحة للتطبيق من جهة وغياب الإرادة من طرف الجهات الوصية من جهة أخرى.

**السؤال الثامن:** إلى أي مدى أنتم راضون على مستوى جودة الخدمات المقدمة من طرف مؤسساتكم؟

**الجواب الثامن:** هناك عدم رضا عن مستوى جودة الخدمات المقدمة، بسبب العديد من الصعوبات والمشاكل التي تتخبط فيها المؤسسات الصحية بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، والتي حالت دون تحقيق مستوى مقبول لجودة الخدمات الصحية المقدمة.

**III. المحور الثالث: انعكاسات التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) على تحسين**

**جودة الخدمات بأبعادها في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة.**

**السؤال التاسع:** حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية؟

**الجواب التاسع:** تطبيق الخارطة الصحية الجديدة كان له تأثير سلبي على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية، باعتبار أن الخدمات المقدمة لا تخلو من الأخطاء، ومواعيد العلاج للمرضى مازالت لا تحترم بدقة، كما أن المؤسسات الصحية مازالت لا تحض بثقة المستفيدين من خدماتها.

**السؤال العاشر:** حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسساتكم من ناحية بعد إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة)؟

**الإجابة:** هناك تحسين ملحوظ في جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاستجابة بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، لكن تبقى هناك العديد من الإختلالات التي لم تتم معالجتها، حيث نلمس

بطء في الاستجابة لطلبات المرضى، كما أن العديد من الخدمات التي يطلبونها لا يتحصلون عليها بسبب انعدامها في المؤسسات الصحية.

**السؤال الحادي عشر:** حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسساتكم من ناحية بعد التمكن الفني (الملموسية)؟

**الإجابة:** للتغيير التنظيمي أثر إيجابي على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملموسية، تجسد في شكل تحديث للمرافق المادية بالمؤسسات الصحية، وتوافرها على معدات وأجهزة طبية متطورة، لكن العجز في المورد البشري الكفاء حال دون استفادة المرضى الفعلية من خدماتها.

**السؤال الثاني عشر:** حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسساتكم من ناحية بعد الملائمة؟

**الإجابة:** كان لتطبيق الخارطة الصحية الجديدة انعكاس إيجابي إلى حد ما على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة، لكنه يبقى دون المستوى المطلوب بسبب عدم وضوح العلاقة بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية من جهة، إضافة إلى قصور الوعي الثقافي لدى المجتمع والمتمثل في عدم إدراكه الجيد لمهام وأهداف كل من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. كما أن العجز المسجل في المورد البشري الطبي المتخصص والشبه الطبي حال دون حصول المريض على وقته الكافي في العلاج، والتشخيص الدقيق لحالته الصحية، وانعكس سلباً على تقديرهم لظروف المريض وبالتالي عدم التعاطف معه أحياناً.

**السؤال الثالث عشر:** حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسساتكم من ناحية بعد الأمان (الضمان)؟

**الإجابة:** مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الضمان لم يرقى إلى المستوى المطلوب بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة بالنسبة للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، التي لا يثق المرضى في خدماتها بسبب افتقارها إلى الموارد البشرية ذات الكفاءة والخبرة العالية، في حين أن ثقتهم متوسطة في المؤسسات العمومية الإستشفائية نظرا لتوفرها على إمكانيات أعلى تلبي احتياجاتهم إلى حد ما، لكنها أيضا تفتقر إلى الموارد البشرية المؤهلة (الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية)، كما أن سمعة ومكانة المؤسسات الصحية مازالت جد متدنية لدى أفراد المجتمع.

**السؤال الرابع عشر:** ما هي اقتراحاتكم للوزارة الوصية من أجل التغلب على المشاكل والنقائص التي اعترضت تطبيق الخارطة الصحية الجديدة وبالتالي حالت دون تحقيقها للأهداف المرجوة منها؟

**الإجابة:** تتلخص مجمل الاقتراحات في النقاط الآتية:

1. على وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إعادة النظر في توزيع المؤسسات العمومية للصحة الجوارية للتحكم في زمام الأمور وتحقيق التسيير الفعال لها؛
2. العمل على مراجعة برامج التكوين وتكييفها، خاصة في مجال التسيير وتقنيات الاتصال لتمكين مدراء المؤسسات الصحية من التحكم في زمام الأمور، وتحقيق التسيير الفعال بها؛
3. على وزارة الصحة الإصغاء إلى الشكاوى المقدمة من موظفي المؤسسات العمومية للصحة والعمل على إيجاد الحلول المرضية، وتدارك النقائص في أسرع وقت ممكن؛
4. توضيح العلاقة بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية،

من خلال تحديد مهام كل منهما تحديدا دقيقا حتى لا يبقى المريض ضحية عدم وضوح هذه العلاقة.

5. التفكير في إنجاز برامج إعلامية تساهم في الرفع من المستوى الثقافي لأفراد المجتمع، من خلال توعيته بالمهام المنوطة بكل من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وبالتالي إشراك أفراد المجتمع في تحقيق أهداف الخارطة الصحية الجديدة.

### ثانيا: تحليل نتائج المقابلة

ا. المحور الأول: من خلال إجابات إدارات المؤسسات الصحية محل الدراسة يتبين لنا مدى إدراكهم لمفهوم التغيير التنظيمي، دوافعه وأهدافه، إضافة إلى إلمامهم بمختلف الإجراءات التنظيمية، البشرية والمالية التي صاحبت عملية التغيير التنظيمي، كما يتضح لنا أيضا أنه من خلال مدة إشرافهم على تطبيق الخارطة الصحية الجديدة بمؤسساتهم لمسوا جملة من المزايا والمكاسب التي ساهمت في تحسين وضعية جودة الخدمات الصحية بها، لكن الصعوبات والمشاكل التي واجهتهم أثناء تطبيقهم للخارطة الصحية الجديدة حالت دون تحقيقهم للأهداف المرجوة من عملية التغيير التنظيمي.

II. المحور الثاني: من خلال إجابات مدراء ونواب مدراء المؤسسات الصحية محل الدراسة يتضح لنا مدى إلمامهم بمفهوم جودة الخدمات الصحية من جهة واعتقادهم بأن تبنى المؤسسات الصحية لأسلوب الجودة الشاملة الصحية من شأنه أن يساهم في تحسين مستوى جودة الخدمات المقدمة من طرفها بشكل ملحوظ من جهة أخرى، ورغم ذلك فإن هذا الأسلوب لم يجد بعد طريقه للتطبيق بالمؤسسات الصحية حتى الآن بسبب غياب إرادة تطبيقه من طرف الجهات الوصية.

أما بخصوص تقييمهم لجودة الخدمات الصحية في الوقت الحالي، فقد أجمعوا عن عدم رضاهم عن مستوى الجودة الحالي وأنه يحتاج إلى تحسين أكبر، وحسب رأيهم فإن مسؤولية تحسين جودة الخدمات الصحية تقع على عاتق جميع الأطراف العاملين بأي مؤسسة صحية.

### III. المحور الثالث: أما بخصوص أثر التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)

على تحسين جودة الخدمات الصحية بمختلف أبعادها، فيتضح لنا من خلال إجابات إدارات المؤسسات الصحية محل الدراسة أن هذا الأثر إيجابي إلى حد ما على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية بعدي التمكن الفني (الملموسية) والملائمة في حين أن هذا الأثر كان سلبيا بدرجات متفاوتة على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية أبعاد مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة)، الاعتمادية والأمان (الضمان). وبصفة عامة فإن عملية تطبيق الخارطة الصحية الجديدة لم يكن لها أثر إيجابي كبير على تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظرهم، وبالتالي فهي تحتاج إلى عملية إعادة نظر واسعة من أجل تدارك النقائص والسلبيات التي حالت دون تحقيقها للأهداف المرجوة منها.

### المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة

تضمنت هذه الدراسة التي كانت بعنوان "التغيير التنظيمي وأثره على تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية - دراسة حالة عينة من المستشفيات العمومية لولاية ورقلة" ثلاثة فرضيات أساسية تمثلت في:

➤ يوجد إدراك لدى الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية للتغيير التنظيمي بأبعاده.

➤ لا يوجد إدراك لدى الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية لمفهوم جودة

الخدمات الصحية وأبعادها؟

➤ إن التغيير التنظيمي بأبعاده ليس له أثر على تحسين جودة الخدمات بأبعادها في المؤسسات

الصحية العمومية الجزائرية.

وسيتم في هذا المطلب محاولة اختبار الفرضيات الثلاثة، بناء على نتائج الإجابات

التي تم التوصل إليها في المطلبين السابقين، وذلك كما يلي:

**أولا: نتائج اختبار فرضية الدراسة الأولى.**

**" يوجد إدراك لدى العاملين بالمؤسسات الصحية العمومية للتغيير التنظيمي بأبعاده "**

لاختبار الفرضية الأولى تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع

أبعاد التغيير التنظيمي (دوافع وأسباب التغيير التنظيمي، الإجراءات المصاحبة للتغيير التنظيمي،

مشاكل وسلبات التغيير التنظيمي ومزايا ومكاسب التغيير التنظيمي)، وقد أظهرت مخرجات SPSS

النتائج المبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (25): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد التغيير التنظيمي من وجهة نظر

مفردات العينة

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة                        | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الرتبة | الاتجاه |
|------------|-------------------------------------|-----------------|-------------------|--------|---------|
| 4-1        | دوافع وأسباب التغيير التنظيمي       | 3.68            | 1.22              | 2      | موافق   |
| 8-5        | الإجراءات المصاحبة للتغيير التنظيمي | 3.58            | 1.18              | 3      | موافق   |
| 12-9       | مشاكل وسلبيات التغيير التنظيمي      | 3.81            | 1.09              | 1      | موافق   |
| 16-13      | مزايا ومكاسب التغيير التنظيمي       | 3.56            | 1.24              | 4      | موافق   |
| 16-1       | المتوسط الكلي                       | 3.65            | 1.18              | -      | موافق   |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتبين لنا من الجدول رقم (25) أن المتوسطات الحسابية لقياس التغيير التنظيمي وهو المتغير الرئيسي المستقل وأبعاده التي مثلت المتغيرات المستقلة الفرعية قد جاءت فوق المتوسط، حيث جاء المتغير المستقل الفرعي مشاكل وسلبيات التغيير التنظيمي في المرتبة الأولى حاملاً متوسطاً حسابياً قدره (3.81) وانحراف معياري قدره (1.09)، ما يشير إلى موافقة مفردات العينة على المشاكل والسلبيات التي اقترنت بعملية التغيير التنظيمي باعتبارهم مدركين لها، تلاه من حيث الأهمية المتغير الفرعي المستقل دوافع وأسباب التغيير التنظيمي بمتوسط حسابي قدره (3.68) وانحراف معياري قدره (1.22)، وتفسر هذه النتيجة أن الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة قد أبدوا موافقتهم على الدوافع والأسباب التي أدت إلى عملية التغيير التنظيمي، وأتى ثالثاً المتغير الفرعي المستقل الإجراءات المصاحبة للتغيير التنظيمي الذي حصل على متوسط حسابي قدره

(3.58) وانحراف معياري قدره (1.18) مما دل على موافقة مفردات العينة على الإجراءات التي صاحبت عملية التغيير التنظيمي وبالتالي فهم يدركونها، وفي الأخير جاء المتغير الفرعي المستقل مزايا ومكاسب التغيير التنظيمي بحصوله على متوسط حسابي قدره (3.56) وانحراف معياري قدره (1.24) مما يدل على موافقة مفردات العينة على المزايا والمكاسب المترتبة عن عملية التغيير التنظيمي.

