جامعة الدكتور يحي فارس ـ المدية ـ

كلية العلوم الإقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم: علوم التسيير

عنوان المذكرة :

فرق العمل و دورها في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية

(دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية بن يوسف بن خدة ـ البرواقية ـ)

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر، تخصص: إدارة الأعمال

من إعداد الطالب:

- فيصل برابح .

إشراف الأستاذ(ة):

ـ فندوز أمينة .

لجنة المناقشة :

بن زرقة ليلى	رئيسا
فندوز أمينة	مشرفا و مقررا
قدندل هبة	ممتحنا

السنة الجامعية :

2019 - 2018

كلمة شكر و تقدير

قال رسول الله صلى الله عليه و سلم :

(من لم يشكر الناس لم يشكر الله)، الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه ملئ السموات والأرض وما بينهما الذي أمدنا بعونه و توفيقه لإنجاز هذا البحث. و يطيب لي بعد شكر الله سبحانه و تعالى أن أتقدم بجزيل الشكر لكل من ساهم و مد لي يد العون بشكل مباشر أو غير مباشر .

أقدم جزيل الشكر و العرفان إلى الأستاذة الفاضلة المشرفة على هذا العمل الأستاذة(ڤندوز أمينة)على جميل صبرها و عظيم جهدها و حنكة توجيهاتها .

و كما أشكر كل أساتذة كلية العلوم الإقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير و لا أنسى كل عمال مكتبة جامعة المدية و المكتبة الوطنية الجزائرية على تعاونهم معي، و نخص بالذكر كل فرد من أفراد المركز الإستشفائي " بن يوسف بن خدة بالبرواقية " على مدهم لي بالمعلومات الضرورية .

إهداء

إلى الينبوع الذي لا يمل العطاء إلى من حاكت سعادتي بخيوط منسوجة من قلبها و التي علمتني أن أرتقي سلم الحياة بحكمة و صبر إلى والدتي العزيزة "مشنتل فاطمة الزهراء".

إلى من سعى وشقى لأنعم بالراحة و الهناء الذي لم يبخل بشيء من أجل دفعي في طريق النجاح إلى والدي العزيز " رحمه الله " .

إلى الذين يشكلون جزءا من كياني إخوتي وأخواتي وأصدقائي وإلى كل من ينتمي إلى عائلتي برابح ومشنتل أطال الله في عمرهم، وزادهم الصحة والعافية.

إلى كل المعلمين، والأساتذة الذين ساهموا في تحصيلي مسيرتي العلمية، وأخص بالذكر أساتذة كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية وعلوم التسيير.

إلى كل القائمين على المؤسسات الصحية العمومية، والذين قدموا لي يد العون لاستقاء معلومات الدراسة الميدانية .

إلى كل من قدم لي يد العون والمساعدة في إنجاز هذه المذكرة وأخص بالذكر طالبين سايل أمين وزنيني إسماعيل وطالبة تراس سارة.

إلى كل من كان له يد في إتمام هذا العمل بنجاح من قريب أو بعيد.

مسخلص:

شهد قطاع الخدمات اهتمام كبير في الوقت الراهن، وخاصة في مجال الخدمات الصحية وعلى كل المستويات ، حيث أمس موضوع "جودة الخدمات الصحية " على اهتمام جميع المؤسسات الناشطة في هذا المجال، وقد تناولنا في موضوعنا مفهوم فرق العمل ودورها في تحسين جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية العمومية، وعليه قمنا في دراستنا إلى معرفة دور فرق العمل في تحقيق الجودة الخدمة الصحية العمومية، وكذلك توضيح العلاقة بين المتغيرين حيث تكون مجتمع الدراسة من أفراد المؤسسة الاستشفائية بن يوسف بن خدة بالبرواقية ولغرض تحقيق أهداف الدراسة تم تصميم استبيان و استخدام الأساليب الإحصائية الملائمة أي الإعتماد على البرنامج spss.

كلمات مفتاحية: فرق العمل، الجودة، الخدمة الصحية، جودة الخدمة الصحية.

Abstract:

The service sector has been very interested in health servicrs at all levels. Yesterday, the theme of "Quality of Health Services" focused on the interest of all organizations active in this field. The theme of the task force and its role in improving the quality of health services in institutions In this study, we examined the role of the work teams in achieving the quality of the public health service, as well as clarifying the relationship between the two variables. The study society is composed of the members of the hospital institution Ben Youssef bin Khadah. Appropriate appropriateness depending on the spss program .

Keywords: work teams, quality, health service, quality of health service .

الفهرس

المحتويات	الصفحة
كلمة شكر	**–**
الإهداء	**–**
المستخلص	**I**
فهرس المحتويات	**III – V**
قائمة الأشكال	**VI – VII**
قائمة الجداول	**VIII**
المقدمة العامة	أ – ح
الفصل الأول: الإطار النظري لإدارة فرق العمل	
تمهيد الفصل	**20**
المبحث الأول: ماهية إدارة فرق العمل	**21 – 27**
المطلب الأول: نشأة و تطور فرق العمل	**21**
المطلب الثاني: مفهوم فريق العمل و الفرق بين الجماعة و فريق العمل	**22**
المطلب الثالث: أهمية فرق العمل	**25**
المطلب الرابع: مميزات فرق العمل	**27**
المبحث الثاني: أسس تشكيل فرق العمل	**28 – 36**
المطلب الأول: عناصر تشكيل فرق العمل و عواملها	**28**
المطلب الثاني: مراحل تشكيل فرق العمل	**30**
المطلب الثالث: أنواع فرق العمل	**32**
المطلب الرابع: تشكيل فرق العمل في المستشفيات	**34**
المبحث الثالث: مقومات ومعوقات العمل في فريق	**36 – 47**
المطلب الأول: دور أعضاء فريق العمل	**36**
المطلب الثاني: سلوكيات العضو في فريق العمل	**38**
المطلب الثالث: مقومات نجاح فرق العمل	**43**
المطلب الرابع: معوقات بناء فرق العمل	**45**
المبحث الرابع: آلية عمل فريق العمل	**47 – 54**

المطلب الأول: الاتصال في فريق العمل	**47**
المطلب الثاني: قيادة فريق العمل.	**49**
المطلب الثالث: مشاركة فريق العمل في اتخاذ القرارات	**51**
المطلب الرابع: الرقابة على فريق العمل.	**53**
خلاصة الفصل	**55**
الفصل الثاني: أهمية فرق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية	
تمهيد الفصل	**57**
المبحث الأول: مفهوم الخدمة الصحية.	**58 – 67**
المطلب الأول: مفهوم الخدمة وخصائصها	**58**
المطلب الثاني: مفهوم الخدمة الصحية	**60**
المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية.	**62**
المطلب الرابع: مستويات الخدمات الصحية.	**65**
المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية.	**67 – 78**
المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة.	**67**
المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمة الصحية.	**69**
المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمة الصحة والعوامل المؤثرة فيها	**72**
المطلب الرابع: أهداف وأهمية تطبيق جودة الصحة في المستشفيات	**76**
المبحث الثالث: قياس جودة الخدمة الصحية.	**78 – 90**
المطلب الأول: طرق قياس الخدمة الصحية	**78**
المطلب الثاني: التمريض باعتباره مقياس للجودة في الخدمة الصحية	**82**
المطلب الثالث: مراحل تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات	**86**
المطلب الرابع: تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات	**88**
المبحث الرابع: فرق العمل ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية العمومية	**90 – 97**
المطلب الأول: دور وأهداف الاتصال بين فريق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية	**90**
المطلب الثاني: دور قيادة فريق العمل في تحسين الجودة الخدمة الصحية العمومية	**92**
المطلب الثالث: اهمية اتخاذ القرارات لفريق العمل ودورها في تحسين جودة الخدمة الصحية	**95**

المطلب الرابع: أهمية الرقابة على فرق العمل واهدافها في تحسين جودة الخدمة الصحية	**96**
خلاصة الفصل	**98**
الفصل الثالث: مساهمة فرق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية بمستشفى بن يوسف بن خدة " البرواقية	
تمهيد الفصل	**100**
المبحث الأول: لمحة عن القطاع الصحي بالجزائر والمؤسسة الصحية محل الدراسة	**110-101**
المطلب الأول: النظام الصحي في الجزائر	**101**
المطلب الثاني: التطور التاريخي لقطاع الصحة في الجزائر	**103**
المطلب الثالث: تعريف عن المؤسسة – بن يوسف بن خدة – بالبر واقية وهيكلها التنظيمي	**107**
المبحث الثاني: منهجية الدراسة الميدانية	**119-111**
المطلب الأول: مجتمع وعينة الدراسة	**111**
المطلب الثاني: أدوات ومنهج الدراسة	**111**
المطلب الثالث: دراسة صدق إستبيان	**113**
المبحث الثالث: تحليل نتائج الدراسة	**134-120**
المطلب الأول: عرض وتحليل البينات المتعلقة بخصائص عينة الدراسة	**120**
المطلب الثاني: عرض وتحليل البينات المتعلقة بآراء واستجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات ابعاد الدراسة	**125**
المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة الميدانية	**131**
خلاصة الفصل	**135**
خاتمة	**139-137**
قائمة المراجع	**149-141**
الملاحق	**162-151**

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
1-1	الفرق بين الجماعة و فرق العمل	**24**
1-3	الانجازات المحققة في المجال الصحي خلال الفترة 1962-1973	**104**
2-3	تطور عدد المؤسسات الصحية 1979-1982	**105**
3-3	تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر 2000.1996	**106**
4-3	عدد الأسرة حسب المصالح الطبية	**109**
5-3	نشاطات المصالح الطبية	**109**
6-3	تعداد المستخدمين بالمؤسسة إلى غاية 2018.12.31	**110**
7-3	الخيارات المكونة لمقياس ليكرت الخماسي	**113**
8-3	اختبار التوزيع الطبيعي لابعاد الدراسة عن طريق	**114**
9-3	معاملات الارتباط سبيرمان (SPEARMAN)بين درجات العبارات والدرجة الكلية لبعد الاستجابة	**115**
10-3	معاملات الارتباط سبيرمان (SPEARMAN)بين درجات العبارات والدرجة الكلية لبعد الاعتمادية	**116**
11-3	معاملات الارتباط سبيرمان (SPEARMAN) بين درجات العبارات والدرجة الكلية لبعد التعاطف	**117**
12-3	معاملات الارتباط سبيرمان (SPEARMAN) بين درجات العبارات والدرجة الكلية للبعد المادي	**118**
13-3	قيم معامل ثبات (ألفا كرونباخ) لكل متغير وللاستبيان ككل	**119**
14-3	توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	**120**
15-3	التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	**121**
16-3	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى العلمي	**122**
17-3	التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب متغير منصب العمل	**123**
18-3	التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد سنوات الخبرة	**124**

19-3	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات بعد الاستجابة	**126**
20-3	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات بعد الاعتمادية	**127**
21-3	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات بعد التعاطف	**129**
22-3	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات بعد المادي	**130**
23-3	نتائج إختبار الفرضية الأولى	**132**
24-3	نتائج إختبار الفرضية الثانية	**132**
25-3	نتائج إختبار الفرضية الثالثة	**133**
26-3	نتائج إختبار الفرضية الرابعة	**134**

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
1-1	أدوار فريق العمل المختلفة.	**37**
2-1	معوقات بناء فريق العمل	**45**
1-2	مستويات الخدمة الصحية	**65**
2-2	حزمة منافع الخدمة الصحية	**66**
3-2	دورة حياة جودة الخدمة	**71**
4-2	نموذج لقياس وتقييم جودة الخدمة من المنظور الشامل	**82**
1-3	الهيكل التنظيمي العام للمؤسسة	**108**
2-3	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الجنس	**121**
3-3	التوزيع النسبي لافراد عينة الدراسة حسب متغير السن	**122**
4-3	توزيع النسبي لموظفي عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	**123**
5-3	التوزيع النسبي لموظفي عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة	**124**
6-3	التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد سنوات الخبرة	**125**

المقدمة

تشهد المنظمات اليوم تحديا كبيرا نتيجة الثورة العلمية والتكنولوجية في جميع الميادين، ما نجم عن ذلك تعقد مهام الإدارة ومتطلبات أدائها، حيث أن التطور السريع في الكثير من المفاهيم الإدارية والتكنولوجية جعلها تسعى إلى البحث عن الطرق والأساليب المناسبة الرامية إلى تحقيق تفوقها، وتعزيز ما تقدمه من سلع وخدمات ذات جودة عالية، فالمؤسسات الصحية تنشط في بيئة تتصف بالسرعة التحولات وتشابكها، نظرا لمكانة قطاع الخدمة الصحية، وصلته المباشرة بصحة الأفراد.

ومن أجل أن ترتقي المؤسسات الصحية إلى تحسين جودة الخدمة التي تقدمها وتحقيق الأهداف والغايات المرجوة في ظل التحديات التي تواجهها بات من الواجب عليها أن تركز جهودها على المورد البشري. وذلك من خلال الاهتمام به والاستفادة القصوى منه واستعماله كمكسب استراتيجي لأنه يعتبر من اهم مواردها والعنصر المهم لتحسين جودة الخدمة الصحية.

فالعقول البشرية هي التي تدير أصول المؤسسة، لذلك يجب أن توفر لها كل ما يساعدها على العمل، وتحقيق أهدافه، فأسلوب فرق العمل من الأساليب المهمة في الإدارة الحديثة لتوجهه نحو المزيد من الفعالية والكفاءة في تقديم الخدمة الصحية، وزيادة فعالية القرارات، وضمان جودة الخدمة الصحية لأنها تعتبر الناتج الرئيسي لمعظم مهامه، والقوة المحسوسة التي تخلق الكفاءة وتحسين نشاط المؤسسة.

1-الإشكالية: وعليه فالإشكالية التي تعالجها هذه الدراسة يمكن صياغتها في التساؤل التالي:

ما هو دور فرق العمل في تحقيق جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة الإستشفائية بالبرواقية ؟

وللإجابة على هذه الإشكالية يمكن طرح الأسئلة الفرعية التالية:

- ماهية إدارة فرق العمل و فيما تكمن آلياتها ؟

- ما مفهوم جودة الخدمة الصحية و ماهي أبعادها ؟

- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0،05) بين فرق العمل و جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدرسة .

ثانيا: فرضيات الدراسة : قصد الإجابة على هذه الأسئلة وكمنطلق للبحث يمكننا تحديد الفرضيات التالية:

1– هي مجموعة من الأفراد يتميزون بوجود مهارات متكاملة فيما بينهم و تجمعهم أهداف مشتركة وفق آليات تتركز على الإتصال و القيادة و المشاركة في إتخاذ القرارات و الرقابة على الفريق .

2– الخدمة المقدمة من قبل مستشفى بن يوسف بن خدة بالبرواقية في مستوى تطلعات المرضى من خلال أبعاد جودة الخدمة الصحية ، الإستجابة ، الإعتمادية ، التعاطف ، البعد المادي .

3– لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين فرق العمل و جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة .

ثالثا: أهمية الدراسة

تستمد الدراسة اهميتها من تطبيق اسلوب فرق العمل في المؤسسات الصحية، حيث عرفت الخدمة الصحية إصلاحات عديدة من اجل تحسين جودتها، فتم تبني الإصلاح بداية من تغيير إسم الوزارة الوصية على الخدمة الصحية من وزارة الصحة، والسكان وإصلاح المستشفيات.

رابعا: أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الاهداف التالية :

- التأكيد على مساهمة فرق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية .
- معرفة إذا كانت فرق العمل لها دور في تحين جودة الخدمة الصحية العمومية الاستشفائية .
- تحديد كيفية مساهمة فرق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية .
- تسليط الضوء على أهمية فرق العمل في المؤسسة محل الدراسة .
- إبراز أهمية فرق العمل في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة .

خامسا: مبررات الدراسة

- قلة الدراسات التي تناولت فرق العمل ودرها في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية .

- ازدياد حجم النفقات الموجهة للقطاع الصحي، ما يحتاج إلى تفكير في سبل ترشدها من خلال تقديم الخدمة الصحية بجودة عالية .
- ملاحظة عدم رضى المواطنين بسبب تدني الخدمة الصحية رغم أهميتها ورغم تجهيزات المادية والبشرية المتوفرة .

سادسا: حدود الدراسة

وتمثلت حدود الدراسة فيما يلي:

- **الحدود المكانية:** اقتصرت على مستشفى بن يوسف بن خدة بالبرواقية باعتبارها مؤسسة عمومية استشفائية .
- **الحدود البشرية:** فتمثلت في عينة من الطاقم الطبي والطاقم الإداري .
- **الحدود الزمانية** : لإتمام الموضوع قام الباحث بدراسة ميدانية فترة شهرين من 01مارس 2019 إلى 30 أفريل 2019 .

سابعا: منهج الدراسة

من اجل دراسة مختلف عناصر الموضوع وتبيان فرق العمل ودورها في تحسين جودة الخدمة الصحية ، فإن الدراسة تعتمد على المنهج الوصفي وذلك بتحديد الإطار النظري ومختلف مفاهيم أساسية حول ماهية إدارة فرق العمل وجودة الخدمة الصحية، والمنهج التحليلي المتمثل في دراسة الحالة تمكن من التعمق في مختلف جوانب الموضوع وكشف ابعاده من خلال الزيارة الميدانية للمؤسسة محل الدراسة إضافة إلى الملاحظة والدراسة وتحليل نتائج الاستبيان.

ثامنا: الدراسات السابقة

❖ **الدراسة الاولى:**

دراسة سويسي دلال، بعنوان :**نضام المعلومات كاداة لتحسين جودة الحدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية** رسالة ماجستر غير منشورة ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة (2012) هدفت الدراسة الى محاولة الوقوف على اهم نقائض المؤسسات الصحية الجزائرية قصد التمكن من تقديم

توصيات ، و اقترحات تساعد في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال تعزيز نضام المعلومات بالمؤسسات الاستشفائية ، حيث تم استرداد 40 استبانة الموزعة على افراد المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة صالحة للتحليل الاحصائي ، وتوصلت الدراسة الى الموضفين بالمؤسسة محل الدراسة غياب تام الادراك قيمة المعلومة واعتبارها موردا ثانويا لا يؤدي استغلاله الى نتائج سلبية معتبرا في هذه الدراسة الاهتمام كان منصبا حول اهمية نضام المعلومات في تحسين جودة الخدمة الصحية ، وهي اشمل من الدراسة الحالية حيث تهتم بفرق العمل في المؤسسة الصحية و قدرته على الاتصال ، فالمعلومات هي اساس الاتصال القائم لتحسين جودة الخدمة الصحية .

❖ **الدراسة الثانية:**

صالح عبد الرضا رشيد وود نجاح جابر ، بعنوان :**دور التكامل السلوكي لفريق الإدارة العليا في تعزيز ابداع الفريق دراسة تحليلية لآراء رؤساء و اعضاء مجالس الكليات في كليات جامعات الفرات الاوسط** ، (**2013**) استهدفت هذه الدراسة تقديم اطار فكري و علمي حول امكانية توظيف التكامل السلوكي الذي يعبر عن مستوى التفاعل بين اعضائه فيما يتصل بتبادل المعلومات والتعاون والمشاركة في صنع القرار لتعزيز ابداع الفريق ، واعتمدت الدراسة المنهج التحليلي لآراء 229 من رؤوس و اعضاء مجالس عدد كليات جامعات الفرات الاوسط بلغ عددها50 كلية . وقد اظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباط ذات دلالة معنوية بين التكامل السلوكي لفريق الادارة العليا بأبعاده المختلفة وابداع الفريق ، كما اشرت امكانية توظيف تلك العلاقة لتعزيز ذلك الابداع.

تاسعا: صعوبات الدراسة:

- ✓ نقص في المراجع التي تتمحور حول موضوعنا خاصة فرق العمل.
- ✓ عدم استجواب جميع الموظفين خلال الدراسة الميدانية التي قمنا بها.
- ✓ اعتبار عدد من الموظفين بالمستشفى محل الدراسة أن كل المعلومات سرية ولا يمكن تقديمها.

عاشرا: هيكل الدراسة :

لقد قمنا بتقسيم الدراسة إلى ثلاث فصول ، اثنان منها تم تخصيصها للجانب النظري والاخر للجانب التطبيقي كما يلي:

المقدمة، وإطار النظري للفصل أول ومتمثل في إدارة فرق العمل .

وقد قمنا بتقسيمه إلى أربع مباحث هي: ماهية إدارة فرق العمل، أسس تشكيل فرق العمل، مقومات ومعوقات العمل في فريق، آلية عمل فريق العمل.

أما الإطار النظري للفصل الثاني و المتمثل في فرق العمل و دورها في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية قمنا بتقسيمه إلى أربعة مباحث و هي: "مفهوم الخدمة الصحية " ، " جودة الخدمة الصحية"، " قياس جودة الخدمة الصحية " ، " فرق العمل و دورها في تحسين جودة الحدمة الصحية " .

وفي إطار التطبيقي للفصل الثالث ومتمثل في مساهمة فرق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية قمنا بتقسيمه إلى ثلاث مباحث وهي: لمحة عن القطاع الصحي بالجزائر والمؤسسة الصحية محل الدراسة، منهجية الدراسة الميدانية، تحليل نتائج الدراسة.

الفصل الأول : الإطار النظري لإدارة فرق العمل .

تمهيد :

يعد مفهوم فرق العمل من المفاهيم المهمة في حركة المؤسسات المعاصرة ، و كيفية تأديتها لمهامها ، و تحقيقها لأهدافها ، استنادا إلى تحقيق مفهوم المسؤولية الجماعية ، و الخروج من الطابع الفردي و الاجتماعي في السلوك إلى الطابع الاجتماعي و كذلك يعد مدخلا حديثا و متطورا في اكتساب المؤسسات الإدارية الحالية خصائص الفعاليّة من خلال الانتقال من رتابة النشاط إلى كفاءة و بعودة المخرجات ، و نلاحظ أن الاهتمام بهذا النوع من التسيير أصبح ضرورة لا غنى عنها في حياتنا العملية ، و ذلك لما يوفّره من فوائد ايجابية للفرد ، و الجماعة و بالتالي المؤسسة بصفة عامة.

وقد قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى أربع مباحث هي:

المبحث الاول: ماهية إدارة فرق العمل .

المبحث الثاني: أسس تشكيل فرق العمل .

المبحث الثالث: مقومات ومعوقات العمل في فريق.

المبحث الرابع: آلية عمل فريق العمل.

المبحث الأول: ماهية إدارة فرق العمل.

أصبحت فرق العمل الوحدة الجوهرية داخل المنظمات نظرا لأن المدراء لم يعودوا قادرين على التعامل مع تعقيدات وصعوبات العمل بشكل فردي كما أن تحديات والمنافسة في بيئة المنظمات تحتاج إلى ردود فعل سريعة مما يتطلب اللجوء إلى العمل الجماعي.

المطلب الأول : نشأة و تطور فرق العمل .

لقد ساهمت النظريات الإدارية التي ظهرت مطلع القرن العشرين في التوجه نحو الاهتمام بالعنصر البشري و أعطت دعما كبيرا للعمل الجماعي المخطط و المدروس و مثلت فرق العمل المرتكزات التي تقوم عليها هذه المنهجية و كانت بداية الاعتماد على هذه المنهجية الجديدة في الغرب من خلال ما يسمى بمجموعات التدريب (t-groupe) و ظهر هذا النوع من تدريب المجموعات نتيجة مراجعة المشاكل الخاصة بالمتدربين في شكل مجموعات حيث تم تصميمها لمساعدة المتدربين لاختبار الأنماط السلوكية للأفراد و هم ضمن المجموعة ليصبحون أكثر استجابة لما يحدث داخل المجموعة حيث تتكون المجموعة ما بين 7 إلى 12 فردا غرباء على بعضهم البعض بالإضافة إلى اثنين (2) من المدربين مهمتهم المحافظة على هدوء المجموعة و شرح و عرض و تعقيب نتيجة ملاحظتهم على ما يحدث داخل المجموعة و بذلك يستطيع أفراد المجموعة التعلم من المدربين من خلال الملاحظات و الانتقاد و التعقيب و ينعكس ذلك على أداء المجموعة و يكون التركيز على خبرة ما يحدث أثناء حلقة التدريب فقط . [1]

كما أن كل من هنري فايول و مارسلو Henrey Fayol et Muslow اهتما بالعنصر البشري في المؤسسات و اعتبارا أن الطاقة الكامنة للفرد تبقى كامنة ما لم يتم تحريرها و إطلاقها من خلال العمل الجماعي .[2]

و تعتبر النشأة الحقيقية لمفهوم فرق العمل عند اليابانيين و ذلك من خلال تطبيق مفاهيم إدارة الجودة الشاملة و حلاقات الجودة و فرق العمل , و اهتمامهم بالعنصر البشري في المؤسسات باعتبار أن الطاقة الكامنة للفرد تبقى كامنة ما لم يتم إطلاقها من خلال العمل الجماعي , و قد قدم وليم انثني 1981

[1] عصام أحمد الزحيلي , بناء فرق العمل في قطاع الكهرباء السعودي , دراسة حالة كهرباء المنطقة الغربية, دكتوراه في الإدارة العامة ,2005, كلية الدراسات العليا , جامعة الخرطوم , ص43.

[2] مؤيد سعد , مدخل متكامل لإدارة الموارد البشرية , دارإثراء للنشر و التوزيع , الأردن , 2009 , ص 62.

نظرية Z و من ابرز من خلالها مدى أهمية الإدارة بروح الفريق الواحد أو ما يعرف بالنموذج الياباني في الإدارة , حيث يهتم بالعنصر البشري و إدارة العاملين بطريقة تجعلهم يشعرون بروح الفريق.[1]

و عرفت على أنها :"نمط تعاوني لأداء و الانجاز يعتمد على القدرات , المواهب المشتركة للعاملين من أجل تحسين الإنتاجية و الجودة من خلال فرق العمل , و مع التطور المتصارع للتقنية ووسائل الاتصالات و عولمة الفكر الإداري , و عولمة المؤسسات فلا زال الاهتمام بإشراك كافة العاملين في صناعة النجاح , و منحهم مجالا أوسع من الحرية في العمل , التصرف و تحمل المسؤولية و التشجيع على المراقبة الذاتية . إذن التحول و التغيير الإداري , و شيوع مفاهيم إدارية متنوعة كان لصالح الاهتمام بالعنصر البشري كعضو ينتمي إلى فريق عمل يتسم بالتعاون. [2]

كما أسهمت دراسات Elton Naiyo (1993) و زملائه في نشأة و تطور فرق العمل و ذلك من خلال الدراسات التي أجريت في أحد المصانع حيث شخصية هذه الدراسة أن حجم العمل الذي يؤديه الفرد لا يتحدد فقط من خلال كفاءته و إنما من خلال إدارة العمل الجماعي , و أن هناك علاقة بين العوامل الإنسانية مثل احترام الذات و التقدير و التوجيه من جهة و الإنتاجية من جهة أخرى بذلك عززت هذه الدراسة الهوية الجماعية و تماسكها و دفعت بعض الرئيسية لفريق العمل كما أسهمت كل من جهود Maslow و Edward deming and henrry fayol في تطور مفهوم فرق العمل.[3]

المطلب الثاني : مفهوم فريق العمل و الفرق بين الجماعة و فريق العمل.

تعددت و تنوعت التعاريف الموضحة تعريف فرق العمل و لا يوجد تعريف محدد و شامل لفرق العمل حيث اختلفت التعريفات باختلاف وجهات نظر الباحثين من خلال هذا المطلب سنتطرق لتعار يف بعض الباحثين كل حسب وجهة نظره.

[1] أحمد عبد الغاني , إدارة و بناء فرق العمل , ورقة عمل مقدمة في الملتقى الأول للجودة في التعليم المملكة العربية السعودية, 2007 ,ص04.

[2] حمدان عيضة , معوقات فرق العمل في المنظمات العامة ,كلية الاقتصاد و الإدارة , جامعة الملك عبد العزيز , جدة, المملكة العربية السعودية،47،2008

[3] Dyer William team building current issues and nuer alternatives Third Edition massachusetts,1995.p27.

1) تعريف فرق العمل :

هو مجموعة من الأعضاء ذوي تخصصات مهنية متنوعة تم اختيارهم بشكل مدروس للقيام بمهمة Task أو مهام معينة في من مجدد.

و يعرف فريق العمل بأنه جماعة من الأفراد كل منهم لديه خبرة أو مهارة معينة , و لديهم مهمة مشتركة لا بد من انجازها , يجتمعون معا لبادل المعلومات التي تساعد على الاستجابة المناسبة المطلوبة من الفريق .[1]

جماعات وجدت لأداء مهام تنظيمية و المشاركة في هدف واحد أو أكثر , التفاعل اجتماعيا للنهوض بأعباء المهام الفائقة على أساس الاعتماد المتبادل في المحافظة على الحدود و إدارتها , الإدماج في المحيط التنظيمي , و التأثير على عملية التبادل مع الوحدات الأخرى ضمن كيان واسع.[2]

2) تعريف الجماعات :

أعطيت تعاريف عديدة للجماعة حيث عرفها علماء الاجتماع بأنها كيانات تشمل اثنين أو أكثر من الأفراد المتفاعلين مع بعضهم البعض و الذين يجمع بينهم نمط ثابت من العلاقات و يسعون لتحقيق أهداف مشتركة و يعتبرون أنفسهم أعضاء بنفس المجموعة.[3]

3) الفرق بين الجماعة و الفريق :

توجد عدة اختلافات بين الجماعة و الفريق سنذكر بعض منها فيما يلي :

1. تختلف الفرق عن الجماعة من حيث طبيعة الارتباط بإدارة المنظمة فالجماعة عادة ما يكون المطلوب منها الاستجابة إلى متطلبات التي تحدد لها بانتظام الإدارة العليا للمنظمة , بينما فريق العمل يدير

[1] مدحت محمد أبو النصر , فرق العمل الناجحة "البناء و النمو و الإدارة ", مجموعة العربية للتدريب و النشر ة , شارع أحمد فخري مدينة مصر ،القاهرة , 2015 ,ص ، ص39،42

[2] احسان كمال , مدخل مفاهيمي متكامل , دار الصفاء النشر و التوزيع , الأردن , 2013 , ص 43.

[3] باترك ليسيوني , العوامل الخمسة لنجاح العمل الجماعي , ترجمة محمد عبد الرؤوف العربي، كلمات عربي لترجمة والنشر، مصر , 2008 ص21.

نفسه فبمجرد أن تحدد الإدارة أهدافها العامة فانها تتيح لها درجة من المرونة تكلفها لأداء مهامها دون أن تتدخل في عملها.

2. في الجماعة يكون كل عضو مسؤول عن العمل الذي أداه فقط بينما في الفريق فإن الأداء يكون محصلة للأداء الفردي و الأداء الجماعي للفريق.
3. أعضاء الجماعة قد تربطهم مصلحة أو غاية مشتركة , أما أعضاء الفريق يكون لديهم التزام مشترك بالسعي المستمر لتحقيق أهداف فريقهم , و عادة ما يكون هدف فريق العمل متعلقا باحتلال المركز الأول من حيث جودة المنتجات أو الحصة السوقية أو غير ذلك من أهداف الفريق .
4. في الجماعة يكون كل عضو مسؤول فقط عن العمل الذي أداه و مدى المساهمة في تحقيق الأهداف الجماعية أو تسببه في فشلها. أما في الفريق فان كل عضو من الأعضاء يعد نفسه مسؤول عن الأداء و نتائج الفريق ككل و ليس على الأداء الفردي فقط.[1]

و الشكل الموالي يبين الفرق بين الجماعة و فريق العمل :

الجدول رقم (1-1) : الفرق بين الجماعة و فرق العمل .

الفرق	الجماعة
يتشاركوا أو يتبادلوا الأدوار القيادية.	يتم تعيين القائد.
محاسبة الشخص لنفسه و الآخرين.	المحاسبة الفردية.
رؤيا أو هدف محدد للفريق.	أهداف معروفة للجماعة أو المنظمة.
مخرجات عمل جماعية.	مخرجات العمل فردية.
الفعالية تقاس مباشرة عن طريق تعيين عمل مشترك.	الفعالية تتم بشكل غير مباشر عن طريق التأثير على العمل.
مناقشات , قرارات , عمل مشترك.	يناقشون , يقررون , يفوضون العمل للأفراد.

المصدر : السلمي علي، إدارة الموارد البشرية الإستراتيجية، دار الغريب، القاهرة ،2001 ، ص 168 .

[1] قهواجي أمينة , ديناميكية الجماعة و العمل ألفريقي في المنظمة , ماجستير في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير , فرع تسيير المؤسسات، جامعة المحمد بوقرة، بومرداس،2007 , ص77.

المطلب الثالث : أهمية فرق العمل .

لم تظهر أهمية فرق العمل إلا في العقود الثلاثة الماضية , إلا أن هناك محاولات أولية بينها التطور الحاصل في نظريات الإدارة مثل تجارب "هارثورن" و التي تبين أن الأفراد قد طورت فيما بينهم هوية جماعية أدت إلى زيادة إنتاجيتهم و تتضح أهمية الفرق من خلال :

- ✓ إن فرق العمل تساعد على توفير مهارات و اختصاصات و خبرات مختلفة تتطلبها طبيعة الأعمال و المؤسسات الحديثة و التي لا تتوفر في اعمل الفردي ,.
- ✓ إن فرق العمل تساعد في زيادة الاعتمادية بين وحدات المؤسسة و بين الأفراد انجاز الأعمال الخاصة بكل واحد منهم.
- ✓ إن فرق العمل تساعد في الربط بين الفعاليات التي تستهدف تطوير المؤسسة و تحسين كفاءتها و فعالياتها , و تلك الفعاليات التي تهدف إلى تطوير و تنمية قدرات و مهارات العاملين.
- ✓ إن لثقافة فرق العمل تأثير مهم على سلوك الفرد .
- ✓ إن فرق العمل و بنائها تعد تقنية حديثة تساعد على تفهم و إدراك و تقبل الأفراد الآخرين في العمل , و معرفة أبعاد سلوك كل فرد يساعد في كيفية التعامل معه بشكل ينعكس على تنسيق الجهود بين الأعضاء و تسهيل و تيسير حل الخلافات أو التناقضات أو سوء الفهم.
- ✓ تساعد فرق العمل على تعزيز الدعم و الاتفاق و الثقة و التأييد و الولاء و هذا بدوره يقود إلى تحقيق الأهداف و النتائج.[1]
- ✓ إن فرق العمل لا تعود بالفائدة على المؤسسة فحسب و لكن تنعكس على الأفراد أيضا , حيث تعمل على إكسابهم العديد من الأمور الهامة تتمثل في :
  - الفعالية في حل المشكلات : فالمشكلات المستعصية تكون أسهل حلا إذا كان هناك أكثر من رأي أو محاولة للوصول إلى تشخيص أفضل لحلها , و التغلب عليها .
  - تبادل المعلومات : حيث يدركون أهمية تبادل المعلومات المطلوبة للعمل بطريقة أكثر فعالية و تتدفق المعلومات بحرية من أسفل إلى أعلى (من الموظفين إلى الإدارة) و من الأعلى إلى

[1] نجلاء محمد , العمل في الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية , دار الثقافة للنشر و التوزيع ، الاردن، 2012 , ص 73.

الأسفل (من الإدارة إلى الموظفين) و بين الإدارات الواحدة و ذلك يكون للتحاور فائدة أخرى.

- اتخاذ القرارات بصورة أفضل : اتخاذ القرارات و الحلول في وقت واحد حيث أن كل عضو يستخلص و يقيم الاختيارات أكثر مما يستطيع أن يقوم به لوحده حيث يقل بذلك الوقت المطلوب لانجاز العمل لان الأعضاء يتخذون قراراتهم في آن واحد , و ليس بالتتابع كما يحدث غالبا.
- التعاون : إذ يرغب الأعضاء في العمل معا , و في مساندة أحدهم للأخر لأنهم يتوحدون مع الفريق , و يريدونه أن يكون لامعا و ناجحا .
- تحقيق الأعباء و توزيع الأدوار : إن الأعمال الكثيرة و المهام و العديدة التي تطلب من أفراد العمل , يمكن أن تكون أسهل و أكثر يسرا إذا تم توزيع على أعضاء الفريق بشكل متساوي .
- زيادة الاتصال بين الأعضاء : حيث أن فرق العمل تؤدي إلى وجود الأفراد معا لفترات أطول , و بالتالي تكون عمليات الاتصال أسهل و أكثر جدوى من تلك التي بين أعضاء المؤسسة الآخرين .
- الاستخدام الأمثل للموارد.
- الشعور بالتبعية.
- تقديم أحدث و أدق المعلومات.
- تنمية الشعور بالاتحاد و الصداقة.
- الجودة : حيث يوجد اهتمام بتحقيق و الدقة , لأن العاملين يشعرون بأنهم جزئ من نشاط الفريق ,و يرغبون أن يظهر فريقهم بصورة جيدة قدر الإمكان بالإضافة إلى ذلك يطمئن أعضاء الفريق على حصول كل واحد منهم على حاجته من الفريق لانجاز أفضل عمل ممكن نتيجة تعاون الأعضاء مع بعضهم البعض.[1]

[1] نجلاء محمد، نفس المرجع السابق , ص 76.

المطلب الرابع : مميزات فرق العمل .