وبشكل عام فإن النتيجة [ متوسط حسابي قدره (3.65) ] تدل على أن مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة يدركون التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) بأبعاده. كما أن نتائج المقابلة التي أجريت مع مدراء ونواب مدراء المؤسسات الصحية محل الدراسة جاءت متوافقة مع هذه النتيجة، وبالتالي نقبل الفرضية بصيغتها.

#### ثانيا: نتائج اختبار فرضية الدراسة الثانية.

"لا يوجد إدراك لدى العاملين بالمؤسسات الصحية العمومية لمفهوم جودة الخدمات الصحية وأبعادها".

لاختبار الفرضية الثانية تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لجميع أبعاد جودة الخدمات الصحية (واقع جودة الخدمات الصحية، مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية، مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة)، مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التمكن الفني (الملموسية)، مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة ومستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الأمان).

وقد أظهرت مخرجات SPSS النتائج المبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (26): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر

مفردات العينة

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة                                                                           | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | الإجابة   |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------|-----------|
| 20-17      | واقع جودة الخدمات الصحية                                                               | 3.96            | 0.96              | 1       | موافق     |
| 24-21      | مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية                                      | 2.54            | 1.57              | 6       | غير موافق |
| 28-25      | مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد مدى إمكانية وتوفر الحصول على الخدمة (الاستجابة) | 2.93            | 1.57              | 4       | محايد     |
| 32-29      | مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التمكن الفني (الملموسية)                        | 3.56            | 1.20              | 2       | موافق     |
| 36-33      | مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة                                        | 3.30            | 1.24              | 3       | محايد     |
| 40-37      | مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الأمان (الضمان)                                 | 2.90            | 1.43              | 5       | محايد     |
| 40-17      | المتوسط الكلي                                                                          | 3.19            | 1.32              | -       | محايد     |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الاستمارات الموزعة ومخرجات SPSS

يتبين لنا من الجدول رقم (26) أن المتوسطات الحسابية لقياس جودة الخدمات الصحية

وهو المتغير الرئيسي التابع وأبعاده التي مثلت المتغيرات المستقلة الفرعية قد جاءت متوسطة، حيث

جاء المتغير الفرعي التابع واقع جودة الخدمات الصحية في المرتبة الأولى حاملاً متوسطاً حسابياً قدره

(3.96) وانحراف معياري قدره (0.96)، ما يشير إلى إدراك مفردات العينة لواقع جودة الخدمات

الصحية في المؤسسات محل الدراسة، تلاه من حيث الأهمية المتغير الفرعي التابع مستوى جودة

الخدمات الصحية من ناحية بعد التمكن الفني (الملموسية) بمتوسط حسابي قدره (3.56) وانحراف معياري قدره (1.20)، وتفسر هذه النتيجة أن الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة قد أبدوا موافقتهم على مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التمكن الفني (الملموسية)، وأتى ثالثا المتغير الفرعي التابع مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة الذي حصل على متوسط حسابي قدره (3.30) وانحراف معياري قدره (1.24) مما يدل على أن مفردات العينة لا يرون أن هناك تحسن في جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة، أما المتغير الفرعي التابع مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة) فجاء رابعا لحصده متوسط حسابي قدره (2.93) وانحراف معياري قدره (1.57) مما يشير إلى أن مفردات العينة لا يرون أن هناك تحسن في جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة)، في حين أن المتغير الفرعي التابع مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الأمان (الضمان) حل خامسا لحصده متوسط حسابي قدره (2.90) وانحراف معياري قدره (1.43) مما يشير إلى أن مفردات العينة لا يرون أن هناك تحسن في جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الأمان (الضمان)، وفي الأخير جاء المتغير الفرعي التابع مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية بحصوله على متوسط حسابي قدره (2.54) وانحراف معياري قدره (1.57) مما دل على أن مفردات العينة لا يرون أن هناك تحسن في جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية.

وبشكل عام فإن النتيجة [ متوسط حسابي قدره (3.19) ] تدل على أن مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة كان إدراكهم متوسطا لمفهوم جودة الخدمات الصحية وأبعادها، كما أن نتائج المقابلة أيضا أظهرت أن هناك دراية نوعا ما لمفهوم جودة الخدمات الصحية وأبعادها

من طرف المدراء ونوابهم بالمؤسسات الصحية محل الدراسة. وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة أي يوجد إدراك متوسط نسبيا لدى الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية العمومية لمفهوم جودة الخدمات الصحية وأبعادها.

### ثالثا: نتائج اختبار فرضية الدراسة الثالثة.

"إن التغيير التنظيمي بأبعاده ليس له أثر على تحسين جودة الخدمات بأبعادها في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية".

يتمثل الهدف الأساسي من معرفة الارتباط الثنائي في معرفة قوة العلاقة بين متغيرين محددين، ولمعرفة قوة العلاقة بين أبعاد التغيير التنظيمي (دوافع وأسباب التغيير التنظيمي، الإجراءات المصاحبة للتغيير التنظيمي، مشاكل وسلبات التغيير التنظيمي ومزايا ومكاسب التغيير التنظيمي) مجتمعة وأبعاد جودة الخدمات الصحية (واقع جودة الخدمات الصحية، مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية، مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة)، مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التمكن الفني (الملموسية)، مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة ومستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الأمان) استخدمنا معامل بيرسون "Pearson". وقد أظهرت مخرجات SPSS النتائج المبينة في الجدول الآتي:

جدول رقم (27): مصفوفة الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) مجتمعة وأبعاد

المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

| المتغيرات | المصدر             | واقع جودة الخدمات الصحية | تحسن جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية | تحسن جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاستجابة | تحسن جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملموسية | تحسن جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة | تحسن جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الأمان |
|-----------|--------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| التغيير   | معامل الارتباط (R) | 0.091                    | 0.011                                            | 0.073                                           | 0.092                                           | 0.006                                          | 0.069                                        |
| التنظيمي  | مستوى دلالة        | *0.234                   | *0.883                                           | *0.339                                          | *0.225                                          | *0.937                                         | *0.363                                       |

\* ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \leq 0.05)$

يتبين لنا من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (27) أن هناك :

✓ ارتباط ضعيف جدا بين التغيير التنظيمي وواقع جودة الخدمات الصحية بلغ  $(R=0.091)$ .

✓ ارتباط ضعيف جدا بين التغيير التنظيمي ومستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد

الاعتمادية بلغ  $(R=0.011)$ .

✓ ارتباط ضعيف جدا بين التغيير التنظيمي ومستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد مدى

إمكانية وتوفر الحصول على الخدمة (الاستجابة) بلغ  $(R=0.073)$ .

✓ ارتباط ضعيف جدا بين التغيير التنظيمي ومستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التمكن الفني (الملموسية) بلغ ( $R=0.092$ ).

✓ ارتباط ضعيف جدا بين التغيير التنظيمي ومستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة بلغ ( $R=0.006$ ).

✓ ارتباط ضعيف جدا بين التغيير التنظيمي ومستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الأمان (الضمان) حيث بلغ ( $R=0.069$ ).

وحيث أن مستوى الدلالة عند جميع أبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) أكبر من مستوى الدلالة المعتمد ( $\alpha \leq 0.05$ )، فإننا نستنتج عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) لأبعاد المتغير المستقل التغيير التنظيمي مجتمعة على أبعاد جودة الخدمات الصحية (واقع جودة الخدمات الصحية، مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية، مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة)، مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التمكن الفني (الملموسية)، مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة ومستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الأمان) من وجهة نظر مفردات العينة، وبالتالي نستدل بذلك على صحة الفرضية الثالثة.

## خلاصة الفصل

لقد تطرقنا من خلال هذا الفصل إلى واقع النظام الصحي في الجزائر وسياسة الإصلاح التي تعرضت لها المنظومة الصحية الجزائرية التي تجسدت في شكل تطبيق الخارطة الصحية الجديدة في إطار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، والذي يهدف إلى تحقيق الفصل بين تسيير المستشفيات والهياكل خارج الإستشفائية من جهة وتقريب الخدمة الصحية من المواطن من جهة أخرى، حيث أبرزنا في هذا الصدد بشيء من التفصيل واقع التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) وجودة الخدمات في المنظومة الصحية العمومية لولاية ورقلة مع نظرة تقييمية لها، وللتعرف على أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة من وجهة نظر الأفراد العاملين بها، ثم قمنا بعرض الإطار المنهجي العام للدراسة من خلال التطرق إلى مجتمع وعينة الدراسة، واستعراض أدوات الدراسة المتمثلتان في الاستبيان والمقابلة. حيث قمنا بإجراء مقابلات مع مدراء ونواب مدراء المؤسسات الصحية محل الدراسة، كما تم توزيع استبيان على عينة الدراسة (أطباء، شبه طبيين وإداريين) تم اختيار مفرداتها وفق الطريقة العشوائية الطبقيّة التناسبية، حيث بلغ عدد مفرداتها 174 موزعين على النحو الآتي: 38 طبيب، 113 شبه طبي و 23 إداري، وبعد ذلك قمنا بتفريغ الاستبيان من خلال الاعتماد على البرنامج الإحصائي (SPSS)، الذي ساعدنا في إجراء العديد من الاختبارات الإحصائية ذات العلاقة بهدف الدراسة.

وانطلاقاً من عرض وتحليل النتائج الخاصة بالدراسة الميدانية، توصلنا إلى وجود إدراك لدى الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة للتغيير التنظيمي بأبعاده، كما أظهرت نتائج الدراسة المتعلقة بمستوى إدراك أفراد العينة لمفهوم جودة الخدمات الصحية وأبعادها وجود إدراك متوسط نسبياً لمفهوم جودة الخدمات الصحية وأبعادها.

ومن خلال اختبار صحة فرضيات الدراسة الميدانية توصلنا إلى عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $(\alpha \leq 0.05)$ ، بين أبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) مجتمعة وأبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) من وجهة نظر مفردات العينة.

## خاتمة عامة

يعتبر التغيير التنظيمي المفتاح الأساسي لنجاح المؤسسات في كافة القطاعات وتميزها تنافسيا في ظل الظروف الحركية التي يشهدها العالم، ولعل قطاع الصحة يعتبر من أهم القطاعات التي شهدت تغيرات كبيرة خلال العقدين الأخيرين، تجسدت في شكل العديد من مشاريع الإصلاح للمنظومة الصحية العمومية الجزائرية، كان آخرها التغيير التنظيمي الذي عرفته القطاعات الصحية (SS) من خلال مشروع تطبيق الخارطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، والذي كان من أهم أهدافه تقريب الخدمة الصحية من المواطن وصولا إلى تحسين مستوى جودتها. وعلى ضوء الدراسة النظرية والميدانية التي مكنتنا من إثبات الفرضيات المحددة في سياق الإجابة على الإشكالية المطروحة، نحاول في هذه الخاتمة الوقوف على أهم النتائج المتوصل إليها، مع إبداء بعض التوصيات وآفاق لدراسات وأبحاث مستقبلية.