- ✓ إن تحقيق الأهداف الآن يحتاج إلى التعاون بين مختلف العاملين ذوي التخصصات المهنية المتعددة , و إلى قدرتهم على العمل الجماعي معا.
- ✓ و تعتبر فرق العمل من الأدوات الفعالة لانجاز المهام المشتركة . و لقد أثبتت خبرات العمل على انه يمكن لأي مجموعة من البشر التحول إلى قوة.تتقاسم الأهداف و المهام , و تتعاون معا لتحقيق النجاح المطلوب .
- ✓ لقد تعاظم الاهتمام ببناء و انتقال تركيز السلوكيين من الفرد إلى الجماعة حيث لم يعد الفرد في نظرهم محور الوحيد الذي يحرك العمل دائما . و أصبح المحور الحقيقي هو فرق العمل , و سادت قناعة مغزاها؛أن تقسيم المنظمة إلى مجموعات عمل من شأنه أن يوفر منفعة متبادلة بين المنظمة و العاملين فيها ، و بني هذا على افتراض أن أهم حافز للفرد في مجال العمل هو انتمائه إلى جماعة حيث أن العمل في كنف الجماعة يرتقي بكفاءة الفرد و تزداد وفقا لذلك ، إنتاجية المنظمة بشكل عام .
- ✓ و تشيرُ " سامية صبحي عفيفي " إلى مزايا تكوين فرق العمل داخل المنظمات كالتالي :

1- فرق العمل تعمل على تحسن و إعطاء قيمة أعلى لمخرجات العمل التنظيمي .

2- فرق العمل تعطي جو من الرضا للعاملين الأعضاء في هذه الفرق .

3- فرق العمل تساهم في إشباع حاجات اعضائها.

4- فرق العمل تقرب وجهات النظر بين طاقم العمل داخل المنظمة الواحدة .

5- فرق العمل تساهم في خلق جو من الاستيعاب الفكري و الإداري بما يكفل تنمية قدرات الابتكار و الإبداعي للعاملين في المنظمة.

و يترتب على كل هذه المزايا نتائج ايجابية يمكن رصد بعضها كالتالي :

1- تحسين جودة الأداء .

2- تحسين مستوى أداء الخدمة .

3- تحسين خطط المنظمة.

4- تقليل التكاليف.[1]

المبحث الثاني : أسس تشكيل فرق العمل.

تعتبر عملية تشكيل فرق العمل حدث مخطط له بعناية ، لمجموعة من الأفراد الذين يرتبطون معا بنوع الأهداف داخل المؤسسة ، و ذلك بهدف تحسين الطرق ، و الأساليب التي يتم بها أداء العمل .

المطلب الأول : عناصر تشكيل فرق العمل و عواملها .

❖ عناصر أساسية لتشكيل فرق العمل : توجد ثلاث عناصر تؤثر في تشكيل فريق عمل و تحديد درجة فعاليته و هي:

أ)-العنصر الفني : و يقصد به المهمة المطلوب انجازها ، و مدى صعوبتها ، أي صعبة التحقيق أو سهلة و المعلومات المتاحة عنها و الأساليب و الطرق المختلفة لتنفيذها ، لتحقيقها ، و الأدوات ، و الأجهزة اللازمة لانجازها.

ب)- العنصر الإنساني : و يتكون من جزئين هما :

-الجزء الأول : قائد الفريق : تعرّف القيادة على أنّها :" قدرة الفرد في التأثير على شخص أو مجموعة من الأشخاص ، و توجيههم و إرشادهم من أجل كسب تعاونهم و تحفيزهم على العمل بأعلى درجة من الكفاءة في سبيل الأهداف الموضوعية ، و يرى الكثيرون من الباحثين بأن القيادة أنماط مختلفة تصنف على أساسها ، و هذه الأنماط هي كما يلي :

1-1- القيادة الديمقراطية : تعتمد على العلاقات الإنسانية ، المشاركة و تفويض السلطة ... الخ ، كما تعتمد أساسا على العلاقات الإنسانية السليمة بين القائد و الأفراد و التي قوم على إشباع حاجاتهم.

1-2- القيادة الأوتوقراطية : تقوم على تحفيز السلبي القائم على التخويف و التهديد و القيادة الآمرة غير التوجيهية .

[1] أحمد محمد السنهوري ، الممارسة العامة المتقدمة في الخدمة الاجتماعية و تحديد القرن الحادي و العشرين , دار النهضة العربية ، القاهرة ، 2000 ، ص 45 إلى 46.

1-3- القيادة الفوضوية : يتميز هذا النمط بأن القائد يسمح للأفراد بحرية التصرف و يترك لمعاونيه العنان ليفعلوا ما يشاءون ، فهم من يضع الأهداف و يختارون طرق الوصول إليها .[1]

أما قائد الفريق فهو المسؤول عن الفريق و القادر على تحفيز الأفراد على القيام بالمهمة ما لتحقيق أهداف معينة ، و هو المسؤول عن تحقيق التنسيق و التكامل ، التفاعل بين أعضاء الفريق ، حيث يكون بينه و بين أعضاءه قدر كبير من الثقة ، الاحترام و التعاون ، و على القائد أن يدرك الأمور و المفاهيم التالية :[2]

- الطبيعة البشرية ، و الاختلاف بين الأفراد ، و تنوع احتياجاتهم و رغباتهم .
- التنبه للاحتياجات الشخصية لكل فرد في الفريق .
- ميل الأفراد لكلمات المديح و الثناء .
- جعل الأعمال بسيطة ، سهلة لعدم قدرة الأفراد على التعامل مع العديد من القضايا و الأمور في وقت واحد .
- أفراد الفريق لا يثقون بالقائد ، إذا كانت أقواله لا تتطابق مع أفعاله .

-الجزء الثاني : أعضاء الفريق : و يقصد به سلوكيات الأعضاء التي تؤثر تأثيرا على نجاح العمل بشكل عام ، من حيث عددهم ، خبراتهم ، درجة الانتماء و الولاء و مدى استعدادهم لتعاون المشترك فيما بينهم ، و قدرتهم على العمل الجماعي و مستوى الروح المعنوية و الدوافع لديهم .

ج)- العنصر البيئي : يتكون من جزأين هما :

1- البيئة الاجتماعية : ويقصد بها المؤثرات الاجتماعية لمؤسسة فريق العمل و التي يكون لها تأثير كبير على الفريق من حيث العادات و الاتجاهات و سلوكيات الأفراد كما يقصد بها ذلك الإطار

[1] عطية يوسف ، القيادة الإدارية و تأثيرها على أداء جماعات العمل ، مذكرة ماجستير ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر ، 2011 ، ص ،ص،12. ،20 ،22

[2] السريدي أحمد ، آراء العاملين في القطاع الخاص عن مهارات مدرائهم في قيادة فرق العمل ، مذكرة ماجستير ، كلية التسيير المملكة المتحدة ،2010 ، ص 30.

من العلاقات التي يحدد ماهية علاقة حياة العضو مع غيره و ذلك الإطار من العلاقات هو الأساس في تنظيم و أي فريق من الفرق .[1]

2-البيئة التنظيمية :هي مؤسسة يعمل بها فرق العمل و ما تحتوي عليه من (سياسات ، فلسفة ، أهداف ، خطط ، موارد ، نظام الحوافز ، تقييم الأداء و التدريب).[2]

المطلب الثاني : مراحل تشكيل فرق العمل .

على عكس التطور الشائع من أن عملية بناء فريق العمل عبارة عن تجميع عدد من الناس و جعلهم يعملون مع بعضهم البعض ، تمر عملية بناء الفريق بعدة مراحل ، يحدث فيها النمو و النضج وصولا إلى مرحلة التكامل ، لذلك هي تتطور عبر مراحل تأخذ فترة من الزمن و هذه المراحل هي :

1) – التشكيل : و يسود هذه المرحلة الارتباك لأن الأفراد يكونون في مواقف جديدة غير مألوفة لهم ، و تتصف العلاقات بالرسمية و ينصب اهتمام الأفراد على أنفسهم ، و يسعون لتلبية حاجات الأمان لديهم ، كما و يظهر التذمر من العمل مع الفريق و الدخول في مناقشات غير مثمرة .

مرحلة التشكيل مرحلة مهمة و تتطلب من قائد الفريق (الذي قام ببناء الفريق) العمل على التأكيد على السلوكيات التي تحقق النجاح و عدم النظر للأمور بمنظور شخصي نظرا لحقيقة الاختلافات البشرية الفردية .[3]

2) – مرحلة العصف (الصراع) : يغلب على الأفراد في هذه المرحلة الشعور بالاختلاف في الآراء ووجهات النظر ، و يقوم السلوك على الجدل و التنافس و الصراع ، و كذلك الدفاع عن وجهات النظر الشخصية . و من مظاهر هذه المرحلة ظهور جماعات عمل فرعية ، و عدم الإحساس بالهدف عن الدور المطلوب القيام به ، و قد يجأ البعض إلى عدم تشجيع أفكار القائد و السعي إلى تفويض سلطته .

---

[1] حمدان عيضة، نفس المرجع السابق، ص48.

[2] هداش سامر ، نموذج مقترح لعلاقة الثقافة التنظيمية بفرق العمل الذاتية بالإدارة ، مذكرة ماجستير ،كلية التسيير ، جامعة عين الشمس ، مصر ، 2010 ، ص 97.

[3] West Michael , the Essentials of team working , iohan wiley publication , new delhi , london , 2005 , p 18.

من هنا ينصح القائد أو باقي الفريق بالعمل على كوين رؤية مشتركة و الحرص على خلق بيئة عمل ايجابية تتحد من خلالها معالم الأهداف و الأدوار المطلوب القيام بها.[1]

3) – مرحلة التعاون : يبدأ الأفراد بالاستجابة للبيئة التي أوجدها باقي الفريق ، و تظهر علامات قبول الانضمام إلى الفريق لتحقيق الأهداف ، و يظهر الالتزام و العزم على المشاركة بكل قوة ، لذلك فان سلوك الأعضاء في هذه المرحلة يتجه نحو تسوية الخلافات و الصراعات و البدء ببناء علاقات شخصية ، و تعتمد في هذه المرحلة المعايير و القيم التنظيمية للفريق. [2]

4) مرحلة الأداء : يبدأ التزام الأفراد بمعايير و قيم الفريق و تتسم المرحلة بالجدة و الحيوية ، و الرضا عن النفس ، و الثقة بالأخريين .

مما تقدم يتضح أن عملية بناء و تطوير الفريق تم مراحل متعددة من النضج و النمو ، و كذلك من حيث التكوين و لا تحدث عمليات البناء تلقائيا ، و بالتالي يجب التفهم التام ، و الالتزام بالتدرج العملي السليم ، و إتقان العديد من المهارات اللازمة لهذه العملية و يمكن إيضاح المنهجية الصحيحة لبناء فرق العمل على النحو التالي : [3]

- تحديد الحاجة للفريق .
- تعيين قائد الفريق.
- توضيح المهمة و التوقعات .
- تشكيل الفريق .
- المشاركة في صياغة الرؤية و الأهداف .
- تصميم خطوات العمل ووضع معايير الأداء .
- توزيع المهام و تحديد الأدوار .
- المحافظة على الأداء الفعال .
- الإنهاء و الاحتفال .

[1] العلي الستار ، تطبيقات في ادارة الجودة الشالة ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، الأردن ، 2008 ، ص 45.

[2] أحمد محمد ، إدارة و بناء فرق العمل ، مجلة المال و الاقتصاد ، المجلد الأول ، العدد 66 ، 2011 ، ص 99.

[3] أبو علي زيد ، ادارة العمل الجماعي و بناء فرق العمل ، دار جلبين الزمان للنشر و التوزيع ، الطبعة الأولى ، 2017 ، ص 50 .

المطلب الثالث : أنواع فرق العمل .

تتعدد أنواع فرق العمل وتصنيفاتها تبعاً لأهدافها التي تتكون من أجل تحقيقها، وعندما تشعر المنظمة بالحاجة إلى تشكيل وبناء فريق عمل، فإن أول مشكلة تواجهها هي تحديد نوع الفريق، ويتأثر نوع فرق العمل لعوامل عدة منها:

- درجة الاستقلالية التي يتمتع بها فريق العمل.
- الفترة الزمنية، واستمرارية عمل الفريق، بمعنى هل سيكون الفريق دائم أم مؤقت؟
- نوع المهمة ودرجة تعقدها.

ومهما تعددت أنماط فرق العمل وتباينت تصنيفاتها فإنها تخدم هدفاً محدداً، ولكل منها خصائصه نذكر منها:

1- فرق عمل الإدارة العليا:

يعتبر هذا النوع من الفرق الدائمة والتي تشكل من مديري الإدارة العليا، وتقوم بدور حلقة الوصل بين المنظمة، والبيئة الخارجية، ويؤثر أداء هذه الفرق على فاعلية المنظمة نظراً لأن الأعضاء في هذه الفرق يرون أنفسهم ممثلين لدوائرهم أكثر من اعتبار أنفسهم أعضاءً في الفريق ومن المهام المناطة بهذه الفرق:

- تحديد رؤية ورسالة المنظمة.
- اتخاذ القرارات الاستراتيجية ووضع الاستراتيجيات.
- تطوير فلسفة المؤسسة والسياسات والتوجهات العامة.
- تحديد أهداف وواجبات قطاعات المنظمة المختلفة، لمعالجة التداخل بين هذه الوحدات من جهة والقضاء على تعارض الأهداف من جهة أخرى.[1]

2- فرق العمل الوظيفية:

وهو الذي يتألف أعضاؤه من نفس الوحدة الوظيفية أو القسم، ويكون القائد معيناً بشكل رسمي في المنظمة وتكون السلطات والمسؤوليات محددة، وتمتاز العلاقات وسبل اتخاذ القرارات وحدود الإدارة واضحة. وينشأ هذا النوع غالباً في المنظمات ذات الصفة الهيكلية التقليدية والتي تقسم بيئتها بالثبات. [2]

[1] أحمد محمد المصري ، التخطيط و المراقبة الإدارية ، مؤسسة شباب الجامعة ، مصر ، 2004 ، ص 257.

.

3- فرق العمل متعددة الوظائف:

هو مجموعة من الأفراد ممن يمتلكون المهارات والخبرات يتم سحبهم من الدوائر المختلفة بهدف تطوير منتج أو حل مشكلة، أو تقدير الفرص ويعملون تحت إشراف مدير واحد، ويمنح الفريق المسؤولية عن إعماله، ومن ثم توحد هذه الجهود والأعمال لتحقيق الأهداف الرئيسية، وعادة ما يستخدم هذا النوع في المنظمات التي تعمل في بيئة ذات تغير سريع كشركات الاتصالات، والكمبيوتر وذلك لتحقيق السرعة في الاستجابة لمتطلبات السوق، واحتياجات العملاء.

4- فرق دوائر الجودة:

ويطلق عليها أيضاً مسمى دوائر مراقبة الجودة (Quality circle) وهي عبارة عن مجموعة من العاملين تشكل من الوحدة الإنتاجية أو الوظيفية نفسها بناءً على موافقة الإدارة، ويكون العمل فيها تطوعياً وليس لها سلطة، ويجتمع أعضاء هذه الفرق بشكل منتظم ودوري لمناقشة المشكلات ووضع الحلول الخاصة بقضايا الجودة والإنتاج التي تؤثر على عملهم، ومن ثم يقومون بتقديم التوصيات المطلوبة لتحسين جودة المنتج أو الخدمة المقدمة.

وقد نشأت هذه الجماعات في اليابان حيث يجتمع كل من المشرفين والعاملين معاً لتحليل المشكلات ووضع الحلول وأدت هذه الفرق دوراً مهماً في خلق القدرة التنافسية للشركات اليابانية مما ساهم في انتشار استخدام هذا النوع من فرق العمل بين الشركات الصناعية في أنحاء العالم. [1]

5- فرق العمل الموجّهة ذاتياً:

عبارة عن مجموعة من الأفراد الذين لديهم القدرة على إدارة وتوجيه نشاطاتهم وأعمالهم نحو تحقيق الأهداف المطلوبة بالاعتماد الذاتي ويتشكل الأعضاء من وحدة وظيفية واحدة ويكونون مسؤولين عن عملية متكاملة وتتوفر لديهم المهارات الفنية والعلمية والإنسانية والمواد اللازمة لتحقيق النجاح.

يتولى الفريق تحديد الاحتياجات التدريبية للأعضاء ثم يتم تدريبهم على المهارات اللازمة للعمل قبل البدء بالمهمة، وتكون القيادة دورية بين أعضاء الفريق وتتخذ القرارات بالمشاركة ويستخدم عادة في المنظمات التي تتبنى مشاركة المرؤوسين بدرجة عالية.

[2] كوبك توماس ، بناء فريق عمل ناجح ، ترجمة سرور سرور ، مكتبة جرير ، السعودية ، 2004 ، ص 254.

ويتحقق من خلال البناء السليم لهذا النوع من الفرق العديد من المزايا يذكر منها: إمكانية تخفيض عناصر التكاليف المختلفة، والارتقاء بمستوى الجودة في المنتجات، وتحسين مستوى الخدمة المقدمة للعملاء، وتوفير قدر عال من المرونة في بيئة العمل. [1]

6- فرق العمل الافتراضية:

ظهر هذا النوع من الفرق نتيجة التطور السريع في مجال تكنولوجيا المعلومات ووسائل الاتصالات وانعكاس تأثيراتها على ممارسات المنظمات نهاية القرن الماضي وبداية القرن الحالي، والتي تحاول من خلالها الاستجابة لتحديات العولمة وتخطي الحدود وتقوم العلاقة بين أعضاء الفريق على عناصر أساسية أهمها المعرفة والخبرة والمعلومات، ومن مزايا هذه الفرق:

- إمكانية مشاركة المعلومات بين أعضاء الفريق وإتمام الأعمال واتخاذ القرارات عبر وسائل الاتصال المختلفة.
- يتعدى هذا النوع من التفاعل والاتصال بين أعضاء الفريق حدود الزمان والمكان.
- تحسين عملية التخطيط والمشاركة واتخاذ القرارات.
- إقلال تأثير المركز الاجتماعي، والمكان الاجتماعي. [2]

المطلب الرابع : تشكيل فرق العمل في المستشفيات .

يتم تشكيل فرق العمل بالمستشفيات كالتالي :

- الإعلان عن الوظائف و المهن الشاغرة (الطبية ، المهنية ، الإدارية و غيرهما).
- تحليل الطلبات المقدمة و فرزها ووضعها في أولويات وفقا لدرجة التقابل بين مواصفات المهنة أو الوظيفة و مواصفات طالب الوظيفة.
- إجراء مقابلات و اختبارات شخصية نفسية و معرفية، بالإضافة إلى الكشف الطبي ، ولذلك أهمية خاصة بالمستشفيات لمنع تسرب و انتشار الأمراض.
- الاختبار، التعيين، التدريب السريع، التوجيه، والمتابعة حتى ينتقل طالب الوظيفة أو المهني من خارج المؤسسة الصحية حتى يصبح عضوا فعالا فيها.

[1] العامري ، صالح مهدي محسن ، العالبي طاهر محسن منصور ، الإدارة الأعمال ، دار وائل ، الأردن ، 2004 ، ص 184.
[2] عمر تحسين ، الفلسفة الأخلاقية و علم القيادة ، دار البشير للنشر ، مصر ، 2013 ، ص 149.

- تنفيذ الدورة المستندية فيما يتعلق بالإجراءات وإصدار إذن الصرف للأجور وحصر قوائم الحضور والإنجازات لتقييم الأداء و المتابعة.

و لتحديد التكوين الأنسب من المهن الطبية و غير الطبية بالمستشفى، نجد ضرورة لمراجعة النماذج التالية و التي تفيد مدير المستشفى في إيجاد العلاقات بين الكفايات الطبية بعضها البعض وبينها والكافيات المساعدة والإدارية والموظفين والعمال.

1- نموذج تافيستوك The Tavistock Model :

عند تطبيق هذا النموذج على المؤسسات الصحية نجد المستشفى عبارة عن تفاعلات بين المجموعة الطبية (الأجهزة والمعدات الطبية، المعرفة الطبية وشروط مزاولة المهنة، التخطيط الداخلي للمستشفى و الإمكانيات المتاحة) والمجموعة الاجتماعية (نظام العلاقات بين كل مهنة وأخرى و نشاط طبي و نشاط إداري و آخر) . فالتفاعل المتبادل بين المجموعتين يحدد الخدمات الصحية التي يجب أن تقدمها المستشفى للمرضى. ومن هنا نجد أن تكوين رأس المال البشري الطبي يتحدد بالتفاعل بين التكنولوجيا الطبية الموجودة بالمستشفى وبين المجموعات البشرية القادمة من المجتمع، و يتفاعل مدير المستشفى بين العائد من تكوين فعال لرأس المال البشري في أجل الطويل و العائد من مستوى مرتفع من الأداء الصحي في الأجل القصير.[1]

2- نموذج هومانز The Homans Model :

يقول كاتب الاجتماع "هومانز" أن الأنشطة (الصحية و الطبية) والتفاعلات والمشاعر تتوقف على بعضها البعض، وأن أي تغيير في أحد هذه المتغيرات الأخرى. ففي المستشفى نجد أن الأنشطة الطبية والصحية وغيرها يؤثر ويتأثر بتفاعل المستشفى مع المرضى والبيئة والمؤثرات الخارجية ومشاعر العاملين والمرضى والمجتمع.

فكلما ارتفع التفاعل بين الأطباء والممرضات مثلا كلما اتجهت مشاعرهم تجاه بعضهم البعض في شكل ايجابي و العكس بالعكس. وفرض "هومانز" أن النظام الخارجي والنظام الداخلي للمؤسسات يحدد بعضها البعض وهذا يعتبرحقيقي في المؤسسات الصحية، فالبيئة المحيطة هي مصدر للكفاءات والمهن و المرضى و تعتبر نظام خارجي و محدد جوهري لنظام

[1] النجار فريد راغب ، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية : تكامل العلاج و الدواء ، الدار الجامعية ، الإسكندرية ، 2015 ، ص ،ص،311..312

المستشفى الداخلي و تكوين الطاقات البشرية بها والعكس بالعكس ممكن أيضا. وأي تغيير في النظام الخارجي يؤثر على النظام الداخلي للمستشفى وكذلك تغيير النظام الداخلي يؤثر في النظام الخارجي للمستشفى أيضا.

3- نموذج ليكارت The Likert Model :

إن تطبق نموذج ليكارت على عملية تكوين رأس المال البشرى بالمستشفيات ينتج عنه إضافة لمتغيرات أخرى، فتصبح النظرة لرأس المال البشري بالمستشفى على أنه شبكة مترابطة، وأن المهن الطبية وغير الطبية تملأ مراكز هذه الشبكة في علاقات ترابطية تبادلية، وهذا يعني أن المستشفى ذات علاقات ترابطية بمجموعات مهنية بالبيئة مثل المؤسسات الطبية والصحية ومجموعات المرضى والسكان والمجموعات الرسمية التي تؤثر فيها. وترتبط المستشفى بالبيئة المحيطة بها عن طريق أفراد ومهن إستراتيجية بها مثل مدير المستشفى أو الطبيب أو مدير العلاقات العامة أو المدير المالي البشري الذي يربط بين سوق العمل وتشغيل العمل داخل المستشفى، مما يخلق مراكز قوى تخدم المستشفى في البيئة المحيطة. [1]

المبحث الثالث : مقومات و معوقات العمل في فريق .

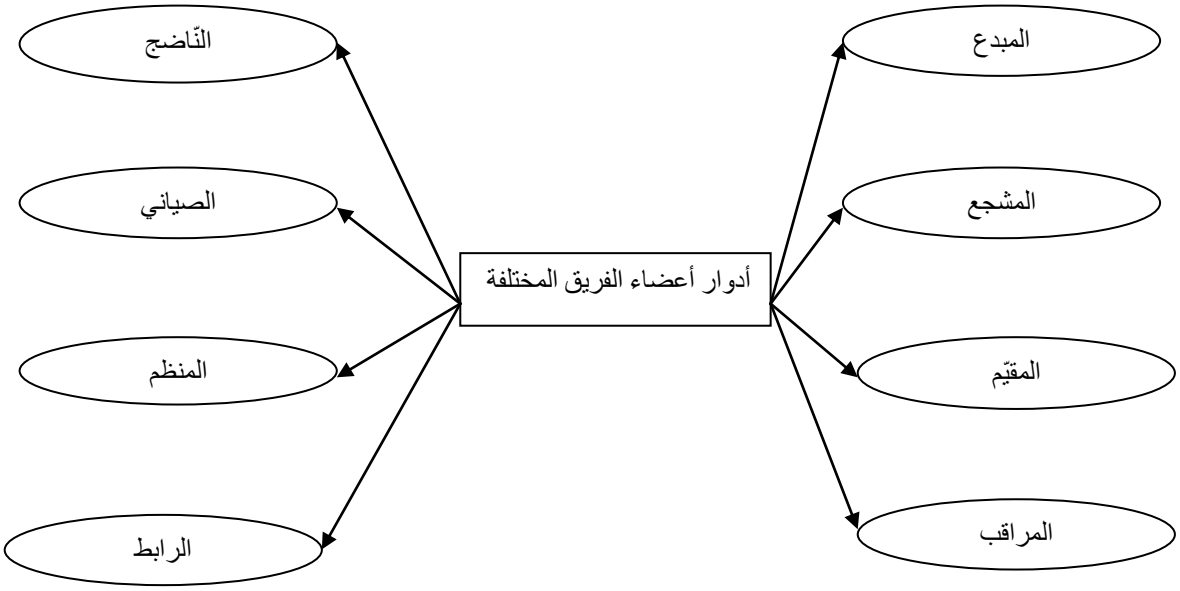
يعد العمل بروح الفريق سر من أسرار نجاح المؤسسات، والقدرة على تأصيل هذه الثقافة داخل ، المؤسسة والتأكيد على ممارستها فعليا بقناعة من كافة أفراد المؤسسة، تجعل المؤسسة فاعلة في تحقيق أهدافها.

المطلب الأول : دور أعضاء فريق العمل .

يجب تحديد الأدوار بوضوح في بداية كل اجتماع. و يجب أن تكون مرنة لكي تسمح بتداول الأدوار والمسؤوليات بين الأعضاء ، كما يوضحه الشكل الموالي:

[1] النجار فريد راغب، نفس المرجع السابق،ص، ص 312،324.

الشكل رقم (1–1): أدوار فريق العمل المختلفة.



المصدر : مارجسون شارلز، قيادة الفريق دليل النجاح، ترجمة سرور سرور دار المريخ للنشر، الرياض،2005، ص ص 109-112 .

1- دور قائد الفريق: يقوم بنقل المعلومات والمعرفة والمهارات لبقية أعضاء الفريق، وتفسير السياسات وأوامر العمل، ويشرح كيفية إدارة العمل بفعالية، وتقويم النتائج. ويتولى بناء خطوط الاتصال بين الإدارات وتشجيع الأعضاء على أداء العمل بطرق ابتكاريه تقبل المخاطرة. يكون من الناحية السلوكية قدوة يهتدي بها، ويقوم بمكافأة السلوك الفعال. وتأييد أهداف الفريق داخليا وخارجيا ونقل إنجازات الفريق إلى الإدارة، ولعب دور الوسيط عند نشوب صراعات.

2- دور المستشار: ويتمثل في وضع و توصيل أهداف الفريق بوضوح إلى بقية الأعضاء،والتأكد من واقعيتها ومطابقتها لأهداف المؤسسة والحصول على التعاون اللازم لتحقيقها, وتقديم المساعدة حتى يصل الفريق إلى درجة مناسبة من النضج ، وتقديم المساعدة لكل من المنسق و الملاحظ بالإضافة إلى تحديد الموارد ووضع معايير الأداء، وطرق قياس النتائج.

3- دور المنسق: ترتيب الاجتماعات، وتجهيز، وتوزيع جدول الأعمال قبل الاجتماعات، والتأكد من الالتزام به. وتوضيح الأهداف والتأّكد من توزيع الأدوار وتشجيع الأعضاء

على المشاركة. وتلخيص الأفكار والتأكد من معرفة الجميع بكل ما هو مطلوب والعمل على تحديد نقاط الاتفاق والاختلاف بين مختلف الأعضاء. و يكون المنسق في العادة مستمعا نشطا يعمل على حماية كل أعضاء الفريق في التعبير عن رأيهم، وتشجيع الفريق على إنهاء كل محاور جدول الأعمال وتشجيع التفكير النقدي بين الأعضاء، والمحافظة على الحياد بين وجهات النظر المختلفة.

4- دور المسجل: يقوم بتدوين محاضر الاجتماعات، وتوزيعها على كل الأعضاء. وتشتمل على الموضوعات التي تمت مناقشتها، والمهام التي تم توزيعها، وتحديد المسئولين عند تنفيذها. ويساعد في تحديد الأطر الزمنية لجدول الأعمال، ويراقب المناقشات وينبه الأعضاء بقرب انتهاء وقت المناقشة قبل حلوله بعدة دقائق.

5- دور عضو الفريق :الاستعداد المسبق للاجتماعات، والحضور والمشاركة في المناقشات وتقديم المقترحات و الآراء و انجاز ما يوكل إليه من أعمال، ورفع مستوى أداء الفريق، والقيام بأعمال إضافية عند الضرورة لتحقيق الأهداف في الوقت المحدد ومتابعة ما تم من إنجازات، وطلب المساعدة من مصادر خارجية عند مواجهة مشكلة تتجاوز إمكانات الفريق المتاحة، ثم مساندة قرارات الفريق.

المطلب الثاني : سلوكيات العضو في فريق العمل .

لقد تعددت أماكن العمل الحديثة على الأشخاص الموصوفين بأعضاء الفريق الفعالين. لكن السؤال الذي يطرح نفسه ما هي السلوكيات الغير ملموسة التي توجد في عضو الفريق الفعال و الذي يسخّر الظروف السائدة بشكل يدر الفائدة على الفريق الذي يعمل فيه؟[1]

– التعاون: "يتميز الأعضاء الفعالين بفريق العمل بقدرتهم على العمل، مع غيرهم بشكل متناسق و بأسلوب متعاون جدا لتحقيق الغاية المشتركة عند جميع الموظفين في المؤسسة. فهم يقومون بمدّ يد المساعدة ويلبون النداء كلما تم استدعائهم للمساعدة، كما يساهمون في تبادل أفكارهم مع غيرهم و إعطاء وجهة نظرهم، بالإضافة إلى إضفائهم شيئا من الإيجابية على جوّ الفريق و رفع معنوياتهم. فالأعضاء الفعالين بالفريق هم الذين

[1] حمدان أحمد ، فرق العمل الادارية ، دار أسامة للنشر و الوزيع ، الأردن ، 2007 ، ص 127.

يقدرون أهمية العمل الجماعي عن محصلة جمع الجهود المنفردة مع بعضها،كما إن غايتهم من التعاون هي تحقيق أفضل النتائج للفريق بشكل عام و للمؤسسة بشكل خاص.

– المبادرة : تعتبر المبادرة، و تحمل المسؤولية، و تقديم المشاركات الفعالة من أهم عناصر و دينمكيات الفريق، إذ يجب على كل عضو في الفريق المساهمة في العمل الجماعي و عليه أن يأخذ على عاتقه مسؤولية أفعاله، وقراراته ووجهات نظره، و تكمن المبادرة في كون موظّف ما الأول في تقديم آرائه البناءة عند مناقشة مشكلة ما أو المشاركة في تقديم و مناقشة الحلول الإبداعية، و تقديم يد العون في بعض المشاريع الخاصة التّي تعد مكملة للعمل الجماعي.

– القدرة على التأقلم: يتميز عضو الفريق الفعال بقدرته على التأقلم مع التغيرات الجذرية، الدراماتيكية التي قد تطرأ على المؤسسة أو على فريقه في بعض الأحيان، و ذلك بسبب تمتعه بالعقل المنفتح و المبدع الذي يمنحه القدرة اللازمة على تقبل التغيّر و تحليل جوانبه المختلفة ليحوله إلى شيء إيجابي يدر عليه الفائدة و النجاح. فمن أهم متطلبات التأقلم هي قدرة المرء على تغييره لأسلوبه الخاص في إدارة الأمور بتبنيه أسلوب جديد يتماشى مع التغير الذي طرأ على الجو العام، بالإضافة إلى قدرته على تقبل و استيعاب التغير الذي حدث على المجموعة التي يعمل معها،إذ يتمتع عضو الفريق الجيد بقدرته على تغيير و تعديل وجهة نظره إذا تطلب الأمر،حيث أنه لا يتمسك بالمعايير القديمة التي لم تعد ذات فائدة في حالة رفضها، من قبل الفريق كله.أيضا ، يتمتع ذلك العضو بمرونته، وقدرته على تقبل التغير و تعديله لطريقة تفكيره بشكل يستوعب وجهات النظر المختلفة للحصول على أفضل النتائج في جميع مساعيه و يعتبر أكثر الموظفين قدرة على التأقلم أكثرهم سرعة، و قابلية لتعلم ما هو جديد. كما يمكن وصف عضو الفريق ال ّ فاعل بالشخص الذي يتمتع بالأمن العاطفي الكافي الذي يحول من زعزعة ثقته بنفسه كل ّ ما حصل تغير أو وجهت إلية وجهة نظر مختلفة، كذلك يمكن القول أن عضو الفريق الفاعل الذي يتمتع بقدرة عالية على التأقلم بأنه الشخص الذي يحرص على مصلحة المؤسسة، و مصلحة فريقه بشكل يفوق حرصه على مصلحته الخاصة.

– الالتزام: يتمى ز أعضاء الفريق الناجحين عن غيرهم بالتزامهم الذي تسهل ملاحظته من الغير تجاه الفريق و أهدافه، فهم لا ينسحبون عند اشتداد الظروف، و تراكم العواقب أمامهم و لا يتوانون عن إيفاء التزامهم تجاه الفريق و أجندته الخاصة. كذلك، يظهر التزام هؤلاء الأشخاص بشكل واضح للعيان في دقتهم في المواعيد، و حرصهم على حضور الاجتماعات بوقتها إلى جانب تصميمهم على بذل أقصى جهد لهم في خدمة الفريق كما يظهرون حسا عالي بالمسؤولية يفوق بدرجاته إحساس الآخرين، حيث أن همهم الوحيد و الدائم هو حرصهم على رؤية النتيجة النهائية للمشروع الذي عملوا عليه، و جنيه للنتيجة المرجوة بأفضل وجه على الإطلاق، و من صفات عضو الفريق الفعال والملتزم افتخاره بالإنجازات التي يحققها و ثباته في بذل أقصى جهدا له في خدمة الفريق لتحقيق أهدافه.[1]

– الاحترام المتبادل: يحب عضو الفريق الناجح أن يعامله الناس كما يحب أن يعامل، حيث يكن أعلى درجات الاحترام لأعضاء فريقه الآخرين كما يحترم آرائهم و وجهة نظرهم في جميع الأحوال. بالإضافة إلى ما سبق، يحترم أعضاء الفريق الفعالين الاختلافات التي توجد بينهم، و هم مرحبين لآراء الآخرين و منفتحين لها بأعلى درجات المهنية.[2]

– الاستماع بانتباه: إن أفضل أعضاء الفريق هم الذين يعرفون كيفية الاستماع بحيوية والانتباه إلى الأشخاص الآخرين ، وهم الذين يظهرون الاهتمام الصادق في الآراء وجهات النظر التي يطرحها الآخرين من دون تصنع أو أية نظرة فوقية. من سمات الإنصات بانتباه الصدق في محاولة استيعاب و فهم أعضاء الفريق الآخرين و الاستماع لهم

بحيوية دون مقاطعة، و إعطاء الرأي على ما تم طرحه ، من الطرف الآخر بصدق بعد إنهائه من التعبير عن و جهة نظره.[3]

[1] إبراهيم لبيب ، واقع الإبداع الإداري لدى مديريات المدارس الثانوية في محافظة عدن ، مجلة كلية التربية ، العدد 12، 2011، ص 37.
[2] أحمد محمد ، نفس المرجع السابق، ص 27.
[3] البربري فتحي ، الإبداع ، دار الفكر للطباعة و النشر ، الأردن ، 2009 ، ص 19.

– الاتصال مع الآخرين بفاعلية: يمكن وصف جو الفريق الذي يسوده الاتصال الفعّال بالوسط الذي يستطيع أن يثق المرء بوصول أفكاره المطروحة إلى الغير بأسلوب مهني متناسق و موجز وواضح بطريقة تحترم فيها الآراء الأخرى.إن الأشخاص الذين يتمتعون بهذه المهارة يمكنهم التحدث بثقة عالية مع الآخرين في المؤسسة بغض النظر عن رتبهم ومركزهم، فهم لا يخافون من توصيل أفكارهم المتعلقة بالوظيفة و مناقشتها بشكل بناء ومهني.[1]

– يمكن الاعتماد عليه: إن أعضاء الفريق الفعالين يمكن الاعتماد عليهم بشكل كبير. والسبب في ذلك يعود إلى التزامهم في إكمال المشاريع التي يعملون عليها، و احترامهم الكبير للمواعيد، و يمكن أيضا اعتبار الدور الكبير و الإيجابي الذي يكون لهم في حلقات النقاش سبب آخر للاعتماد عليهم، بالإضافة إلى بذلهم الجهد الكبير لخدمة الفريق. فهؤلاء الأشخاص ى يقدّرون مصلحة الجماعة، ويقدمونها على مصلحتهم الخاصة، ولا يضيعون أية فرصة يمكن لهم أن يظهروا من خلالها إخلاصهم الصادق نحو المؤسسة و الفريق الذين يعملون عليه.[2]

– الحماس: يساهم العضو الفاعل في الفريق في رفع معنويات فريقه، و دفعه لمعدل حماس أعضائه نحو الأمام نظرا للدور الهام الذي يلعبه رفع المعنويات في زيادة إنتاجية الفريق و فتح شهية كل عضو على العمل.[3]

– حل المشاكل بفاعلية: يتمتع عضو الفريق الناجح بمهارة عالية في حل المشاكل، فهو يواجه المشكلة بشكل بناء يتسم بالإبداع، والفاعلية حيث يقوم بدراسة الإيجابيات والسلبيات التي قد تنتج من مجموعة الحلول التي خرج بها. كذلك، هو الشخص الذي

[1] الحوامدة نظال ، أثر سمات فرق العمل في فعالية الوزارات ، مجلة البحوث و الدراسات ، سلسلة العلوم الانسانية و الاجتماعية المجلد 27 ، العدد 2 ، 2012 ، ص14.

[2] مارجيسون ، قيادة الفريق دليل النجاح لنظم إدارة الفرق ، ترجمة سرور سرور ، دار المريخ ، الرياض ، 2005 ، ص 176.

[3] حمدان أحمد ، نقس المرجع السابق، ص 131.

يسعى إلى أخذ الحلول التي تدر الفائدة الكبرى على المؤسسة أو الفريق والتي تتناسب مع الإمكانيات، والمصادر المتاحة له.[1]

– الجاهزيّة: يتميز عضو الفريق الفعّال بجاهزيته المثيرة للإعجاب، فهو لا يحضر أي اجتماع إلا وقد جهّز له قاعدة كافية من المعلومات عن الأمور التي سيتم التطرق لها في ذلك الاجتماع، حتى يتمكن من الخوض في حلقة النقاش التي ستدور هناك بشكل كامل و إيجابي. فهو يقوم بتحير واجبه المنزلي و يكمل الواجبات المسندة إليه بما يتناسب مع المعايير المحددة من قبل الإدارة.[2]

– الثبات: يتحلى أعضاء الفريق الفعالين بالعزيمة، والثبات تجاه تحقيق أهداف فريقهم بغض النظر عن العراقيل التي تواجههم فهم يعملون بكد، وجد ليتخطوا تلك العقبات، كما لا يسمحون لأي شيء أن يقف في طريقهم، ويثنيهم عن إتمام مهمتهم مهما اشتدت الصعوبة عليهم. أيضا، يتمتع الأعضاء الفعالين بقدرتهم على توجيه طاقات الفريق، وزخمها في أساليب مبدعة لتحطي العقبات للوصول إلى النتيجة المرغوبة.[3]

– توجيه الدعم و الإسناد للغير: يعتبر إسناد و دعم عناصر الفريق لبعضهم البعض عامل مهم من عوامل النجاح، فكلما سادت الأنانية، وتفشى الكبرياء الزائد عن حده في جو الفريق و عكر انعدام الثقة صفائه قلت فرصة التناقل الحر للأفكار الإبداعية، نتيجة للسلبية التي طفت على الجو العام و التي بدورها تؤدي إلى إعاقة عملية حل المشاكل الفعالة. تحسبا لهذه الأمور، يجب ضمان أعضاء الفريق الفعالين لجاهزيتهم التامة و قدرتهم على توفر الدعم الإيجابي و الرفع من معنويات الآخر ينفي الفريق.[4]

[1] حمدان أحمد، نفس المرجع السابق، ص 133.

[2] توفيق عبد الرحمان ، بناء و تحفيز فرق العمل ، مركز الخبرات المهنية للإدارة ، مصر ، 2008 ، ص 183.

[3] عليان ربحي ، العمليات الإدارية ، دار الصفاء ، عمان ،الأردن ، 2010 ، ص 68.

[4] عمرية صالح ، التفكير الإبداعي ، مكتبة المجتمع العربي للنشر ، عمان ، الأردن ، 2005 ، ص 159 .

المطلب الثالث: مقومات نجاح فرق العمل:

هناك صفات، وخصائص تجعل من فريق العمل فريقا فعالا قادرا على أداء مهامه بالشكل المطلوب. ومن أهم هذه الصفات والخصائص ما يلي:

-القيادة بالمشاركة: بالرغم من وجود قائد إداري في كل الأحوال، وهو قائد الفريق الذي يتولى المسئوليات الإدارية، وينفذ أعمال الفريق، إلا أن فريق العمل الفعال هو الفريق الذي يتقاسم أعضاؤه باقي وظائف ومهام القيادة، بمعنى أنهم يشتركون في متابعة تنفيذ مهام الفريق كل حسب مهاراته.

- الاتصال المفتوح: تعتبر الثقة المتبادلة بين أعضاء الفريق، وبينهم وبين القائد، من أهم الأشياء التي يجب أن تتوفر لفريق العمل الفعال، وذلك لما لها من دور في تسهيل مهمة الاتصال بينهم.

- البيئة الودية: و هي التي تكون مشجعة للاتصال المباشر بين الأعضاء بيسر، ومرح، حتى يجدهم يساعدون بعضهم البعض دون الانتظار حتى يطلب منهم ذلك، كما أنهم يتحدثون عن مسائل خاصة مع بعضهم البعض دون الانتظار حتى يطلب منهم ذلك، كما أنهم يشاطرون بعضهم فرحة تحقيق النجاح، والتقدم الذي يحققه البعض الآخر.

- إدراك أهداف الفريق المشتركة: يسعى أعضاء الفريق إلى أن تكون أهداف الفريق طموحة بل أن بعضهم يلح على ذلك، ويعمل كل منهم على معرفة أهداف الفريق، ورسالته بوضوح ودقة.

- فهم وتوضيح المهام والأدوار جماعيا : يجب على القائد الحرص على شرح الهدف من العمل الجماعي لفهم وتوضيح الأدوار ، وذلك لكي يتحمل كل عضو في الفريق نصيبه من المسئولية في أداء أعمال الفريق، وحتى يساعد الأعضاء كل منهم الآخر في متابعة التنفيذ على ضوء ما هو مخطط له ومتفق عليه وبما أن المهام ترتبط بالأدوار ارتباطا مباشرا فإنه يجب أن يشارك الجميع في عملية فهم وتوضيح مهام وأدوار جميع الأعضاء الآخرين.

– المشاركة في جميع أعمال الفريق: يؤدي كل عضو من أعضاء الفريق دور ا لتحقيق الهدف المشترك للفريق، ولهذا فإنه لا بد أن يشترك الجميع في أداء أعمال الفريق بشكل إيجابي بالرغم من أن الأدوار قد لا تكون بالضرورة متساوية.

–التحضر في التعامل مع الخلاف: تظهر بعض الاختلافات في الآراء والحاجات والأغراض والمساهمات بين أعضاء الفريق. مما يستدعي ضرورة التعامل معها بكل مرونة وموضوعية ومرح وحسن دعابة. وبهذه الطريقة في التعامل مع الاختلافات فيشعر الأعضاء بالحرية في إبداء آرائهم، ولا يضايقهم الخلاف حولها، بل أنهم لا يعاملون من يختلف معهم في الرأي على أنه عدو لهم، ولكن ينظرون إليه على أنه يحاول إثراء النقاش والمساهمة في الخروج بالرأي السليم والصواب، وبهذا يعد اختلاف الآراء مصدرا لقوة الفريق. ولتجاوز اختلافاتهم، يعمل أعضاء الفريق على زيادة تماسك فريقهم عن طريق استخدام مهارات حل المشكلات لحسم تلك الخلافات ، وللوصول إلى اتفاق في قراراتهم حولها .

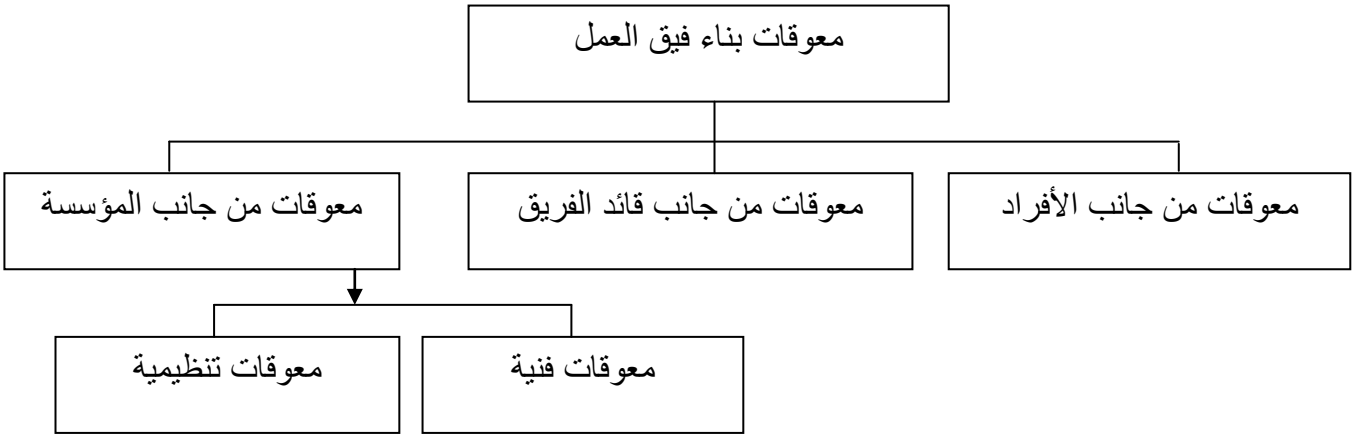
– الاتفاق الجماعي في اتخاذ القرارات: يحتاج الفريق في كثير من الأحيان إلى اتخاذ بعض القرارات التي يسير من خلالها أعماله، ولا يجب اتخاذها بشكل انفرادي من قبل القائد، و إنما يجب أن يتم اتخاذها بالاتفاق في الرأي بين كافة أعضاء الفريق.

– التقييم الذاتي وتنويع الأساليب: إن أداء الفريق الناجح لمهمته يتطلب نوعا من المتابعة والتقييم التي يجب أن يكون مصدرها الفريق ذاته، وليس أي مصدر خارجي. ومن هنا فإن فريق العمل الفعال يتقبل الرقابة والتقييم الذاتي من قبل قائد الفريق أو بعض أعضائه أو جميعهم، كما يعمل على تطوير الوسائل والإجراءات والطرق اللازمة للتقييم الذاتي للأداء.

المطلب الرابع: معوقات بناء فرق العمل:

هناك مجموعة من المعوقات التي تحد من فعالية بناء الفريق، يوجد بعض منها لدى الأفراد وأخر لقائد الفريق كما أن بعضها يوجد في المؤسسة التي يمارس الفريق فيها مهامه.

الشكل رقم (1-2): معوقات بناء فريق العمل.



المصدر : عليان ربحي، العمليات الإدارية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2010،ص 72 .

معوقات من جانب الأفراد: تتمثل في ما يلي :[1]

- غياب الوعي بأهمية العمل في فرق.
- نقص التهيئة الذهنية و النفسية للعمل في فريق.
- نقص القدرة على تحمل المسؤولية، مسؤولية العمل الجماعي.
- نقص التدريب الملائم في الفريق.
- نقص دافعية العمل.
- وجود صفات شخصية سلبية كالانطواء و التشاؤم.
- وجود فجوة بين قيم الفرد و قيم الفريق.

[1] العجمي محمد ، القيادة الادارية و التنمية البشرية ، دار المسيرة ، عمان ، 2006 ، ص 89.

- نقص القدرة على الابتكار و تبادل الأفكار.

معوقات من جانب قائد الفريق : تتمثل فيما :

- عدم الرغبة في العمل الجماعي.

- الرغبة في فرض اتصال من جهة واحدة (أوامر، توجيهات، تعليمات...إلخ).

- اعتماد القائد على الرقابة الشديدة.

- اختلاف قيم القائد مع قيم الفريق.[1]

معوقات من جانب المؤسسة: وتتمثل في ما يلي:

أ :معوقات تنظيمية:

- عدم ملائمة المناخ التنظيمي، وضعف جودة العلاقات بين الإدارة و العاملين.

- البيروقراطية، والأسلوب التقليدي في تسيير أمور العمل.

- ارتفاع الرسمية بين الإدارة، الأقسام و الأفراد.

- التركيز على العقاب.

- ضعف الرقابة الذاتية.

- نقص الحوافز الملائمة للعمل الجماعي.

- عدم وضع أهداف المؤسسة و رسالتها.

ب: معوقات فنية:

- صعوبة المهمة المسندة للفريق، أو قلة فرص نجاحها.

- نقص المعدات الفنية الملائمة سواء فيما يخص الآلات و المعدات أو الجانب الفكري.

[1] ماييس نيكي ، إدارة الفريق إستراتيجية النجاح ، ترجمة سرور سرور ، ط1 ، المريخ للنشر و التوزيع ، الرياض ، 2005 ، ص65.

- عدم وجود معايير موضوعية لتقييم نتائج الفريق.

- صعوبة التنسيق بين أعمال الفريق المختلفة.

- ازدواج المهام و تكرار العمليات.

- عدم ملائمة مكان العمل و نقص التسهيلات لعمل الفريق.[1]

المبحث الرابع: آلية عمل فريق العمل.

تمثل فرق العمل هي وسيلة لغاية ، أو مدخل لتحقيق هدف معين، وقد يختلف الهدف من فريق إلى آخر وبالرغم من اختلاف الأهداف، إلا أن فرق العمل المختلفة تشترك في حاجتها إلى آلية تساعدها في إدارة نفسها، إذ أن هذه الآلية هي التي تلعب دورا هاما في تحقيق نجاح الفريق.

المطلب الأول: الاتصال في فريق العمل.

1- مفهوم الإتصال و متطلباته :

يعرفه توماس رونالد « THOMAS G.RONALD» على أنه عملية تبادل معلومات أو تبادل مشترك للحقائق، والأفكار والانفعالات وتحقيق مفهوم مشترك بين الأطراف المعنية في الأمر. [2]

ويعرف الاتصال بين أفراد فريق العمل على أن : "العملية أو الطريقة التي يتم بواسطتها انتقال المعرفة من شخص لآخر حتى تصبح متداولة بينهما، وتؤدي إلى التفاهم بين أفراد الفريق، وبذلك يصبح لهذه العملية عناصر، ومكونات، ولها اتجاه تسير فيه ويؤثر فيها، مما يخضعهما للملاحظة والبحث والتجريب والدراسة العلمية بوجه عام.[3]

ويعتبر الاتصال فعالا و ناجحا في فريق العمل إذا كان المعنى الذي في ذهن المرسل هو نفسه الذي فسره المستقبل ، وبالتالي يتحقق الهدف من الاتصال، وعليه فإنه من أهم شروط الاتصال الناجح في فريق العمل ما يلي:

[1] عليان ربحي، نفس المرجع السابق، ص76.

[2] القريوتي محمد القاسم ، السلوك التنظيمي ، ط3 ، دار الشروق للنشر و التوزيع ، الأردن ، 2000 ، ص 98،

[3] الحيلة محمد محمود ، السلوك الجماعي في المنظمات ، دار الكتاب الجماعي ، الامارات العربية المتحدة ، 2001 ،ص ،ص 73-79 .

- الوضوح: أي وضوح الرسالة المراد نقلها، وذلك باستخدام الكلمات والرموز والمصطلحات الواضحة لدى المستقبل ، والتي تحمل أكثر من معنى، وهنا تلعب المهارات الاتصالية دورها في القدرة على التعبير عن الأفكار من طرف المرسل.
- البساطة: يجب أن يتم الاتصال بشكل مبسط خال من التعقيد ليتسنى للرسالة أو الموضوع الوصول إلى مستقبله في أقصر وقت ممكن.
- سلامة الوسيلة: أن تكون وسيلة الاتصال خالية من العيوب ولها إمكانية مضمون الرسالة بدقة وفي مستوى إدراك المستقبل.
- عدم التعارض: ّإذ يمكن أن تستخدم أكثر من وسيلة في عملية الاتصال، وبالتالي فإنه يجب الحرص على أن لا يكون هناك تعارض بين هذه الوسائل، بل يجب أن تكون متفقة في الغرض، والكيفية التي يتم بها الاتصال.

- الملائمة: أن تكون عملية الاتصال ملائمة من حيث الهدف، والتوقيت، ومن حيث التنفيذ.
- الصدق والنزاهة: فلا فائدة ترجى من الرسالة الغير الصحيحة.

2- المعوقات عدم فعالية الاتصال في الفريق: إن نظام الاتصالات كأي نظام من الأنظمة الإدارية يواجه صعوبات ومشاكل باستمرار، وعدم التنبه لها يخلق سوء فهم في عمليات الاتصال، ويمكن تحديد المعوقات الرئيسية التي تواجه عملية الاتصال وتؤثر في فعاليتها في التالي: [1]

أ- المعوقات الناشئة عن طبيعة التنظيم: وتتمثل في غموض الأدوار، وعدم تحديد الصلاحيات، إضافة إلى مركزية التنظيم، وعدد المستويات الإدارية، وعدم تجانس الفريق، فالمركزية توجب ضرورة رجوع الأفراد لشخص واحد يمتلك قدر ا من المعلومات، رغم بعده عن مراكز التنفيذ، الأمر الذي يقلل سرعة الاتصالات.

ب . المعوقات الشخصية: والتي تتعلق بالمرسل أو المستقبل من خلال ثقة المستقبل بالمرسل، أو تضارب الاتجاهات، والقيم، والخبرات بين المرسل والمستقبل.

ت . المعوقات اللغوية: حيث تتمثل في اختلاف التفسير للألفاظ، والعبارات من فرد لآخر داخل الفريق.

[1] القريوتي محمد القاسم، نفس المرجع السابق، ص114.

ث . المعوقات المتعلقة بقناة الاتصال: فقد يستعمل المرسل رسالة غير لفظية، مثل الإيماءات وتعبير الوجه وحركات الجسم، حيث لا تتناسب، وطبيعة، ومضمون الرسالة.

هـ- المعوقات المادية: والتي تنشئ نتيجة وجود عوائق مادية كالضوضاء والتشويش في أجهز ة الاتصال، وعدم الإضاءة المناسبة.

و . المعوقات الناشئة عن الإصغاء :حيث الكثير من الأفراد لا يصغون بشكل جيد، فقد يتظاهرون بالانتباه، ولكن تفكيرهم بعيد عن مجرى الحديث، وقد يكون ذلك ناتج عن اللامبالاة وعدم الاهتمام بمحتوى الرسالة، أو الرغبة في الحديث أو أسباب أخرى.

المطلب الثاني: قيادة فريق العمل.

تعرف القيادة على أنها:" النشاط الذي يمارسه شخص للتأثير في فريق عمل ، و جعلهم يتعاونون لتحقيق هدف ما ". كما أنها: " العملية التي يتم عن طريقها إثارة اهتمام الآخرين و إطلاق طاقاتهم وتوجيهها في الاتجاه المطلوب لتحقيق أهداف معينة.[1]

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن القيادة تتوفر بشروط وهي:

- وجود فريق عمل: حيث يتباين أعضاء فريق العمل بالنسبة لالتزاماتهم، ومسؤولياتهم مما يستدعي ن يكون هناك شخص يستطيع التأثير في باقي الجماعة ولديه القدرة على توجيه فريق العمل لتحقيق أهداف مشتركة.[2]

- وجود تأثير: بمعنى لابد من وجود شخص مؤثر و أخر متأثر ،و تتعدد وسائل التأثير التي قد يستخدمها القائد للتأثير في فريق العمل. فمنها ما يقوم على:

أ- الثواب: يتمثل فيما يقدمه القائد من مكافأة على الجهد الذي يقوم به الآخرين، حيث تثير هذه الوسيلة استجابة جيدة وارتياح من قبل أعضاء الفريق وتثير لديهم روح التعاون. ومن وسائل الثواب التي قد يستعملها القائد خلاف المكافأة، الترقية، الشكر، إعطاء مزايا.[3]

[1] سكارنة بلال ، القيادة الادارية الفعالة ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، 2012 ، ص 34.

[2] مليكة لويس ، سيكولوجية الجماعات و القيادة ، الجزء الاول ، ط2 ، مكتبة دار النهضة المصرية ، القاهرة ، 1990 ، ص 48.

[3] درويش إبراهيم ، التحليل الإداري ، دار النهضة المصرية ، القاهرة ، 2000،ص، ص 82،119

ب- الإكراه: تتمثل فيما يقوم به القائد من معاقبة الآخرين، فيما إذا لم يقوموا بتأدية المطلوب، حيث تثير هذه الوسيلة استجابة سلبية، وردود فعلية سيئة، وتثير لديهم العدوانية ضد قائدهم وبالتالي عدم تحقيق الأهداف.[1]

فمدى نجاح القائد أو فشله يتحدد بمدى قوة وفعالية وسيلة التأثير التي يستخدمها، وعملية التأثير تأخذ ثلاثة حالات:

- محاولة القيادة: ويكون من خلال إحداث تغيير في سلوك الأفراد دون أن يتمكن القائد من الحصول على نتيجة.
- القيادة الناجحة: وتكون من خلال إحداث تغيير في سلوك الفريق في الاتجاه المرغوب نتيجة لجهود القائد.
- القيادة الفعالة: وتكون من خلال إحداث تغيير فعال في سلوك الفريق، وأن التغيير قد تم فعلا. وعملية التأثير التي يمارسها القائد لا يقصد بها التأثير في الآخرين لاستغلالهم لغايات غير مفيدة، بل هي تعاون الجميع ليكتشفوا بأنفسهم عن طريق تحقيق الأهداف التي تعتبر نافعة لهم نتيجة مجهودات القادة ونجاحه في قيادة أفراد الفريق.

جـ- تحقيق الأهداف المرغوبة: يوجد في كل تنظيم أهداف مشتركة، ومرغوب تحقيقها سواء للجماعة أو للقائد، وهذه الأهداف متعددة ومتنوعة فمنها تكون خاصة بفريق العمل ومنها تكون خاصة بالقائد. فكلما كانت الأهداف واحدة كلما سعى الجميع إلى تحقيقها، وتكمن الصعوبة عندما يكون هناك تعارض في الأهداف وكيفية معالجة هذا التعارض وصولا لتحقيق الأهداف المذكورة، بما يضمن إرضاء جميع الأطراف.[2]

ويمكن للقائد معالجة هذا التعارض من أحد الطرق التالية:

- أن تطغى أهداف جانب على أهداف جانب آخر، وهنا يبقى الجانب الضعيف غير راضي.

- استخدام أسلوب المساومة، وهنا يتم إرضاء الأطراف من خلال عمل تنازلات من كل الأطراف.

[1] زكي خليل ، تسويق الخدمات و تطبيقاته ، دار المناهج للنشر و التوزيع ، الأردن ، 2006 ، ص 57.
[2] مليكة لويس، نفس المرجع السابق، ص 76.

– تحليل القائد للخلافات، ومجالات التعارض إلى عناصرها وترتيبها ودراستها من جديد وهذا يعتبر أنسب حل.

كما أن تحقيق أهداف فريق العمل من خلال جهود القائد في إشباع حاجات الأفراد تؤدي إلى رغبة فرق العمل إلى الانقياد لتعليمات وأوامر القائد لقناعته بتحقيق أهداف من خلال ذلك القائد.

المطلب الثالث: مشاركة فريق العمل في اتخاذ القرارات.

توسع الدور الذي يقوم به المرؤوسين في عملية اتخاذ القرار، حيث يتم الأخذ بالاقتراحات والتوصيات والآراء الفردية، والجماعية التي يبديها المرؤوسين ، مما يمكن الوصول للقرارات الأكثر فعالية وضمان سهولة تنفيذها، حيث أن أهمية المشاركة في اتخاذ القرارات ظهرت بظهور التطور الذي شهدته الإدارة الحديثة، والتطور التكنولوجي ونمو قيم جماعية حديثة أدى إلى تعقّد الدور الذي يقوم به المدير، وضرورة تطبيق مبدأ المشاركة بصفة عامة، واتخاذ القرارات بصفة خاصة[1]، للأسباب التالية :

– أن اتخاذ القرارات الإستراتيجية الخطيرة الخاصة بالتنمية والتطوير والإصلاح تتطلب إشراك العاملين في التنظيم، وكذلك إشراك كل من تتصل بهم هذه القرارات وتمسهم من خارج التنظيم، لأن هذه القرارات تتطلب التفكير الواعي و إقناع الآخرين بجدواه .

– عملية اتخاذ القرارات بطبيعتها نتاج مجهودات مشتركة من الآراء، والأفكار، والاتصالات بالاعتماد على أفراد فريق العمل بأكمله.

– المشاركة في اتخاذ القرار تمكن المدير من التوصل إلى قرارات أكثر فعالية من خلال العمل التعاوني المشترك ، وتبادل الرأي مع أفراد الفريق والوقوف على كل الاقتراحات والتوصيات.

– لمشاركة فريق العمل في اتخاذ القرارات دور هام في إقناع المرؤوسين بتنفيذ القرارات ودعم تطبيقها.

– و يتحمل المدراء مسؤولية حل المشاكل، واتخاذ القرارات المتعلّقة بمجال مسؤوليتهم ودوائرهم، كما أنّهم مسئولين عن النتائج وتخصيص الموارد وتوظيفها بشكل أفضل، ورغم مسؤوليتهم

[1] نشوان يعقوب ، الإدارة و الإشراف التربوي بين النظرية و التطبيق ، دار الفرقان الأردن ، 2002 ، ص،ص 68،95

الفردية عن ما تقدم. فقد يختاروا اشتراك الرؤساء الزملاء، والمرؤوسين وهذه المشاكل قد تتراوح من اللامشاركة، وما ينتج عن ذلك من أحادية في حل المشاكل، واتخاذ القرارات إلى درجة من المشاركة من قبل الآخرين على شكل استشاري إلى مشاركة حقيقية على شكل اتخاذ قرار جماعي، وبشكل متساوي من قبل كل المتشاركين .[1]

كما يتميز الأسلوب الأحادي في اتخاذ القرارات بما يلي:

– فعالية الوقت والسرعة في اتخاذ القرارات.

– أقل تكلفة نتيجة لقلة الوقت المصروفة.

– الضغوط الاجتماعية على المشاركين للاتساق مع رأي الآخرين، مما قد ينتج عن قرار سيء في حالة استعمال الأسلوب الجماعي وهذا يعتبر ميزة للأسلوب الفردي.

– احتمالية اتخاذ قرارات خطيرة أو حماسة حيث أن المجموعة أكثر جرأة من الفرد على اتخاذ مثل هذه القرارات حيث يقل اتخاذ القرارات الخطيرة في الأسلوب الفردي.

كما يتميز الأسلوب الجماعي في اتخاذ القرارات بما يلي:

– قرارات ذات جودة أفضل نتيجة لتعدد وجهات النظر والخبرات والمعارف.

– قدرة أفضل على تحديد، وتعريف المشكلة، وتوليد عدد أكبر من بدائل الحلول كما أن المرؤوسون هم عادة أقرب إلى المشكلة وأكثر معرفة بها .

– زيادة فرص قبول القرار وتسهيل تنفيذه، حيث أن المشاركة تخلق الالتزام.

– تحسين الاتصال، والتنسيق نتيجة مشاركة المرؤوسين، بالقرار ومعرفتهم بالحل. [2]

ويتأثر أسلوب اتخاذ القرار بما يلي:

– طبيعة المشكلة، وأهميتها فكلما كانت المشكلة ًّ معقدة كان الأسلوب الجماعي أفضل.

[1] جون هيز ، مهارات التواصل بين أفراد العمل ، دار المسيرة ، الأردن ، 2011، ص 161.

[2] الزعبي محمد ، اتخاذ القرارات الإدارية ، دار وائل للنشر، الأردن ، 2009 ، ص 164. ص 67

– مدى أهمية قبول القرار لغايات تنفيذه، فكلما زادت أهمية القبول بالقرار من العاملين لتسهيل عملية تنفيذه كلما كان القرار الجماعي أفضل. [1]

المطلب الرابع: الرقابة على فريق العمل.

تعرف الرقابة على فريق عمل على أنها: "متابعة الأعمال أولا بأول للتعرف على مدى قدرتها على تقويم الخطأ الناتج عن الأعمال، وعادة ما يقوم بهذه المراقبة وحدات تكون داخل تنظيم رقابة المؤسسة السابقة واللاحقة داخل كل فريق." أي أنها: " الوظيفة التي تعنى بتنظيم، وتوجيه الجهود الخاصة بالعمل وفقا للخطة الموضوعة من أجل الوصول إلى تحقيق الأهداف المرغوبة. [2]

و تكمن أهمية الرقابة على فريق العمل في:

– تشجيع الإدارة على تحقيق الأهداف: كون الرقابة يبرز فيها الوقوف على تنفيذ الخطط، وتقوم على كشف المشاكل والصعوبات المترتبة عليه أوّلا بأول ، كما تقوم الرقابة بتوجيه الإدارة إلى ضرورة إتخاذ القرارات المناسبة من أجل تفادي أي خطأ يقع عند تنفيذ الخطط.

– تساهم في تغيير وتعديل الخطط والبرامج: وذلك عن طريق النظر إلى ظروف التشغيل الفعلي أو النظر إلى العوامل التي تؤثر بشكل مهم في تطبيق الخطط، وتعديل الخطط يكون عن طريق تحديد الإجراءات اللازمة لوضع الأمور في طريقها الصحيح قبل أن تكبر دائرة الانحرافات بشكل لا يمكن بعده من تحقيق الخطط المرجوة.

– ضمان السير الحسن لعمل الفريق: حيث تضمن لنا نتائج سليمة لأنها تضع الأفراد المسؤولين على مدى ما حققه الفريق من أهداف عن طريق الرقابة الداخلية أو الخارجية للفريق.

– تحقيق العدالة : وتكمن في معرفة المقصرين من أفراد الفريق وتشجيع للأفراد الذين يبذلون جهد لرفع مستوى الخطط التي وضعتها الإدارة، والرقابة إذا تمت من قبل الأجهزة المسؤولة فإن ذلك يوفر إنتاجية سريعة وتكلفة قليلة.

– معرفة مستوى العمل: كونها تقوم بتزويد قائد الفريق بمعلومات تمكن مدير المؤسسة من متابعة نتائج أعمال الفريق سواء كان ذلك أسبوعيا أو شهريا.

[1] مروان محمد ، المفاهيم الإدارية الحديثة ، دار الكتاب الجامعي ، الإمارات العربية المتحدة ، 2011، ص 164.

[2] البطانية تركي ، الرقابة الإدارية ، دار وائل للنشر و التوزيع ، الأردن ، 2014 ، ص 89.

- تصحيح الأخطاء ومنع الانحرافات: ويتم ذلك عن طريق الجودة في طريقة تحقيق الأهداف التي وضعتها السلطة الإدارية أو التنفيذية للمؤسسة، وتقوم بتصحيح الخطأ الذي يقع عن طريق النظر إلى سرعة التنفيذ، وجودة الأداء بأقل وقت وهو الأمر الذي يشجع المسؤول على التفكير في تحسين الخدمة .

- التنسيق بين أفراد المجموعة الواحدة: حيث يقوم على تحقيق نتائج سليمة وتنفيذ للخطط بشكل، سريع وكشف مواطن الضياع وذلك من خلال الرقابة الجيدة. [1]

[1] نشوان يعقوب ،نفس المرجع السابق، ص 72.

خلاصة :

تعد المصادر البشرية أهم أصول المنظمات إذا أن نجاحها أو فشلها يعزي إلى أطرها البشرية وعلى المنظمات اليوم أن تواجه بيئة مضطربة حيث تجد نفسها مجبرة على الاستفادة من الجهود البشرية لتسريع جميع النشاطات وجعلها فعالة وتتميز بالمرونة في تجاوبها مع التغيرات الحاصلة فبغية النجاح يجب أن تدمج المعرفة مع المهارات والخبرة ووجهات نظر مجموعة من الافراد. وعليه فإن تسخير المعرفة العلمية والفنية الجماعية التي يمتلكها الافراد والجهات المختلفة تعد وسيلة مرشدة لمنظمات المعاصرة وتحولاتها وتطوراتها الهائلة، وما ينتظرنا من تحديات ومشكلات الصعبة، وقد أفرزت هذه التغيرات والمستجدات توجه لدى الادارات المعاصرة نحو ثقافة العمل الفريق، وذلك لان لفريق العمل في المنظمات اهمية لا حصر لها ويصبح العمل ضمن الفريق مطلبا أساسيا لحل المشكلات العامة وزيادة فعالية القرارات والاستفادة من تلك التخصصات لتحسين الجودة.

ومن خلال هذا الفصل توصلنا إلى إدارة فريق العمل يجب أن تكون متكاملة، من حيث احتياجات الفريق وكذلك من حيث وضع آلية تنظيمية متكاملة مع جميع الجوانب، بداية بالأهداف المسطرة والمدة الزمنية، وكذا قدرة الأفراد على الاتصال في ما بينهم، وقدرات القائد وسماته القيادية ، بالإضافة إلى مشاركة الافراد في اتخاذ القرارات الإدارية الأمر الذي يساعد على تنفيذها بسهولة بالاعتماد على الجانب التحفيزي للرقابة على الفريق .

الفصل الثاني : أهمية فرق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية .

تمهيد:

تسعى المنظمات الحديثة إلى تحقيق الجودة خدماتها وعملياتها وتضعها كهدف اساسي في ظل عالم سريع التغير يسوده التنافس الشديد في تقديم الخدمات والسلع بصورة افضل، وفي ظل المنافسة العالمية الشديدة للمنظمات على اختلاق انواعها لكسب حصة اكبر من الاسواق، أصبح الزبون(المستفيد)هو السيد الموقف والذي يسعى الجميع لإرضائه، طمعا في زيادة الحصة السوقية لهذه المنظمات ضمانا لبقائها واستمراريتها.

شهد القطاع الصحي في آونة أخيرة اهتماما كبيرا وعلى جميع المستويات، من أجل تطبيق معايير وإجراءات نظم الجودة، للوصول إلى التغيير والتحسين المستمر، لمواكبة التقدم بحاجات المجتمع في المجال الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والثقافي حيث يعتبر القطاع الصحي(صمام امان) للحفاظ على سلامة كل مستخدمي الخدمات الصحية الامر الذي يستلزم تطبيق نظم الجودة باعتبارها وسيلة مهمة في كسب ثقة المستفيدين من الخدمات الصحية.

ولقد حاولنا في هاذا الفصل تعرف على جودة الخدمة الصحية وعلاقة فريق العمل في تحسينها، ومن أجل ذلك قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى أربع مباحث وهي:

المبحث الاول: مفهوم الخدمة الصحية.

المبحث الثاني: جودة الخدمة الصحية.

المبحث الثالث: قياس جودة الخدم الصحية.

المبحث الرابع: فرق العمل ودورها في تحسين جودة الخدمة الصحية.

المبحث الأول: مفهوم الخدمة الصحية.

تعتبر الخدمة الصحية واحدة من أهم وأبرز الخدمات التي أصبح الفرد والمجتمع يبحث عنها ويردها بدرجة معينة من التميز والإتقان، وباعتباره حاجة ماسة لها وهذا راجع بالدرجة الأولى لعدة أسباب والمرتبطة أساس بكثرة وتنوع وغموض الأمراض العضوية والنفسية التي يتعرض لها ويعاني منها في الوقت المعاصر.

المطلب الاول : مفهوم الخدمة وخصائصها

من خلال هذا المطلب سنتعرف على بعض التعاريف التي قدمت للخدمات، وكذلك على أهم الخصائص المميزة لها.

1- تعريف الخدمة:

يصعب تعريف الخدمة بدقة بسب الخصائص التي تنفرد بها مقارنة بالسلع المادية، وبذلك تعددت مفاهيمها وفيما يلي نذكر بعضها:

عرفت الخدمة على أنها: أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات الطبيعة غير الملموسة في العادة ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن التفاعل بين المستهلك وموظفي الخدمة أو الموارد المادية أو السلع أو الأنظمة التي يتم تقديمها لحل مشاكل العمل.

أما **Cotler** فقد عرفها على أنها أي نشاط أو انجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف أخر وتكون أساسا غير ملموسة ولا ينتج عنها أي ملكية، وإن إنتاجها أو تقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي ملموس أو لا يكون[1].

كما عرفت على أنها إحدى أشكال المنتجات التي تقوم بإنتاجها منظمات الأعمال الفندقية والسياحية والبنكية والمؤسسات، ومؤسسات التأمين وهيئات البيئية والوزارات والمصالح الحكومية مثل: الاتصالات والمرور والصحة[2]

1 هاني حامد ضمور، **تسويق الخدمات**، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2005، ص18.

2 فليس ليندا، **واقع جودة الخدمات في المنظمات ودورها في تحقيق الأداء المتميز**، مذكرة ماجيستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أحمد بوقرة، بومرداس،2012، ص26.

ومن خلال التعاريف السابقة الذكر نلاحظ أن هناك تقارب كبير في وجهات نظر الباحثين حول مفهوم الخدمة وبذلك فالخدمة هي منتج غير ملموس يقدم منافع للمستهلك نتيجة استخدام جهد بشري أو آلي، ولا ينتج عن تلك المنافع حيازة شيء مادي ملموس.