### نتائج الدراسة:

لقد تم التوصل إلى العديد من النتائج التي خصت الجانب النظري والميداني لهذه الدراسة،

سيتم تلخيصها في النقاط الآتية:

1. بالرغم من كثرة الأبحاث والدراسات التي تناولت مفهوم التغيير التنظيمي إلا أنه يبقى من المواضيع الحديثة والقابلة للبحث، نتيجة تجدد وتزايد حاجة المؤسسات المعاصرة والأفراد

إليه وتعدد مجالاته، إستراتيجياته ونماذجه. وهو ما يترك المجال مفتوحاً أمام الباحثين للبحث في عوامل نجاح التغيير التنظيمي. وقد توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى أن أحد أهم مفاتيح نجاح التغيير التنظيمي هو العنصر البشري، من خلال تأييده وتقبله ودعمه له من جهة، وقيادته للتغيير مع ما تتطلبه من المهارات والقدرات لتحقيقه من جهة أخرى، كما تعد الثقافة التنظيمية المرنة والهيكل التنظيمي من العوامل الحاسمة في نجاح عملية التغيير؛

2. جودة الخدمات الصحية هي السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة، بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية: الأولى تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية وهي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث الطرق العلمية والمهنية، والثانية تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض ويمكن التحقق منها عن طريق قياس رضا المريض، والثالثة تتركز على تحقيق الجودة من وجهة نظر الإداريين وهي تعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميز؛
3. تحسين جودة الخدمات الصحية هدف استراتيجي تسعى السلطات العمومية إلى تحقيقه من خلال مشاريع إصلاح المنظومة الصحية العمومية في الجزائر؛
4. التغيير التنظيمي في المنظومة الصحية العمومية بالجزائر لم يصل إلى تحقيق هدف تطبيق العدالة في توزيع الموارد المالية والبشرية والوسائل المادية على المستوى الجهوي والوطني؛
5. عدم إشراك العاملين في المؤسسات الصحية الجزائرية في التخطيط والتنظيم لعملية تطبيق خارطة الصحية الجديدة حال دون تحقيقها لهدف تحسين جودة الخدمات الصحية؛
6. خفف ظهور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات العمومية الإستشفائية من حدة المشاكل التي كانت تعاني منها المنظومة الصحية العمومية، إلا أن هذه المشاكل لم تحل بصفة نهائية، فما زالت المنظومة الصحية العمومية تعاني من انعدام التوازن في توزيع

مؤسساتها بين جهات الوطن وكذا ظهور مشكل عدم الكفاءة في التسيير الناتج عن تسيير المؤسسات العمومية للصحة الجوارية من طرف أطباء ليس لديهم الخبرة والدراية بميدان التسيير؛

7. وجود قناعة عالية لدى الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية الجزائرية بأن تبني أسلوب إدارة الجودة الشاملة الصحية سوف يحسن من مستوى جودة الخدمات الصحية؛

8. تطبيق الخارطة الصحية الجديدة ساهم في الفصل بين الهياكل الإستشفائية والهياكل خارج الإستشفائية من جهة، وتقريب الخدمة الصحية الجوارية من المواطن من جهة أخرى؛

9. أكدت نتائج الدراسة على وجود إدراك لدى الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية للتغيير التنظيمي بأبعاده؛

10. أكدت نتائج على وجود إدراك متوسط نسبيا لدى الأفراد العاملين بالمؤسسات الصحية لمفهوم جودة الخدمات الصحية وأبعادها؛

11. تؤكد الدراسة على عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )، لأبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) مجتمعة على أبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) من وجهة نظر مفردات العينة.

## التوصيات:

سعيًا إلى تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية وبناءً على ما تم التوصل إليه من نتائج فإن الدراسة توصي بما يلي:

1. إشراك جميع الفاعلين في قطاع الصحة في عملية التخطيط لمشاريع الإصلاح المستقبلية للمنظومة الصحية العمومية، وعدم فرض التغيير من أعلى على المؤسسات الصحية كي لا يحول ذلك دون تحقيق الأهداف المنشودة؛
2. ترشيد نفقات العلاج الصحي وضمان تحقيق توازن مالي أحسن للهياكل الإستشفائية والهياكل خارج الإستشفائية، وهذا في إطار تسيير عصري وحديث؛
3. تقنين أو إلغاء النشاط التكميلي للممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية لما له من انعكاسات سلبية على حسن تسيير المصالح الإستشفائية بالمؤسسات الصحية، إضافة إلى كونه أحد العراقيل التي حالت دون تحقيق خارطة الصحة الجديدة لهدف تحسين جودة الخدمات الصحية؛
4. ترقية مفهوم الخدمة الصحية الجوارية وتسهيل الوصول إلى تقديم خدمات متدرجة إلى جميع المواطنين لتحقيق مبدأ التدرج في العلاج؛
5. تنظيم العلاقة التي تربط بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية في شكل مراسيم وقواعد تنظيمية تحكم العلاقة بينهما حتى لا يكون المريض ضحية لغموض هذه العلاقة؛

6. التنسيق بين سياسة تكوين الموارد البشرية الصحية وسياسة بناء الهياكل الصحية بما يساهم في إحداث التوازن بينهما؛
7. ترقية الوعي الثقافي لدى المجتمع من أجل الوصول به للإدراك الجيد لأهداف الخارطة الصحية الجديدة، وبالتالي دفعه إلى المساهمة في تحقيق هذه الأهداف؛
8. على وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إعادة النظر في توزيع المؤسسات العمومية للصحة الجوارية للتحكم أكثر في زمام الأمور وتحقيق التسيير الفعال لها؛ إضافة إلى ضرورة الإصغاء للشكاوى المقدمة من موظفي المؤسسات الصحية العمومية والعمل على إيجاد الحلول المرضية، وتدارك الأخطاء في أسرع وقت ممكن؛
9. العمل على مراجعة وتحديث برامج التكوين المتواصل الموجهة لكافة مستخدمي الصحة العمومية من أجل مواكبتها وتكيفها مع جميع التغيرات التي طرأت على المنظومة الصحية العمومية الجزائرية من جهة، وتلك المتوقع حدوثها مستقبلا من جهة أخرى؛
10. تفعيل دور المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة كقاطرة تعنى بقيادة جميع عمليات إصلاح المنظومة الصحية العمومية الجزائرية مستقبلا، مع ضرورة تكييف برامج تكوينها الموجهة للإطارات المسيرة للمؤسسات الصحية والمتعلقة بمجال التسيير مع الواقع الفعلي المعاش بهاته المؤسسات، بغية تحقيقها للأهداف المرجوة؛
11. إعطاء امتيازات أكثر للموظفين الصحيين وبخاصة الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية من أجل تشجيعهم على العمل بالمناطق الداخلية والجنوبية للوطن، بهدف ترقية مستوى جودة الخدمات الصحية بها؛

12. عدم التفكير في تطبيق خارطة صحية مستقبلية دون التقييم الدقيق والشامل للخارطة الصحية

الحالية.

### آفاق الدراسة:

لقد حاولنا من خلال ما تم عرضه معالجة الموضوع حسب المعلومات والمعطيات المتوفرة والتي أمكن الحصول عليها، والحقيقة التي توصلنا إليها أن الموضوع جد متشعب ويحتاج إلى تفصيل كبير، لذا فإننا نعتبر دراستنا هذه كقاعدة يمكن الانطلاق منها لبناء مواضيع أخرى ذات علاقة بها، يمكن أن تسهم أكثر في إثراء البحث العلمي في ميدان التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية، وفيما يلي سنقدم بعض المواضيع المقترحة للبحث على أمل أن تلفت أنظار الباحثين لمعالجتها:

1. دور التغيير الثقافي في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية؛
2. دراسة تقييمية لواقع المنظومة الصحية الجزائرية؛
3. أثر إدارة التغيير على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمراكز الإستشفائية الجامعية الجزائرية؛
4. إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر وأثره على تحسين جودة الخدمات الصحية؛
5. تشخيص واقع إدارة الجودة الشاملة الصحية بالمستشفيات الجزائرية.

## قائمة المراجع

### أولاً: المراجع باللغة العربية

#### ➤ القرآن الكريم.

1. الأحمدى حنان عبد الرحيم، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، المجلد 40، العدد الثالث، الرياض، مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها معهد الإدارة العامة، (2000).
2. الأحمدى طلال بن عايد، إدارة الرعاية الصحية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، (2004).
3. البكري ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، الأردن، دار اليازوري للنشر والتوزيع، (2005).
4. البكري ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، الأردن، دار اليازوري العلمية، (2005).
5. الجليلي آلاء حسيب، والطويل أكرم أحمد، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، (بدون سنة نشر).
6. الجوهري عبد الهادي، دراسات في علم الاجتماع السياسي، القاهرة، مكتبة نهضة الشرق، (1988).
7. الحريستاني حسان محمد نذير، إدارة المستشفيات، السعودية، معهد الإدارة العامة، (1990).
8. الحسيني فلاح حسن عداي، الإدارة الاستراتيجية، مفاهيمها مداخلها عملياتها المعاصرة، عمان، دار وائل للنشر، (2006).
9. الخازم محمد عبد الله، نظرة عامة في معنى جودة الخدمة الصحية، متاح على الموقع الإلكتروني:

<http://www.alryadh.com/2001/11/08/article30576.html>.

10. الخضيرى محسن أحمد، إدارة التغير، مدخل اقتصادى للسلوكية الإدارية للتعامل مع متغيرات الحاضر لتحقيق التفوق والامتنياز الباهر فى المستقبل للمشروعات، الطبعة الأولى، دمشق، دار الرضا للمعلومات، (2003).
11. الدرة عبد البارى، التغير فى المنظمات، المجلد 9، العدد 4، مجلة البحوث الاقتصادية والإدارية، (1981).
12. الدمرداش إبراهيم طلعت، إقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مصر، مكتبة القدس، (2006).
13. الدويك مصباح عبد الهادى حسن، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية، رسالة ماجستير، تخصص إدارة أعمال، غزة، الجامعة الإسلامية، (2010).
14. الرخيمى ممدوح جلال، دور الثقافة التنظيمية فى تطبيق إدارة الجودة الشاملة على قطاع الصناعات الكيماوية بمحافظة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جدة، السعودية، جامعة الملك عبد العزيز، (2000).
15. الرقب حماد محمود، واقع إدارة التغير لدى وزارات السلطة الفلسطينية، رسالة ماجستير فى إدارة الأعمال، غزة، فلسطين، الجامعة الإسلامية، (2008).
16. السعدى عبد الرحمن بن ناصر، تفسير الكريم الرحمان فى تفسير كلام المنان، الطبعة الأولى، القاهرة، مكتبة الصفاء، (2002).
17. السلمى على، السلوك التنظيمى، القاهرة، دار غريب للنشر والتوزيع، (بدون سنة نشر).
18. السويدان طارق محمد، منهجية التغير للمنظمات، الطبعة الأولى، بيروت، دار ابن حزم، (2001).