خصائص الخدمة:

للخدمة خصائص تميزها عن غير من المنتجات الملموسة، والتي تعكس صفات وطبيعة الخدمة، ومن هذه الخصائص نذكر:

1- الملموسية:

بأصل الخدمات غير ملموسة، أي من الصعب تذوقها والإحساس بها ورؤيتها، أو شمها، أو سماعها قبل شرائها وهذا أهم ما يميزها عن السلعة، فالاتجاهات والآراء حولها يتم البحث عنها قبل الحصول عليها، وتكرار لشراء قد يعتمد على الجرة السابقة، والمستهلك قد يحصل على شيء مادي ملموس ليمثل الخدمة، وقد اقتراح 1972، **Wilson** إمكانية تفسير اللاملموسية إلى:

- الخدمات تتصف بعدم الملموسية بشكل كامل وأساسي.
- الخدمات التي لها قيمة مضافة للسلع الملموسة.
- الخدمات التي توفر منتجات مادية ملموسة[1].

2- التلازمية (عدم الانفصال):

ونعني بالتلازمية درجة الارتباط بين الخدمة ذاتها والشخص الذي يتولى تقديمها، أي من الصعب أحيانا فصل الخدمات عن شخصية البائع مقدمها لذلك، فإن أداء خدمة معينة قد يحدث جزيئا أو كليا في لحظة ووقت استهلاكها، فالسلع تنتج وتباع وتستهلك أما الخدمات فهي تباع من ثم تنتج وتستهلك[2].

3- عدم التجانس في المخرجات (الاختلاف والتنافر): تعني هذه الخاصية عدم القدرة على توحيد وتنميط الخدمة المقدمة إذ تختلف الخدمة من زبون لآخر حسب درجة التفاعل بين الخدمات[3].

1 المؤذن محمد الحاج صالح، **مبادئ التسويق، دار** الثقافة للنشر والتوزيع والدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص217.

2 الحصن، محمد فريد، **قراءات في إدارة التسويق**، الدار الجامعية، مصر، 2002، ص352.

3 كوتر فليب، أمسترونغ، **أساسيات التسويق**، ترجمة سرور سرور، دار المريخ للنشر، الرياض، 2007، ص505.

4- عدم الملكية: تعني أن الخدمة لا تمتلك، أو تنتقل ملكيتها من المنتج إلى المستهلك عند الاتفاق عليها وتسير هذه الخاصية إلى أنه غالبا مالا يكون هناك امتلاك لشيء غير ملموس لكونه يستهلك مباشرة[1].

5- **عدم القدرة على التخزين:** العديد من الخدمات ذات طبيعة هلامية أي غير قابلة للتخزين من وقت لا طلب عليها، إلى وقت يوجد فيه طلب عليها[2].

المطلب الثاني: مفهوم الخدمة الصحية

الخدمة الصحية أصبحت من الخدمات التي يزداد الاهتمام بها وتسويقها نظرا الادراك اهميتها لدى الزبائن وامكانية تحقيق المؤسسة الخدمية الصحية لاهدافها من خلال تركيز هذا الاهتمام.

- **تعريف الخدمة الصحية:**

– هي مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين، وباستخدام مبلغ ، ولكن لا تحول ملكية السلع إلى المستفيد من الخدمة، فمثلا إجراء عملية جراحية وإيواء المريض بالمشفى بهدف الحصول على العلاج والرعاية الصحية الضرورية للشفاء من مرضه يتطلب دفع ثمن الخدمة ولا يمكنه امتلاك أدوات الجراحة أو السرير أو أي سعلة في المستشفى عند مغادرته[3].

– هي النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والتي تقوم بإشباع رغبات وحاجات المستهلك النهائي، حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة[4].

– هي مزيج من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعا ورضا معينا للمستفيد.[5]

– كما ترعف أيضا على أنها الخدمة العلاجية أو الاستشفائية أو الشخصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في مركز: الصحي الخاص، أو في مؤسسة صحية عمومية، أو العناية التمريضية التي يقدمها طاقم التمريض

---

1 المصري سعيد محمد، **إدارة تسويق الأنشطة الخدمية**، الدار الجامعية، مصر، 2002، ص208.

2 ثابت عبد الرحمان إدريسي، **كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية، مفاهيم أساسية وطرق القياس والتق**ييم، الدار الجامعية، مصر، 2006، ص30.

3 ردينا عثمان يوسف، **التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج**، د.ط، عمان، الأردن، 2008، ص98.

4 فوزي شعبان مذكور، **تسويق الخدمات الصحية**، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998،ص 97.

5 عبد المهدي بوعانة ،**إدارة الخدمات الصحية والمؤسسات الصحية مفاهيم ونظريات وأساسيات في الإدارة الصحية**، دار حامد، الصحة الأعلى ، عمان ،الأردن، 2004، ص 26.

أو التحليل المخبري الشخصية التي يقدمها فنيو المخبر لشخص ما أو لعدة أشخاص غير أن الرعاية الطبية (**الخدمات الصحية**) قد تقدم رعاية صحية وقائية، كأن يقدم الطبيب المعالج لشخص ما معلومات حول مرض ما، وطرق انتشاره، وكيفية الوقاية منه، لتجنب الوقوع فيه مستقبلا، وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية[1].

– من خلال التعاريف السابقة الذكر نلاحظ أن الخدمات الصحية تصنف إلى ثلاث مجموعات (**خدمات علاجية، وقائية، إنتاجية**) يعد فيها رفع المستوى الصحي للأفراد باعتبارها خدمات يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة، وبذلك تشمل كل الخدمات الصحية التي يؤديها الفرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع.

2– خصائص الخدمات الصحية:

تتمتع الخدمات الصحية على غرار باقي الخدمات بمجموعة من الخصائص تتمثل في ما يلي:

- **عدم تجانس الخدمات الصحية**: الخدمات الصحية توجه إلى عدد من الأفراد يختلفون في طبيعتهم وأمراضهم وخصائصهم النفسية، فهي متنوعة من فرد لأخر، أو للفرد الواحد.
- **عدم القدرة على التنبؤ**: حيث يمكن التنبؤ بدقة بما سيكون عليه الطلب في الخدمات الصحية فقد تظهر حالات فيروسية، حوادث خطيرة، كوارث طبيعية، أو صواعق مسلحة تجعل التخطيط لشيء يصعب تحقيقه.
- **اللاملموسية**: وهذا ما يتوجب ضرورة تحقيق الاستفادة الكلية من الخدمة (**الطاقم الطبي**) والمستهلك (**المريض**) في تحقيق الاستفادة الكلية من هذه الخدمة.
- **عدم التوافق**: بين التوقعات المستهلك (**المريض**)، والخدمة الصحية المقدمة له، فقد يضع المريض معين توقعات حول ما يحصل عليه من خدمة صحية إلى جانب الجسدي والنفسي، أي مميزات نفسية تعتبر خارج نطاق تحكم الطبيب، كما أن لها تأثير على نتيجة الخدمة الصحية المقدمة، فإن نفسية المريض تحدد كيف يتم استيعابها[2].

---

1 عصماني سفيان، **دور التسويق في القطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها (المرض)**، مذكرة ماجيستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة،2006، ص38.

2 مخيمر عبد العزيز، **الاتجاهات الحديثة في المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية**، القاهرة، 2003، ص250.

- **الخدمات الصحية غير قابلة لتأجيل:**

حيث تتطلب السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين يقتضي سرعة علاجية عند ظهور أعراضه ويترتب على هذه الخاصية بعدين أساسيين هما:

– **البعد المكاني:** والذي يقتضي ضرورة انشار منافذ تقديم الخدمات في أماكن مختلفة لتواجد الافراد أي ضرورة اتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة.

– **البعد الزماني:** ويقتضي بضرورة تقديم الخدمة الصحية في وقت الذي يحتاج إليها، سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية، فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة.

– كما تتميز الخدمات الصحية بميزات أساسية هي:

– خدمات عامة موجهة إلى كافة أفراد المجتمع والهدف من تقديمها هو تحقيق منفعة عامة لمختلف المستهلكين.

– يجب أن تكون الخدمات على دراجة عالية من الجودة فهي مرتبطة بحياة الفرد الشفائية.

– في مؤسسات الأعمال تكون قوة الفرد بين يد شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الإدارة في حين تنوع قوة القرار في المؤسسة الصحية بين الادارة و فرق الأطباء.

– خدمات صعبة من حيث تحديد وتقييم جودة الخدمات الصحية[1].

المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية.

هناك عدة أنواع الخدمات الصحية تدخل ضمن تصنيفات مختلفة نذكر منها ما يلي:

1- **خدمات الصحة العامة:** موجهة نحو خدمة المجتمع تهدف إلى حماية صحة أفراد المجتمع والارتقاء بها وتتولى عادة الدولة بتقديم هذه الخدمات وتشتمل كالآتي:

- **خدمات الصحة العمومية:**

– مكافحة الأمراض المعدية والقضاء عليها.

– الإشراف المباشر على حماية الأمومة والطفولة مع التركيز على برامج التحصين.

1 عبد الإله الساعاتي، **مبادئ إدارة المستشفيات**، دار الفكر العربي للنشر، 2009، ص76.

– التثقيف الصحي، وتوعية الأفراد بالمشكلات الصحية وكيفية الاستفادة المثلى من برامج الخدمات الصحية.

– الإحصاءات الحيوية والصحية، والأبحاث العلمية في مجال الصحي.

– القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة.

– وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والسياسات والاستراتيجيات إلى تكلفة الحفاظ على الصحة والرفاهية.

- **خدمات الارتقاء بالصحة:**

وهي خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية إيجابية لدى الأفراد وخاصة فيما يتعلق بأهمية الغذاء الصحي المتوازن وممارسة الرياضة، أي التركيز على العوامل غير الطبية لحفاظ على صحة الأفراد، كما تشمل أيضا النظافة الشخصية للفرد وصحة البيئة المنزلية...إلخ.

2– خدمات الصحة البيئية:

هي موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد تهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن وقضايا الإسكان والمسكن الصحي بالإضافة إلى مراقبة الجوانب المهمة على الصحة البيئية كسلامة الهواء والغذاء، مكافحة الحشرات والقوارض الضارة، والتخلص من النفايات، ومعالجة مياه الصرف الصحي، والسيطرة على الموارد المشعة الخطيرة.

3– خدمات الصحة الشخصية:

يقصد بها تلك الخدمات التي تقدم للفرد من قبل جميع المعنيين بتقديم الخدمات الصحية وهي أنواع:

خدمات الصحة العلاجية وتشمل:

– **خدمات الرعاية الخارجية:**

وهي خدمات صحية تشمل رعاية إيواء المرضى، تقدم في عيادات خاصة، المستوصفات، مراكز العلاج الطبي ...إلخ.

- **خدمات الرعاية الداخلية:**

وهي خدمات صحية إيوائية واستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة بالمستشفى لمدة لا تتجاوز 30 يوما، حيث تقدم على عدة مستويات كالآتي:

1- خدمات الرعاية الأولية:

تشمل معالجة الأمراض الشائعة وإصابات الحوادث والاسعافات الأولوية، يعمل على تقديمها الاطباء العاملين،

هذا النوع من الخدمات يتميز بكونه يشمل جميع الافراد ومختلف المناطق الجغرافية وعل جميع الفترات الزمنية إضافة إلى استمرارية الخدمات ملاءمتها لكافة المتغيرات البيئية وإمكانية الوصول إليها. [1]

2- خدمات الرعاية الثانوية:

تشمل تخصصات طبية رئيسية تقدم في المستشفيات من طرف الأطباء الأخصائيين، سواء بالعلاج المكثف أو التدخلات الجراحية.

3- خدمات الرعاية المتخصصة:

هي خدمات غاية في التخصص والتطور، يجري تقديمها من خلال المراكز والمستشفيات المتخصصة، تتميز بالتكلفة العالية والحاجة إلى موارد بشرية تتميز بالكفاءة والخبرة[2].

ب) خدمات الصحة الوقائية:

هي خدمات محددة مباشرة يجري تطبيقها لحماية الأفراد من مرض معين، مثلا: التطعيم وخدمات التشخيص المبكر لبعض الأمراض ...إلخ.

ج) خدمات إعادة التأهيل والرعاية الصحية طويل الأمد:

هي تشمل إعادة تأهيل المرض بأمراض مزمنة ومصابي الحوادث، ويتطلب ذلك فترة زمنية طويلة، تقدم هذه الخدمات من خلال مراكز مخصصة ووحدات الرعاية الصحية بالمستشفيات[3].

1 فاطمة الزهراء تيلاني، **التمثيل العمالي، النزاعات وأثرها على أداء الموارد البشرية في المنظمة الصحية الجزائرية**، مذكرة ماجيستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسنطينة02، الجزائر، 2013، ص 115.

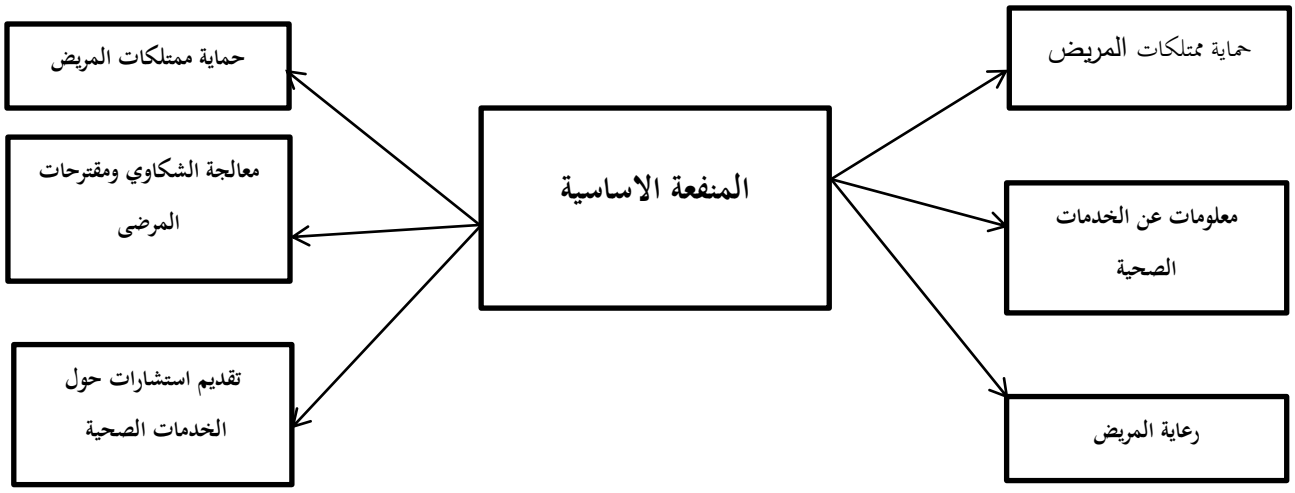
2 مزاهر أيمن، **الصحة والسلامة العامة**، دار الشرق للنشر، الأردن، 2000، ص67.

3 فريد توفيق، **إدارة المنظمات الرعاية الصحية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن ،2012، ص 118.

المطلب الرابع: مستويات الخدمات الصحية.

تقوم المؤسسات الصحية بتقديم مجموعة من المنافع للمستهلكين (**المرضى**) تتضمن تسليم الخدمة الجوهرية أو الخدمة الأساسية، إضافة إلى العديد من الخدمات الأخرى التي تربط بأنشطتها والتي تسمى بالخدمات التكميلية الداعمة للخدمة الجوهرية ومن هنا يكمن ذكر مستويين للخدمة الصحية:

- **المستوى الأول**: يمثل الخدمة الأساسية والتي تعني جوهر الخدمة الصحية أي ما يريده المستهلك (**المريض**)[1].
- **المستوى الثاني**: يمثل الخدمات التي الصحية الثانوية: وهي مجموعة من الخدمات التكميلية التي تقدمها المؤسسات الصحية تكون مرافقة للخدمة الجوهرية ، وهي تختلف من مؤسسة صحية إلى أخرى، مثلا قد نجد مؤسسة صحية تقدم معلومات عن خدمات الصحية وكيفية الحصول عليها، إعطاء مواعيد للمستهلك (**المريض**)، الضيافة والرعاية للمستهلكين (**المرضى**) وحماية ممتلكاتهم، ومعالجة شكاويهم ومقترحتهم وتقديم استشارات حول الخدمات الصحية بناء على حاجات المستهلكين(**المرضى**) ...إلخ.
- ونلخص مستويات الخدمة الصحية في **الشكل التالي رقم (2-1)**:

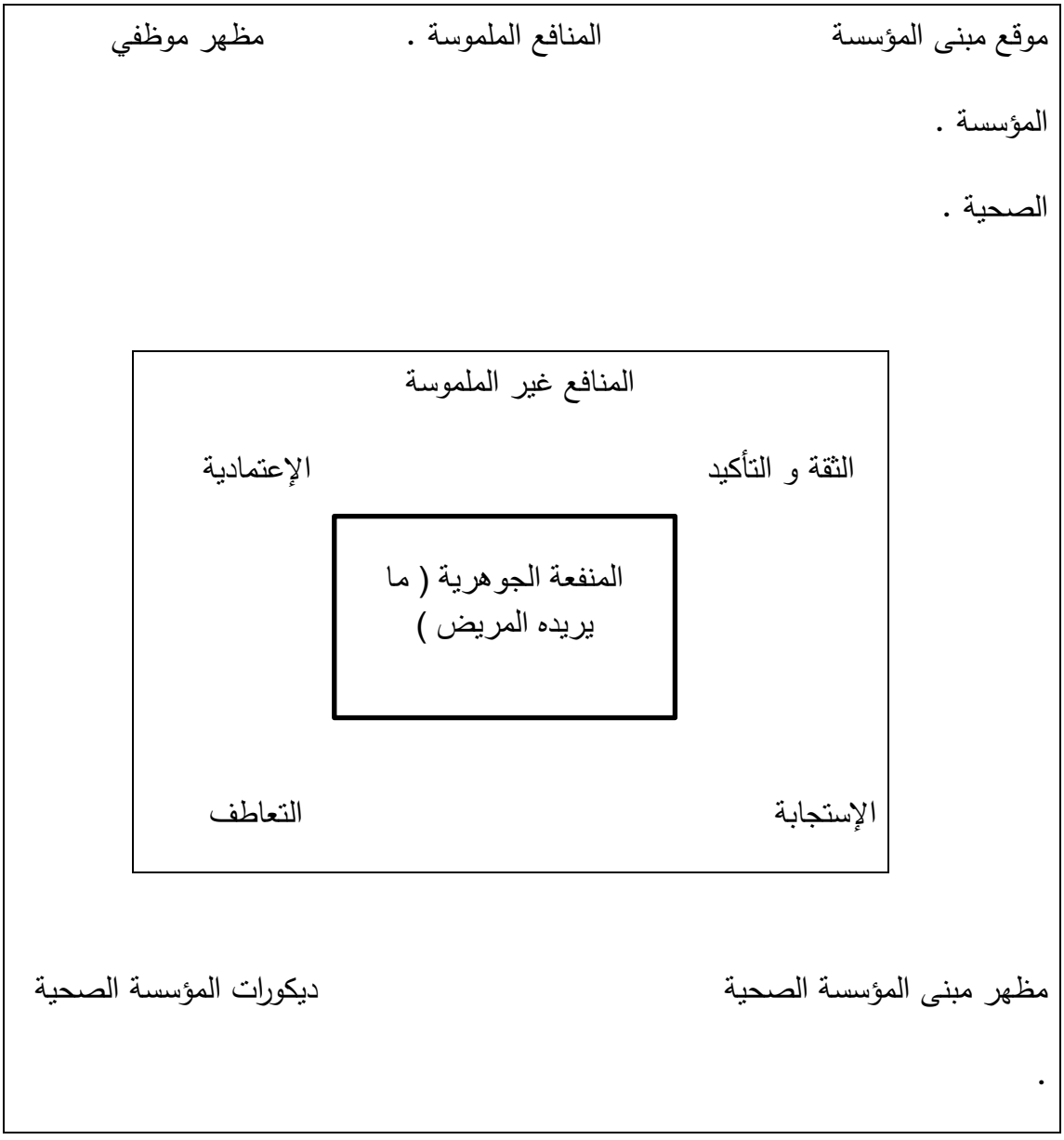


المصدر: عجو نورة، خامت سعدية، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية والعمومية في الجزائر، مذكرة ماستر غير منشورة، كلية التجارة، جامعة العقيد أكلي محمد أولحاج، البويرة، 2012، ص52.

1 بشير علاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، دار الزهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص73.

كما أن هناك من يرى أن الخدمة الصحية ثلاث مستويات هي المنفعة الجوهرية، المنافع غير الملموسة والمنافع الملموسة، ومجموع هذه الخدمات يطلق عليها حزمة منافع الخدمة الصحية

شكل رقم(2-2) يمثل حزمة منافع الخدمة الصحية :



المصدر : من إعداد الطالب

وتتمثل هذه المستويات فيما يلي:

- **منفعة الجوهر**: وهي الحصيلة التي يرجوها المريض من الخدمات الصحية التي يتلقاها.

- **المنافع غير الملموسة**: وتعبر عن نوعية التفاعل الذي يحدث بين المريض والطاقم المؤسسة الصحية (**أطباء، ممرضين...إلخ**).

- **المنافع الملموسة**: وتتمثل في الأجهزة التكنولوجية المستخدمة، توفير وسائل الراحة، توفير الموظفين لرعاية المريض، مبنى المؤسسة الصحية ومظهرها وموقعها ...إلخ[1].

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية.

إن مفهوم جودة الخدمة الصحية له وقع كبير وأهمية بالغة لا سيما إذا تعلق الأمر بصحة الانسان، ولهذا نجد المؤسسات الصحية تولي اهتمام بالغ بتقديم خدماتها بالوجه الذي يرضي المريض ويحقق لها أهدافها.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة.

- هي تلك الجودة التي تشمل على البعد الإجرائي والبعد الشخصي كأبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية، حيث يتكون الجانب الإجرائي من النظم والإجراءات المحددة لتقديم الخدمة أما الجانب الشخصي للخدمة فهي كيف يتفاعل العاملون بمواقفتهم وسلوكياتهم وممارستهم اللفظية (**مع العملاء**)[2].

1 بشير العلاق، نفس المرجع السابق، ص75.

2 مأمون سليمان الدراركة، **جودة خدمة العملاء الشاملة**، دار الصفاء للنشر والتوزيع،ط1،عمان،2006، ص18.

- هي جودت الخدمات المقدمة سواء كانت المتوقعة أو المدركة أي التي يتوقعها العملاء أو يدركونها في الواقع الفعلي، وهي المحدد الرئيسي لرضا العميل أو عدم رضاه، حيث يعتبر في الوقت نفسه من الأولويات الرئيسية التي تريد تعزيز مستوى الجودة في خدماتها[1].
- تعرف الجودة على أنها ذلك الفرق الذي يفصل العميل عن الخدمة، والجودة التي يحس بها بعد استعماله للخدمة أو بعد تقديمها له.
- جودة الخدمات تعتبر مقياس للدرجة التي يرقى إليها مستوى الخدمة لتقابل توقعات العملاء، إذن هي مدى تطابق توقعات الزبائن مع الخدمة المقدمة لهم فعلا من قبل مقدم الخدمة[2].
- جودة الخدمة هي تقديم الأداء اللازم للعميل، والذي يقوم بإشباع وتلبية رغباته وفق سعر تنافسي، وفي الوقت المناسب ووفق الطريق والأساليب المناسبة[3].
- جودة الخدمة هي الفارق بين الخدمة المتحصل عليها بين الخدمة المتوقع لتحصيل عليها من قبل المستفيد من الخدمة[4].
- والتعريف التالي يركز على تعريف جودة الخدمة من قبل المستفيد منها:
- قياس لمدى تطابق مستوى الجودة المقدمة مع توقعات المستفيد، فتقديم الخدمة ذات الجودة يجب أن تكون الخدمة متوافقة مع توقعات المستفيدين.

1 مأمون الدراركة وأخرون، **إدارة الجودة الشاملة**، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن، 2001، ص 143.

2 قاسم نايف علوان، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو**، دار الثقافة، ليبيا، 2005، ص125.

3 Jocoupierre et cucas frederice, aucoeur du changement une autre demerche,de manegement, edition punod, 3eme edition, paris, 1995, p22.

4 Stéphane maisons et c.laude dufour, marketing et service chenliére education,canada,2006,p111.

- أما التعريف التالي فركز على جودة الخدمة من قبل المؤسسة المقدمة للخدمة: قيام المؤسسة بتصميم وتسليم الخدمة بشكل صحيح من أول مرة، على أن تؤدى بشكل أفضل في المرة التالية وتحقيق رضا العملاء في الوقت نفسه، أن تتمتع بمزايا تنافسية مقارنة بالخدمة التي تقدمها المؤسسة المشابهة. [1]

– وفي الأخير وبعد عرض التعاريف السابقة يمكن إعطاء التعريف التالي:

- جودة الخدمة من قبل المؤسسة المقدمة هي: كل خدمة مقدمة تطابق توقعاته أو تفوقها، وتلغي احتياجاته ورغباته وتشعره بالرضا والسعادة بعد الاستفادة من هاته الخدمات، وهذا ما قد يدفعه إلى تكرار التجربة وإعادة التعامل من نفس المؤسسة والاستفادة من خدماتها مرة أخرى.
- كما يمكن القول أعم أو أشمل مفهوم للجودة الخدمة نجده في:

قوله صلى الله عليه وسلم: "**إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه**" رواه مسام وبخاري.

حقا إن الإتقان هو أكبر مفهوم للجودة وأدق تعريف لها فالإتقان هو أداء العمل على أتم وجه وإنجازه على أفضل صورة والحفاظ على الموارد الخام والحرص على إنجاز العمل اتهامه في أقل وقت وبأعلى قيمة وقبل كل ذلك دقة ومهارات الصانع.

المطلب الثاني: مفهوم جودة الخدمة الصحية.

شهد القطاع الصحي في آونة أخيرة اهتماما كبيرا وعلى جميع المستويات، من أجل تطبيق معايير واجراءات نظم الجودة، للوصول إلى التغيير والتحسين المستمر، لمواكبة التقدم بحاجات المجتمع في المجال الإقتصادي والإجتماعي و الثقافي، أمر الذي يستلزم تطبيق نظم الجودة بإعتبارها وسيلة مهمة في كسب ثقة المستفيدين من الخدمات الصحية.

1حميد الطائي، **تسويق الخدمات** دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص 141.

1- تطور مفهوم الجودة الصحية:

ظهر استخدام مصطلح الجودة في الخدمات الصحية أول مرة من قبل ممرضة بريطانية تدعى فلورنس، كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية في المستشفيات العسكرية خلال "**حرب القرم**" وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفى، وفي سنة 1905 وضع عدة معايير لكليات الطب في الولايات المتحدة الأمريكية، وتم إنشاء لجنة اعتماد المستشفيات الأمريكية سنة 1952، وفي سنة 1970 بدأ بالعمل بالتدقيق الطبي وظهر في سنة 1987 مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية.

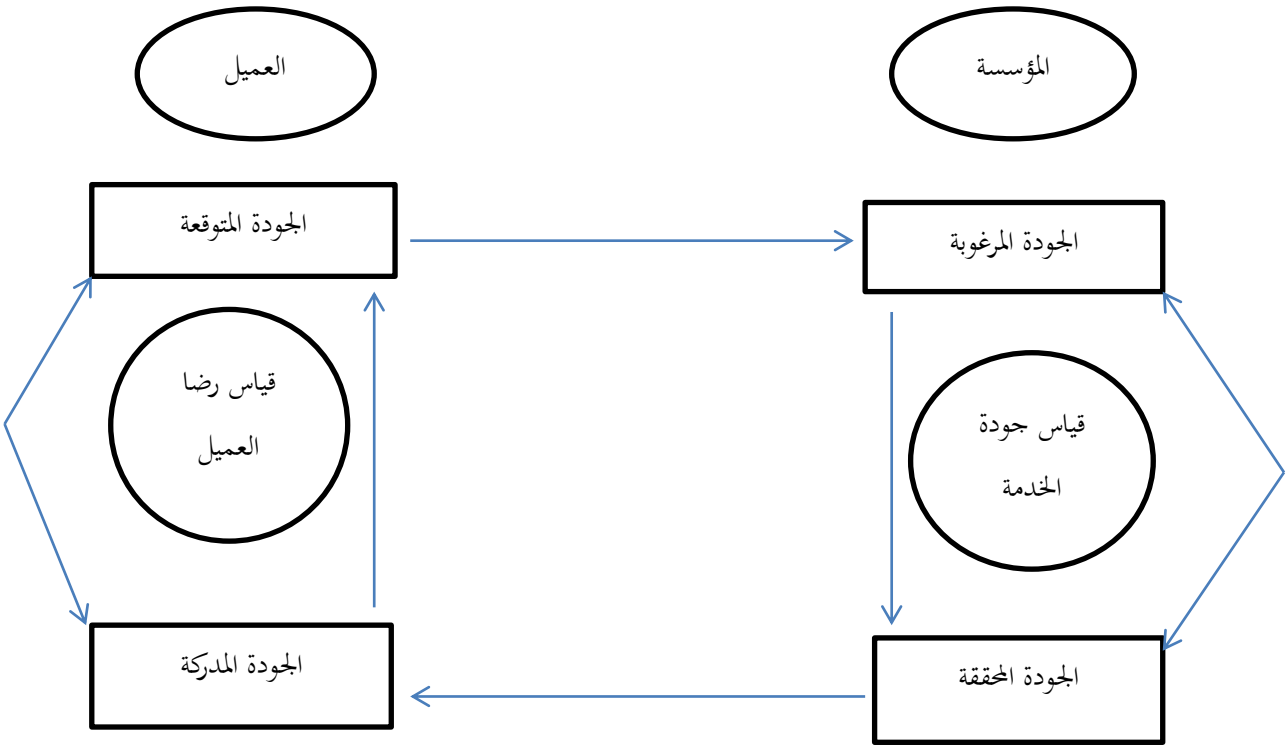
وكانت برامج الجودة تستخدم في المستشفيات في الدول المتطورة، حيث تعتمد على معايير الدعاية التي طورتها المؤسسات الصحية وفي الثمانينات انتقلت هذه البرامج إلى الرعاية الصحية الأولية في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا، في الوقت ذاته، مما ساعد على إدخال معايير للرعاية الطبية هو أدلة العمل والمعايير التي طورتها منظمة الصحة عند الاطفال وبعد سنة 1985 بدأت منظمة الصحة العالمية بمشاريع كثيرة أخرى مثل مشروع "**بحوث عمليات الرعاية الصحية الأساسي**" باستخدام تحليل النظم ، وتقييم المرافق الصحية لتقييم جودة الرعاية الصحية[1].

1 معزوز نشيدة،بن عبد العزيز فطيمة، **التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية ، مداخلة مقدمة في مؤتمر الدولي حول الابداع والتغير التنظيمي في المنظمات الحديثة، مدرسة وتحليل تجارب وطنية دولية**، جامعة سعد دحلب، البليدة، **يومي 18و19 ماي 2011**، ص16.

2- مفهوم جودة الخدمة الصحية:

إن إعطاء تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية ليس سهلا لكونها خدمة غير ملموسة شأنها في ذلك شأن بقية الخدمات الأخرى ولعدم وجود معايير نمطية للحكم على جودة الخدمة كما هو الحال في السلع، لذلك أصبح تحديد مفهوم الجودة الصحية يخضع لآراء مختلفة منها رأي الطبيب والمريض وإدارة المستشفى فكل منها لأداء رأيه الخاص بمفهوم جودة الخدمة الصحية وهي تقدم أفضل أداء الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية وبتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة[1].

3-الشكل رقم (2-3): يمثل دورة حياة جودة الخدمة :



المصدر: Laurent harmel, qualte et en gagements de service, abnor, 2003,p12.

انطلاقا من الشكل السابق يمكن تحديد أربعة مراحل لدورة حياة جودة الخدمة وهي:

1 Ajcquerye, la qualite des coinsinbrmiers, lmplatation.evaluation, accreditationedition uabirre,1999,p247.

- **المرحلة الاولى**: تسعى المؤسسة خلال هذه المرحلة إلى معرفة توقعات عملائها وأسباب عدم رضاهم وذلك من خلال إجراء بحوث تسويقية.
- **المرحلة الثانية**: تقوم المؤسسة بدراسات لمنافسيها، ولمواردها المتاحة حيث نتمكن تحديد الجودة المرغوبة.
- **المرحلة الثالثة**: بعد تحديد الجودة المرغوبة تهتم المؤسسة بتحديدي المعايير التي تتبعها والتي تساعدها على تحقيق جودة الخدمة.
- **المرحلة الرابعة**: تهتم المؤسسية بالجودة المدركة من قبل العميل في تمكن من قياس مستوى الرضا لديه انطلاقا من مقارنتها للجودة المتوقعة قبل تقديم الخدمة، وتعتبر هذه الدراسة مصدر المعرفة والتوقعات الجديدة للعملاء.

المطلب الثالث: أبعاد جودة الخدمة الصحة والعوامل المؤثرة فيها:

هناك اتفاق بين الكثير من الباحثين في مجال جودة الخمة الصحية على عدد من الأبعاد، وكذلك هناك العديد من العوامل المثرة في هذه الجودة، وهذا ما سنتعرف عليه من خلال هذه المطالب:

1- أبعاد الخدمة الصحية:

هناك عدة أبعاد لجودة الخدمة الصحية، وقد اعتمدنا في بحثنا على الأبعاد المتفق عليها، وهاته الأبعاد هي:

*** الاستجابة:**

تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم وحالتهم وخلقيتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل الكادر العامل في المؤسسة الصحية (المستشفى) مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو المناسب وغير مزعج، وتشمل الاستجابة في مجال جودة الخدمة الصحية العناصر التالية:

- السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.
- الاستجابة الفورية للاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال
- الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض

الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي واختبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتماء منها.

أي أن الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية تشير إلى العاملين في المؤسسة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المريضة والاصابات التي ترد إليها، فظلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المؤسسة الصحية والاجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجاتهم لها.[1]

الاعتمادية:

وتعتبر الاعتمادية عن درجة ثقة المستفيدين من الخدمة (المريض) في المؤسسة الصحية ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات ويرفع هذا من مدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات ويرفع هذا من مستوى مصداقية الخدمة الصحية ويمكن تلخيصها ما سبق في العناصر التالية:

- الوفاء في تقديم الخدمات في المواعيد المحددة.
- الحرص على حل مشكلات المستفيدين من الخدمة
- أداء الخدمة بدقة وجدوى أخطاء في التشخيص
- الثقة في الأطباء والفنيين وكفاءتهم وشهرتهم[2]

الضمان:

وهو شعور المريض بالراحة والاطمئنان عند التعامل مع المؤسسة الصحية و كوادرها الطبية المختلفة كما تشمل دعم وتأييد الادارة العليا أثناء قيامهم بتقديم الخدمات العلاجية للمريض وإبداء الاستعداد لتقدير المواقف تقدير الجهد على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين كالأطباء ممرضين، وغيرهم فضلا على توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة عالية.

1 محمد عباس ديوب، هنادي عطرة، **إدارة تسويق الخدمات العينية بالتطبيق على مستشفى الأسد الجامعي**، باللاذقية، مجلة جامعة سرين للدراسات والبحوث العينية، المجلد التاسع وعشرون، عدد الثامن سوريا، 2005، ص ص 124 – 125.

2 عواطف ابراهيم الحداد، **إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الألى، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن ،2009، ص 24.

الملموسية:

يشير هذا البعد إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين بين المرضى والمراجعين للمستشفى، وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية، وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية الطبية المختبرية والأشعة التمريضية وغيرها، ونظافة العاملين وهندامهم اللائق و مظهر الأثاث والديكور وجاذبية المؤسسة والتصميم والتنظيم الداخلي لها.

التعاطف:

وهو الحرص أو الانتباه والعناية الخاصة التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى المستفيدين من خدمتها، وبمعنى آخر الضمان يمثل العلاقة والتفاعل بين مراجعي المؤسسة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والإداري والمحاسبي ويقصد به أيضا وجود الثقة الاحترام، اللياقة، اللطف، الكياسة، السرية، التفاهم الإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المريض) إذا تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المؤسسة الصحية والإصغاء للمريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللطف. [1]

2- العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية:

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية، وتتمثل هذه العناصر في:

*** تحليل توقعات المريض:**

تحتاج المؤسسات الصحية إلى فهم اتجاهات المريض عند تصميم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفرقا على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة ويمكن للمرضى أن يحققوا إدراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التميز بين المستويات المختلفة للجودة وهي:

- الجودة المتوقعة:

1 أكرم أحمد الطويل وآخرون، **إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية**، دراسة في مجموعة مختارة في المستشفيات في محافظة نينوي، مجلة نكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، العراق، المجلد 02، العدد 19، 2010، ص ص 16،17

وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف وخصائص المرضى و حالاتهم العلاجية فضلا عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المؤسسات الصحية.

– الجودة المدركة:

وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المؤسسة الصحية أي تصوير المريض لجودة الخدة الصحية المقدمة له.

– الجودة القياسية:

ذلك المستوى من الخدمة المقدمة وأي تتطابق مع الموافقات المحددة أساسا للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المؤسسة الصحية.