19. الشماع خليل محمد حسن، ومحمود خضير كاظم، نظرية المنظمة، الطبعة الثانية، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، (2005).
20. الصديقي سلوى عثمان، ورمضان السيد، الصحة العامة من المنظور الاجتماعي، الإسكندرية، مصر، دار المعرفة الجامعية، (2000).
21. الصرايرة، وعبد المجيد أكثم، العلاقة بين الثقافة التنظيمية والإبداع الإداري لشركتي البوتاس والفوسفات المساهمتين العامتين الأردنية، مؤتم للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (2003).
22. الصيرفي محمد، إدارة التغيير، الطبعة الأولى، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، (2007).
23. الصيرفي محمد، هندرة الموارد البشرية، الطبعة الأولى، الإسكندرية، مؤسسة حورس للنشر والتوزيع، (2006).
24. الضمور هاني حامد، تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، عمان، دار وائل للنشر، (2002).
25. العارف نادية، الإدارة الإستراتيجية، الإسكندرية، الدار الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، (1999).
26. العساف صالح محمد، المدخل للبحث العلمي في العلوم السلوكية، الرياض، مكتبة العبيكان للطباعة والنشر، (1989).
27. العطيات محمد بن يوسف النمران، إدارة التغيير والتحديات العصرية للمدير، الطبعة الأولى، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع، 2006.
28. العلي عبد الستار، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، (2008).

29. العمر بدران بن عبد الرحمن، الإدارة العامة، العدد الثاني، الرياض، المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، (2002).
30. العميان محمود سليمان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، عمان، دار وائل للنشر، (2005).
31. العميرة محمد بن عبد العزيز، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض، دراسة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، (2003).
32. الفائز صالح بن سليمان، الاستراتيجيات القيادية في إدارة التغيير التنظيمي والتعامل مع مقاومته، أطروحة دكتوراه في العلوم الإدارية، الرياض، جامعة نايف للعلوم الأمنية، (2008).
33. القحطاني سعيد سالم وآخرون، منهج البحث العلمي في العلوم السلوكية مع تطبيقات (SPSS)، الرياض، المكتبة الوطنية، 2000.
34. القرار الوزاري المشترك المؤرخ 03 محرم 1431هـ في 20 ديسمبر 2009 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 15، (2009).
35. اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولاسيما في الرعاية الصحية الأولية مسؤولية مشتركة، متاح على الموقع الإلكتروني: [http://www.emro.who.int/rc47/anpa\\_11bo5.html](http://www.emro.who.int/rc47/anpa_11bo5.html).
36. اللوزي موسى، التنمية الإدارية، الطبعة الثانية، عمان، دار وائل للنشر، (2002).

37. المحمود فاروق عبد الله، نظم المعلومات الصحية وأثرها على ضمان جودة الرعاية الطبية في الأردن، أطروحة دكتوراه مقدمة إلى المعهد القومي للإدارة العليا، مصر، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية للحصول على درجة "الزمالة" في إدارة المستشفيات والخدمات الصحية، (1999).
38. المحياوي قاسم نايف علوان، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، عمان، دار الشروق للنشر والتوزيع، (2006).
39. المرسوم التنفيذي رقم 05-428 المؤرخ في 07 نوفمبر 2005، الجريدة الرسمية، العدد 73، الصادرة بتاريخ 07 شوال 1427هـ الموافق لـ 09 نوفمبر 2005 م.
40. المرسوم التنفيذي رقم 06-324 المؤرخ في 18 سبتمبر 2006، الجريدة الرسمية، العدد 58، الصادرة بتاريخ 22 شوال 1430هـ الموافق لـ 11 أكتوبر 2009 م.
41. المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 03 جمادى الأولى 1428هـ الموافق لـ 19 ماي 2007م.
42. المرسوم التنفيذي رقم 11-380 المؤرخ في 21 نوفمبر 2011، المتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الجريدة الرسمية، العدد 63، الصادرة بتاريخ 27 ذي الحجة 1432هـ الموافق لـ 23 نوفمبر 2011 م.
43. المرسوم التنفيذي رقم 96-66 المؤرخ في 27 جانفي 1999، الجريدة الرسمية، العدد 08، الصادرة بتاريخ 11 رمضان 1416هـ الموافق لـ 31 جانفي 1996 م.
44. المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول 1418هـ الموافق لـ 16 جويلية 1997 م.

45. المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، الجريدة الرسمية، العدد 81،  
الصادرة بتاريخ 10 شعبان 1418هـ الموافق لـ 10 ديسمبر 1997 م.
46. المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003، الجريدة الرسمية، العدد 48، الصادرة  
بتاريخ 14 جمادى الثانية 1424 هـ الموافق لـ 13 أوت 2003 م.
47. المرسوم الرئاسي رقم 10-149 المؤرخ في 28 ماي 2011، الجريدة الرسمية، العدد 36، الصادرة  
بتاريخ 16 جمادى الثانية 1431هـ الموافق لـ 30 ماي 2010 م.
48. المغربي كامل وآخرون، أساسيات في الإدارة، الطبعة الأولى، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع،  
(1995).
49. النجار فريد، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الطبعة الأولى، الإسكندرية، الدار الجامعية،  
(2007).
50. الوكالة الوطنية الجزائرية لتطوير الاستثمار، متاح على الموقع الإلكتروني:  
<http://www.andi.dz>.
51. إدريس ثابت عبد الرحمن، المدخل الحديث في الإدارة العامة، مصر، الدار الجامعية، (2003).
52. إدريس فتيحة أبوبكر، المحياوي قاسم نايف علوان، قياس جودة أداء الخدمات الصحية وتأثيرها على  
رضا المرضى، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، جامعة العلوم  
التطبيقية الخاصة، 26-27 أبريل، (2006).
53. أبوبكر فاتن أحمد، والزومان موسى بنت محمد، معوقات ومقومات تطبيق إدارة الجودة الكلية في  
الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية: بحث تطبيقي على مدينة الرياض، الرياض، معهد  
الإدارة العامة، (2000).

54. أنجرس مورييس، ترجمة صحراوي بوزيد وآخرون، منهجية البحث العلمي في البحوث الإنسانية: تدريبات عملية، الجزائر العاصمة، دار القصبة للنشر، (2006).
55. براق محمد، وحتوية عمر، القيادة وإدارة التغيير بالمؤسسة الاقتصادية، مداخلة مقدمة في المنتدى الوطني الثاني للمؤسسات، جامعة عنابة، (2004).
56. بروبقات عبد الكريم يحي، التغيير في منظمات الأعمال من خلال مدخل إدارة الجودة الشاملة، متاح على الموقع الإلكتروني:  
[www.ituarabic.org](http://www.ituarabic.org).
57. بريدجز ويليام، ترجمة يونس موسى، فن الانتقال والتغيير الإداري، الرياض، بيت الأفكار الدولية للنشر والتوزيع، (1991).
58. بشير محمد، الثقافة والتسيير في الجزائر "بحث في تفاعل الثقافة التقليدية والثقافة الصناعية"، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، (2007).
59. بلوط حسن إبراهيم، المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات، الطبعة الأولى، لبنان، دار النهضة العربية، (2005).
60. بن حبتور عبد العزيز صالح ، الإدارة الاستراتيجية "إدارة جديدة في عالم متغير"، الطبعة الأولى، عمان، دار المسيرة، (2004).
61. بن حبيب عبد الرزاق، إقتصاد وتسيير المؤسسة، الطبعة الرابعة، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، (2009).
62. بن عبد العزيز خالد بن سعد، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، الرياض، المملكة العربية السعودية، مكتبة الملك فهد، (1997).

63. بن فرحات عبد المنعم، أهمية اختيار المسير في تحقيق أهداف السياسة الصحية، رسالة ماجستير، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، بسكرة، جامعة محمد خيضر، (بدون سنة نشر).
64. بندي عبد الله، وعلة مراد، التغيير "قراءة مفاهيمية دلالية"، الملتقى الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، الجزائر، جامعة سعد دحلب البليدة، (2011).
65. بوعنة عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية: مفاهيم، نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع، (2004).
66. ثقافة المنظمات في الابتكار، متاح على الموقع الإلكتروني:
- <http://www.mawhiba.org/Ebtekar/Ebtekar2-0-0/Ebtekar2-1>.
67. جاد الرب سيد محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، القاهرة، مطبعة العشري، (بدون سنة نشر).
68. جاد الرب سيد محمد، السلوك التنظيمي موضوعات وتراجم وبحوث إدارية متقدمة، جمهورية مصر العربية، مطبعة العشري، (2005).
69. جردات ناصر وآخرون، إدارة التغيير والتطوير، الطبعة الأولى، عمان، دار إثراء للنشر والتوزيع، (2013).
70. جلدة سامر، السلوك التنظيمي والنظريات الإدارية الحديثة، الطبعة الأولى، عمان، دار أسامة للنشر، (2009).
71. جلدة سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الطبعة الأولى، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، (2007).

72. حافظ مصطفى، دور مراكز التدريب في مرحلة التغيير، متاح على الموقع الإلكتروني:  
<http://www.ituarabic.org/11thhrmeeting/doc24.ppt>.
73. حريم حسين، السلوك التنظيمي " سلوك الأفراد والجماعات في منظمات الأعمال "، الطبعة الثالثة، عمان، دار الحامد للنشر، (2009).
74. حسن راوية، السلوك التنظيمي المعاصر، مصر، الدار الجامعية، (2002).
75. داودي الطيب، ومحبوب مراد، مداخلة: إدارة التغيير كمدخل لاستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال في منظمات الأعمال، الملتقى الدولي حول: الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، الجزائر، جامعة سعد دحلب البليدة، (2011).
76. درياس حليلة، نحو أسس جديدة لإستراتيجية التغيير على مستوى التنظيم الإداري الصحي، مذكرة لنيل شهادة ما بعد التدرج، تخصص إدارة أعمال المنظمات الصحية، الجزائر، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، (2000-2001).
77. دي سيزولاقي أندرو ووالاس جي مانك ترجمة أبو القاسم أحمد، السلوك التنظيمي والأداء، الرياض، معهد الإدارة العامة، (1999).
78. سالم إلياس، تأثير الثقافة التنظيمية على أداء الموارد البشرية، رسالة ماجستير في العلوم التجارية، المسيلة، جامعة محمد بوضياف، (2005-2006).
79. سويسبي عبد الوهاب، المنظمة " المتغيرات، الأبعاد، التصميم "، الجزائر، دار النجاح للكتاب والنشر والتوزيع، (2009).
80. سيكاران أوما، ترجمة بسيوني إسماعيل علي والعزاز عبد الله بن سليمان، طرق البحث في الإدارة "مدخل بناء المهارات البحثية"، الرياض، المنشورات العملية لجامعة الملك سعود، (1998).

81. شريف علي، الإدارة المعاصرة، مصر، الدار الجامعية، الإسكندرية، (2003).
82. شريف علي، سلطان محمد، مدخل معاصر في مبادئ الإدارة، الإسكندرية، الدار الجامعية، (1998).
83. شفيق محمد، البحث العلمي - الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الإجتماعية، مصر، المكتب الجامعي الحديث، (2001).
84. شوقي طريف، السلوك القيادي وفعالية الإدارة، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر، (1992).
85. صالح عبد المحي محمود حسن، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، مصر، دار المعرفة الجامعية، (2003).
86. عاطف زاهر عبد الرحيم، هندسة المنظمات "الهيكل التنظيمي للمنظمة"، الطبعة الأولى، عمان، دار الراية للنشر والتوزيع، (2009).
87. عبد الباقي صلاح الدين محمد، السلوك التنظيمي "مدخل تطبيقي معاصر"، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة، (بدون سنة نشر).
88. عبد الرزاق امتثال حسن وآخرون، مبادئ الإحصاء الوصفي، الإسكندرية، الدار الجامعية، (2002).
89. عبد الفتاح عز، مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام (Spss)، جدة، خوارزم للنشر والتوزيع، (2008).
90. عبد الله الأحمد حسام، أثر الثقافة التنظيمية في تنمية السلوك الإبداعي للعاملين: بحث تطبيقي على مؤسسات الغزل والنسيج في مدينة حلب، رسالة ماجستير غير منشورة، سورية، جامعة حلب، (2008).

91. عبد الله علي، محاضرات في إدارة الموارد البشرية، سنة أولى ماجستير إدارة أعمال، جامعة الجزائر 3، (2011-2012).
92. عبود علي سكر وآخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، المجلد 11، العدد الثالث، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، (2009).
93. عبوي زيد منير، إدارة التغير والتطوير، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، (2007).
94. عبيدات ذوقان وآخرون، البحث العلمي: مفهومه، أدواته وأساليبه، عمان، دار الفكر، (2001).
95. عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، (2007-2008).
96. عدمان مريزق، وعدمان محمد، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجا، الملتقى الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب البليدة، (2011).
97. عصفور أمل مصطفى، قيم ومعتقدات الأفراد وأثرها على فاعلية التنظيم، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، (2008).
98. عطية هاشم أحمد، وعبد ربه محمد، النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية: المستشفيات، الإسكندرية، الدار الجامعية، (2000).
99. عقيلي عمر وصفي، الإدارة المعاصرة "التخطيط-التنظيم-الرقابة"، عمان، دار زهران للنشر والتوزيع، (بدون سنة نشر).

100. علي زهير حنفي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، (1988).

101. عليان ربحي مصطفى، غنيم عثمان محمد، مناهج وأساليب البحث العلمي - النظرية والتطبيقية، عمان، دار الصفاء، (2000).

102. غنيم أحمد محمد، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، الطبعة الأولى، مصر، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، (2006).

103. غيطاس جمال محمد، تكنولوجيا المعلومات والمنشآت الصحية قاصرة، متاح على الموقع الإلكتروني:

<http://Hosamred.blogspot.com>.

104. فهمي محمد شامل، الإحصاء بلا معاناة: المفاهيم والتطبيقات باستخدام (Spss)، الرياض، معهد الإدارة العامة، (2005).

105. قبطان شوقي، وزروق صدوقي، أهمية تفعيل المناخ التنظيمي في المنظمة الجزائرية لدعم تنافسيتها في عصر العولمة والمنافسة، الملتقى الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب البليدة، (2011).

106. كامل مصطفى، وعطية أبو العزم، مقدمة في السلوك التنظيمي، مصر، المكتب الجامعي الحديث، (بدون سنة نشر).

107. كشت إبراهيم، ومضات إدارية، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، (1999).

108. كلادة ظاهر محمود، الاتجاهات الحديثة في القيادة الإدارية، الأردن، دار زهران للنشر والتوزيع، (1997).

109. كينج نيجل، وأندرسون نيل ترجمة حسن حسني محمود، إدارة أنشطة الابتكار والتغيير دليل انتقادي للمنظمات، الرياض، دار المريخ للنشر، (2004).
110. لطفي طلعت إبراهيم، أساليب وأدوات الحث الإجتماعي، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر، (1995).
111. لعويسات جمال الدين، السلوك التنظيمي والتطوير الإداري، الجزائر، دار هومة، (2002).
112. ماهر أحمد، السلوك التنظيمي، "مدخل بناء المهارات"، الطبعة السابعة، القاهرة، الدار الجامعية، (2000).
113. ماهر أحمد، تطور المنظمات الدليل العلمي لإعادة الهيكلة والتميز الإداري وإدارة التغيير، الإسكندرية، الدار الجامعية، (2007).
114. مجلة الإداري، المجلد 27، العدد 09، بيروت، لبنان، دار الصياد للنشر، (2001).
115. محمد عبد الله وآخرون، التغيير لمجابهة المتغيرات " سلسلة الإدارة المثلى "، بيروت، مكتبة لبنان، (2001).
116. محمود منال طلعت، أساسيات في علم الإدارة، مصر، المكتب الجامعي الحديث، (2003).
117. مخيمر عبد العزيز، والطعامنة محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، مصر، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، (2008).
118. مذكور فوزي شعبان، تسويق الخدمات الصحية، القاهرة، إيتراك للنشر والتوزيع، (1998).
119. مذكور فوزي شعبان، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، العدد الثالث، القاهرة، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، (1997).

120. مزاهرة أيمن، الصحة والسلامة العامة، الطبعة الأولى، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، (2000).
121. مساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، عمان، دار حامد للنشر، (1998).
122. مسودة مازن عبد العزيز عبد الحميد، أثر تطوير الموارد البشرية في تحقيق الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه فلسفة في إدارة الأعمال غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية الدراسات العليا، (2004).
123. مصطفى إبراهيم وآخرون، المعجم الوسيط، تركيا، المكتبة الإسلامية للطباعة والنشر والتوزيع، (1989).
124. مصطفى أحمد سيد، إدارة السلوك التنظيمي " نظرة معاصرة لسلوك الناس في العمل "، القاهرة، دار المعادي الجديدة، (2005).
125. ملحم سامي، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، (2000).
126. منصور علي محمد، مبادئ الإدارة أسس ومفاهيم، الطبعة الأولى، القاهرة، مجموعة النيل العربية، (1999).
127. ندوة واقع خدمات المستشفيات، الرياض، معهد الإدارة العامة، (1990).
128. نصر الله حنا وآخرون، مبادئ في العلوم الإدارية: الأصول والمفاهيم المعاصرة، الأردن، دار زهران للنشر والتوزيع، (1999).
129. نصيرات فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، عمان، دار المسيرة، (2008).

130. نياز عبد العزيز بن حبيب، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، الرياض، وزارة الصحة، (2005).

131. هيوكوش، إدارة الجودة "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان الالتزام بها"، الرياض، معهد الإدارة العامة، (2002).

132. ياسين سعد غالب، الإدارة الإستراتيجية، الإسكندرية، دار اليازوري للنشر، (1998).

133. ياسين سعد غالب، الإدارة الدولية، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، (2007).

### ثانيا: المراجع باللغات الأجنبية

134. A,Wilson, Understanding Organizational Culture and the Implication for Corporate Marketing, European Journal of Marketing, (2001).

135. Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière, (2008).

136. Alaoui, A.Belghiti, Principes Généraux de Planification à l'Hôpital, Rabat, Sans Edition, (2005).

137. Brilman, Jean, Les meilleurs pratiques du management au cœur de la performance , 3eme tirage, édition d'organisation , (2000).

138. Donabedian, A, Evaluating the quality of medical care, vol.44, n°.3, Milbank Memorial Fund Quarterly, (1996).

139. Ellen, Whiener, Do high commitment human resource practices affect employee commitment ?,A Cross-Level Analysis using Hierarchical Linear Modeling, Journal of Management 27, (2001).

140. Hart, Jisette, Lucas, Sylvie Management Hospitalier" stratégie nouvelle des cadres", France, Edition Lamane, (2002).

141. Langelier, Gilles, **Vers l'établissement de normes de qualité de services dans les centres d'accueil du Québec**, vol. 11, n° 2, Québec, (1978).
142. Les 6 dossiers de la reforme hospitalière. <http://www.sante-maghreb.com/actualités/0703/0703-27.htm>.
143. J-P, Claveranne, D, Vinot Fraisse S. et al. **Les perceptions de la qualité chez les professionnels des de santé**, Rapport pour la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, (2003).
144. Jacquerye, A, **la qualité des soins infirmiers, Implantation, Evaluation**, Paris, Accréditation Editions Maloine, (1999).
145. Anderson, Dean, S. Ackerman, Linda, **change management**, Library of Beyond Congress Cataloging in publication Data, (2001).
146. Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière, 12/01/2008.
147. Direction de la sante et de la population de la wilaya de Ouargla, " **Fiche technique du secteur de la santé arrêté au 31/03/2014**", Avril 2014.
148. Djellal, Farida, et autres, **L'hôpital innovateur de l'innovation médicale à l'innovation de service**, Paris, Masson, (2004).
149. Ducreux, Jean Marie, Marchand-Tonel, Maurice, **Stratégie « Les clés du succès concurrentiel »**, Paris, Ed d'organisation, (2004).
150. Franco, Lynne Miller et autres, **Pérenniser la Qualité des Soins de Santé: L'Institutionnalisation de l'Assurance de Qualité**, [www.Directed-creativity.com/pages/ComplexityWP.htm](http://www.Directed-creativity.com/pages/ComplexityWP.htm).
151. Grouard, Benoit, Meston, Francis, **l'Entreprise en Mouvement "conduire et réussir le Changement"**, Paris, 3ém éd-Dunod, (1998).
152. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/ar/index.html>.
153. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08041008/ar/index.html>.

154. Jacques, Bouget, Charles, Honnorat, **Démarche qualité en médecine, Module "Apprentissage de l'exercice médicale"**, France, Faculté de Médecine de Rennes, (2004).
155. Jones & Al, **The impact of organizational culture and reshaping capabilities on change implementation success: "the mediating role of readiness for change"**, issue 2, Journal of Management Studies, (2005).
156. Keddad, N, Daméche, N, **Politique de santé et réforme hospitalière: Planification sanitaire**, Atelier n° 06 , Alger, conférence nationale, (2011).
157. Le bilan des activités, élaboré par le direction de la sante et de la population de wilaya de Ouargla, (31/12/2013).
158. Mahyaoui, Youssef, **Etude juridico économique de la contractualisation dans le système de soins**, Doctorat le système de soins hospitalier, université Paris, (2003).
159. Marshall, Alfred, **Principles of economics**, London, eighth ed, the Macmillan press LTD, (1977).
160. Meier, Olivier et al , **Gestion du Changement**, Paris , Dunod , (2007).
161. Michel, D, et autres, **Marketing Industriel: Stratégie et Mise en Oeuvre**, , Paris, Economica, 2ème edition, (2000).
162. Mills, Helms, Jean, **Making Sense of Organizational Change**, London and New York, Taylor & Francis e - Library , (2004).
163. Morgan, Glenn and Sturdy, Andrew, **Beyond Organizational Change: Structure, Discourse and Power in UK Financial Services**, Great Britain, Macmillan Press Ltd, (2000).
164. PETTIGREW, D, et autres, **Le Marketing**, Québec, Canada, MC Graw-Hill, (2003).