– الجودة الفعالية:

وهي تلك الدرجة من الجودة والتي اعتادت المؤسسة الصحية تقديمها للمرضى.[1]

– تحديد جودة الخدمات:

عندما تفهم المؤسسة الصحية حاجات المرضى فإنه يجب أن تضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة، ومستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الصحية.

*** أداء العاملين:**

عندما تضع إدارة المؤسسة الصحية معايير الجودة للخدمات الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي فإنها في المقابل يجب ألا تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المؤسسة الصحية تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، وأن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، وهنا يكون من الضروري أن لا تقدم الإدارة وعودا لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب.

*** إدارة توقعات الخدمة:**

1 صلاح محمود دياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، ط1، دار الفكر للنشر، عمان، الأردن، 2003، ص12

إن إدارة توقعات الخدمة تتم من خلال اعتماد أنظمة الاتصال الداخلية في المؤسسة الصحية الترويج والإعلان في خارجها، ويكون من الضروري على إدارة المؤسسة الصحية أن لا تقدم وعودا لا تستطيع تحقيقها نظرا لضخامتها أو عدم تجانسها مع قدرتها في التنفيذ أو الضعف في التدريب أو الكفاءة اللازمة في اتصالاتها الداخلية لتحقيق ذلك، وهذا ينعكس بالتالي على عدم رضى المستفيدين من الخدمة الصحية المتوقعة حصولها.[1]

المطلب الرابع: أهداف وأهمية تطبيق جودة الصحة في المستشفيات:

إن نظام الجودة يسعى دوما إلى إعطاء فكرة للمجتمع أن المستشفى التي تخدمهم الرعاية المقدمة فيها التي تعتبر من أفضل ما يمكن تقديمه في ظل الموارد المتاحة في المستشفى و يتم ذلك عن طريق تضامن الجهود بين أقسام المستشفى .

1- أهداف جودة الخدمة الصحية:

أن الجودة أسلوب الذي تتبعه المؤسسة الصحية لتحقيق من حسن إتقان العمل المؤدي عن مختلف جوانبه، واتخاذ ما يلزم من تدابير وإجراءات من أجل النهوض له على نحو مستمر، وذلك في إطار الأهداف التالية:

- تلبية رغبات المستفيدين على النحو الذي يتطابق مع توقعاتهم ويحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة لهم.
- ملائمة العلاج والرعاية المختلف الحالات المرضية.
- تبني العاملين الأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى على النحو الذي يضمن لهم كرامتهم الفردية، والعمل على إشراكهم على خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين.
- تأمين الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة.[2]
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.
- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة والفاعلية.

1 والة عائشة، جودة الخدمات في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة مؤسسة العمومية الاستشفائية، رسالة ماجستير لعين طابة جامعة الجزائر3، الجزائر، 2011/2010، ص22

2 طلال بن عايدي الأحمدي، **إدارة الرعاية الصحية**، بدون طبعة، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2004، ص 128.

– تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساسي من تطبيق الجودة.

– كسب رضى المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضى المستفيد.

– تحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج.

زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ورافق هذه الزيادة من نوع أخر الاهتمام بتلبية حاجات وتوقعات العملاء.

– زيادة قوس التنافس بين المنشآت الصحية التابعة.[1]

2– أهمية جودة الخدمة الصحية:

بعد الاهتمام المتزايد بالجودة في الخدمة الصحية مؤخرا مؤشرا على أهميتها في القطاع الصحي والذي يعتبر من أكثر القطاعات احتياجا لاستخدام مثل هذه الأساليب وذلك لأهمية هذا القطاع وكثرة المستفيدين منه والعمل على إرضائهم وتشمل هذه الأهمية فيما يلي:

– تساعد برامج الجودة على تشجيع العاملين في المؤسسات الصحية بمختلف مستوياتهم على زيادة إنتاجيتهم وحثهم على تقديم الأفضل.

– يمكن إدارة المؤسسة الصحية من التعرف على احتياجات المستهلكين (المرضى) والعمل على تحقيقها مما يؤدي إلى تحسين سمعة المؤسسة.

– تساعد في التركيز على المشاكل التي تثر على مستوى الخدمات الصحية المقدمة، مما يؤدي إلى التوصل إلى طريقة منشئة متكاملة لتحديد المشاكل ومن ثم تسهيل الإجراءات اللازمة قبل أن تصبح المشاكل بالدرجة التي لا يمكن التعامل معها.[2]

– كما يمكن إضافة عناصر أخرى لأهمية جودة الخدمة الصحية، تتمثل فيما يلي:

---

1 صغيري نجاة، **تقييم الخدمات الصحية دراسة الميدانية**، رسالة ماجيستير، جامعة حاج لخضر، باتنة، الجزائر، 2012/2011، ص 39

2 عجو نورة، خامت سعدية، نفس المرجع السابق، ص 77.

– تتميز الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الصحية عن المؤسسات الصحية الأخرى.

– تعد جودة الخدمة الصحية مؤشرا مهما في قياس مستوى الرضا المحقق لدى المستهلك (المريض) عن الخدمات الصحية المقدمة له.

– تساعد على تحين المستمر، إذا ما كانت عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية، فجودة الخدمات الصحية تحقق الشمولية والتكاملية في الاداء فالشمولية تضمن التوسع في مستوى الخدمات الصحية، التي يتوقعها المستهلكون المرضى، من الخدمات الصحية المقدمة لهم بينما التكاملية تعني كون المؤسسة الصحية نظام مكون من أنظمة فرعية تعتمد بعضها على بعض الآخر، فعلى سبيل المثال، الهيئة الطبية لا تستطيع ممارسة وظائفها الطبية السريرية من دون وجود التكامل مع الهيئة الطبية من دون وجود التكامل مع الهيئة التمريضية أو الخدمات المساعد الأخرى كالمختبر والأشعة.[1]

المبحث الثالث: قياس جودة الخدمة الصحية.

إن القياس و التعرف غلى المعايير التي يلجأ إليها الزبائن للحكم على جودة الحدمة المقدمة إليهم، يعد من الموضوعات التي استوحذت على إهتمام الكثير من الباحثين .

المطلب الأول: طرق قياس الخدمة الصحية

إن الحكم على فاعلية وكفاءة الأنشطة والعمليات التي من خلالها تستطيع المؤسسات الخدمية تحقيق أهدافها، يحتاج إلى وجود أداة فعالة للتقييم والتحقق من النتائج والحكم عليها، وهذه الأداة هي المعيار **Standar** ولذلك فإن وجود مقياس للجودة يتسم بالصدق والدقة والموضوعية والثبات يعتبر أمرا ضروريا لنجاح المؤسسات على تقديم خدماتها بالجودة المطلوبة، ويمكنها من تقييم أدائها وتحديد الانحرافات عن المعايير الموضوعة وتحليلها واكتشاف الأخطاء وتصحيح المسارات الأنشطة والعمليات وسد الفجوات بتوفير الموارد والرفع من كفاءتها.[2]

وفي هذا السياق استخدمه طرق مختلفة ومقاييس متعددة في قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، ومن أهمها الآتي:

1 ثامر ياسر البكري، نفس المرجع السابق، ص 201 – 202.

2 محفوظ أحمد جودة، **إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات**، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2010، ص 79 – 78.

أ- قياس جودة الخدمة من منظور الزبائن:

يمكن التفرقة بين خدمة طرق أساسية لقياس جودة الخدمات الصحية من منظور العملاء المستفيدين والمرضى وهي:

1- مقياس عدد الشكاوى:

يعتبر مقياسها سهلا وبسيطا لجودة الخدمة الصحية وهو عبارة عن حصر عدد الشكاوي التي يتقدم بها العملاء في فترة زمنية محددة، والتي تعبر عن عدم ارتياحها للخدمة الصحية المقدمة لهم وأنها غير مناسبة ولا تتوقف مع رغباتهم واحتياجاتهم، وأنها دون المستوى الذي يتطلعون إليه ويرغبون فيه، حيث يمكن هذا المقياس المؤسسات من اتخاذ التدابير المطلوبة والإجراءات المناسبة للحد من عدد الشكاوي وتجنب حدوث المشاكل والتحسين المستمر لجودة الخدمات التي تقدمها.[1]

2- مقياس الرضا:

يعتبر أكثر الأساليب استخداما في قياس وتقيم اتجاهات العملاء نحو جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم وخاصة يعد حصولهم عليها واختيارها، وذلك عن طريق استخدام مقياس ليكرت الذي يتكون من سبعة عناصر لقياس درجة أهمية معايير الخدمة من وجهة نظر العميل لتوفير معلومات حول ما يهمه، باستخدام المقابلة أو الاستبيان أو الملاحظة أو أي من الطرق الشائعة لجميع المعلومات وكذلك الاهتمام بتصميم وتطبيق الأساليب المتبعة في القياس خاصة قياس طبيعة طلبات العملاء ودرجة تكرارها ودرجة رضا العميل والقيمة التي يتحصل عليها.[2]

وعليه يجب إجراء الدراسات الاستكشافية اللازمة لاختيار العينة التي سوف يشملها مجتمع البحث وأتباع الأساليب العلمية لتصميم الاستبيان مع الصياغة الجيدة والتسلسل المنطقي لأسئلة الاستقصاء واختباره في الواقع العملي قبل طرحه لمجتمع الدراسة.[3]

3- قياس الفجوة: (نموذج) (Serrqual)

---

1 محمد توفيق ماضي، **تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الحديثة في مجال الصحة والتعليم نموذج مفاهيم مقترح**، القاهرة، مصر منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2002، ص 19.

2 محفوظ أحمد جودة، نفس المرجع السابق ، ص 82.

3 توفيق محمد عبد المحسن، **قياس الجودة والقياس المقارن أساليب حديثة في المعايرة والقياس**، معهد الكفاية الإنتاجية جامعة الزقازيق، القاهرة، مصر، 2006/2005، ص 57.

يستند هذا النموذج على محددات أبعاد أساسية توصل إليها باراسورامان وزملاؤه من خلال بحوثهم ودراساتهم، كمقياس لجودة الخدمة وهي: الجانب الملموس من تقديم الخدمة، الضمان، الاعتمادية، الاستجابة السريعة، الثقة في التعامل والتعاطف، وتم تقديمها في شكل مقياس عام وأطلق عليه (**Serrquat**)، حيث يتم استخدام النموذج مرتين المرة الأولى قبل حصول العميل على الخدمة لقياس ما يسمى بالجودة المتوقعة، والثانية يتم قياسها بعد حصول العميل على الخدمة وهو ما يعزى بالجودة المدركة، ومن ثم تحديد الفجوة بين هذه التوقعات والإدراكات لقياس جودة الخدمة وأن هذه الفجوة تسبب عدم النجاح في تقديم الجودة المطلوبة والتي يمكن التعبير عنها بالمعادلة التالية:

جودة الخدمة = التوقعات – الأداء الفعلي.[1]

4- مقياس الأداء الفعلي: (Servperf):

يعرف بنموذج الاتجاه، حيث تعتبر الجودة وفقا لهذا النموذج مفهوما إتجاهيا يرتبط إرتباطا وثيقا بإدراك العميل للاداء الفعلي للخدمة المقدمة، وعن إطار هذا النموذج يتم استبعاد التوقعات ويكون التركيز فقط على الإدراكات عند القياس ويمكن التعابير عن هذا بالمعادلة التالية:

جودة الخدمة الصحية = التوقعات – الأداء الفعلي للخدمة.[2]

ويرى أصحاب النموذج أنه أفضل من مقياس **Serrqual** في دلالته العملية الناتجة عن القياس وكذلك بساطة إجراءاته وسهولة تطبيقه واستخدامه وأنه أكثر مصداقية وواقيعة عن نموذج الفجوات.

أ- مقياس القيمة:

إن فكرة مقياس القيمة أو مقياس العميل الموجهة بالقيمة كما يطلق عليه أحيانا، تقوم أساسا على أن القيمة التي تقدمها مؤسسات الخدمة الصحية لزبائنها تعتمد على الأساس على المنفعة المرتبطة بخدماتها الفعلية والمدركة من جانب العميل وتكلفة الحصول على تلك الخدمات، حيث أن قيمة تلك الخدمات تحددها العلاقة ما بين المنفعة وسعر الخدمات المقدمة فكلما كانت المنفعة المحققة من الخدمة

1 ثابت عبد الرحيم إدريس، **مقياس جودة الخدمة الصحية بدولة الكويت المجلة العلمية للعلو الإدارية**، دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت، مجلد 4 العدد الأول، الكويت، 1996، ص20 .

2 شاهين وآخرون، **تسويق الخدمات**، مجموعة النيل العربية، ط1، القاهرة، مصر 2009، ص 456.

الفعلية والمدركة للعميل عالية، كلما زادت القيمة المقدمة للعملاء وزاد الطالب على الخدمات الصحية والإقبال عليها والعكس صحيح.[1]

ب- قياس جودة الخدمة المهنية: إن مقياس جودة الخدمة المهنية تبنى على فكرة مفادها قدرة المؤسسات على تقديم خدماتها المتنوعة للعملاء والوفاء باحتياجاتهم عن طريق الاستغلال الأمثل للموارد وحسب استخدامها، وهنا يمكن تصنيف مقاييس جودة الخدمة المهنية إلى ثلاثة كالآتي:

1- المقاييس الهيكلية (قياسات البنية):

تشير المقاييس الهيكلية إلى اعتبار أن الهيكل أو البناء المناسب لمؤسسة تقديم الخدمة الصحية وما يتضمنه من تجهيزات ونظم وقوانين ومعدات وأفراد والأهداف المحددة الواضحة والتسهيلات المستخدمة في تقديم الخدمة والطرق التي تنظم بها.

يمثل جوهر الخدمة وجودتها، فإذا ما توفر كل هذا للخدمة كانت حضا مميزا.

2- قياس الجودة بدلالة العمليات:

تسمى كذلك مقاييس الإجراءات ويهتم هذا المدخل بالتركيز على العمليات وأنشطتها وخطواتها ومراحلها المختلفة إلى أنتاج الخدمات وتقديمها للمستفيدين، والحكم على جودة الخدمات يتضمن هذا المدخل مجموعة من المعايير والمؤشرات التي يجب أن تتوفر بنسب محددة لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة.

3- مقاييس الجودة بدلالة المخرجات النواتج:

وهو مقياس يتعلق بالنتائج النهائية حيث يعكس للتغيرات الصافية في الحالة الصحية كناتج للخدمات الصحية المقدمة والتي يمكن قياسها من خلال الآتي:

- القياس المقارن: بإجراء المقارنات الكمية بين المستهدف والأداء الفعلي

- قائمة الاستقصاء استقصاء رضا المستفيدين عن الخدمات المقدمة واستقصاء العاملين عن المشاكل التي تحول دون تحقيق الأهداف.[2]

---

1 قاسم نايف علوان المحياوي ، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الآيزو 9001 – 2000**، دار الثقافة للنشر، ط1، عمان، الأردن، 2005، ص 105.

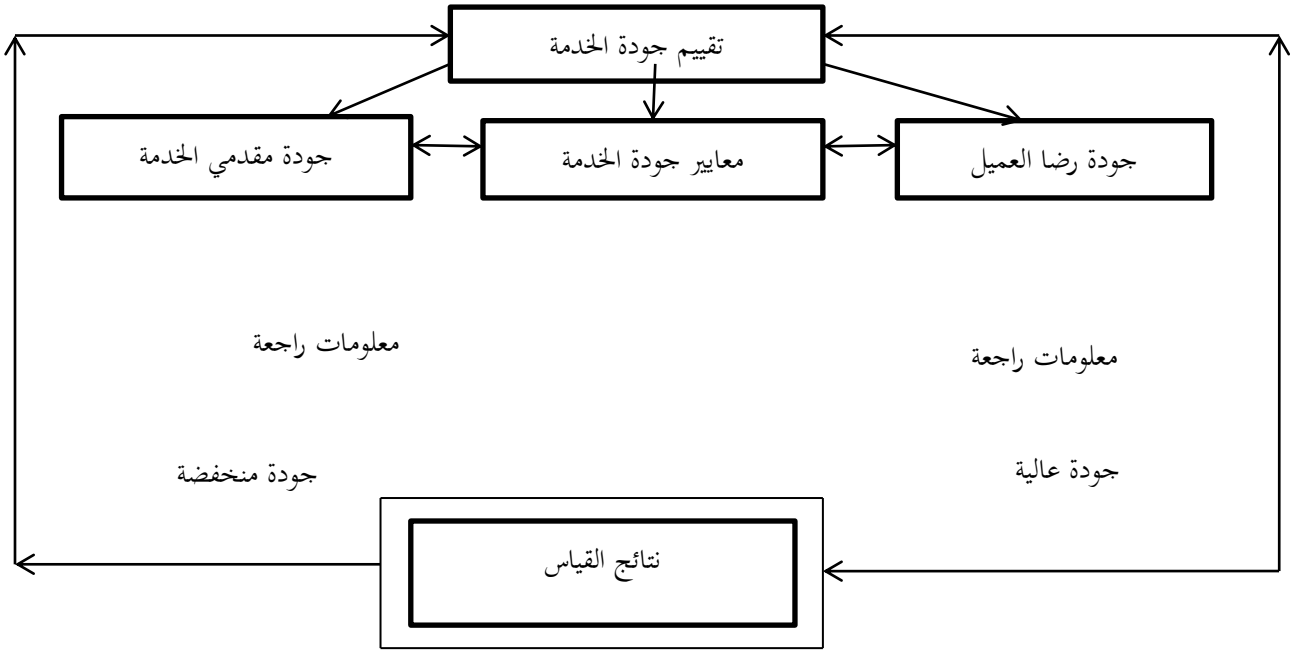
2 فوزي شعبان مذكور، **نفس المرجع السابق** ، ص 233-234.

ج- قياس الجودة من المنظور الشامل:

إن جميع المقاييس التي تم ذكرها لقياس جودة الخدمات الصحية تناولت قياس جودة الخدمة من خلال جزئيه معينة أي أنها يغلب عليها الطابع الجزئي، مما تطلب ضرورة إبعاد مقاييس يتناول الجوانب الكلية عند قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، وذلك لدراسة كافة الجوانب المتعلقة بالخدمة، سواء كانت قابلة، وغير قابلة للقياس، ومن خلال وضع وتطوير المعايير المناسبة، وإعداد استمارات الاستقصاء بعملية ومنهجية عالية أي تصميم استبيان يتضمن جميع الأسئلة ذات العلاقة بالجوانب المختلفة المؤشرة على جودة الخدمة وتقديمها لمختلف الجهات ذات الصلة بالخدمة، من مرضى وعاملين ومستفيدين والدراسة درجة رضاهم ووجهات نظرهم حول الخدمة[1]،

حسب ما يشير الشكل التالي:

الشكل رقم(2-4) نموذج لقياس وتقييم جودة الخدمة من المنظور الشامل.



المصدر : قاسم نايف علوان المحياوي، نفس المرجع السابق، ص 108.

1 سيد محمد جاد الرب، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية جامعة قناة السويس**، مصر، 2008، ص 131 – 332.

المطلب الثاني: التمريض باعتباره مقياس للجودة في الخدمة الصحية:

– تعتبر مهنة التمريض من أسمى المهن التي ابتكرها الإنسان وتكاد تكون أفضلها و أهمها نظرا لما تساهم به من إنقاص المرضى من الخطر أو الموت بإذن الله ثم بمساعدة الأطباء كما تمثل إحدى أهم المهن الاستراتيجية والرئيسة في نظام الرعاية الصحية لأي بلد من البلدان سواء متقدمة أو النامية، وتعتبر مهنة التمريض من الجوانب التي لا يمكن لأي اقتصاد أو نظام صحي للاستغناء عنها.[1]

– تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن التمريض يعد من الأنشطة الصحية الأساسية التي تسعى في الارتقاء بصحة الإنسان أو استعادة صحته في حالة المرض، فالممرض يمثل حلقة اتصال بين المريض وبين أفراد الفريق الصحي في المؤسسات الصحية المختلفة والتمريض علم وفن يهتم بالفرد ككل جسما وعقلا وروحا، وهو خدمة مباشرة تهدف إلى استفاء حاجات الفرد والأسرة والمجتمع في الصحة والمرض، وأصبحت مهنة التمريض تقوم على أساس ومعلومات ومعارف خاصة بها، ولها مهارات متخصصة وتتضمن مجموعة من المبادئ المستمدة من العلوم الأساسية العامة والصحية والسلوكية، إضافة إلى علوم التمريض للعناية الشاملة بالمرضى بالتعاون مع الأطباء وباقي أعضاء الفريق الصحي، مما يساعد على حسن سير العمل وتقدم المريض نحو الشفاء ورفع روحه المعنوية.[2]

– كما يتضمن التمريض الوقاية من الأمراض، وعلاجها، والتخفيف من حدتها ومساعدة الأفراد والأسر والمجتمع في المحافظة على صحتهم عن طريق نشر الوعي الصحي، وإجراء البحوث اللازمة لتطوير الرعاية الصحية بمستوياتها المختلفة، والمشاركة في أنشطة التعليم المستمر لتحسين وتطوير الخدمات التمريضية، وتتطلب مهنة التمريض أن يؤدي الممرض، والممرضة الوظائف الفنية والإدارية والتعليمية و الاستشارية والاجتماعية وغيرها من خلال تطبيق العملية التمريضية التي تشتمل علة المسح التمريضي، والتشخيصي والتخطيط والتنفيذ وتقويم الرعاية التمريضية للإفراد والأسر والمجتمع.

– وتزداد أهمية التمريض مع زيادة التوسيع في تقديم الخدمات الصحية، وزيادة نوعية الأمراض التي تحتاج إلى رعاية تمريضية طويلة، وقد تزايدت أهمية الممرضين في التنسيق الطبي بمرور الوقت، لما يقومون به من أدوار عديدة، ولقيامهم بالدور الوسيط بين الأطباء والإدارة، وعلاقتهم الخاصة بالمرضى، ومتابعتهم لهم

1 Borwan djanet , quality and patient saifty, wael for puplicheing and destrubuation, jardan, 2014, p 197.

2 بوقفة رؤوف، **معايير الرعاية التمريضية**، دار الولاء للنشر، الجزائر، 2002، ص 14.

بصورة دائمة، لذلك نجد بعض الدراسات تعتبر الممرض أو الممرضة حجر الزاوية في كفاءة المستشفى، وكفاية الخدمة الصحية التي تقدمها للمريض فإذا كان المستشفى يعاني من نقص في عدد الممرضين والممرضات، فلا أهمية بعد ذلك لما قد يتوافر به من أحدث التجهيزات الطبية.

– ولقد تطورت هذه المهنة تطور كبير حيث أصبح هنالك فرق كبير بين التمريض خلال السنوات الماضية والأن، ففي الماضي كان دور أفراد التمريض يقتصر على إعطاء الحقن وغيار الجروح أما الأن أصبح الدور أشمل وأكبر فأفراد التمريض حاليا يعملون في تخصصات دقيقة مثل أقسام العناية المركزة، وأقسام قسطرة القلب والمناظير التي تحتاج إلى الدقة والكفاءة الفنية والمهارة الفائقة ويعود ذلك إلى تقديم علوم التمريض التي أسهمت مباشرة في تطور المهنة، فالطلاب حاليا يدرسون في هذا التخصص أحدث العلوم الطبية مثل التشريح وعلى وظائف الأعضاء وعلم الأدوية بالإضافة إلى علوم التخصص مثل التمريض الباطني والجراحي و تمريض العناية المركزة حيث تمكنهم هذه العلوم من إعطاء الخدمة المقدمة على أكمل وجه. [1]

– ومن التطورات التي حدثت لهذه المهنة تطبيق خطة العناية التمريضية التي جعلت العمل أكبر تنظيما وفيها يقومون بتقييم حالة المريض وبالتالي إيجاد التشخيص التمريضي المناسب وبناء لذلك تقديم الرعاية التمريضية المناسبة للمريض وهنالك العديد من البحوث والدراسات التمريضية التي تصدر بين فترة وأخرى وتركز على تطوير التمريض وإيجاد الحلول المناسبة للمشاكل والعقبات التي تواجه المهنة وهذا بالتالي ينعكس على جودة الرعاية التمريضية المقدمة للمرضى بشكل عام والتي لا تقتصر على الخدمة العلاجية فقط لتشمل تقديم خدمات وقائية مثل التوعية والتتقين الصحي من خلال إعطاء المحاضرات التوعية عن مسببات الأمراض وكيفية الوقاية منها.

* وقد قدم في عام 1966 شرحا مطولا لنموذج **Donbedian** المتكامل لجودة الخدمة الصحية وتوصل إلى أن الحكم على الجودة يتم من خلال مفهوم العلاقة المتداخلة والمتشابكة للعناصر الثلاثة التالية:

1- **هيكل الخدمة:** يتمثل في استراتيجية المؤسسة الصحية ومرافقتها الأجهزة، الأموال، الموظفين والموارد الأخرى الموجودة فيها والتي تؤلف بعضها مع بعض النظام القائم على تقديم الخدمات المطلوبة.

1 جانيت بروان، **الإدارة والمبادئ في التمريض**، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص – ص 216 – 227 .

2- **عملية الخدمة**: يتمثل في نتائج الإجراءات المتخذة في عملية تقديم الخدمة.[1]

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن إعطاء تعريف الشامل لجودة الخدمة الصحية بأنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة، بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية الأولى تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض، ويمكن تحقيق من ذلك عن طريق قياس رضا المريض، والثانية تحقيق الجودة من وجهة نظر المهنيين وهو تحقيق ما يحتاجه المريض بناء على هذا هو مقبول طلبا، من حيث التشخيص والاجراءات والعلاج، والثالثة ترتكز حول جودة العمليات المتعلقة بجودة تصميم وتقديم الخدمات الصحية وذلك على أساس الاستخدام الأمثل للموارد المنظمة الصحية.

- وقد بدأ تطبيق هذه المفاهيم في القطاع الصحي بشكل تدريجي حيث ظهر مفهوم تحسين الجودة المستمرة والذي يطلق عليه عدد من المختصين إدارة الجودة الشاملة، ذلك المفهوم الذي أصبح يشمل العمل على تحقيق حاجات المستفيد ورضاه، والعمل على تحسين المستمر عن طريق توفير المدخلات الأفضل وتتميز العمليات الأنسب، وهذا يعني العمل الشامل لرفع مستوى الخدمات الصحية من جميع جوانبها حيث يشمل ذلك القيادة والتحسين المستمر ورفع مهارات الموظفين والعمل الجماعي.[2]

* أول تعريف لجودة الرعاية الصحية لكل من لي جون 1933: تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان.[3]

* فقد عرف **Suleketat** (1995) الجودة على أنها تلك الدرجة التي يراها المريض على الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما هو ومتوقع.[4]

* أما الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية والمعرفة باسمها المختصرة (**Jcaho**) فعرفتها على أنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو أي مشكلة طبية.[5]

---

1 صغيري نجاة، نفس المرجع السابق، ص 36.

2 نجاة العامري، **تسويق الخدمات الصحية، مذكرة ماجيستير**، كلية علوم التسيير والعلوم الاقتصادية، جامعة 20 أوت سكيكدة، الجزائر، 2009/2008، ص 78.

3 محمد الطعامنة، **إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي**، حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث البرموك، المجلد 17، العدد 1، منشورات جامعة البرموك، الأردن، ص 90.

4 تامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، داريا زوري للنشر والتوزيع، 2005، ص 197.

5 خالد بن السعيدي، **مدى فاعلية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة**، جامعة الكويت، دولة الكويت، 1994، ص 12.

*كما تعرف أيضا بأنها: السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة، بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية، الأولى تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض ويمكن التحقيق من ذلك عن طريق قياس رضا المريض، والثانية تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية وهو تحقيق ما يحتاجه المريض بناء على ما هو مقبول طبيا من حيث التشخيص والاجراءات والعلاج، والثالثة ترتكز حول جودة العمليات المتعلقة بجودة تصميم وتقديم الخدمات الصحية، وذلك على أساس الاستخدام الأمثل لموارد المؤسسة الصحية.[1]

* وقد عرفت أيضا على أنها: مجموعة الاجراءات الموضوعية للتأكد من القدرة على ضمان تحقيق مستويات العليا من جودة الخدمة الصحية المقدمة إلى المرضى في المؤسسات الصحية، كما أنها تمثل شكل من أشكال الطرق التي تستخدمها المؤسسة الصحية لتميز نفسها عن المؤسسات الصحية الأخرى والمشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عن المؤسسات تحدد من خلالها شخصية المؤسسة على جميع المستويات.[2]

المطلب الثالث: مراحل تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات:

يتطلب تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ثلاث مراحل تتمثل في :

المرحلة الاولى للتطبيق: التأسيس والتهيأة :

- انشاء ادارة الجودة .
- انشاء لجنة الجودة الدائمة (مجلس الجودة) وفرق الجودة في الادارات والاقسام.
- تحديد الرسالة المستقبلية للمستشفى.
- تحديد عدد من مجالات العمل التي يمكن ان تنفذ بها مشاريع ادارة الجودة.
- تحديد مشاريع تحسين الجودة في الاقسام.
- نشر مفهوم الجودة واهمية تطبيقه في المستشفيات والمؤسسات الصحية.
- تهيئة موظفي المستشفى للبدء بتطبيق برامج الجودة.

1 نجاة العامري، نفس المرجع السابق، ص79.

2 أكرم أحمد الطويل وآخرون، **نفس المرجع** السابق، ص13.

- تحليل الوضع الحالي للمستشفى .
- اجراء مراجعة تمهيدية للمستشفى لوضع وصف عام للنظام الحالي فيما يتعلق بنقاط القوة والضعف.
- اجراء تحليل اولي لتحديد المجال الافضل في المستشفى لبدا تطبيق برنامج الجودة:
- تقييم جودة الخدمة المقدمة حاليا من وجهة نظر مقدم الخدمة والمستفيد.
- مراجعة القواعد والمعايير الطبية والادارية.
- مراجعة قدرة ادارة المستشفى وتحديد ملامح وسائل الاتصال بين الموظفين في المستشفى والادارة.

المرحلة الثانية: الاعداد والتدريب:

- اعداد خطة استراتيجية وتنفيذية لتطبيق برنامج الجودة الشاملة.
- الموافقة على الخطة وتخصيص الموارد االلازمة لتطبيقها.
- تزويد ادارة المستشفى ومدراء الادارات بالمعلومات اللازمة لتطبيق نظام ادارة الجودة.
- توجيه الموظفين والموارد المتاحة بالبدء بنظام ادارة الجودة لجميع المستويات الادارية والفنية.
- تحديد مشاكل الجودة والتي يمكن حلها باستخدام المعايير والاشراف واتخاذ القرار حول المعايير[1].
- اختيار مشرفي الجودة ذوي الكفائة من الادارات ذات العلاقة.
- تدريب المشرفين الذين بدورهم يقومون باشراف على تطبيق المعايير.
- اعداد تقارير شهرية لمدراء الادارات التي يعملون بها والى مدير ادارة الجودة.

المرحلة الثالثة: التنفيذ والتحسين المستمر:

- قياس وتحليل رضا المستفيدين لكل المشروع.
- تحديد احتياجات المستفيد والعوامل المحددة لرضاهم.
- تحديد اهداف الجودة وعدد المستفيدين لكل مشروع.
- تحديد معايير الاداء ومؤشرات النجاح لكل مشروع.

1-مصطفى يوسف كافي، **ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات**، دار الابتكار للنشر ةالتوزيع، عمان، 2017 ص 220-221.

- قياس تكلفة الجودة وتحليلها لكل مشروع.
- قياس وتحليل جدوة المدخلات وتحديد المعايير.
- ضبط الجودة في كل مشروع ومراقبتها وتقييم النتائج ومتابعتها .
- مراجعة نظام ادارة الجودة بعد عام لاتخاذ القرار حول الخطوات اللاحقة .
- تصميم نظام متكامل ودقيق للتحسين المستمر في كل المشروع.
- توثيق نظام الجودة وتقدير الاداء المتميز.[1]

المطلب الرابع : تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات.

ان تطبيق ادارة الجودة الشاملة يتطلب تهيئة المناخ الملائم للتطبيق وتوفر مستلزمات اساسية لتحقيق التطبيق الناجح والفعال لهذا المنهج في المنظمات الناشدة للتطور والساعية للتحسين المستمر في منتجاتها وخدماتها وعملياتها واسعاد العميل او المستفيد وتحقيق رغباته ورضاه .

وتتمثل اهم متطلبات تطبيق ادارة الجودة الشاملة كما يلي:

1- دعم والتزام الادراة العليا:

لابد من اقتناع الادارة العليا بفكرة ادارة الجودة الشاملة وايمانها الراسخ بها وبضرورة تطبيقها حتى يكون لها الاستعداد التام لدعم الاحتياجات المختلفة التي تتطلبها اجراءات التنفيذ وتحتاجها مستلزمات التغيير نحو التطبيق الفعال لادارة الجودة الشاملة.

2- التركيز على العميل:

تحقيق رضا العميل والاستجابة لاحتياجاته وخلق الرضا لديه واسعاده يعتبر الهدف الاساسي من تطبيق مفهوم ادارة الجودة الشاملة وبالتالي لابد لادارة والعاملين من التوجه نحو العميل وتحديد رغباته ومعرفة احتياجاته ودراسة استقصاء متطلباته.

1 المناصير علي فلاح ، ادارة الجودة الشاملة، دراسة ميدانية على سلطة الكهرباء الاردنية، رسالة الماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية العمان، 1994 ص222

3- التعاون وروح الفريق:

ان العمل الجماعي والتعاون وروح الفريق تعد من المتطلبات الهامة عند التحول نحو تطبيق ادارة الجودة الشاملة وهي وسيلة مهمة لاندماج العاملين بعضهم البعض وتعزيز فكرة الهدف العام وسطهم وتقوية روح التواصل والترابط بينهم، وبذلك تتكامل المهارات والقدرات نحو تطبيق الاهداف والغايات [1]

4- ممارسة النمط القيادي المناسب:

يعتبر نمط الديمقراطي الذي يتيح للجميع لمشاركة بارائهم ومقترحاتهم في وضع الاهداف واتخاذ القرارات وتنفيذ المشروعات يعتبر من اهم وانسب الانماط القيادية لتطبيق ادارة الجودة الشاملة خلافا للنمط الدكتاتوري او الاوتوقراطي الذي يعتمد على فرض التعليمات واعطاء الاوامر والتوجيهات اعتمادا على الاتصال من اعلى قمة الهرم التنظيمي الى اسفله، وهذا لايتناسب ولا يتماشى مع ادارة الجودة الشاملة بمفهومها المتطور واريحيتها الواعية ونهجها الواسع، وفي هذا يقول ريتشارد ويليامز اذا كانت المنظمة لا تسمح بتفويض السلطة العاملين هذا مؤشر الوقت غير مناسب لتطبيق منهجية ادارة الجودة الشاملة التي تقوم اساسا على المشاركة وعلى تفويض السلطات وعلى روح الفريق[2].

5- وجود نظام القياس : وجود نظام لتوثيق وتطبيق القياس يرتكز ويعتمد على الاساليب الاحصائية لضبط الجودة يعد من المتطلبات الرئيسية لتطبيق منهجية ادارة الجودة الشاملة , ولذلك بغرض التعرف على الاعمال قبل وقوعها واكتشاف الانحرافات والاخطاء في الوقت المناسب لمعالجتها وعمل التدابير اللازمة والاجراءات التصحيحية المطلوبة.

6- نظام الاتصال الفعال:

اقامة شبكة اتصالات بين الاقسام المختلفة للمنظمة ووجود نظام فعال داخل وخارج المنظمةيعتبر من المتطلبات الهامة والاساسية لنجاح تطبيق ادارة الجودة الشاملة كما ينبغي ان يكون هذا النظام قادر على ايصال المعلومات بشكل دقيق وفي زمن وجيز عن المنظمة والعاملين وانجازاتها.

1-محفوظ أحمد جودة، نفس المرج السابق، ص205-206

2-ريتشاد ويليامز, اساسيات ادارة الجودة الشاملة , الجمعية الامريكية لادارة, مكتبة جرير. الرياض, السعودية, 1999 ص 94.

وان نظام اتصال عمال وكفء هو السبب في نجاحها في تطبيق ادارة الجودة الشاملة بشكل ممتاز وذلك لا يمانها بضرورة واهمية وجود نظام لاتصال القوي الفعال بالمنظمة فهو يمثل الجهاز العصبي لها وصمام امانها للتحرك نحو افاق المستقبل لتحقيق الاهداف الموجودة[1].

المبحث الرابع : فرق العمل ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية العمومية:

اصبح تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية مطلبا مشتركا بين مقدمي الخدمة الصحية ومستقبليها، فهو الذي يقدم اهداف ومصالح جميع الاطراف المتعاملة مع المؤسسات الصحية، ويبرز دور فرق العمل من خلال أليات عمل هذه الفرق في تحقيق مستوى عالمي من الجودة.