165. Q. Wang, Transition at X Campus: Commitment in change, Unpublished Master, Faculty of Business Administration, London, Simon Fraser University, (2004) .
166. Raymond – Alain Triétart, Le management « Que sais-je ? », Paris, 11<sup>ème</sup> ed, puf, (2003).
167. Schermerhorn, John, R. & autres, Comportement humain et organisation, Canada, 2<sup>ème</sup> édition , village mondial, (2002).
168. Sherwood, John,, An introduction to organization development, In Robert T. Golebiewski and William B. eddy (ed) Organization Development in Public Administration, Part 1, New York, Marcel Dekker, (1978).
169. Simon, Y.vers, Joffre, Patrick, (sous la dir.), Encyclopédie de gestion, Paris, 2<sup>ème</sup> ed, Economica, (1997).
170. Souterain, francois, Jean, organisation et gestion de l'entreprise, Paris, copyright éditions foucheur , (2006).
171. Vilcot, Claude, Lecllet, Hervé, Indicateurs qualité en santé, AFNOR, France, 2<sup>ème</sup> éd, (2006).

## الملحق رقم: 01

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
 MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE  
 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES  
 NOMBRE D'ETABLISSEMENTS DE SANTE PAR WILAYA

| N°           | WILAYA            | C.H.U     | E.H.S     | E.P.H      | E.P.S.P    | E.H      | E.H.U    | TOTAL      |
|--------------|-------------------|-----------|-----------|------------|------------|----------|----------|------------|
| 1            | ADRAR             | 0         | 0         | 3          | 6          | 0        | 0        | 9          |
| 2            | CHLEF             | 0         | 0         | 6          | 6          | 0        | 0        | 12         |
| 3            | LAGHOUAT          | 0         | 1         | 2          | 7          | 0        | 0        | 10         |
| 4            | OU M EL- BOUGHI   | 0         | 1         | 6          | 3          | 0        | 0        | 10         |
| 5            | BATNA             | 1         | 2         | 9          | 10         | 0        | 0        | 22         |
| 6            | BEJAIA            | 0         | 2         | 7          | 8          | 0        | 0        | 17         |
| 7            | BISKRA            | 0         | 2         | 4          | 9          | 0        | 0        | 15         |
| 8            | BECHAR            | 0         | 1         | 4          | 7          | 0        | 0        | 12         |
| 9            | BLIDA             | 1         | 2         | 4          | 4          | 0        | 0        | 11         |
| 10           | BOUIRA            | 0         | 0         | 5          | 5          | 0        | 0        | 10         |
| 11           | TAMANRASSET       | 0         | 0         | 2          | 7          | 0        | 0        | 9          |
| 12           | TEBESSA           | 0         | 1         | 7          | 6          | 0        | 0        | 14         |
| 13           | TLEMCEEN          | 1         | 1         | 4          | 7          | 0        | 0        | 13         |
| 14           | TIARET            | 0         | 3         | 5          | 7          | 0        | 0        | 15         |
| 15           | TIZI-OUZOU        | 1         | 2         | 7          | 8          | 0        | 0        | 18         |
| 16           | ALGER             | 4         | 13        | 8          | 10         | 0        | 0        | 35         |
| 17           | DJELFA            | 0         | 0         | 4          | 5          | 0        | 0        | 9          |
| 18           | JIJEL             | 0         | 1         | 3          | 6          | 0        | 0        | 10         |
| 19           | SETIF             | 1         | 3         | 5          | 9          | 1        | 0        | 19         |
| 20           | SAIDA             | 0         | 1         | 1          | 4          | 0        | 0        | 6          |
| 21           | SKIKDA            | 0         | 1         | 5          | 5          | 1        | 0        | 12         |
| 22           | SIDI BELABBES     | 1         | 2         | 3          | 7          | 0        | 0        | 13         |
| 23           | ANNABA            | 1         | 3         | 3          | 4          | 0        | 0        | 11         |
| 24           | GUELMA            | 0         | 0         | 5          | 4          | 0        | 0        | 9          |
| 25           | CONSTANTINE       | 1         | 4         | 4          | 6          | 1        | 0        | 16         |
| 26           | MEDEA             | 0         | 0         | 6          | 7          | 0        | 0        | 13         |
| 27           | MOSTAGENEM        | 0         | 2         | 3          | 6          | 0        | 0        | 11         |
| 28           | M'SILA            | 0         | 1         | 4          | 6          | 0        | 0        | 11         |
| 29           | MASCARA           | 0         | 1         | 6          | 5          | 0        | 0        | 12         |
| 30           | OUARGLA           | 0         | 3         | 4          | 5          | 1        | 0        | 13         |
| 31           | ORAN              | 1         | 8         | 2          | 9          | 1        | 1        | 22         |
| 32           | EL -BAYADH        | 0         | 0         | 3          | 4          | 0        | 0        | 7          |
| 33           | ILLIZI            | 0         | 0         | 2          | 4          | 0        | 0        | 6          |
| 34           | BORDJ BOUARRERIDJ | 0         | 1         | 3          | 6          | 0        | 0        | 10         |
| 35           | BOUMERDES         | 0         | 0         | 3          | 4          | 0        | 0        | 7          |
| 36           | TAREF             | 0         | 0         | 3          | 4          | 0        | 0        | 7          |
| 37           | TINDOUF           | 0         | 0         | 1          | 2          | 0        | 0        | 3          |
| 38           | TISSEMSILT        | 0         | 0         | 3          | 3          | 0        | 0        | 6          |
| 39           | EL -OUED          | 0         | 1         | 3          | 5          | 0        | 0        | 9          |
| 40           | KENCHELA          | 0         | 1         | 4          | 6          | 0        | 0        | 11         |
| 41           | SOUK-AHRAS        | 0         | 0         | 3          | 4          | 0        | 0        | 7          |
| 42           | TIPAZA            | 0         | 0         | 4          | 4          | 0        | 0        | 8          |
| 43           | MILA              | 0         | 1         | 5          | 5          | 0        | 0        | 11         |
| 44           | AIN DEFLA         | 0         | 0         | 4          | 4          | 0        | 0        | 8          |
| 45           | NAAMA             | 0         | 0         | 3          | 4          | 0        | 0        | 7          |
| 46           | AIN TEMOUCHENT    | 0         | 1         | 3          | 4          | 1        | 0        | 9          |
| 47           | GHARDAIA          | 0         | 1         | 4          | 5          | 0        | 0        | 10         |
| 48           | RELIZANE          | 0         | 1         | 3          | 5          | 0        | 0        | 9          |
| <b>TOTAL</b> |                   | <b>13</b> | <b>68</b> | <b>195</b> | <b>271</b> | <b>6</b> | <b>1</b> | <b>554</b> |

## الملحق رقم: 02

الطاقة الاستيعابية للمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف ورقلة

| الاختصاص              | عدد المصالح | الوحدات                | طاقة استيعاب الوحدة (بالسرير) | طاقة استيعاب المصلحة (بالسرير) |
|-----------------------|-------------|------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| الطب الداخلي          | 01          | وحدة الرجال            | 30                            | 74                             |
|                       |             | وحدة النساء            | 30                            |                                |
|                       |             | - وحدة تصفية الدم      | 14                            |                                |
| طب الأطفال            | 01          | - وحدة طب الأطفال      | 20                            | 30                             |
|                       |             | - وحدة حديثي الولادة   | 10                            |                                |
| الجراحة العامة        | 01          | وحدة الرجال            | 30                            | 60                             |
|                       |             | وحدة النساء            | 30                            |                                |
| أمراض النساء والتوليد | 01          | وحدة أمراض النساء      | 30                            | 60                             |
|                       |             | وحدة الولادة وما بعدها | 30                            |                                |
| جراحة الأطفال         | 01          | وحدة جراحة الأطفال     | 30                            | 30                             |
| جراحة العظام          | 01          | وحدة الرجال            | 30                            | 40                             |
|                       |             | وحدة النساء            | 10                            |                                |
| الأمراض الصدرية       | 01          | وحدة الرجال            | 15                            | 30                             |
|                       |             | وحدة النساء            | 15                            |                                |
| طب العيون             | 01          | وحدة الرجال            | 15                            | 30                             |
|                       |             | وحدة النساء            | 15                            |                                |

|     |               |                                                                                                                                 |    |                                |
|-----|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------|
| 17  | 10<br>07      | -استعجالات طبية<br>- استعجالات جراحية                                                                                           | 01 | الاستعجالات<br>الطبية الجراحية |
| 30  | 13<br>17      | -وحدة الإنعاش الطبي<br>-وحدة الإنعاش الجراحية                                                                                   | 01 | الإنعاش الطبي                  |
| 60  | 30<br>30      | -وحدة الرجال<br>-وحدة النساء                                                                                                    | 01 | الأمراض العقلية                |
| 20  | 10<br>10      | -وحدة الرجال<br>-وحدة النساء                                                                                                    | 01 | أمراض الأنف<br>والأذن والحنجرة |
| /   | /             | -وحدة السكانير<br>-وحدة الكشوفات الأخرى                                                                                         | 01 | الكشف بالأشعة                  |
| /   | /             | -وحدة الكشف والتحليل<br>المخبرية                                                                                                | 01 | الكشف بتحليل<br>الدم           |
| /   | /             | -وحدة الفحوصات<br>-وحدة دراسة أسباب<br>الموت وحفظ الجثث<br>-وحدة فحص المساجين                                                   | 01 | الطب الشرعي                    |
| /   | /             | -وحدة تنظيم وتقييم أنشطة<br>الصحة القاعدية<br>-وحدة الرقابة في علم<br>الأوبئة<br>-وحدة معالجة المعلومات<br>والنظافة الإستشفائية | 01 | علم الأوبئة<br>والطب الوقائي   |
| 501 | المجموع العام |                                                                                                                                 |    |                                |

## الملحق رقم: 03

الطاقة الاستيعابية للمؤسسة العمومية الإستشفائية سليمان عميرات تقرت

| الاختصاص                       | عدد المصالح | الوحدات             | طاقة استيعاب الوحدة (بالسرير) | طاقة استيعاب المصلحة (بالسرير) |
|--------------------------------|-------------|---------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| الطب الداخلي                   | 01          | وحدة الرجال         | 28                            | 60                             |
|                                |             | وحدة النساء         | 32                            |                                |
| الجراحة العامة                 | 01          | وحدة جراحة الرجال   | 30                            | 67                             |
|                                |             | وحدة جراحة النساء   | 23                            |                                |
|                                |             | وحدة الرضوض والعظام | 14                            |                                |
| الاستعجالات<br>الطبية الجراحية | 01          | وحدة الرجال         | 06                            | 14                             |
|                                |             | وحدة النساء         | 04                            |                                |
|                                |             | وحدة الأطفال        | 04                            |                                |
| أمراض الكلى<br>وتصفية الدم     | 01          | وحدة الرجال         | 13                            | 26                             |
|                                |             | وحدة النساء         | 13                            |                                |
| طب العيون                      | 01          | وحدة الرجال         | 04                            | 12                             |
|                                |             | وحدة النساء         | 04                            |                                |
|                                |             | وحدة الأطفال        | 04                            |                                |
| الأذن والأنف<br>والحنجرة       | 01          | وحدة الرجال         | 04                            | 12                             |
|                                |             | وحدة النساء         | 04                            |                                |
|                                |             | وحدة الأطفال        | 04                            |                                |

|     |               |                                                                                                                                            |    |                              |
|-----|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------|
| 16  | 06            | - وحدة الرجال                                                                                                                              | 01 | الأمراض<br>الصدرية           |
|     | 06            | - وحدة النساء                                                                                                                              |    |                              |
|     | 04            | - وحدة الأطفال                                                                                                                             |    |                              |
| 05  | 03            | - وحدة الرجال                                                                                                                              | 01 | التدليك الطبي                |
|     | 02            | - وحدة النساء                                                                                                                              |    |                              |
| /   | /             | - وحدة السكانير<br>- وحدة الكشوفات الأخرى                                                                                                  | 01 | الكشف بالأشعة                |
| /   | /             | - وحدة الكشف والتحليل<br>المخبرية                                                                                                          | 01 | المخبر                       |
| /   | /             | - وحدة الفحوصات<br><br>- وحدة حفظ الجثث<br><br>- وحدة فحص المساجين                                                                         | 01 | الطب الشرعي                  |
|     |               |                                                                                                                                            |    |                              |
|     |               |                                                                                                                                            |    |                              |
| /   | /             | - وحدة تنظيم وتقييم<br>أنشطة الصحة القاعدية<br><br>- وحدة الرقابة في علم<br>الأوبئة<br><br>- وحدة معالجة المعلومات<br>والنظافة الإستشفائية | 01 | علم الأوبئة<br>والطب الوقائي |
|     |               |                                                                                                                                            |    |                              |
|     |               |                                                                                                                                            |    |                              |
| 212 | المجموع العام |                                                                                                                                            |    |                              |

## الملحق رقم: 04

التوزيع الجغرافي للعيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج عبر البلديات التابعة  
للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة

| الموقع الجغرافي<br>(البلدية) | العيادات المتعددة<br>الخدمات                                                                                                                                                                                              | العدد | قاعات العلاج                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | العدد |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ورقة                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- عيادة القصر</li> <li>- عيادة بني ثور</li> <li>- عيادة المخادمة</li> <li>- عيادة حي النصر</li> <li>- عيادة الزاينة</li> <li>- عيادة بامنديل</li> <li>- عيادة سيدي عتبة</li> </ul> | 07    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- قاعة علاج بوعامر</li> <li>- قاعة علاج لاسوليس</li> <li>- قاعة علاج بالة</li> <li>- قاعة علاج بوزيد</li> <li>- قاعة علاج سيدي عمران</li> <li>- قاعة علاج قربوز</li> <li>- قاعة علاج الشرفة</li> <li>- قاعة علاج سيدي عتبة</li> <li>- قاعة علاج سدي عتبة 2</li> <li>- قاعة علاج بور الحيشة</li> <li>- قاعة علاج حاسي ميلود</li> <li>- قاعة علاج مبارك</li> <li>- قاعة علاج بامنديل</li> <li>- قاعة علاج 460 مسكن</li> <li>- قاعة علاج الزاوية</li> </ul> | 15    |
| الرويسات                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- عيادة الرويسات</li> <li>- عيادة بوغوفالة</li> </ul>                                                                                                                              | 02    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- قاعة علاج الحذب</li> <li>- قاعة علاج سكرة</li> <li>- قاعة علاج بودراع</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 03    |
| سيدي خويلد                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- عيادة سيدي خويلد</li> </ul>                                                                                                                                                      | 01    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- قاعة عمي موسى</li> <li>- قاعة أم الرنب</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 02    |

|    |                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                                                        |                     |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 01 | - قاعة علاج حاسي<br>بن عبد الله                                                                                                                                                         | /              | /                                                                                                                      | حاسي<br>بن عبد الله |
| 03 | - قاعة علاج الشط<br>- قاعة علاج عجاجة<br>- قاعة علاج ولاد زايد                                                                                                                          | 01             | - عيادة عين<br>البيضاء                                                                                                 | عين البيضاء         |
| 08 | - قاعة علاج البور<br>- قاعة علاج فران<br>- قاعة علاج الكوم<br>- قاعة علاج حاسي الشطة<br>- قاعة علاج العقلة<br>- قاعة علاج غراس<br>بوغوفالة<br>- قاعة علاج دببش<br>- قاعة علاج حي الثورة | 02             | - عيادة نقوسة<br>- عيادة البور                                                                                         | نقوسة               |
| /  | /                                                                                                                                                                                       | 01<br>11<br>01 | - وحدة طب العمل<br>- وحدات الكشف<br>والمتابعة للطب<br>المدرسي<br>- وحدة مراقبة<br>ومعالجة السل<br>والأمراض<br>التنفسية | دائرة ورقلة         |
| /  | /                                                                                                                                                                                       | 01             | - العيادة الريفية                                                                                                      | دائرة نقوسة         |
| 32 | /                                                                                                                                                                                       | 13             | المجموع العام                                                                                                          |                     |

## الملحق رقم: 05

التوزيع الجغرافي للعيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج عبر البلديات التابعة  
للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت

| الموقع الجغرافي<br>(البلدية) | العيادات المتعددة الخدمات                                                           | العدد | قاعات العلاج                                                                                 | العدد |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| تقرت                         | - عيادة الأمير عبد القادر<br>- عيادة بعلوش<br>- عيادة الرمال<br>- عيادة المستقبل 01 | 04    | - قاعة علاج المستقبل 02<br>- قاعة علاج البهجة                                                | 02    |
| النزلة                       | - عيادة النزلة<br>- عيادة حي النصر<br>- عيادة عين الصحراء                           | 03    | - قاعة علاج سيدي بوجنان<br>- قاعة علاج سيدي مهدي<br>- قاعة علاج عين الصحراء                  | 05    |
| تبسبست                       | - عيادة لبدوعات                                                                     | 01    | - قاعة علاج بني أسود<br>- قاعة علاج حي المجاهد<br>- قاعة علاج المجاهدين<br>- قاعة علاج الفتح | 04    |
| الزاوية العابدية             | - عيادة الزاوية                                                                     | 01    | - قاعة علاج 05 جويلية<br>- قاعة علاج البدر                                                   | 02    |
| تماسين                       | - عيادة تماسين                                                                      | 01    | - قاعة علاج سيدي عمر<br>- قاعة علاج الكدية<br>- قاعة علاج البحور<br>- قاعة علاج تملاحت       | 04    |
| بلدة عمر                     | - عيادة بلدة عمر                                                                    | 01    | - قاعة علاج فوق                                                                              | 01    |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                    |             |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------|-------------|
| 04 | - قاعة علاج عميش 01<br>- قاعة علاج عميش 02<br>- قاعة علاج القصور<br>- قاعة علاج غمرة                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 01 | - عيادة المقارين                   | المقارين    |
| 02 | - قاعة علاج الهرهيرة<br>- قاعة علاج سيدي سليمان                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 01 | - عيادة مقر                        | سيدي سليمان |
| 18 | - قاعة علاج الدليعي<br>- قاعة علاج الخبنة<br>- قاعة علاج برحمون<br>- قاعة علاج بكار<br>- قاعة علاج النقر<br>- قاعة علاج أم الزيد 01<br>- قاعة علاج أم الزيد 02<br>- قاعة علاج أميه بن علي<br>- قاعة علاج اللويبد<br>- قاعة علاج النقر الجديد<br>- قاعة علاج الشابي<br>- قاعة علاج الحمراية<br>- قاعة علاج بن ناصر 01<br>- قاعة علاج بن ناصر 02<br>- قاعة علاج بن ناصر 03<br>- قاعة علاج المر<br>- قاعة علاج سكرة<br>- قاعة علاج سرارية | 02 | - عيادة الطيبات<br>- عيادة بن ناصر | الطيبات     |

|    |   |                |                                                                                                               |              |
|----|---|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| /  | / | 01<br>13<br>01 | - وحدة طب العمل<br>- وحدات الكشف والمتابعة<br>للطب المدرسي<br>- وحدة مراقبة ومعالجة<br>السل والأمراض التنفسية | دائرة تقريت  |
| /  | / | 01             | - العيادة الريفية                                                                                             | دائرة تماسين |
| 42 | / | 15             | المجموع العام                                                                                                 |              |

الملحق رقم: 06

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2 كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير  
قسم علوم التسيير

استمارة بحث مكمل لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير  
تخصص إدارة أعمال

سيدي الفاضل، سيدتي الفاضلة: تحية طيبة وبعد،

في إطار التحضير لرسالة ماجستير في علوم التسيير بعنوان: التغيير التنظيمي وأثره على تحسين جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية، نقوم حاليا بإجراء دراسة ميدانية لعينة من المؤسسات الصحية لولاية ورقلة والتي تعد مؤسساتكم من بينها. ومن أجل معرفة أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بها (من وجهة نظر الأفراد العاملين) في إطار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، قمنا بإعداد هذه الاستبيان والغرض منه الحصول على البيانات التي تخدم البحث العلمي، ونأمل أن تتكرموا فضلا بالإجابة على جميع أسئلة هذه الاستبيان، علما أن ما ستدلون به من إجابات سيحاط بالسرية التامة ولن يستخدم في غير أغراض الدراسة وتوصياتها إن شئتم، كما نؤكد لكم على عدم ذكر اسمكم في استمارة البحث. مع خالص الشكر لكم مسبقا على حسن تعاونكم ومساهمتم القيمة في إثراء هذه الدراسة.

الطالب: عبدالله حمادو

## المؤسسة الصحية:.....

القسم الأول : المعلومات الديمغرافية: يرجى وضع علامة (√) في المربع المناسب.

1. الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
2. السن: ☐ أقل من 30 سنة ☐ 30 - 40 سنة ☐ 41 - 50 سنة ☐ 51 - 60 سنة
3. المستوى التعليمي: ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ بكالوريا ☐ جامعي ☐ أخرى، حددها:.....
4. عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية: ☐ أقل من 05 سنوات ☐ 06-10 سنوات ☐ 11-15 سنة ☐ 16-20 سنة ☐ 21-25 سنة ☐ 26-30 سنة ☐ 31 سنة فأكثر
5. طبيعية الأسلاك: ☐ سلك الممارسين الطبيين في الصحة العمومية (الأطباء) ☐ سلك شبه الطبيين في الصحة العمومية (شبه الطبيين) ☐ الأسلاك المشتركة (الإداريين)

القسم الثاني : التغيير التنظيمي : ويشمل المحاور الآتية:

المحور الأول: دوافع وأسباب التغيير التنظيمي

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المربع المناسب.

| الرقم | العبارات                                                                                                    | الإجابات | غير موافق تماما | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|-----------|-------|-------|------------|
| 01    | تدني المستوى الخدماتي للمؤسسات الصحية (القطاعات الصحية)                                                     |          |                 |           |       |       |            |
| 02    | انعدام التوازن في توزيع الموارد والوسائل بين المؤسسات الصحية (القطاعات الصحية)                              |          |                 |           |       |       |            |
| 03    | صعوبة ظروف العمل داخل المؤسسات الصحية (القطاعات الصحية)                                                     |          |                 |           |       |       |            |
| 04    | تقريب الخدمة الصحية من المواطن و تحقيق أفضل تغطية للهياكل الإستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن . |          |                 |           |       |       |            |

المحور الثاني: الإجراءات المصاحبة للتغيير التنظيمي

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المربع المناسب.