المطلب الاول: دور وأهداف الاتصال بين فريق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية :

ان الاتصال من وسائل الافصاح عن الافكار وجعل الشخص يفهم الاخر ويعتمد النجاح في جميع الوظائف الادارية والتدبيرية كذلك على الاتصال الفاعل فالمدير يجب ان يعرف ماذا يحدث في المستشفى وان يكون قادرا على ايصال المعلومات الى جميع اولئك المنخرطين من المستشفى المستخدمين والمرضى والعامة والمهارات كمتصل تساعد في بناء في المستشفى والثقة في العامة [2]

– ان قدرة الافراد على الاتصال من اهم الامور التي تساعد على تحسين جودة الخدمة الصحية، حيث تساعدهم في مشاركتهم للاتخاذ القرار كما تساعد اكثر في تنفيذ القرار المتخذ، فالاتصال بين افراد فريق العمل سواء كان مكتوبا او شفويا، رسميا او غير رسمي يكون موجبه نحو تحقيق هدف من الاهداف الرئيسية التي تدخل ضمن اولويات عمل المؤسسة وضمان انجاح المؤسسة الصحية، امر الذي يحسن من جودة الخدمة المقدمة، وبصورة عامة فان قدرة افراد الفريق على الاتصال تضمن تحقيق الاداء المطلوب

1- توفيق محمد عبد المحسن, نفس المرجع السابق ص 172.

2- مصر زهوان، ادارة المستشفيات والرعاية الصحية، ماجستير في الرعاية الصحية وادارة المستشفيات، دار زهران للنشر والتوزيع 2007 ، ص53

على كافة مستويات المؤسسة الصحية وبناءا على معايير الجودة نضرا لكل من القرارات المتخذة وكيفية تنفيذها تكون مضبوطة بتحقيق الاهداف المسطرة[1].

اهداف الاتصال فريق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية:

يهدف الاتصال الى ما يلي.

1- ابقاء فريق العمل في المستشفى على معرفة بالوضع والظروف الحالية والمستقبلية للمستشفى.

2- يسمح لفريق العمل بمعرفة السياسات والاستراتيجية والاساليب المرتبطة بالعمل في المستشفى وكذلك تعريفهم بأهداف المستشفى وما يطرا عليها من تعديل.

3- التواصل بين فريق العمل في مختلف الجوانب التقنية والادارية، وتطوير الفهم ومعرفة الفريق في المستشفى بالواجبات والمهام والتعليمات الصادرة عن ادارة المستشفى

4- تقديم المعرفة الجديدة في كافة لمجالات الطبية التمريضية والطبية المساندة

5- نقل وجهات النظر بين مختلف افراد الفريق في المستشفى وكذلك منح كل فرد فرصة المشاركة في نقل اراءهم واقتراحاتهم لإدارة المشفى.

6- اهداف اخرى لفريق العمل كالمعرفة والمشاركة الاجتماعية ونقل الشكاوي وتقييم الاداء.

7- تجنب مختلف جوانب القصور خاصة فيما يتعلق بنقل وتبادل المعلومات والتعليمات.[2]

الأهداف الرئيسية للإتصال المحسن :

1- الفهم الافضل لأهداف المستشفى فهناك اهمية اكثر لتحقيق الاهداف.

2- علاقات المستخدمين مع صاحبي العمل افضل.

3- تصور افضل عن المستشفى ويعود ذلك الى نوعية محسنة في توظيف الافراد.

1 العالي عبد الستار، تطبيقات في ادارة الجودة الشاملة، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، الاردن 2008، ص47.

2 درة عبد الباري، وزهير الصباغ، ادارة القوى البشرية، دار الندوة، عمان 1996، ص157

4- اسناد شعبي عام افضل، مفيد دائما ولكن فائدته اكثر في وقت التدهور العام [1] .

المطلب الثاني: دور قيادة فريق العمل في تحسين الجودة الخدمة الصحية العمومية:

القيادة هي عملية تتميز بفعالية مستمرة وتعبر عن علاقة شخص باخر وهي العلاقة بين الرئيس والمرؤوس وبهذه العملية يمكن للرئيس أن يؤثر على سلوك الافراد تأثيرا مباشرا كما أنه بواسطتها يمكن للمرؤوس تقديم المعلومات الضرورية لقرارات المدير.

ويمكن تعريف القيادة بأنها قدرة الفرد بتأثير على شخص او مجموعة وتوجيههم وارشادهم من أجل كسب تعاونهم وحفزهم على العمل بأعلى درج من الكفاية في سبيل تحقيق الاهداف الموضوعة.[2]

ويمكن القول أن تأثير العمل القيادي يسير في اتجاهيين متعاكسين, فالقائد يؤثر على اتباعه ويتأثر بهم وذلك بالتالي يأدي الى تعديل في السلوك الطرفين وتصرفاتهم. حيث ان ما يقوم به القائد (ضمنا او علنا)يعمل على تفسير الخطط والسياسات التي نضعها الادارة الرسمية وبذلك يصبح مثالا يقتدي به المرؤوسون في سلوكهم واتجاهاتهم[3].

وتظهر ادوار قائد فريق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية في:

1- انه مطالب بتقديم المعلومات الكافية لتوسيع إدراك رافعي السياسة العامة, فهو في هذه الحالة يقوم بدور الباحث, ودور المستشار رغم انه لا يرتقي الى مستوى واقع السياسة بحد ذاته.

2- أنه مطالب باختيار العنصر البشري لدائرته, إذ أن نوعية الموظفين وكيفية اختيارهم ومعرفة ميولهم واتجاهاتهم تعد من الامور ذات الاهمية لتحقيق مشروع تحسين الجودة في الخدمات الصحية.

3- انه مطلب أن يكون مسؤولا عن ايجاد درجة عالية من التعاون الودي بين فريقه والفرق الاخرى في المستشفى بدرجة تقترب ان لم نقل تفوق ما هو مألوف.

4- انه مطالب بخلق قائد ثاني في فريق العمل لكي يقوم مقامه في حالة غيابه والتوسع بهذا الخلق إذ أن

1-rounland h.s rowland bl.haspital management a guide to department new york .aspen publication ;1984 p 165.

2 -Resisli kert.new pattens of management new york mc graw.hill book co 1 1961 p 3.

3-كامل المغربي, الادارة، دار النشر والتوزيع، الرياض, , 1988 ص 413.437

كمية الاحتياط من القائد الثاني فضلا عن انها مؤشر عاكران الذات والحكمة فإنها تتحكم في تقرير امر التوسع في التنظيم الحكومي وإعادته.

5- أنه مطالب ليس فقط بمساعدة السلطة الادارية في المستشفى في وضع العامة,وتخطيطها فحسب وانها أيضا مطالب بوضع تلك السياسة في قوالب تنظيمية عملية الامر الذي يجعل فريق العمل أكثر تحركا وتجاوبا لكي يصبح معولا عليه في تنفيذ السياسة العامة روحا وشكلا.

6-أنه مطالب أن يلعب دور ترجمة السياسة العامة الى عنصر يلقنها لمن يعتبر تلقينه أمرا تقضيه طبيعة عمل قائد فريق العمل وهي عملية أصبحت من الضرورة بمكان خاصة نظرا لخصوصية الخدمة الصحية وخصوصية موضوع تحسين الجودة في حد ذاته.

7-أنه مطالب أن يكون حكيما في تشخيصه وصبورا في معالجاته ومطالبا ايضا بإيجاد نوع من التوازن بين المطالب المتناقضة وتشذيب حدة الاحتكاك ولاسيما انه يعمل في بيئة اجتماعية تعيش تحت ضغط اقتصادي واجتماعي وهي الحالة التي تؤثر تأثيرا لا مباشر في فريق العمل فتدفع بها الى حالة من التوتر وعدم الالتزام بالوقت والتبذير وعدم التنسيق[1].

ومن الضروري التعرف على أدوار القيادة التي تساهم في تحسين جودة الخدمة الصحية في العديد من الجوانب أهمها:

1- تقييم الأداء: بعد ان يكون القرار قد اتخذ وتم ابلاغه لجميع العاملين ذوي العلاقات في التنظيم. فانه من الضروري متابعة الامور للتعرف على حسن سير العمل فهذا الاسلوب الرقابي الذي يستخدم في مقارنة أداء الفرد بالنتائج المتوقعة يطلق عليه اصطلاحا >>تقييم الأداء : ويهدف تقييم الاداء الى توفير التغذية الراجعة في اعلام العاملين بمستوى ادائهم من ناحية ثم توفير المعلومات التي تستخدمها الادارة في قراراتها المستقبلية والتي تتعلق بالنقل والترقي وتعريف العاملين بنظرة المؤسسة تجاه عملهم، كما تتعلق القرارات بالرواتب والمكافئات ومستوى الاداء ومستوى التدريب ومعلومات تتعلق بخطط وبرامج العمل والميزانيات وخطط القوى العاملة وغيرها .

1- محمد ماهر عليش, إدارة الموارد البشرية ،وكالة المطبوعات ، الكويت، 2006 ص 285.

وبرغم من ذلك فهناك عوامل تؤثر على مستوى أداء الجماعة وهي:

1. درجة الاعتماد المتبادل بين الجماعات وبعضها البعض. ويعتمد ذلك على درجة التفاعل أو التنسيق أو التكامل بين جماعتين أو أكثر.
2. عدم التأكد من نتائج الأداء وواجبات ومسؤوليات العمل من جانب الجماعات وهنا قد تعمل المجموعة في ظل ظروف روتينية عامة لا تختلف من وقت الى اخر
3. الاختلاف بين الجماعات في حدود الاهتمام بالوقت والهدف حيث تختلف الجماعات فيما بينها بامكانية تحديد الاهداف الخاصة بكل منها والوقت اللازم للانتهاء من الاعمال.

ولكي يتحقق المستوى الفعال لاداء الجماعة، ينبغي توافر شروط يجب أن تعمل الادارة على توفيرها بالمستوى المطلوب وهذه الشروط هي:

1-تحديد نمط التفاعل بين الجماعات، وذلك بتحديد مستوى ومعدل التفاعل

2-تحديد حجم واتجاه وطبيعة المعلومات المتدفقة بين الجماعات خلال تفاعل

3-تحديد الوقت اللازم لإتمام التفاعل والهدف من التفاعل بين الجماعات .[1]

4-مواجهة ضغوط العمل: حيث ان مواجهة قائد الفريق للضغوط الداخلية والخارجية تتطلب قدرات جبارة من أهمها القدرة على الصمود، والشجاعة، والتثبت من مواقع الامور، والتحقق في بواطن الحوادث ودرئ الشك، وعدم الهروب لمجرد الاشاعات والى غير ذلك من الصفات التي يجب توافرها.

3- صنع القرار: وهو ذو صلة مباشرة بسلوك قائد فريق العمل، وعمله اذ يعد المرآة التي تنعكس عليها اعماله، وهو يؤثر تأثيرا سلبيا وايجابيا في تماسك فريق العمل، ونشاط موظفيها، لذلك اهتم علم الادارة العامة بهذا الامر اهتماما بارزا وتكاثرت حوله النظريات والنماذج التي عالجها العلماء في العلوم الاخرى[2].

1متولي السيد متولي، السلوك التنظيمي، الجزء الثاني، دار النشر والتوزيع، القاهرة، 2006، ص 134 -135

2 محمد ماهر عليش، نفس المرجع السابق، ص286

المطلب الثالث: اهمية اتخاذ القرارات لفريق العمل ودورها في تحسين جودة الخدمة الصحية.

القرار في الحقيقة هو عبارة عن اختيار بين مجموعة حلول مطروحة لمشكلة ما او لازمة ما او تسيير عمل معين ولذلك فإننا في حياتنا العملية نكاد نتخذ يوميا مجموعة من القرارات بعضها ننتبه وبعضها ندرس والبعض الاخر يخرج عشوائيا بغير دراسة .

-فاتخاذ القرارات هو محور العملية الادارية، كما ذكرنا، ذلك انها عملية متداخلة في جميع وظائف الادارة ونشاطاتها.[1]

- اما القرارات الجماعية الجيدة تعطي نتائج جيدة بالنسبة لجودة الخدمة الصحية، لذلك يجب ان يراعى في القرار الجيد هذا كل المعلومات المتعلقة بالموقف والمتابعة لصنع القرار، كما يجب ان تعالج هذه المعلومات بأسلوب منطقي رشيد، حيث ينظر الى جميع البدائل الممكنة ، يساعد هذا المدخل الرشيد بعد تحديد من يجب ان يشارك في صنع القرار ومن يجب ان يشارك في صنع القرار الى اي مدى في ان تأخذ في الحسبان كل العناصر الهامة المتعلقة بالقرار ودوره في تحسين جودة الخدمة الصحية.[2]

- ان فريق العمل يعتمد على صفة المشاركة حيث يقوم فريق العمل بالمشاركة الكاملة لتشخيص المشكلة بالشكل الدقيق، اذا توفر المشاركة القدرة على تحقيق الفريق لأعماله واختيار الوسائل التي تساعده على النجاح في تنفيذها لذا اكد hettinger ان المشاركة تعمل على اشعار اعضاء الفريق بان لديهم القدرة في تشخيص مشاكل المنظمة وان لديهم القدرة على وضع حلول لها، ومن اهم مراحل عملية اتخاذ القرارات لفريق العمل نذكر ما يلي:

- مدى قدرة فريق العمل على تحديد طبيعة المشكلة التي قد تواجههم اثناء اداء مهامهم.

-امكانية توفير المعلومات الضرورية لكل مرحلة من مراحل اتخاذ القرار.

- مرحلة تحديد وتقييم البدائل الممكنة لحل مشكلة عالقة.

1 اسماعيل السيد، نظم المعلومات، اتخاذ القرارات الادارية، المكتب العربي الحديث، الاسكندرية، مصر،2000، ص154

2 لعويرة عمر، دراسة ميدانية بالشركة الوطنية للتبغ والكبريت، اطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسير، جامعة منتوري، قسنطينة، 2007، ص63

-مدى القدرة التي يمتلكها متخذ القرار في اختيار البديل الانسب للتطبيق بارض الواقع.

-توفر الرقابة ومتابعة القرارات المتعددة.[1]

المطلب الرابع: أهمية الرقابة على فرق العمل واهدافها في تحسين جودة الخدمة الصحية:

إن خدمات الرعاية الصحية لها أهمية خاصة نظرا لمساهمتها المباشرة بصحة وحياة الافراد وأن الخطأ في اداء هذه الخدمات, لايمكن اصلاحه في كثير من الاحيان, والنتائج المترتبة عليه كثيرة وخطيرة, وبسبب الطلب المتعاظم على هذه الخدمات لضمان استخدام الامثل للمواد المتاحة[2].

تعريف الرقابة:

وظيفة ادارية تنطوي على قياس وتصحيح أعمال الدارسين والمرؤوسين بهدف التأكد من أن الخطط المرسومة لتحقيق اهداف معينة قد نفذت وحققت المطلوب[3].

تطلق على مجموعات الاعمال المتعلقة بمتابعة تنفيذ الخطة و تسجيل الارقام التي تتحقق وتحليلها للتعرف على مدلولاتها ثم إتخاذ ما يلزم من إجراءات لتنمية أي إنحاه يساعد على تحقيق الاهداف أو معالجة الانحرافات[4].

-وتم تعريف الرقابة في القطاع الصحي و المؤسسات الصحية على أنها قياس الداء و تصحيحه لموافقة المعايير الوضوعية, وعرفها الاخرون على انها قوة وسلطة ونفوذ ومن خلالها تستطيع تحديد كيفية اتمام الأعمال في المؤسسات الصحية وانها ايضا قياس أداء الاعمال الت يقوم بها المرؤوسون وتصحيحها لضمان تحقيق الاهداف[5] .

اهمية الرقابة فرق العمل على جودة الخدمة الصحية:

بحيث تكمن أهمية الرقابة لفرق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية وتحسين وتطوير مستوى الاداء

1- سالم فؤاد الشيخ، الاساليب الكمية في اتخاذ القرارات، المنظمة العربية للعلوم الادارية، عمان،1995،ص150.

2- نجرات فريد,الظواهر السلوكية في المنظمات الصحية دار الجامعية مصر 2008,ص211

3-عبيد عاطف, أصول التنظيم والادارة, دار النهضة العربية بيروت 1997 ص 192,108

4 -joseph massie.essentials of managment. new jersy inc 1979 p 137

5- الشيخ فؤاد واخرون، المفاهيم الادارية الحديثة، مركز الكتب الاردني، عمان، الاردن 2002 ص 247

والتعرف على الموارد المهدورة من الوقت مرورا بالطاقة والقدرات الذهنية المتمثلة في الموارد البشرية والمادية والعمل على حل المشاكل ومن لاسباب الاخرى التي دعت لضرورة الرقابة على مختلف فرق العمل والاهتمام بجودة الخدمة وخصوصا في قطاع الحكومي مايلي:[1]

- ارتفاع نسبة الاخطاء الطبية.

-زيادة درجة الوعي لدى المستفدين والمنتفعين بالخدمة الصحية وارتفاع نسبة الاهتمام بالجودة.

- غياب الادارة الفعالة وانعدام التنسيق بين الاقسام المختلفة.

-فحص و مراجعة الخطط المختلفة لجميع الانشطة والبرامج التي يقوم بوضعها اما الفريق او الادارة.

قياس الكفاءة والفعالية بالنسبة لبرامج المختلفة بالنسبة لكل فريق وبالنسبة للمؤسسة كذلك.[2]

- اهداف الرقابة في المؤسسات الصحية.

1- وضع الخطط واجراءات المناسبة لتجنب الانحرافات الحالية ووضع خطة مستقبلية للمستشفى لمنع وقوع الانحرافات.

2- التأكد من الاستخدام الامثل للموارد المادية المتاحة والموارد البشرية العاملة.

3- متابعة الاساليب والطرق الجديدة في الرقابة لزيادة الانتاجية وتحسين الاداء.

4-إن عملية الرقابة دون وجود أي نوع من المحاباة يحقق نوع من العدالة والاقدام والرضا لدى العاملين في المؤسسة الصحية.

4- الحد من الهدر والاسراف في المستهلكات والموارد الطبية وعدم المغالاة في النفقات بمختلف اشكالها[3].

1-البراودي محمد, قياس الفكر الاداري المعهد القومي للادارة العليا, مصر ،2011 ، ص 569.
2- الطراونة حسين احمد ، الرقابة الادارية ، دار النشر والتوزيع ، الاردن ،2012، ص 569.
3-ذباب صلاح محمود ، نفس المرجع السابق، ص 170.

خلاصة :

توصلنا من خلال ما قدمناه في هذا الفصل إلى أن العمل كفريق له مكانة كبير في تحسين جودة الخدمة الصحية، وهاذا من خلال آلية العمل في فريق داخل المؤسسة الصحية ،في تقديم الخدمات لعملاء أو المرضى، وخاصة عندما يتعلق امر بخدمة صحة العملاء ،فهي لها حساسية كبيرة على باقي الخدمات الأخرى، ومما نراه اليوم أن الخدمة الصحية أصبحت تكتسح على تنافس شديد، وهذا قد يرجع إلى التكنولوجيا الهائلة التي تستعمل لهذا الغرض، وبتالي توجب على المؤسسة الصحية في ظل المنافسة السائدة تحسين جودة خدمة الصحية بما يتوافق وما يفضله العميل أو المريض، بتطبيق أسلوب العمل الجماعي لأنه يعتبر احد الاساليب الفعالة لتحقيق التميز في تقديم الخدمة الصحية بالجودة المطلوبة .

الفصل الثالث : مساهمة فرق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية بمستشفى بن يوسف بن خدة " البرواقية

تمهيد:

لقد تناولنا فيما سبق ضمن الإطار النظري للمذكرة الذي توصلنا من خلاله إلى التعرف على فريق العمل ومفاهيمه ودوره في المؤسسة الصحية، وقد تعرفنا أيضا على الخدمات الصحية التي أصبحت تحتل بدورها مركزا هاما لدى العميل(المريض)، وهاذا بتحسين جودة الخدمة المقدمة له من خلال تطبيق أسلوب العمل الجماعي .

وسنحاول من خلال هذا الفصل التطبيقي توضيح مدى مساهمة فريق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية، وفي هذا الجانب اعتمدنا على استجواب الطاقم الطبي والاداري بالمؤسسة محل الدراسة الخاصة مدى تأثير فريق العمل على أبعاد جودة الخدمة الصحية، ومن أجل ذلك قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى ثلاث مباحث وهي:

المبحث الأول: لمحة عن القطاع الصحي بالجزائر والمؤسسة الصحية محل الدراسة

المبحث الثاني: منهجية الدراسة الميدانية

المبحث الثالث: تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

المبحث الاول: لمحة عن القطاع الصحي بالجزائر والمؤسسة الصحية محل الدراسة

تعتبر الصحة الى جانب كونها حق عامي اساسي ،موردا بالغ الاهمية لتحقيق التنمية الإجتماعية والشخصية ،وفي هاذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيرا كاملا ومنسجما وموحدا في إطار الميثاق الصحي ،الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة.

المطلب الأول : النظام الصحي في الجزائر .

صحة الأفراد هي أسمى هدف تحاول الدولة بلوغه، و ذلك من أجل إستمرارها و إستقرارها، بحيث يعتبر الأفراد الأصحاء عصب كل سياسة تنموية في كل السياسات سواءا الشاملة منها أو القطاعية ترتكز أساسا على الفرد فهو المحرك الأساسي لها، فنجاحها أو فشلها في تحقيق أهدافها مرتبط بقدرة الفرد على العمل .

تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر:

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ الصحة بالجزائر، وقد عرف القطاع الصحي انهيار في عدد العاملين حيث انخفض عدد الاطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري الى 600طبيب،اي بمعدل طبيب واحد لكل 100.000ساكن متمركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم الصحي من الممرضين لايتعدى 1380 أين الأغلبية غير مؤهلة وليست لديها شهادات وكذا إنعدام التجربة للطاقم الاداري المسير.[1]

واتسمت المؤشرات الصحية في ذلك الوقت بإرتفاع معدلات الوفيات والإصابات بسبب إنتشار الامراض المعدية والمنتقلة ،على نطاق لم يسبق لها مثيل مما دفع الدولة بالانشغال ،ونظرا لمحدودية الموارد وضعت وزارة الصحة اثنين من الاهداف الرئيسية لمعالجة هذا الوضع :مكافحة الامراض المعدية، وتحسين

1 حوالف رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة، دراسة تحليلية لمواقف الأطباء و المرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2010، ص 133 .

الحصول على الرعاية، وتميز العمل على ارض الواقع بتنفيذ برنامج الصحة لحماية الناس والمجتمع (التطعيم الاجباري لجيمع الاطفال)والوقاية من الامراض المنتشرة (القضاء غلى الملاريا والسل)،ومن هنا اصبح لزاما انتهاج سياسة واضحة بتطبيق المشروع الاشتراكي الذي يدعو الى ان النظام الصحي خدمة عمومية والعيادات الخاصة تساهم في هذه الخدمة ،والمهم بالنسبة لمسؤولي الصحة هو ابراز الجهود المبذولة لبناء المستشفيات، والاصرار على الزيادة في تكوين عدد الاطباء والاستغلال الذاتي الذي يتمتع به الممارسين في مجال الرعاية الصحية، الان العديد من الحكومات لا تريد تشغيل مستشفياتها عل اساس تجاري الانها جزء من ميراثها القومي.

وقد تميز النظام الصحي في العقد الثاني بعد الاستقلال بثلاث ميزات رئيسية وهي :

1- تقديم الرعاية المجانية واقرارها رسميا يناير1974،تطبيقا للمرسوم التنفيذي في ديسمبر 1973والذي يتضمن مشروع كل وثائق التاريخية للثورة الجزائرية وهذا ماعزز من وضعية السكان في الحصول عل الرعاية الصحية.

2- اصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات.

3- انشاء قطاع الصحة ومحاولة تطويره بتوسيع نطاق التغطية الصحية بإنجاز العديد من المرافق الصحية،وخصوصا المستشفيات والهياكل الخفيفة الوزن كالعادات الشاملة والمراكز الصحية وذللك لتحقيق ثلاثة مهام اساسية وهي الرعاية، والبحث والتدريب.

ومن خلال عقدين الثمانيات والتسعينات وبسبب انخفاض عائدات النفط من جهة ومرور بلادنا بالعشرية السوداء من جهة اخرى، اضطر النظام للرضوخ الى التعديل الهيكلي منذ 1994،بعد ان شهد نظام الرعاية الصحية انهيار جعله يعاني من نقص في المجالين التقني والعلاجي ، وخلال الفترة مابين 1989-1998 .

شهد المجال الطبي انتكاسا قوي الحجم تسبب في العديد من الممارسات تمثلت في تدهور وضعية مختلف الهياكل الاستشفائية وتدهور الخدمات المقدمة بها،بالاضافة الى تذمر العديد من الاطباء بسبب سوء الوضعية المهنية والاجتماعية، وظهور العادات الخاصة المنافسة.[1]

المطلب الثاني: التطور التاريخي لقطاع الصحة في الجزائر

عرف نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر عدة تحولات، يمكن تقسيمها الى اربعة مراحل اساسية هي :

1-المرحلة الاولى من 1962 الى 1973 :

ورثت الجزائر غداة الاستقلال منظومة صحية قائمة على اسس وتنظيمات المنظومة الفرنسية انذاك. ابتداءا من 1963 عملت الحكومة للحد من مختلف التشريعات القائمة وادخال نوع من الاستقلالية في التسيير، ظهرت في هذه المرحلة ثلاث مصادر لتمويل النفقات الحية وهي:

* التكفل بالنسبة الكبربمن النفقات الصحية من طرف الدولة والجماعات المحلية وقد وصلت هذه النسبة الى 60 % يستفيد من هذا التمويل الاشخاص المحرومين، عديمي الدخل، اصحاب الحقوق...

*يقوم الضمان الاجتماعي بتغطية 30% من النفقات العامة للهياكل العمومية التابعة لقطاع الصحة عن طريق صناديقه الجهوية والتي تغذى بواسطة اشتراكات العمال الاجراء.

* الجزء المتبقي مصدره لمساهمة المالية للافراد الميسورين واصحاب المهن الاخرى

1 حوالف رحيمة، مرجع سابق ، ص 134 .

الجدول رقم (3-1): الانجازات المحققة في المجال الصحي خلال الفترة 1962-1973

الانجازات / السنوات	أطباء	جراحو اسنان	صيادلة	مستشفيات	مراكز صحية
1962	75	33	49	156	188
1973	423	286	353	263	588

المصدر: كساي نجوى، تأثير النفايات الطبية على نكاليف المؤسسات الصحية، دراسة حالة المؤسسات الصحية العمومية، بسكرة، 2009، ص 88 .

2-المرحلة الثانية: من 1974 الى 1993

هذه المرحلة هي التي سميت بمجانية العلاج، حيث اصبح العلاج مجانا في كل المؤسسات العمومية بالاضافة الى التغيرات التي مست نسبة مساهمة التمويل في تغطية النفقات الصحية، مست ايضا تغيرات في طرق تسيير الهياكل الصحية القائمة، حيث عرفت تعويض يعر اليوم بالميزانية الجزافية الشاملة. وقد قسمت الهياكل الصحية في هذه الفترة الى:

* الهياكل العمومية للصحة: التي تضمنت القطاعات الصحية، المراكز الصحية الجامعية والمتخصصة التي تمثل القاعدة الاساسية في توزيع العلاج.

* القطاع الشبه عمومي: وهو يمول من طرف صندوق الضمان الاجتماعي بالشتراك مع مؤسسات عمومية ويستفيد من خدماته العمال وعائلاتهم.

* القطاع الخاص: في هذه الفترة لم يكن حجمه كبيرا واقتصر دوره في بعض عيادات التشخيص للاطباء العامين اخصائيون، أطباء أسنان..

لم تظهر مشاكل التمويل في بداية هذه المرحلة نظرا لليسر المالي انذاك، وصولا الر سنة 1986 وبظهور ازمة مالية خانقة ناتجة عن انهيار اسعار البترول التي دت الى انكماش الموارد المالية الممنوحة من طرف الدولة وخاصة ابتداءا من 1988 انخفضت الموارد المالية في صناديق الضمان الاجتماعي

لانخفاض اشتراكات العمال مع بداية التسريحات العمالية من المؤسسات العمومية، مما ادى ذلك الى التفكير في تخفيف الضغط على الموارد المالية العمومية وايجاد موارد مالية اخرى.

والجدول الموالي يوضح تطور عدد المؤسسات الصحية خلال هذه الفترة.

الجدول رقم(3-2): تطور عدد المؤسسات الصحية 1979-1982

السنوات / مؤسسات صحية	1979	1980	1981	1982
القطاعات الصحية والمؤسسات الخاصة	183	183	196	196
المجتمعات الصحية	161	175	214	260
المراكز الصحية	622	741	810	867
وحدات العلاج والكشف	1344	1368	1474	1598

المصدر: كساي نجوى، مرجع سابق، ص 89 .

3-المرحلة الثالثة: إبتداءا من 1994 إلى 2006

مضمون هذه المرحلة هو التخلي التدريجي للدولة عن تمويل الخدمات الصحية تاركة المجال للتمويل الشخصي للخدمة الصحية من طرف المستفيد. وقد تم في هذه المرحلة إدراج سعر رمزي للفحوصات الطبية: الطب العام ب50 دج، الطب التخصص ب100دج وذلك كمرحلة أولية. وفي مرحلة موالية توسع ذلك ليشمل الإيواء، الإطعام، التحليل الطبية.

تتكون المنظومة الصحية في هذه المرحلة من القطاع العمومي، القطاع الشبه العمومي، القطاع الخاص . هذا الأخير الذي بدأ يرى النور إبتداءا من 1990 أين فتح المجال أمام المستثمرين بإنشاء مراكز الصحية الخاصة وما يؤخذ على هذه المرحلة عدم وجود تشريع واضح ينظم نشاط الممارسين الخواص من حيث الإختلاف تسعيرة الخدمة من ممارس إلى اخر هذا من جهة أخرى عدم مسك وثائق محاسبية تبرز التكاليف والارادات الناتجة عن نشاطاتهم .

الجدول رقم (3-3): تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر 2000.1996

الهياكل الصحية	1996	1997	1998	1999	2000
مراكز الاستشفائية	13	13	13	13	13
القطاعات الصحية	185	177	187	217	224
مؤسسات استشفائية متخصصة	21	25	31	31	31
عيادات متعددة الخدمات	446	642	478	482	488
مراكز الصحية	1098	1110	1126	1186	1210
قاعات العلاج	3748	3601	3780	3851	3975

المصدر: كساي نجوى، مرجع سابق ، ص 90 .

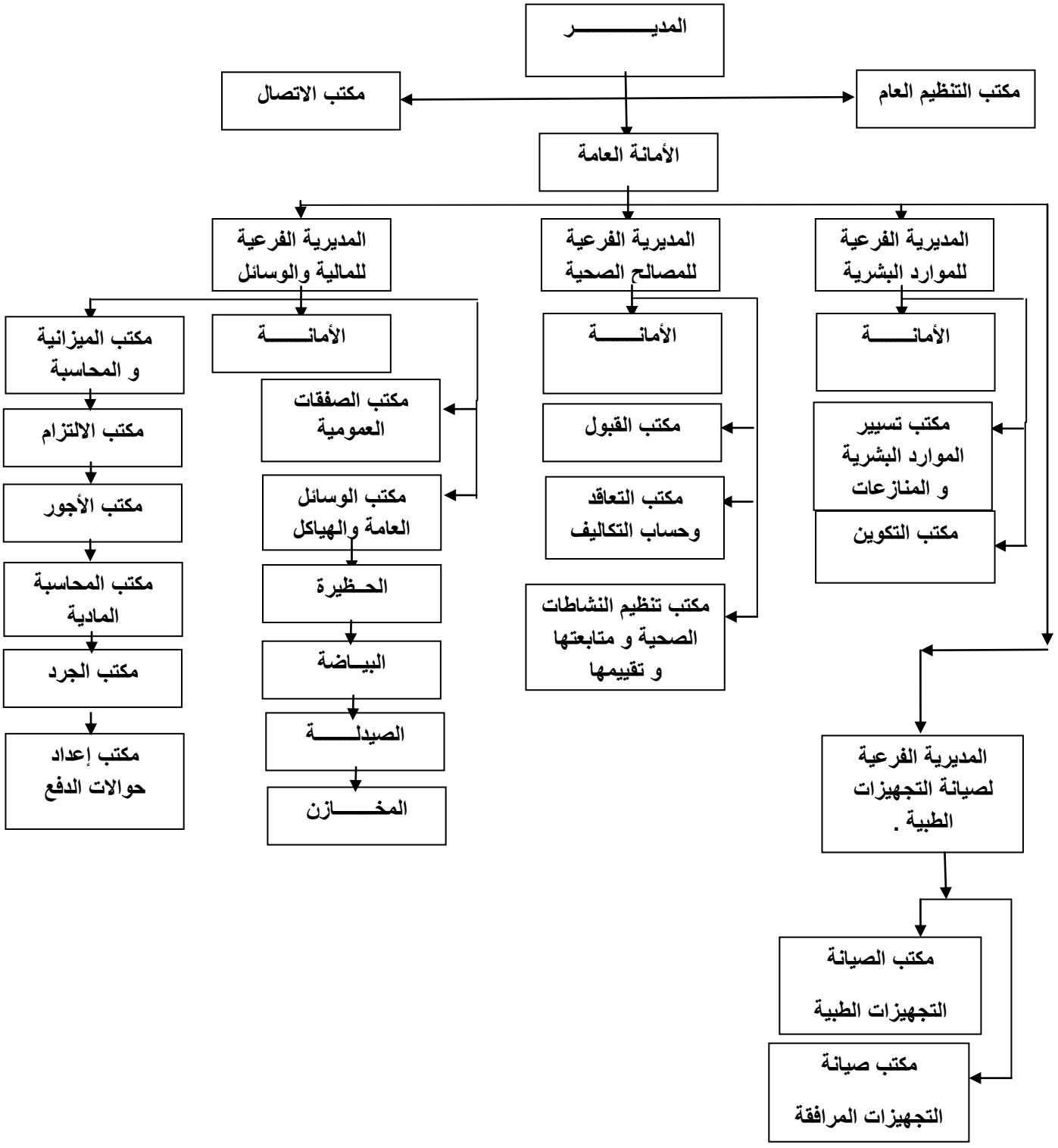
4-المرحلة الرابعة: من 2006 إلى يومنا هذا

وتمثل هذه المرحلة بداية تجسيد النظام التعاقدي للعلاج في المستشفيات ، وذلك عبر مراحل تدريجية حتى تم تطبيقه بصفة نهائي في أواخر سنة 2009 حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرضى الأجواء عن طريق الصندوق الوطني لغير الأجراء(CASNOS)، أما عديمي الدخل فتكون بمساهمة الدولة عن طريق مديرية الضمان الإجتماعي (DAS) وذلك من أجل تخفيف العبء على الخزينة الدولة ، والتحكم المحاسبي الدقيق لتكاليف العلاج.

المطلب الثالث : تعريف عن المؤسسة – بن يوسف بن خدة – بالبر واقية وهيكلها التنظيمي:

المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبرواقية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية واستقلالية الذمة المالية، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم:140/07 المؤرخ في 20 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وتنظيمها وسيرها، يعود أقدم هياكلها إلى سنة 1958، أي إلى العهد الاستعماري .سميت هذه المؤسسة على اسم المرحوم " بن يوسف بن خدة "، وهو شخصية تاريخية معروفة ،من مواليد بلدية البر واقية بتاريخ23 فبراير 1932 ووافته المنية يوم 04 فيري 2003.

الشكل رقم (3-1) : الهيكل التنظيمي العام للمؤسسة.



*المصدر: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالبر واقية.

الجدول رقم (3 – 4) : يمثل عدد الأسرة حسب المصالح الطبية:

المصالح	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة المنظمة
الجراحة العامة	32	36
طب النساء والتوليد	32	53
الأمراض المعدية	12	-
الطب الداخلي	40	40
تصفية الدم	16	14
طب العيون	12	-
طب الأنف- الأذن- الحنجرة	12	-
طب الأطفال	20	25
الاستعجالات الطبية الجراحية	18	27
المجموع	**194**	**195**

***المصدر**: إحصائيات المديرية الفرعية للمصالح الصحية

***الجدول رقم (3 – 5)**:يمثل نشاطات المصالح الطبية

السنة	عدد الآسرة	عدد المرضى المقبولين	عدد الأيام الاستشفائية	معدل شغل الآسرة TO	معدل الدوران على السرير TR	المدة المتوسطة للإقامة DMS
2017	195	15550	37005	% 57	% 88.3	2.3
2018	195	13186	25608	% 40	% 70.02	1.9

***المصدر** : إحصائيات المديرية الفرعية للمصالح الصحية

وتوظف المؤسسة عدد من المستخدمين موزعين على النحو التالي :

*الجدول رقم (3 – 6) :يمثل تعداد المستخدمين بالمؤسسة إلى غاية 2018.12.31

الفئـــــة	العـــــدد
الإداريون	59
العمال المهنيون	175
الممارسون الأخصائيون	35
الأطباء العامون	35
الشبه طبيون	278
الإجمالي	582

*المصدر : إحصائيات المديرية الفرعية للموارد البشرية

المبحث الثاني: منهجية الدراسة الميدانية

يتضمن هذا المبحث وصفاً لمنهج الدراسة وإجراءاتها، بما في ذلك مجتمع الدراسة وعينتها و كذلك أداء الدراسة المستخدمة والتأكد من مصداقيتها وثباتها، وأخيرا الأساليب الإحصائية المتبعة في التحليل.