| الرقم | العبارات                                                       | الإجابات | غير موافق تماما | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|-------|----------------------------------------------------------------|----------|-----------------|-----------|-------|-------|------------|
| 05    | تصميم هيكل تنظيمي مرن وداعم للتغيير .                          |          |                 |           |       |       |            |
| 06    | تبسيط إجراءات العمل وتشجيع العاملين على تبني طرق وأفكار جديدة. |          |                 |           |       |       |            |
| 07    | تعزيز التوافق بين قيم العاملين و قيم المؤسسة الصحية.           |          |                 |           |       |       |            |
| 08    | إشراك العاملين في تخطيط وتنظيم عملية التغيير التنظيمي          |          |                 |           |       |       |            |

### المحور الثالث: مشاكل وسلبات التغيير التنظيمي

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (✓) في المربع المناسب.

| الرقم | العبارات                                                                                                                                       | الإجابات | تماما | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|------------|
| 09    | تعين الأطباء كمدرء على مستوى المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية                                                   |          |       |           |       |       |            |
| 10    | التقسيم غير العادل للموارد المادية والبشرية بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية                                |          |       |           |       |       |            |
| 11    | عدم تخصيص الموارد والوسائل الكافية لإنجاح عملية التغيير التنظيمي                                                                               |          |       |           |       |       |            |
| 12    | قصور الوعي الثقافي لدى المجتمع والمتمثل في عدم إدراكه الجيد لمهام وأهداف كل من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية |          |       |           |       |       |            |

### المحور الرابع : مزايا ومكاسب التغيير التنظيمي

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (✓) في المربع المناسب.

| الرقم | العبارات                                                            | الإجابات | تماما | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|-------|---------------------------------------------------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|------------|
| 13    | فتح فرص جديدة للترقية وتحقيق الذات أمام العاملين                    |          |       |           |       |       |            |
| 14    | تحسن ملحوظ في ظروف وأساليب العمل                                    |          |       |           |       |       |            |
| 15    | وضوح مهام العاملين ( التوصيف الوظيفي)                               |          |       |           |       |       |            |
| 16    | تحقيق التغطية الصحية الشاملة عن طريق تقريب الخدمة الصحية من المواطن |          |       |           |       |       |            |

### القسم الثالث: جودة الخدمات الصحية : ويشمل المحاور الآتية:

### المحور الخامس: واقع جودة الخدمات الصحية

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (✓) في المربع المناسب.

| الرقم | العبارات                                                                                 | الإجابات | تماما | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|------------|
| 17    | مستوى جودة الخدمات الصحية الحالي يحتاج إلى تحسين                                         |          |       |           |       |       |            |
| 18    | إن تبني أسلوب إدارة الجودة الشاملة يؤدي حتما إلى تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة |          |       |           |       |       |            |
| 19    | هناك مسؤولية مشتركة بين جميع المستويات عن تحسين جودة الخدمات الصحية                      |          |       |           |       |       |            |
| 20    | هناك رضا من طرف العاملين عن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة                            |          |       |           |       |       |            |

### المحور السادس: مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (✓) في المربع المناسب.

| الرقم | العبارات                                                                              | الإجابات | تماما | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|------------|
| 21    | الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة و بدرجة عالية من الكفاءة و الفعالية |          |       |           |       |       |            |
| 22    | الحرص على تقديم خدمات صحية بطريقة صحيحة من أول مرة ( عدم وجود أخطاء )                 |          |       |           |       |       |            |
| 23    | تستجيب المؤسسة الصحية بسرعة لمشاكل واستفسارات المرضى                                  |          |       |           |       |       |            |
| 24    | تحضى المؤسسة الصحية بثقة المستفيدين من خدماتها                                        |          |       |           |       |       |            |

### المحور السابع: مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة)

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (✓) في المربع المناسب.

| الرقم | العبارات                                                                      | الإجابات | تماما | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|------------|
| 25    | هنالك استعداد دائم لدى العاملين للمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى واحتياجاتهم |          |       |           |       |       |            |
| 26    | تبسيط إجراءات العمل لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية للمرضى       |          |       |           |       |       |            |
| 27    | تقوم المؤسسة الصحية بإبلاغ المرضى بمواعيد تقديم الخدمة بدقة                   |          |       |           |       |       |            |
| 28    | يتحصل المريض على الخدمة فور طلبها                                             |          |       |           |       |       |            |

### المحور الثامن: مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التمكن الفني ( الملموسية)

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (✓) في المربع المناسب.

| الرقم | العبارات                                                                                                        | الإجابات | تماما | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|------------|
| 29    | تتوافر لدى المؤسسة الصحية معدات وأجهزة طبية تقنية متطورة                                                        |          |       |           |       |       |            |
| 30    | يحرص العاملون على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر                                                             |          |       |           |       |       |            |
| 31    | تتوافر لدى المؤسسة الصحية مرافق مادية وتسهيلات ملائمة مثل ( سيارات الإسعاف، كراسي متحركة، أسرة كافية للمرضى...) |          |       |           |       |       |            |
| 32    | المظهر الخارجي للمؤسسة الصحية يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة                                                      |          |       |           |       |       |            |

**المحور التاسع: مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملائمة**

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (✓) في المربع المناسب.

| الرقم | العبارات                                                                       | الإجابات | غير موافق تماماً | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|-----------|-------|-------|------------|
| 33    | يمتلك العاملون بالمؤسسة الصحية المعرفة والدراية التامة باحتياجات ورغبات المرضى |          |                  |           |       |       |            |
| 34    | تضع المؤسسة الصحية المصلحة العليا للمريض في صلب اهتماماتها                     |          |                  |           |       |       |            |
| 35    | يشرح العاملون للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة سهلة الفهم         |          |                  |           |       |       |            |
| 36    | يقدر الموظفون بالمؤسسة الصحية ظروف المريض ويتعاطفون معه                        |          |                  |           |       |       |            |

**المحور العاشر: مستوى جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الأمان (الضمان)**

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (✓) في المربع المناسب.

| الرقم | العبارات                                                                                  | الإجابات | غير موافق تماماً | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------|-----------|-------|-------|------------|
| 37    | يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع عمال المؤسسة الصحية                                    |          |                  |           |       |       |            |
| 38    | تحتفظ المؤسسة الصحية بسجلات دقيقة وموثقة عن كل مريض وتحافظ على سرية المعلومات الخاصة بهم. |          |                  |           |       |       |            |
| 39    | تتوفر المؤسسة الصحية على موارد بشرية ذات خبرات ومؤهلات عالية                              |          |                  |           |       |       |            |
| 40    | تمتاز المؤسسة الصحية بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع                                  |          |                  |           |       |       |            |

## الملحق رقم: 07

### أسئلة المقابلة

#### المحور الأول: مدى الإدراك والإلمام بالتغيير التنظيمي وأبعاده

**السؤال الأول:** ما هو مفهومكم للتغيير الذي مس المنظومة الصحية العمومية ( تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟ وما هي دوافعه وأهدافه حسب رأيكم؟

**السؤال الثاني:** ما هي الإجراءات البشرية والمالية التي صاحبت عملية التغيير التنظيمي لمؤسستكم في ظل تطبيق الخارطة الصحية الجديدة؟

**السؤال الثالث:** في رأيكم ما هي النقائص والسلبيات التي اعترضت تطبيق الخارطة الصحية الجديدة في مؤسستكم؟

**السؤال الرابع:** في رأيكم ما هي المزايا والمكاسب المترتبة عن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة في مؤسستكم؟

#### المحور الثاني: مدى الإدراك والإلمام بجودة الخدمات الصحية

**السؤال الخامس:** ما هو مفهومكم لجودة الخدمات الصحية؟ وما تقييمكم لمستواها في مؤسستكم بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة؟

**السؤال السادس:** من المسؤول عن تحسين جودة الخدمات في مؤسستكم؟ وهل تعتقدون أن مستوى الجودة الحالي يحتاج إلى تحسين؟

**السؤال السابع:** ما هو مفهومكم لأسلوب إدارة الجودة الشاملة الصحية؟ وهل تم تبني هذا الأسلوب كتغيير شامل لتحسين الخدمات في مؤسستكم في ظل الخارطة الصحة الجديدة؟

**السؤال الثامن:** إلى أي مدى أنتم راضون على مستوى جودة الخدمات المقدمة من طرف مؤسستكم؟

**المحور الثالث: انعكاسات التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)**

**على تحسين جودة الخدمات بأبعادها في المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة.**

**السؤال التاسع:** حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسساتكم من ناحية بعد الاعتمادية؟

**السؤال العاشر:** حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسساتكم من ناحية بعد إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة)؟

**السؤال الحادي عشر:** حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسساتكم من ناحية بعد التمكن الفني (الملموسية)؟

**السؤال الثاني عشر:** حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسساتكم من ناحية بعد الملائمة؟

**السؤال الثالث عشر:** حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسساتكم من ناحية بعد الأمان (الضمان)؟

**السؤال الرابع عشر:** ما هي اقتراحاتكم للوزارة الوصية من أجل التغلب على المشاكل والنقائص التي اعترضت تطبيق الخارطة الصحية الجديدة وبالتالي عدم تحقيقها للأهداف المرجوة منها؟

## الملحق رقم: 08

## قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ Cronbachs Alpha حسب SPSS

## RELIABILITY

/VARIABLES=Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17  
Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 Q27 Q28 Q29 Q30 Q31 Q32 Q33 Q34 Q35  
Q36 Q37 Q38 Q39 Q40

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA

/STATISTICS=DESCRIPTIVE

/SUMMARY=MEANS VARIANCE.

## Fiabilité

## Echelle : TOUTES LES VARIABLES

## Récapitulatif de traitement des observations

|                                   | N   | %     |
|-----------------------------------|-----|-------|
| Valide                            | 174 | 100,0 |
| Observations Exclues <sup>a</sup> | 0   | ,0    |
| Total                             | 174 | 100,0 |

A. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

## Statistiques de fiabilité

| Alpha de Cronbach | Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés | Nombre d'éléments |
|-------------------|----------------------------------------------------|-------------------|
| ,766              | ,771                                               | 40                |

## Résumé

Cette étude vise à analyser l'impact du changement organisationnel afin d'améliorer la qualité des services des établissements de santé algériens à l'étude après l'application de la nouvelle carte de santé qui est entré en conformité avec le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et les établissements publics de sante de proximité. Pour atteindre cet objectif, on a diagnostiqué la réalité du changement organisationnel et la qualité des services des établissements de santé à l'étude, puis on a conçu un questionnaire distribué à un échantillon de travailleurs (les Médecins, les paramédicaux, et les administrateurs) dans les établissements de santé publique au niveau de wilaya de Ouargla, et qui a été sélectionné selon la méthode de l'échantillon aléatoire proportionnel stratifié, de plus, on a interviewé des cadres des établissements de santé à l'étude. L'étude a révélé l'absence d'un effet statistiquement significatif au niveau de signification ( $\alpha \leq 0,05$ ) entre les dimensions de la variable indépendante (changement organisationnel) et les dimensions combinées de la variable dépendante (de la qualité des services de santé). Sur la base des résultats de l'étude a été présenté un certain nombre de recommandations et de propositions, y compris la nécessité d'une réévaluation du projet profound et globale pour la réforme du système de la santé publique algérienne (nouvelle carte de santé), avec la participation de tous les acteurs du secteur de la santé dans le but d'améliorer la qualité des services de santé.

**Mots-clés:** Le changement, Le changement organisationnel, Les services de santé, La qualité des services de santé, Les établissements de sante algérien.