المطلب الأول: مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من الموظفين العاملين في مستشفى بن يوسف بن خدة بالبرواقية من إطارات طبية وموظفين إداريين والذي بلغ عددهم 582، ونظرا لصعوبة الإحاطات بجميع المؤسسات المكونة لمجتمع الدراسة إلى اختيار نسبة معينة من مجتمع الدراسة والذي يمثل عينة عن هذا المجتمع وقد تم الاعتماد على أسلوب العينة العشوائية الطبقية[1] كما قمنا بتحديد حجم العينة من خلال الاسترشاد بالأحجام التالية تبعا لحجم المجتمع الأصلي – مجتمع يقل أو يساوي 100 مفردة، العينة هي نصف العدد[2]:

-بين 100 و9000 مفردة، فالأفضل أخذ 10% من مجتمع الدراسة.

-مجتمع يتكون من عشرات الآلاف تكفي له عينة حجمها 1% من المجتمع.

وبهذا ستكون العينة المختارة في هذه الدراسة عددها 58، وتم استرجاع 47 إستبيان ولم يستبعد أي إستبيان، وهي إستبيان خاضعة للتحليل.

المطلب الثاني: أدوات الدراسة

بناء على طبعة المعلومات المراد جمعها وتباعا لأسلوب البحث المتبع، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة اعتمدنا في دراستنا أسلوب الاستبيان، وقد اعتمدنا في تصميم وصياغة أسئلة على الاستبيانات الخاصة بالدراسات السابقة، كما أخذنا بعين الاعتبار إرشادات وتوجهات الأستاذ المشرف والمجموعة من الأساتذة.

[1] للإطلاع على مفهوم هذا النوع من العينة يمكن الرجوع إلى: محمد بوعلاق الاحصاء الاسمي و المعلمي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، بن عكنون الجزائر ، 2005، ص 172 .

[2] عبد المجيد قدي، أسس البحث العلمي في العلوم الإقتصادية والإدارية– الرسائل والأطروحات– الطبعة 1 , الجزائر , دار الأبحاث للنشر والطرجمة والتوزيع,2009,ص93.

أولا:تصميم أداة الدراسة

تم إعداد الاستبيان خصيصاً لغرض جمع البيانات الاولية من مجتمع الدراسة، وتم تحليل نتائج هذا الاستبيان باستخدام البرنامج الإحصائي، spss وقد تم إعداد الاستبيان على النحو الآتي:

- إعداد الإستبيان أولاً من أجل استخدامه في جمع البيانات والمعلومات.
- عرض الإستبيان على المشرف من أجل اختبار مدى ملاءمته لجمع البيانات.
- تعديل الإستبيان بشكل أولي حسب ما يراه المشرف.
- تم عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين والذين قاموا بدورهم بتقييم وتحكيم الاستبيان، وتقديم النصح والإرشاد وتعديل الاستبيان ليكون في شكله النهائي.
- توزيع الإستبيان على جميع أفراد العينة لجمع البيانات اللازمة للدراسة، ولقد تم تقسيم الإستبيان إلى جزأين كما يأتي:
- **الجزء الأول**: يتكون من البيانات الشخصية والوظيفية لعينة الدراسة من حيث: الجنس، السن، المستوى العلمي، منصب العمل، سنوات الخبرة.
- **الجزء الثاني**: يناقش فرق العمل ودورها في تحسين جودة الخدمة الصحية ويشمل أربع أبعاد:

البعد الأول: الإستجابة، ويشمل هذا البعد ستة فقرات تعبر عن درجة استجابة المرضى (الزبائن) عن كل ما يتعلق بالخدمات التي يقدمها فريق العمل لدى المؤسسة محل الدراسة.

البعد الثاني: الإعتمادية، ويشمل هذا البعد كذلك ستة فقرات تعبر عن درجة اعتمادية فرق العمل في تقديم الخدمات من حيث الدقة والالتزام والثقة... لدى المؤسسة محل الدراسة.

البعد الثالث: التعاطف، ويشمل بدوره ستة فقرات تعبر عن مدى تعاطف فرق العمل اتجاه المرضى، فهو مقياس يعكس جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر المريض.

البعد الرابع: الدليل المادي، ويشمل ستة فقرات تعبر عن كل المتغيرات المادية التي تحرص فرق العمل على توفيرها لتقديم خدمات صحية ذات جودة في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابة العينة على عبارات الاستبيان، ويعتبر هذا المقياس أكثر المقاييس استخداما، وهو يتكون من خمس خيارات **أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق بشدة** كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (3–7)الخيارات المكونة لمقياس ليكرت الخماسي.

العبارات الأصلية	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الدرجة	1	2	3	4	5

المصدر: من إعداد الطالب

ثانيا: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

للإجابة عن أسئلة الدراسة و اختبار فرضياتها قمنا باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- من أجل التأكد من صدق الإتساق الداخلي تم إستخدام معامل الإرتباط سيبرمان للرتب
- لتحقق من التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة تم استخدام اختبار كلموجروف–سميرنوف.
- لتأكد من درجة الثبات لأداة الاستبيان المستخدمة تم الاعتماد على معامل الفاكرونباخ.
- النسب المئوية والرسوم والأشكال البيانية لمعرفة التوزيع النسبي للبينات الشخصية لعينة الدراسة
- الاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية من أجل معرفة الأهمية النسبية للعبارات.
- معامل الارتباط بيرسون لتحقق من صحة فرضية الدراسة اسئلة وفرضيات الدراسة الميدانية.

المطلب الثالث: دراسة صدق إستبيان

استعان الطالب لصدق أداة الاستبيان، باختبار قياس الثبات والاتساق الداخلي الاستبيان في عينة الدراسة لاستطلاعية البالغ حجمها 47مفردة، وذلك بحساب معامل الثبات ومعاملات الارتباط.

أولا: صدق الظاهري للإستبيان

للتحقق من الصدق الظاهري عرض الباحث مسودة اداة الدراسة على مجموعة من المحكمين من اعضاء هيئة التدريس في جامعة المدية ذوي اختصاص في علوم التسيير والمالية والإحصاء لإبداء أراءهم في صلاحيتها، ومدى ملاءمتها لأغراض الدراسة، وتم الأخذ باقتراحات المحكمين[1]، وجرت التعديلات وفقا لأرائهم، لتأخذ الأداة شكلها النهائي ب (24) فقرة موزعة على أربعة أبعاد[2]

ثانيا: اختبار التوزيع الطبيعي

قام الطالب باستخدام اختبار (One-**Sample Kolmogorov-Smirnov Test**) لمعرفة مدى اتباع البينات للتوزيع الطبيعي من عدمه، وهو اختبار ضروري في حالة اختبار الفرضيات، لأن جميع الاختبارات المعلمية تشترط أن يكون توزيع البينات طبيعيا، وتقضي قاعدة القرار بقبول أن البينات تتبع التوزيع الطبيعي إذا كانت قيمة الدلالة أكبر من (0.05).

الجدول رقم (3-8): اختبار التوزيع الطبيعي لابعاد الدراسة عن طريق

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

البعد	قيمة الاختبار Z	درجة الحرية DF	مستوى الدلالة P
الاستجابة	0.181	47	0,101
الاعتمادية	0,103	47	0,200
التعاطف	0,125	47	0,063
الدليل المادي	0,113	47	0,168

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات spss.

تشير النتائج المبينة في الجدول رقم(3-8) أدناه إلى أن البينات تتبع التوزيع الطبيعي إذ أن قيمة اختبار لجميع أبعاد الدراسة كانت أكبر من (α= 0.05)، لذلك يمكن القول بأنه لا توجد مشكلة تتعلق بافتراض التوزيع الطبيعي لبينات هذه الدراسة.

[1] انظر الملحق رقم (01)
[2] انظر الملحق رقم (02)

ثانيا: صدق الاتساق الداخلي

1- البعد الأول: الاستجابة

الجدول رقم (3-9) معاملات الارتباط سبيرمان (SPEARMAN)بين درجات العبارات والدرجة الكلية لبعد الاستجابة

البعد	العبارة	الاتساق مع الدرجة	
		قيمة معامل الارتباط سبيرمان	مستوى المعنوية
الاستجابة	يحرص فريق العمل بالمؤسسة الصحية على إعلام المرضى بكل ما يتعلق بنوع وتوقيت الخدمات الصحية المقدمة لهم.	0,919**	<0,001
	يتجاوب فريق العمل في المؤسسة الصحية فورا مع طلبات المرضى .	0,741**	<0,001
	يتميز فريق العمل في تعاملهم بالسرية التامة في كل ما يتعلق بالمرضى و حالتهم الصحية.	0,607**	<0,001
	يهتم فريق العمل في المؤسسة الصحية بمعرفة راي المرضى عند مغادرتهم المؤسسة.	0,831**	<0,001
	يضع المرضى ثقتهم الكاملة في فريق العمل لانهم يتميزون بالصرامة والجدية في اداء العمل.	0,782**	<0,001
	يضع المرضى ثقتهم الكاملة في فريق العمل في المؤسسة الصحية (اعوان الاستقبال و النظافة والامنة...)الانهم يتميزون باللباقة والكياسة في اداء عملهم.	0,745**	<0,001

(**): دال احصائيا عند مستوى معنوية (0.001)

(*): دال احصائيا عند مستوى معنوية (0.05)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات Spss

من خلال نتائج الواردة في الجدول رقم () نجد أن جميع معاملات الإرتباط كانت موجبة ودالة إحصائيا، وهذا ما يدل على علاقة طردية بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لبعد الاستجابة، وقدرت أعلى قيمة لمعامل الارتباط ($R=0.919, p<0.001$) للعبارة (يحرص فريق العمل بالمؤسسة الصحية

على على إعلام المرضى بكل ما يتعلق بنوع وتوقيت الخدمات الصحية المقدمة لهم)، وفي المقابل بلغت أدنى قيمة لمعامل الإرتباط ($R=0.607, p<0.001$) للعبارة (يتميز فريق العمل في تعاملهم بالسرية التامة في كل ما يتعلق بالمرضى و حالتهم الصحية.)، ومنه نستنتج ان جميع العبارات تمثل بعد الاستجابة وعليه لا يتم حذف أي عبارة

2-البعد الثاني: الاعتمادية

الجدول رقم(3-10):معاملات الارتباط سبيرمان (SPEARMAN)بين درجات العبارات والدرجة الكلية لبعد الاعتمادية

البعد	العبارة	الاتساق مع الدرجة	
		قيمة معامل الارتباط سبيرمان	مستوى المعنوية
الاعتمادية	يلتزم فريق العمل في المؤسسة الصحية بتقديم الخدمات في وقتها الملائم	0,574**	<0,001
	يلتزم فريق العمل في المؤسسة الصحية بالمواعيد ومختلف الوعود التي يقدمها للمرضى	0,656**	<0,001
	توفر فرق العمل في المؤسسة الصحية سجلات وأجهزة كمبيوتر تمكنها من متابعة الحالة الصحية لمرضاها حتي بعد انتهاء فترة علاجهم	0,738*	<0,001
	يحظى فريق العمل في المؤسسة الصحية بثقة المستفيدين من خدمة المقدمة لهم	0,779**	<0,001
	يقدم فريق العمل في المؤسسة الصحية بدرجة عالية من الدقة	0,747**	<0,001
	ينجح فريق العمل في المؤسسة الصحية في تجنب الأخطاء المتعلقة سواءا بالعلاج	0,785**	<0,001

(**): دال احصائيا عند مستوى معنوية (0.001)

(*): دال احصائيا عند مستوى معنوية (0.05)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات Spss

من خلال نتائج الواردة في الجدول رقم (3-10) نجد أن جميع معاملات الإرتباط كانت موجبة ودالة إحصائيا، وهذا ما يدل على علاقة طردية بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لبعد الاعتمادية، وقدرت

أعلى قيمة لمعامل الارتباط ($R=0.785, p<0.001$) للعبارة (ينجح فريق العمل في المؤسسة الصحية في تجنب الأخطاء المتعلقة سواءا بالعلاج)، وفي المقابل بلغت أدنى قيمة لمعامل الإرتباط ($R=0.574, p<0.001$) للعبارة (يلتزم فريق العمل في المؤسسة الصحية بتقديم الخدمات في وقتها الملائم)، ومنه نستنتج ان جميع العبارات تمثل بعد الاعتمادية، وعليه لا يتم حذف أي عبارة.

3-البعد الثالث: التعاطف

الجدول رقم(3-11):معاملات الارتباط سبيرمان (SPEARMAN) بين درجات العبارات والدرجة الكلية لبعد التعاطف

البعد	العبارة	الاتساق مع الدرجة	
		قيمة معامل الارتباط سبيرمان	مستوى المعنوية
التعاطف	يبدي فريق العمل في المؤسسة الصحية اهتماما شخصيا لكل حالة مرضية	0,692**	<0,001
	يبدي فريق العمل في المؤسسة الصحية احتراما مطلقا للمرضى ولذويهم	0,807**	<0,001
	يحرص فريق العمل في المؤسسة الصحية على مراعاة ظروف ومشاعر المرضى وحالتهم النفسية	0,751*	<0,001
	تصميم أوقات العمل من طرف فريق العمل وفق ما يتلاءم مع احتياجات المرضى ومتطلباتهم	0,753**	<0,001
	يبذل فريق العمل في المؤسسة كل الجهد والعناية اللازمة وهو يقدم في عمله أحسن ما لديه	0,655**	<0,001
	يتصف فريق العمل بالروح المرحة والصداقة في التعامل مع المرضى	0,715**	<0,001

(**): دال احصائيا عند مستوى معنوية (0.001)

(*): دال احصائيا عند مستوى معنوية (0.05)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات Spss

من خلال نتائج الواردة في الجدول رقم (3-11) نجد أن جميع معاملات الإرتباط كانت موجبة ودالة إحصائيا، وهذا ما يدل على علاقة طردية بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية لبعد التعاطف، وقدرت

أعلى قيمة لمعامل الارتباط ($R=0.807, p<0.001$) للعبارة (يبدي فريق العمل في المؤسسة الصحية احتراما مطلقا للمرضى ولذويهم)، وفي المقابل بلغت أدنى قيمة لمعامل الإرتباط ($R=0.655, p<0.001$) للعبارة (يبذل فريق العمل في المؤسسة كل الجهد والعناية اللازمة وهو يقدم في عمله أحسن ما لديه)، ومنه نستنتج ان جميع العبارات تمثل بعد التعاطف، وعليه لا يتم حذف أي عبارة.

-البعد الرابع: المادي

الجدول رقم(3-12):معاملات الارتباط سبيرمان (SPEARMAN) بين درجات العبارات والدرجة الكلية للبعد المادي

البعد	العبارة	الاتساق مع الدرجة	
		قيمة معامل الارتباط سبيرمان	مستوى المعنوية
المادي	يحرص فريق العمل على توفير مرافق داخل المؤسسة الصحية (صالات المرضى، وقاعات الانتظار ومكاتب الاطباء) مما يتوافق مع طبيعة العمل ونوع الخدمة المقدمة.	0,689**	<0,001
	يوفر فريق العمل في المؤسسة الصحية اجهزة ومعدات ومستلزمات طبية تمتاز بالحداثة.	0,640**	<0,001
	يحرص فريق العمل في المؤسسة الصحية على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر والهندام	0,630*	<0,001
	يضع فريق العمل تسهيلات لوصول المرضى الى المؤسسة الصحية.	0,750**	<0,001
	يوفر فريق العمل في المؤسسة الصحية مختلف الادوية وتحاليل.	0,733**	<0,001
	يضع فريق العمل في المؤسسة الصحية لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الاقسام والشعب المختلفة	0,745**	<0,001

(**): دال احصائيا عند مستوى معنوية (0.001)

(*): دال احصائيا عند مستوى معنوية (0.05)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات Spss

من خلال نتائج الواردة في الجدول رقم (3-12) نجد أن جميع معاملات الإرتباط كانت موجبة ودالة إحصائيا، وهذا ما يدل على علاقة طردية بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المادي، وقدرت أعلى قيمة لمعامل الارتباط (R=0.750, p<0.001) للعبارة (يضع فريق العمل تسهيلات لوصول المرضى الى المؤسسة الصحية)، وفي المقابل بلغت أدنى قيمة لمعامل الإرتباط (R=0.630, p<0.001) للعبارة (يحرص فريق العمل في المؤسسة الصحية على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر والهندام)، ومنه نستنتج ان جميع العبارات تمثل بعد التعاطف، وعليه لا يتم حذف أي عبارة.

رابعا: ثبات أداة الدراسة

جدول رقم(3-13): قيم معامل ثبات (ألفا كرونباخ) لكل متغير وللاستبانة ككل

متغيرات الدراسة	معامل ثبات ألفا كرونباخ	
العنوان	عدد العبارات	معامل الثبات
الاستجابة	06	0,715
الاعتمادية	06	0,648
التعاطف	06	0,698
الدليل المادي	06	0,702
الدرجة الكلية للاستبيان	24	0,743

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات Spss.

يتضح من خلال النتائج الواردة في الجدول (3-13): أن معامل الثبات (ألفا كرونباخ) لمتغيرات الدراسة والدرجة الكلية للاستبيان حققت جميعها قيم مقبولة ، حيث بلغ أعلى معامل الثبات لعبارات بعد الاستجابة (0.715)، في حين بلغت أدنى معامل ثبات لعبارات بعد الاعتمادية (0.648)، كما بلغ معامل الثبات للاستبانة ككل (0.743). وتشير هذه النتائج أنه لو تم إعادة توزيع الاستبيان داخل المستشفى وفي نفس الظروف فإن (95%) من افراد عينة الدراسة تكون لهم نفس الإجابة الحالية.

المبحث الثالث: تحليل نتائج الدراسة

سنتناول من خلال هذا المبحث عرض وتحليل الوصفي للبيانات الشخصية الذي يشكل الجزء الأول و البينات المتعلقة بآراء واستجابات أفراد واختبار فرضيات الدراسة.

المطلب الأول: عرض وتحليل البينات المتعلقة بخصائص عينة الدراسة

من خلال هذا المطلب سيتم معرفة الخصائص الخاصة بأفراد عينة الدراسة من خلال المتغيرات التالية: الجنس، السن، المستوى التعليمي، منصب العمل، الخبرة، وكانت النتائج كما يلي:

1- التوزيع النسبي لافراد عينة حسب متغير الجنس

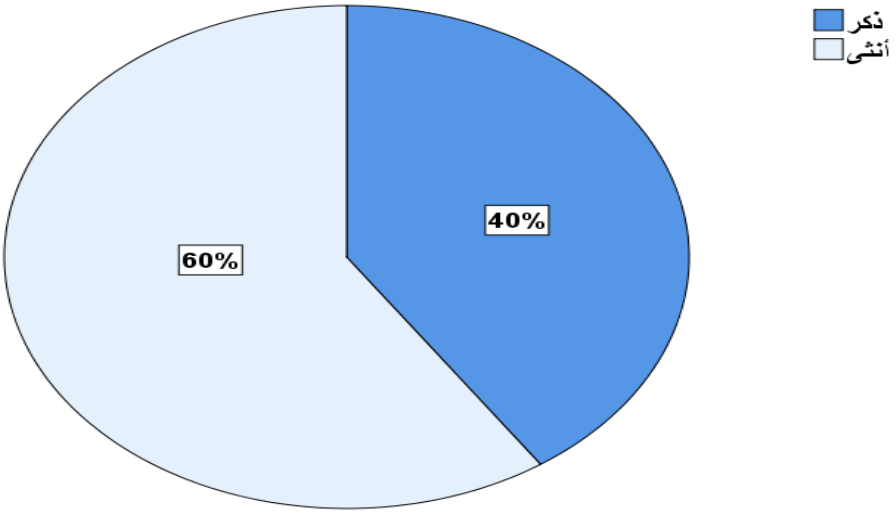
الجدول رقم (3-14): توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

المتغير	الفئات	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	19	40.0
	انثى	28	60.0
	المجموع	47	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS

يبين لنا الجدول رقم (3-14): أن فئة الاناث تمثل النسبة الأعلى (60%) من تمثيل أفراد عينة الدراسة، بينما تمثل النسبة (40%) المتبقية فئة الذكور في هذه العينة. وهذا يعني أن الفئة الغالبة على هذه العينة في مستشفى البرواقية هي من فئة الإناث، والشكل الموالي يوضح ذلك.

الشكل رقم (3-2) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الجنس



المصدر: بناءا على الجدول رقم (3-14)

2-التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

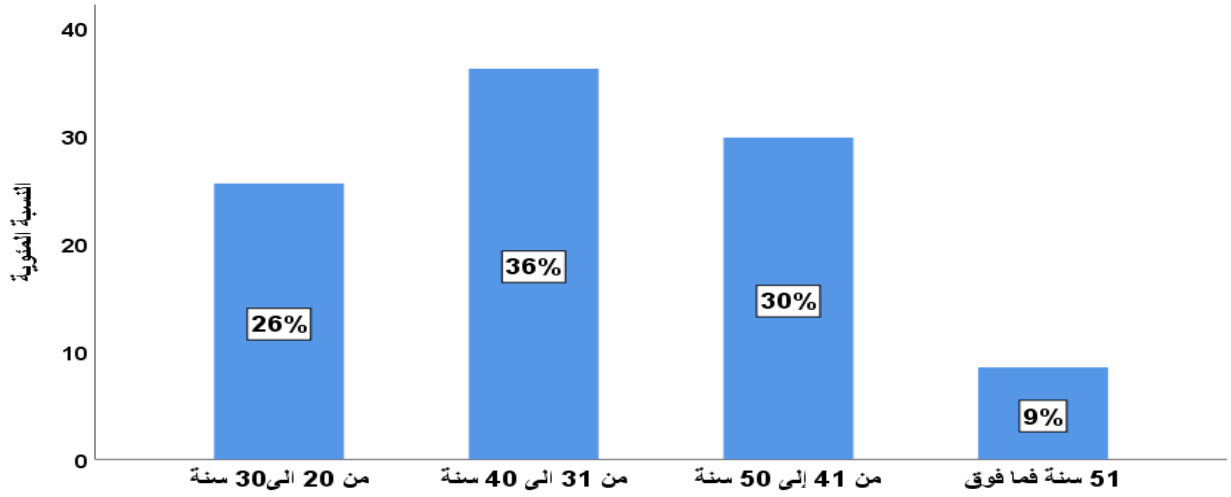
جدول رقم (3-15): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

المتغير	الفئات	التكرار	النسبة المئوية
السن	من 20 الى30 سنة	12	26,0
	من 31 الى 40 سنة	17	36,0
	من 41 إلى 50 سنة	14	30,0
	51سنة فما فوق	04	09,0
	المجموع	30	100,0

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم (3-15) نجد أن أعلى نسبة (36 %) من أفراد عينة الدراسة داخل المستشفى تقع أعمارهم في الفئة [من 31 الى 40 سنة]، تليها الفئة العمرية [من 41 إلى 50 سنة] بنسبة (30%)، ثم الفئة العمرية [من 20 الى30 سنة] بنسبة بلغت (26%)، أما أدنى نسبة (10%) من أفراد عينة الدراسة ينتمون إلى الفئة العمرية [51 سنة فما فوق]، والشكل التالي يبين ذلك.

الشكل رقم (3-3): التوزيع النسبي لافراد عينة الدراسة حسب متغير السن



المصدر: بناءا على الجدول رقم (3-15)

3- التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

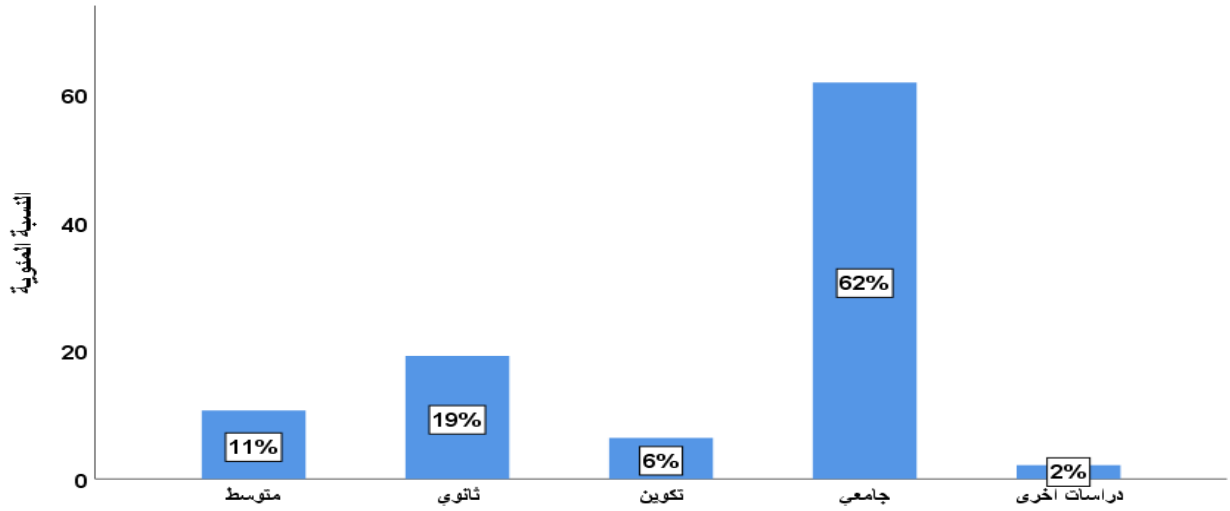
الجدول رقم(3-16): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى العلمي

المتغير	الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
المستوى التعليمي	متوسط	05	11,0
	ثانوي	09	19,0
	تكوين	03	06,0
	جامعي	29	62,0
	دراسات اخرى	01	02.0
	المجموع	30	100.0

المصدر : من إعداد الطالب با لاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم (3-16) نجد أن أغلب أفراد عينة الدراسة داخل المستشفى من ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (62%)، تليها نسبة (19%) من ذوي المستوى التعليمي الثانوي، ثم نسبة (11%) من مستوى التعليم المتوسط، فالتكوين بنسبة (06%)، أما أدنى نسبة (02%) فهي لحملة شهادة الدراسات الأخرى، والشكل التالي يوضح ذلك.

الشكل رقم (3-4): توزيع النسبي لموظفي عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي



المصدر: بناءا على الجدول رقم (3-16)

4-التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب متغير منصب العمل

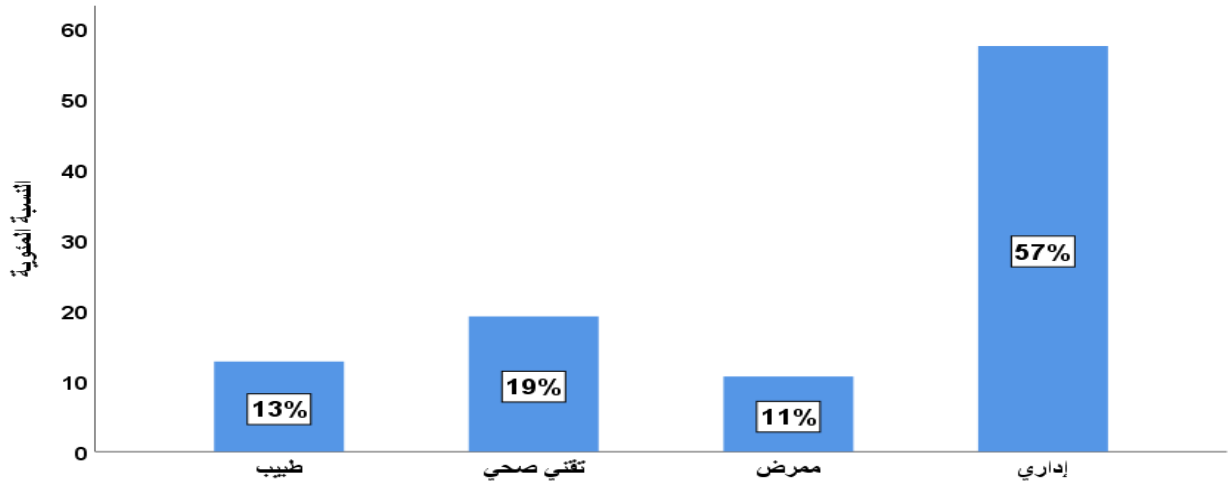
جدول رقم (3-17): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب متغير منصب العمل

المتغير	الفئات	التكرار	النسبة المئوية
منصب العمل	طبيب	06	13,0
	تقني صحي	09	19,0
	ممرض	05	11,0
	إداري	27	57,0
	المجموع	30	100,0

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول رقم (3-17) نجد أن أعلى نسبة (57 %) من أفراد عينة الدراسة حسب منصب العمل من الإداريين يليهم التقنيين في الصحة بنسبة (19%)، ثم الاطباء بنسبة (13%)، في حين أن ادنى نسبة (11%) من أفراد عينة الدراسة حسب منصب العمل كانوا من الممرضين.

الشكل رقم (3-5): التوزيع النسبي لموظفي عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة



المصدر: بناءا على الجدول رقم (3-17)

5- التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد سنوات الخبرة

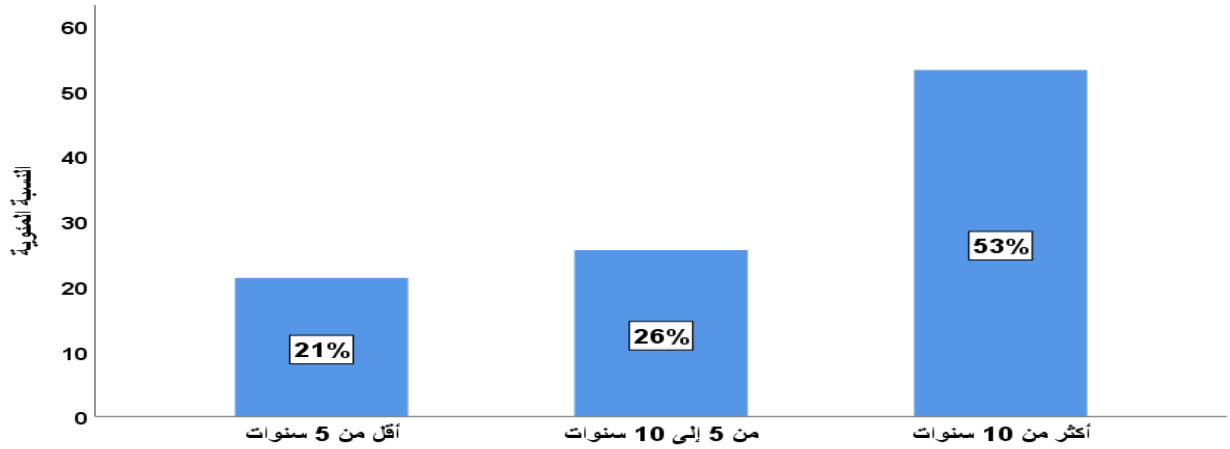
الجدول رقم(3-18): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد سنوات الخبرة

المتغير	الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
عدد سنوات الخبرة	أقل من 5 سنوات	10	21,0
	من 5 إلى 10 سنوات	12	26,0
	أكثر من 10 سنوات	25	53,0
	المجموع	47	100,0

المصدر : من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS

يبين لنا الجدول رقم (3-18): أن النسبة الاعلى (53%) من أفراد عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة ينتشرون في فئة [أكثر من 10 سنوات]، يليهم الأفراد الذين يمتلكون سنوات خبرة من [من 5 إلى 10 سنوات] بنسبة (26%)، في حين بلغت أدنى نسبة (21%) من الأفراد الذين يمتلكون سنوات خبرة [أقل من 5 سنوات]، والشكل التالي يوضح ذلك.

الشكل رقم (3-6): التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد سنوات الخبرة



المصدر:بناءا على الجدول رقم (3-18)

المطلب الثاني: عرض وتحليل البينات المتعلقة بآراء واستجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات ابعاد الدراسة

سنقوم في هذا المطلب بعرض النتائج المتعلقة بأسئلة محاور الدراسة وتحليلها وتفسيرها.

1- بعد الاستجابة

الجدول (3-19) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات بعد الاستجابة

العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	اتجاه العبارة
يحرص فريق العمل بالمؤسسة الصحية على اعلام المرضى بكل ما يتعلق بنوع وتوقيت الخدمات الصحية المقدمة لهم	3,179	0,897	محايد
يتجاوب فريق العمل في المؤسسة الصحية فورا مع طلبات المرضى	2,915	0,855	محايد
يتميز فريق العمل في تعاملهم بالسرية التامة في كل ما يتعلق بالمرضى وحالتهم الصحية	3,526	0,721	موافق
يهتم فريق العمل في المؤسسة الصحية بمعرفة راي المرضى عند مغادرتهم المؤسسة	2,480	0,789	غير موافق
يضع المرضى ثقتهم الكاملة في فريق العمل لأنهم يتميزون بالصرامة والجدية في أداء العمل	2,384	0,729	غير موافق
يضع المرضى ثقتهم الكاملة في فريق العمل في المؤسسة الصحية (أعوان الاستقبال والنظافة والامن....) لأنهم يتميزون باللباقة والكياسة في أداء عملهم	3,049	0,834	محايد
المتوسط العام لبعد الاستجابة	2,968	0,636	محايد

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات Spss

تشير النتائج الواردة في الجدول رقم (3-19) أن المتوسط العام لبعد الاستجابة جاء بدرجة محايد داخل المؤسسة الاستشفائية البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة، حيث بلغ (2.968) وبانحراف معياري قدره (0.636) يشير إلى تجانس أراء أفراد عينة الدراسة

أما على مستوى العبارات الممثلة لهذا المتغير، فالعبارة التي نصت على " **يتميز فريق العمل في تعاملهم بالسرية التامة في كل ما يتعلق بالمرضى وحالتهم الصحية**" حازت على اعلى المتوسطات الحسابية بمقدار (3.526) وبانحراف معياري (0.721) معبرا عن عدم وجود تشتت في اجابات أفراد عينة الدراسة حول متوسط هذه العبارة ، تليها العبارة الخاصة ب " **يحرص فريق العمل بالمؤسسة الصحية**

على اعلام المرضى بكل ما يتعلق بنوع وتوقيت الخدمات الصحية المقدمة لهم" بمتوسط حسابي (3.179) وانحراف معياري مقداره (1.897) معبر عن عدم وجود اختلاف في اراء افراد عينة الدراسة حول هذه العبارة، في حين حصلت العبارة الخاصة ب " **يضع المرضى ثقتهم الكاملة في فريق العمل لأنهم يتميزون بالصرامة والجدية في أداء العمل** " على أدنى متوسط حسابي (2.384) وبانحراف معياري بلغ (0.729) ما يدل على تجانس في اجابات أفراد عينة الدراسة حول متوسط هذه العبارة. ويلاحظ أيضا من نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة انحصار المتوسطات الحسابية بين (3.526)-(2.384)، اذ تتجمع هذه النتائج وفقا لمقياس (Likert) بين درجة (غير الموافق) ودرجة (الموافق) وهذا يدل على أن افراد عينة الدراسة لديهم انطباع محايد لمدى استجابة فريق العمل لكل متطلبات واحتياجات المرضى داخل المؤسسة الاستشفائية بالبرواقية، وهذا راجع لظروف العمل التي قد تكون في بعض الاحيان خارج عن سيطرة فريق العمل.

2- بعد الاعتمادية:

الجدول (3-20) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات بعد الاعتمادية

العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	اتجاه العبارة
يلتزم فريق العمل في المؤسسة الصحية بتقديم الخدمات في وقتها الملائم	3,638	0,792	موافق
يلتزم فريق العمل في المؤسسة الصحية بالمواعيد ومختلف الوعود التي يقدمها للمرضى	3,114	0,744	محايد
توفر فرق العمل في المؤسسة الصحية سجلات وأجهزة كمبيوتر تمكنها من متابعة الحالة الصحية لمرضاها حتى بعد انتهاء فترة علاجهم	3,498	0,935	موافق
يحظى فريق العمل في المؤسسة الصحية بثقة المستفيدين من خدمة المقدمة لهم	3,020	0,841	محايد
يقدم فريق العمل الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة	3,308	0,804	محايد
ينجح فريق العمل في المؤسسة الصحية في تجنب الأخطاء المتعلقة سواءا بالتشخيص او بالعلاج	3,283	0,775	محايد
المتوسط العام لبعد الاعتمادية	3,141	0,724	محايد

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات Spss

يلاحظ في الجدول رقم (3-20) أن معدل الإجابات الخاص ببعد الاعتمادية جاء بدرجة متوسطة داخل المؤسسة الاستشفائية البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (3.141) وبانحراف معياري قدره (0.724) ما يشير إلى انسجام إجابات العينة اتجاه هذا البعد،

أن العبارة التي نصت على " **يلتزم فريق العمل في المؤسسة الصحية بتقديم الخدمات في وقتها المحدد** " حازت على اعلى المتوسطات الحسابية وبمقدار (3.638) وبانحراف معياري (0.7919) معبرا عن عدم وجود تشتت في اجابات أفراد عينة الدراسة حول متوسط هذه العبارة ، في حين حصلت العبارة الخاصة ب " **يحظى فريق العمل في المؤسسة الصحية بثقة المستفدين من الخدمة المقدمة لهم** . " على أدنى متوسط حسابي (3.019) وبانحراف معياري بلغ (0.841) يدل على تجمع في اجابات أفراد عينة الدراسة حول متوسط هذه العبارة.

ويلاحظ أيضا من نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة انحصار المتوسطات الحسابية بين (3.638)-(3.019)، اذ تتجمع هذه النتائج وفقا لمقياس (Likert) بين درجة (المحايد) ودرجة (موافق) وهذا يدل على المؤسسة الاستشفائية البرواقية تعتمد بالدرجة الأولى على فرق العمل لتقديم أفضل خدمة للمرضى، كون العمل بمفهوم فريق واحد يكون أكثر جدية ويعطي الثقة لهؤلاء المرضى.

3- بعد التعاطف:

الجدول (3-21) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات بعد التعاطف

العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحرف المعياري	اتجاه العبارة
يبدي فريق العمل في المؤسسة الصحية اهتماما شخصيا لكل حالة مرضية	3,595	0,851	موافق
يبدي فريق العمل في المؤسسة الصحية احتراما مطلقا للمرضى ولذويهم	3,446	0,855	غير موافق
يحرص فريق العمل في المؤسسة الصحية على مراعاة ظروف ومشاعر المرضى وحالتهم النفسية	3,369	0,911	موافق
تصميم أوقات العمل من طرف فريق العمل وفق ما يتلاءم مع احتياجات المرضى ومتطلباتهم	3,319	0,980	محايد
يبذل فريق العمل في المؤسسة كل الجهد والعناية اللازمة وهو يقدم في عمله أحسن ما لديه	3,340	0,760	غير موافق
يتصف فريق العمل بالروح المرحة والصداقة في التعامل مع المرضى	3,468	0,856	غير موافق
المتوسط العام لبعد التعاطف	3,414	0,641	موافق

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات Spss

يلاحظ في الجدول رقم (3-21) أن معدل الإجابات الخاص ببعد التعاطف جاء بدرجة الموافق داخل المؤسسة الاستشفائية البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (3.414) وبانحراف معياري قدره (0.641) ما يشير إلى انسجام إجابات العينة اتجاه هذا البعد،

أن العبارة التي نصت على " **يبدي فريق العمل في المؤسسة الصحية اهتماما شخصيا لكل حالة مرضية** " حازت على اعلى المتوسطات الحسابية وبمقدار (3.595) وبانحراف معياري (0.851) معبرا عن عدم وجود تشتت في اجابات أفراد عينة الدراسة حول متوسط هذه العبارة ، في حين حصلت العبارة الخاصة ب " **تصميم أوقات العمل من طرف فريق العمل وفق ما يتلائم مع احتياجات المرضى ومتطلباتهم**" على أدنى متوسط حسابي (3.319) وبانحراف معياري بلغ (0.980) يدل على تجمع في اجابات أفراد عينة الدراسة حول متوسط هذه العبارة.

ويلاحظ أيضا من نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة انحصار المتوسطات الحسابية بين (3.638)- (3.019)، اذ تتجمع هذه النتائج وفقا لمقياس (Likert) بين درجة (المحايد) ودرجة (موافق) وهذا يدل على أن الجانب العاطفي الذي يبديه فرق العمل اتجاه المرضى في تقديم الخدمات الصحة يعكس مدى جودة الخدمات في المؤسسة الاستشفائية البرواقية .

4- البعد المادي:

الجدول (3-22) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات البعد المادي

العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	اتجاه العبارة
يحرص فريق العمل على توفير مرافق داخل المؤسسة الصحية (صالات المرضى، وقاعات الانتظار ومكاتب الاطباء) مما يتوافق مع طبيعة العمل ونوع الخدمة المقدمة.	3,645	0,875	موافق
يوفر فريق العمل في المؤسسة الصحية اجهزة ومعدات ومستلزمات طبية تمتاز بالحداثة.	3,121	0,980	محايد
يحرص فريق العمل في المؤسسة الصحية على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر والهندام	2,353	0,720	غير موافق
يضع فريق العمل تسهيلات لوصول المرضى الى المؤسسة الصحية.	3,073	0,895	محايد
يوفر فريق العمل في المؤسسة الصحية مختلف الادوية وتحاليل.	2,150	0,997	غير موافق
يضع فريق العمل في المؤسسة الصحية لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الاقسام والشعب المختلفة	3,578	0,749	موافق
المتوسط العام للبعد المادي	3,245	0,521	محايد

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات Spss

يلاحظ في الجدول رقم (3-22) أن معدل الإجابات الخاص بالبعد المادي جاء بدرجة متوسطة داخل مستشفى البرواقية، حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (3.245) وبانحراف معياري قدره (0.521) ما يشير إلى انسجام إجابات العينة اتجاه هذا البعد،

اما على مستوى العبارات، فقد حققت العبارة الخاصة ب " **يحرص فريق العمل على توفير مرافق داخل المؤسسة الصحية (صالات المرضى، قاعات الانتضار ومكاتب الاطباء مما يتوافق مع طبيعة العمل ونوع الخدمة المقدمة** " على اعلى المتوسطات الحسابية وبمقدار (3.645) وبانحراف معياري (0.874) معبرا عن عدم وجود تشتت في اجابات أفراد عينة الدراسة حول متوسط هذه العبارة ، تليها العبارة التي نصت على " يضع فريق العمل في المؤسسة الصحية لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والشعب المختلفة " بمتوسط حسابي قدره (3,577) وبانحراف معياري بلغ (0,749) ممايدل على عدم وجود تباين في إجابات افراد عينة الدراسة حول هذه العبارة، في حين حصلت العبارة الخاصة ب " **يوفر فريق العمل في المؤسسة الصحية لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والشعب المختلفة**" على أدنى متوسط حسابي (2.149) وبانحراف معياري بلغ (0.997) يدل على تجمع في اجابات أفراد عينة الدراسة حول متوسط هذه العبارة.

ويلاحظ أيضا من نتائج إجابات أفراد عينة الدراسة انحصار المتوسطات الحسابية بين (3.645)-(3.2149)، اذ تتجمع هذه النتائج وفقا لمقياس (Likert) بين درجة (غير موافق) ودرجة (موافق) وهذا يدل على ضعف الدليل المادي في تقديم الخدمات في مستشفى البرواقية والذي يعتبر جانب مهم يعكس مدى جودة الخدمة المقدمة .

المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة الميدانية

من خلال النتائج المتوصل اليها سابقا سنحاول اختبار نتائج الدراسة الميدانية والتي جاءت على النحو التالي:

الفرضية الأولى:

- **(H0): لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين درجة استجابة فرق العمل في تقديم الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة.**
- **H1: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين درجة استجابة فرق العمل في تقديم الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة**

الجدول رقم(3-23): يبين نتائج اختبار الفرضية الأولى

المتغير	الوسط الحسابي	قيمة t الجدولية	درجة الحرية	قيمة T	مستوى المعنوية
T1	2,968	1.67	46	-0.344	0.73

المصدر:من إعداد اللطالب بالاعتماد على برنامج spss.

يتضح من الجدول أن T المحسوبة مساوية ل0.344. وهي أقل من t الجدولية و المقدرة بـ 1.67، كما أن مستوى الدلالة المحسوب المقدرة بـ 0.00 أقل من 0.005. و بالتالي فإننا نقبل الفرضية العدمية التي نصت على أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين درجة استجابة فرق العمل في تقديم الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة.

الفرضية الثانية :

- **(H0): لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين مدى اعتمادية فرق العمل في تقديم الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة.**
- **H1: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين مدى اعتمادية فرق العمل في تقديم الخدمة في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة.**

الجدول رقم(3-24): يبين نتائج اختبار الفرضية الثانية

المتغير	الوسط الحسابي	قيمة t الجدولية	درجة الحرية	قيمة T	مستوى المعنوية
T2	3.14	1.67	46	3.163	0.005

يتضح من الجدول أن T المحسوبة مساوية ل3.163 وهي أكبر من t الجدولية و المقدرة بـ 1.67، كما أن مستوى الدلالة المحسوب المقدرة بـ 0.00 أقل من 0.005.وعليه نرفض لفرضية العدمية ونقبل الفرضية البديلة التي نصت على وجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)

بين مدى اعتمادية فرق العمل في تقديم **الخدمة** في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة.

. **الفرضية الثالثة:**

- **(H0): لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين تعاطف فرق العمل في تقديم الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة.**
- **H1:توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين تعاطف فرق العمل في تقديم الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة.**

الجدول رقم(3–25): يبين نتائج اختبار الفرضية الثالثة

المتغير	الوسط الحسابي	قيمة t الجدولية	درجة الحرية	قيمة T	مستوى المعنوية
T3	3.41	1.67	46	4.433	0.00

يتضح من الجدول أن T المحسوبة مساوية 4.433 وهي أكبر من t الجدولية و المقدرة بـ 1.67، كما أن مستوى الدلالة المحسوب المقدرة بـ 0.00 أقل من 0.005.وعليه نرفض لفرضية العدمية ونقبل الفرضية البديلة التي نصت على وجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين تعاطف فرق العمل في تقديم الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة.

الفرضية الرابعة:

- **(H0): لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) على مدى الرضا عن البعد المادي لفرق العمل عند تقديم الخدمات في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة.**
- **H1: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) على مدى رضا أفراد عينة الدراسة عن البعد المادي لفرق العمل عند تقديم الخدمات في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية.**

الجدول رقم (3–26):يبين نتائج اختبار الفرضية الرابعة

المتغير	الوسط الحسابي	قيمة t الجدولية	درجة الحرية	قيمة T	مستوى المعنوية
T4	3.24	1.67	46	3.21	0.02

- يتضح من الجدول أن T المحسوبة مساوية 3.21 وهي أكبر من t الجدولية و المقدرة بـ 1.67، كما أن مستوى الدلالة المحسوب المقدرة بـ 0.00 أقل من 0.005.وعليه نرفض الفرضية العدمية ونقبل الفرضية البديلة التي نصت على وجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) على مدى رضا أفراد عينة الدراسة عن البعد المادي لفرق العمل عند تقديم الخدمات في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية.

خلاصة :

من خلال هذا الفصل الذي حاولنا التعرف على فرق العمل ودورها في تحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بن يوسف بن خدة بالبرواقية، وهاذا باستخدام التحليل الإحصائي والاستعانة بالأساليب الإحصائية الوصفية والمتمثلة في التكرارت والنسب المئوية لمعرفة خصائص العينة المدروسة، والمتوسط الحسابي والإنحراف المعياري ومعامل الاختلاف لمعرفة اتجاه إجابات أفراد العينة نحو متغيرات الدراسة. وتم الإستعانة بأساليب الإحصاء الإستدلالي وذلك من أجل تحديد دور المتغير المستقل إدارة فرق العمل ومتغيرات التابعة لجودة الخدمة الصحية.

ومن خلال النتائج المتوصل إليها إتضح أنه لإدارة فرق العمل دور في تحسين جودة الخدمة الصحية، وهذا ما أكدناه من خلال معاملات الإرتباط التي كانت ذات دلالة إحصائية.

خاتمة

بات واضح بأن عالمنا الذي نعيش فيه اليوم هو عالم الخدمات، ولعل الخدمة الصحية واحدة من أبرز الخدمات التي ازدادت الحاجة إليها عما سبق، هذا ما أوجب أن يكون هناك إهتمام واضح ومتزايد من قبل المنظمات الصحية، ففي الآونة الأخيرة شهد القطاع الصحي اهتماما كبيرا وعلى جميع المستويات بتطبيق معايير وإجراءات نظم الجودة فهي تختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، حيث ينظر إلى الجودة من منظور طبي على أساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث لتطورات العلمية، أما الجودة من منظور المستفيد، فتركز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها نهائية، ومن خلال هذا المنطلق حاولنا من خلال هذه الدراسة معالجة أحد المواضيع الحديثة ، والمهمة في تسيير، ونجاح المؤسسات الصحية العمومية ألا وهو :"فرق العمل ودورها في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية".

وقد اشتملت الدراسة على جانب نظري عرض وتحليل متغيرات الدراسة المتمثلة في فرق العمل وجودة الخدمة الصحية، ودراسة الميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بن يوسف بن خدة بالبرواقية، حيث تم التوصل إلى ضرورة إعتماد فرق العمل بالمؤسسات الصحية، من خلال تصميم إستبيان موجه للعاملين بالمستشفى .

نتائج الدراسة:

أظهرت الدراسة جملة من نتائج نظهرها فيما يلي:

- توجد هناك علاقة دالة معنويا بين فرق العمل و خدمة الجودة الصحية .

- يعتبر العمل الجماعي أحد الأساليب المتبعة داخل المؤسسة الصحية الذي يرتكز عليه العمال قصد تحسين جودة الخدمات الصحية .

- المؤسسات الصحية كغيرها من المؤسسات الخدمية تسعى إلى تحسين من جودة خدماتها الصحية قدر الإمكان و هذا لتقديم الأفضل لعملائها و ذلك بتطبيق الأسلوب الجماعي داخل المؤسسة الصحية .

- توصلنا من خلال الجانب التطبيقي للدراسة إلى وجود علاقة بين فرق العمل و جودة الخدمة الصحية من خلال آراء العمال داخل المؤسسة الصحية العمومية محل الدراسة الذين تم إستجوابهم ، نجد أن هذه المؤسسات تهتم بتحسين جودة خدماتها الصحية فيما يتعلق بجميع أبعاد الجودة حيث كان تقييمها عالي

بالنسبة للإعتمادية و التعاطف و البعد المادي أما بعد الإستجابة كان له أثر سلبي و هذا راجع لحياد بعض المستجوبين .

– لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين درجة استجابة فرق العمل في تقديم الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة .

– توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين مدى اعتمادية فرق العمل في تقديم الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة .

– توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين تعاطف فرق العمل في تقديم الخدمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة .

– توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) على مدى الرضا عن البعد المادي لفرق العمل عند تقديم الخدمات في المؤسسة الاستشفائية بمدينة البرواقية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة .

الاقتراحات:

على ضوء النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة ارتأينا أن نقدم بعض الاقتراحات التي نراها مناسبة:

– عمل المستشفيات الجزائرية على إدارة فرق العمل، بما يسهم في الفهم وحل المشكلات التي تواجهها.

– تعزيز ثقافة الانفتاح والتشارك أكثر ودفع العاملين إلى روح العمل الجماعي والتحاور.

– اهتمام المستشفيات لتشكيل فرق العمل، فليس هو تشكيل فريق عمل بل تشكيل فريق كفؤ يساعد على تحقيق الأهداف المسطرة في الوقت المناسب، وبأقل تكلفة ممكنة.

– الإهتمام بإجراءات إستقبال المرضى وتعديلها بما يخفف العبء على المريض، ووضع خط للاستعلامات يمكن المريض من الاستفسار عن خدمات المؤسسة الصحية أو خدمات تخصه.

–تشديد الرقابة على فريق العمل الموكلة للاهتمام بنظافة المؤسسة الصحية الكلية، غضافة إلى توعية الزوار وكامل العمال بضرورة الحفاظ على النظافة.

آفاق الدراسة:

حاولنا من خلال هذه الدراسة معالجة هذا الموضوع في حدود الإشكالية المطروحة وحسب المعلومات والمعطيات المتوفرة والتي أمكن الحصول عليها، ومنه لايمكن اعتبار هذه الدراسة قد أحاطت بكل جوانب الموضوع وبكل أبعاده، لأنه تبقى بعض النقاط تستدعي فتح أبواب وآفاق علمية جديدة ولهذا الصدد نقترح عندنا عددا من المواضيع التي يمطن أن تشكل مواضيع مستقبلية:

- القيادة في فرق العمل ودرها في تحسين جودة الخدمة الصحية العمومية.

- أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية العمومية.

-القدرة الاتصال في فريق العمل ودوره في تحسين جودة الخدمة الصحية.

قائمة المراجع

أ/ قائمة المراجع العربية :

أولا : الكتب

1. احسان كمال , مدخل مفاهيمي متكامل , دار الصفاء النشر و التوزيع , الأردن , 2013 .

2. أحمد محمد المصري ، التخطيط و العراقية الإدارية ، مؤسسة شباب الجامعة ، مصر ، 2004.

3. أبر على زيد ، ادارة العمل الجماعي و بناء فرق العمل ، دار جلبين الزمان للنشر و التوزيع ، الطبعة الأولى،2017.

4. اسماعيل السيد، نظم المعلومات، اتخاذ القرارات الإدارية، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية مصر، 2008.

5. باترك ليسبوني , العوامل الخمسة لنجاح العمل الجماعي , ترجمة محمد عبد الرؤوف العربي، كلمات عربي لترجمة والنشر، مصر , 2008.

6. البربري فتحي ، الإبداع ، دار الفكر للطباعة و النشر ، الأردن، 2009.

7. بشير علاق، حميد عبد النبي الطائي، تسويق الخدمات، دار الزهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2007.

8. البطانية تركي ، الرقابة الإدارية ، دار وائل للنشر و التوزيع ، الأردن ، 2014.

9 بوقفة رؤوف، معايير الرعاية التمريضية، دار الولاء للنشر، الجزائر، 2002 .

10. البراوني محمد, قياس الفكر الاداري المعهد القومي للادارة العليا، مصر ،2011

11. توفيق محمد عبد المحسن، قياس الجودة والقياس المقارن أساليب حديثة في المعايرة والقياس، معهد الكفاية الإنتاجية جامعة الزقازيق، القاهرة، مصر، 2005/ 2006 .

12. تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار يا زوري للنشر والتوزيع، 2005 .

13. توفيق عبد الرحمان ، بناء و تحقير فرق العمل ، مركز الخبرات المهنية للإدارة ، مصر ، 2008 .

14.حمدان عيضة , معرفات فرق العمل في المنظمات العامة ,كلية الأقصد و الإدارة, جامعة الملك عبد العزيز , جدة المملكة العربية السعودية2008 .

15. ثابت عبد الرحمان إدريسي، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية، مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم، الدار الجامعية، مصر، 2006 .

16. الحصن، محمد فريد، قراءات في إدارة التسويق، الدار الجامعية، مصر، 2002.

17. حمدان أحمد : فرق العمل الإدارية ، دار أساسية للنشر و التوزيع، الأردن، 2007 .

18. حميد الطائي، تسويق الخدمات دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007

19. الحيلة محمد محمود ، السلوك الجماعي في المنظمات : دار الكتاب الجماعي ، الإمارات العربية المتحدة، 2001.

20. چون هيز ، مهارات التواصل بين أفراد العمل ، دار المسيرة ، الأردن ، 2011.

21. جانيت بروان، الإدارة والمبادئ في التمريض، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.

22. الخواجة عبد الفتاح ، الإدارة الذكية و المطورة للموزعين ، دار البداية ، عمان ، 2010.

23. درويش إبراهيم ، التحليل الإدارية دار النهضة المصرية ، القاهرة، 2000.

24. نرة عبد الباري، وزهير الصباغ، ادارة القوى البشرية، دار الندوة، عمان 1996 .

25. خالد بن السعيدي، مدى فاعلية برامج الجودة التوعية بمستشفيات وزارة الصحة، جامعة الكويت، دولة الكويت، 1994 .

26. ريتشاد ويليامز أساسيات ادارة الجودة الشاملة , الجمعية الأمريكية لادارة, مكتبة جريز. الرياض السعودية 1999.

27.رنينا عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج د.ط، عمان، الأردن، 2008 .

28. الزعبي محمد، اتخذ القرارات الإدارية، دار وائل للنشر، الأردن، 2009 .

29. زكي خليل، تسويق الخدمات و تطبيقاته ، دار المناهج للنشر و التوزيع ، الأردن، 2006.

30. شاهين وآخرون، تسويق الخدمات، مجموعة النيل العربية، ط1، القاهرة، مصر،2009 .

31. سكارية بلال ، القيادة الإدارية الفعالة ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، عمان ، 2012.

32. سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمة الصحية جامعة قناة السويس، مصر، 2008 .

33. سالم فؤاد الشيخ، الأساليب الكمية في اتخاذ القرارات، المنظمة العربية للعلوم الإدارية، عمان، 1995.

34. الشيخ فؤاد واخرون، المفاهيم الادارية الحديثة، مركز الكتب الأردني، عمان، الأردن 2002 .

35. صلاح محمود دياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، ط1، دار الفكر للنشر، عمان، الأردن، 2003 .

36. الطراونة حسين احمد ، الرقابة الإدارية ، دار النشر والتوزيع ، الأردن ،2012 .

37. طلال بن عايدي الأحمدي، إدارة الرعاية الصحية، بدون طبعة، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2004.

38. عواطف ابراهيم الحداد، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الألى، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن ، 2009 .

39. العلمي ، صالح مهدي محسن ، العلبي طاهر محصن منصور ، الإدارة الأعمال ، دار وائل ، الأردن، 2004.

40. سعر تحصين ، الفلسفة الأخلاقية و علم العقيدة ، دار البشير للنشر ، مصر ، 2013 .

41. عليان اريحي، العمليات الإدارية ، دار الصفاء ، عمان والأردن ، 2010 .

42. عصرية صالح ، التفكير الإبداعي ، مكتبة المجتمع العربي للنشر، عمان، الأردن، 2005

43. العجمي محمد ، القيادة الإدارية و التنمية البشرية ، دار المسيرة ، عمان ، 2006

44. عبد المهدي بوعانة ، إدارة الخدمات الصحية والمؤسسات الصحية مفاهيم ونظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، دار حامد، الصحة الأعلى ، عمان، الأردن، 2004 .

45. العلي الستار ، تطبيقات في ادارة الجودة الشالة ، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة الأردن ، 2008 46. علي السلمي، ادارة الأفراد والكفاءة الإنتاجية ، دار غريب ، مصر ، 1985.

47. عبد الإله الساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي للنشر، 2009

48. عميد عاطف, أصول التنظيم والادارة, دار النهضة العربية بيروت 1997.

49. فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998.

50. فريد توفيق، إدارة المنظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن ،2012.

51. قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو، دار الثقافة، ليبيا، 2005.

52، 1 القريوتي محمد القاسم ، السلوك التنظيمي ، ط3، دار الشروق للنشر و التوزيع ، الأردن، 2000

53. كوثر فليب، أمسترونغ، أساسيات التسويق، ترجمه سرور سرور، دار المريخ للنشر، الرياض، 2007 .

54. كامل المغربي, الإدارة، دار النشر والتوزيع، الرياض , 1988.

55. كويك توماس ، بناء فريق عمل ناجح ، ترجمة سرور سرور ، مكتبة جرير ، السعودية ، 2004.

56. مليكة لويس ، سيكولوجية الجماعات و القيادة ، الجزء الأول ، ط2 ، مكتبة دار النهضة المصرية، القاهرة، 1990.

57. مروان محمد و المقاهيم الإدارية الحديثة ، دار الكتاب الجامعية الإمارات العربية المتحدة :2011.

58. المؤذن محمد الحاج صالح، مبادئ التسويق، دار الثقافة للنشر والتوزيع والدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع، عمان، 2002 .

59. المصري سعيد محمد، إدارة تسويق الأنشطة الخدمية، الدار الجامعية، مصر، 2002 .

60. مخيمر عبد العزيز، الاتجاهات الحديثة في المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003.

61. مزاهر أيمن، الصحة والسلامة العامة، دار الشرق للنشر، الأردن، 2000 .

62. مامون سليمان الدراركة، جودة خدمة العملاء الشاملة، دار الصفاء للنشر والتوزيع،ط1، عمان، 2006.

63. محمد ماهر عليش, إدارة الموارد البشرية ، وكالة المطبوعات ، الكويت، 2006.

64. متولي السيد متولي، السلوك التنظيمي، الجزء الثاني، دار النشر والتوزيع، القاهرة،2006 .

65. مأمون الدراركة وأخرون، إدارة الجودة الشاملة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن، 2001.

66. محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2010 .

67. محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الحديثة في مجال الصحة والتعليم .نموذج مفاهيم مقترح، القاهرة، مصر منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2002 .

68. مصطفي يوسف كافي، ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات، دار الابتكار للنشر والتوزيع، عمان، 2017.

69. مار جيسون ، قيادة الفريق دليل النجاح النظم إدارة الفرق ، ترجمة سرور سرور ، دار المريخ ، الرياض ، 2005 .

70. ماييس نيكي ، إدارة الفريق إستراتيجية النجاح ، ترجمة سرور سرور ، ط1 ، المريخ للنشر و التوزيع ، الرياض، 2005 .

71. مؤيد سعد , منخل متكامل لإدارة الموارد البشرية , دار إثراء للنشر و التوزيع , الأردن, 2009 .

72. مدحت محمد أبو النصر , فرق العمل الناجحة البناء و الشعر و الإدارة مجموعة العربية للتدريب و النشرة , شارع احمد فحري مدينة مصر القاهرة 2015 .

73. نجلاء محمد , العمل في الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية , دار الثقافة للنشر و التوزيع ، الأردن، 2012 .

73. النجار فريد راغب ، إدارة المستشفيات و شركات الأدوية : تكامل العلاج و الدواء ، الدار الجامعية ، الإسكندرية ، 2015 .

74. تشوان يعقوب ، الإدارة و الإشراف التربوي بين النظرية و التطبيق : دار الفرقان الأردن ، 2002.

75. نجرات فريد. الظواهر السلوكية في المنظمات الصحية دار الجامعية مصر 2008 .

76. هاني حامد ضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2005 .

ثانيا : الرسائل الجامعية

1.حوالف رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة، دراسة تحليلية لمواقف الأطباء و المرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتوراه، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2010 .

2.السريدي أحمد ، أراء العاملين في القطاع الخاص عن مهارات مدرائهم في قيادة فرق العمل ، مذكرة ماجستير ، كلية التسيير المملكة المتحنة ،2010.

3. صغيري نجاة، تقييم الخدمات الصحية دراسة الميدانية، رسالة ماجستير، جامعة حاج لخضر، باتنة الجزائر، 2011/ 2012 .

4. نجاة العامري، تسويق الخدمات الصحية، مذكرة ماجيستير، كلية علوم التسيير والعلوم الاقتصادية، جامعة 20 أوت سكيكدة، الجزائر، 2009/2008 .

5. عصام أحمد الزحيلى . بناء فرق العمل في قطاع الكهرباء السعودي ودراسة حالة كهرباء المنطقة الغربية, دكتوراه في الإدارة العامة، كلية الدراسات العليا جامعة الخرطوم ,2005 .

6. عطية يوسف ، القيادة الإدارية و تأثيرها على أداء جماعات العمل ، مذكرة ماجستير ، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير ، جامعة الجزائر ، 2011 .

7. العويرة عمر، دراسة ميدانية بالشركة الوطنية للتبغ والكبريت، اطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسير، جامعة منتوري، قسنطينة، 2007 .

8. عصماني سفيان، دور التسويق في القطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها مذكرة ماجيستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2006 .

9. عجو نورة، خامت سعدية، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية والعمومية في الجزائر، مذكرة ماستر غير منشورة، كلية التجارة، جامعة العقيد أكلي محمد أولحاج، البويرة، 2012 .

10. فليس ليندا، واقع جودة الخدمات في المنظمات ودورها في تحقيق الأداء المتميز، مذكرة ماجيستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أحمد بوقرة، بومرداس، 2012 .

11. فاطمة الزهراء تيلاني، التمثيل العمالي، النزاعات وأثرها على أداء الموارد البشرية في المنظمة الصحية الجزائرية، مذكرة ماجيستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير قسنطينة 02، الجزائر، 2013.

12. قهواجي أمينة , ديناميكية الجماعة و العمل الفريقي في المنظمة , ماجستير في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير , فرع تسيير المؤسسات، جامعة امحمد بوقرة، بومرداس، 2007.

13. كساي نجوى، تأثير النفايات الطبية على تكاليف المؤسسات الصحية، دراسة حالة المؤسسات الصحية العمومية، بسكرة، 2009 .

14. المناصير على فلاح ، ادارة الجودة الشاملة، دراسة ميدانية على سلطة الكهرباء الأردنية، رسالة الماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية العمان، 1994 .

15. مصر زهوان، ادارة المستشفيات والرعاية الصحية، ماجستير في الرعاية الصحية وادارة المستشفيات، دار زهران للنشر والتوزيع 2007 .

16. والة عائشة، جودة الخدمات في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة مؤسسة العمومية الاستشفائية، رسالة ماجستير لعين طاية جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2011/2010 .

17. هداش سامر ، نموذج مقترح لعلاقة الثقافة التنظيمية بفرق العمل الذاتية بالإدارة ، منكرة ماجستير ،كلية التعبير ، جامعةعين الشمس ، مصر ، 2010.

ثالثا : المجلات :

1. أكرم أحمد الطويل وآخرون، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية، دراسة في مجموعة مختارة في المستشفيات في محافظة نينوي، مجلة نكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، العراق، المجلد 02،العدد 19، 2010 .

2. إبراهيم لبيب ، واقع الإبداع الإداري لدى مديريات المدارس الثانوية في محافظة عدن ، مجلة كلية التربية ، العدد 12، 2011 .

3. أحمد محمد ، إدارة و بناء فرق العمل ، مجلة المال و الاقتصاد ، المجلد الأول ، العدد 66 ، 2011.

4. ثابت عبد الرحيم إدريس، مقياس جودة الخدمة الصحية بدولة الكويت المجلة العلمية للطو الإدارية، دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت، مجلد 4 العدد الأول، الكويت، 1996

5. الحوامدة تظل ، اثر سمت فرق العمل في فعالية الوزارات ، مجلة البحوث و الدراسات ، سلسلة العلوم الانسانية و و الأجتماعية لد 27 ، العدد 2، 2012.

6. محمد الطعامنة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي، حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث البرموك، المجلد 17، العدد 1، منشورات جامعة البرموك، الأردن .

7. محمد عباس ديوب، هنادي عطرة، إدارة تسويق الخدمات العينية بالتطبيق على مستشفى الأسد الجامعي، باللاذقية، مجلة جامعة سرين للدراسات والبحوث العينية، المجلد التاسع وعشرون، عدد الثامن سوريا، 2005.\

رابعا : المؤتمرات

1.أحمد عبد الغاني , إدارة و بناء فرق العمل , ورقة عمل مقدمة في الملتقى الأول للجودة في التعليم المملكة العربية السعودية،2007 .

2. أحمد محمد السنهوري ، الممارسة العامة المتقدمة في الخدمة الاجتماعية و تحديد القرن الحادي و العشرين , دار النهضة العربية ، القاهرة، 2000 .

3. معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فطيمة، التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية ، مداخلة مقدمة في مؤتمر الدولي حول الابداع والتغير التنظيمي في المنظمات الحديثة مدرسة وتحليل تجارب وطنية دولية يومي 18و19 ماي جامعة سعد دحلب، البليدة ،2011.

ب/ قائمة المراجع الفرنسية :

1/Ajcquerye, la qualite des coinsinbrmiers, Implatation.evaluation, accreditationedition uabirre, 1999.

2/Borwan djanet, quality and patient saifty, wael for puplicheing and destrubuation, jardan, 2014.

3/Dyer William team building current issues and nuer alternatives Third Edition massachusetts, 1995.

4/demerche, de manegement, edition punod, 3 eme edition, paris, 1995.

5/Jocoupierre et cucas frederice, aucoeur du changement une autre joseph massie.essentials of managment, new jersy inc 1979 .

6/rounland h.s rowland bl.haspital management a guide to department new york aspen publication ;1984.

7/Resisli kert new pattens of managment new york me graw.hill book co 11961.

8/Stéphane maisons et c.laude dufour, marketing et service chenliére education,canada, 2006.

9/Laurent harmel, qualte et en gagements de service, abnor, 2003.

10/LOWest Michael, the Essentials of team working, iohan Wiley publication, new delhi, london, 2005 .

قائمة الملاحق

الملحق رقم 01: قائمة الاساتذة المحكمين للاستبيان

اسم واللقب	الرتبة	الجامعة
بلحمري خيرة	أستاذة محاضرة أ	جامعة المدية
ياليشاني وهيبة	أستاذة محاضرة ب	جامعة المدية
قندوز أمينة	أستاذة محاضرة ب	جامعة المدية

الملحق رقم 02: الإستبيان ما بعد التحكيم

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة يحي فارس–المدية–

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

الاستبيان

يطيب لي، ان أقدم لكم بهذا الاستبيان الذي يدخل في إطار اعداد دراسة الميدانية حول المذكرة ماستر بعنوان فرق العمل ودورها في تحسين جودة الخدمة الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية (دراسة حالة مستشفى بن يوسف بن خدة بالبرواقية)، لذا فاني التمس منكم ان تبدوا آرائكم حول مختلف بنود الاستبيان من خلال الإجابة بكل صدق وموضوعية على جميع الأسئلة.

–ان سير دراسة الميدانية ومصداقية نتائجها يعتمد على مدى مساهمتكم وتوافق اجوبتكم مع حقيقة شعوركم وانطباعاتكم.

–واعدكم بان اجوبتكم ستحظى بالسرية الكاملة والعناية الفائقة، لكم مني كامل الشكر والتقدير والاحترام

–عند الاجابة على الاسئلة الاستبيان.الرجاء وضع علامة (*)في الخانة المناسبة .

السنة الجامعية: 2019/2018

البيانات الشخصية:

الجزء الأول:

1**–الجنس:** – ذكر ☐ – أنثى ☐

2**–السن:** –من20 الى 30 سنة ☐ – من 31الى 40سنة ☐

–من 41الى 50سنة ☐ –51سنة فما فوق ☐

3**– المستوى التعليمي:** –متوسط ☐ –ثانوي ☐ – جامعي ☐

–تكوين ☐ –دراسات اخرى ☐

4**– منصب العمل:** –طبيب (ة) ☐ – ممرض (ة) ☐ –اداري ☐

–تقني صحي ☐

5**–عدد سنوات الخبرة:** –اقل من 5 سنوات ☐ –من 5 الى 10 سنوات ☐ اكثر من 10 سنوات ☐

الجزء الثاني:

البعد الأول: الاستجابة

الرقم	الفقرات	اوافق بشدة	اوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
01	يحرص فريق العمل بالمؤسسة الصحية على اعلام المرضى بكل ما يتعلق بنوع وتوقيت الخدمات الصحية المقدمة لهم					
02	يتجاوب فريق العمل في المؤسسة الصحية فورا مع طلبات المرضى					
03	يتميز فريق العمل في تعاملهم بالسرية التامة في كل ما يتعلق بالمرضى وحالتهم الصحية					
04	يهتم فريق العمل في المؤسسة الصحية بمعرفة راي المرضى عند مغادرتهم المؤسسة					
05	يضع المرضى ثقتهم الكاملة في فريق العمل لأنهم يتميزون بالصرامة والجدية في أداء العمل					
06	يضع المرضى ثقتهم الكاملة في فريق العمل في المؤسسة الصحية (أعوان الاستقبال والنظافة والامن....) لأنهم يتميزون باللباقة والكياسة في أداء عملهم					

البعد الثاني: الاعتمادية

	الفقرات	أوافق بشدة	اوافق	محايد	لا اوافق	لا أوافق بشدة
07	يلتزم فريق العمل في المؤسسة الصحية بتقديم الخدمات في وقتها الملائم					
08	يلتزم فريق العمل في المؤسسة الصحية بالمواعيد ومختلف الوعود التي يقدمها للمرضى					
09	توفر فرق العمل في المؤسسة الصحية سجلات وأجهزة كمبيوتر تمكنها من متابعة الحالة الصحية لمرضاها حتى بعد انتهاء فترة علاجهم					
10	يحظى فريق العمل في المؤسسة الصحية بثقة المستفيدين من خدمة المقدمة لهم					

11	يقدم فريق العمل الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة					
12	ينجح فريق العمل في المؤسسة الصحية في تجنب الأخطاء المتعلقة سواءا بالتشخيص او بالعلاج					

البعد الثالث: التعاطف

الرقم	الفقرات	اوافق بشدة	اوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
13	يبدي فريق العمل في المؤسسة الصحية اهتماما شخصيا لكل حالة مرضية					
14	يبدي فريق العمل في المؤسسة الصحية احتراما مطلقا للمرضى ولذويهم					
15	يحرص فريق العمل في المؤسسة الصحية على مراعاة ظروف ومشاعر المرضى وحالتهم النفسية					
16	تصميم أوقات العمل من طرف فريق العمل وفق ما يتلاءم مع احتياجات المرضى ومتطلباتهم					
17	يبذل فريق العمل في المؤسسة كل الجهد والعناية اللازمة وهو يقدم في عمله أحسن ما لديه					
18	يتصف فريق العمل بالروح المرحة والصداقة في التعامل مع المرضى					

البعد الرابع: المادي

الرقم	الفقرات	اوافق بشدة	اوافق	محايد	لا اوافق	لااوافق بشدة
19	يحرص فريق العمل على توفير مرافق داخل المؤسسة الصحية (صالات المرضى، وقاعات الانتظار ومكاتب الاطباء) مما يتوافق مع طبيعة العمل ونوع الخدمة المقدمة.					
20	يوفر فريق العمل في المؤسسة الصحية اجهزة ومعدات ومستلزمات طبية تمتاز بالحداثة.					
21	يحرص فريق العمل في المؤسسة الصحية على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر والهندام					

22	يضع فريق العمل تسهيلات لوصول المرضى الى المؤسسة الصحية.					
23	يوفر فريق العمل في المؤسسة الصحية مختلف الادوية وتحاليل.					
24	يضع فريق العمل في المؤسسة الصحية لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الاقسام والشعب المختلفة					

الملحق رقم 03: نتائج Spss

1- جدول اختبار التوزيع الطبيعي

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
الاستجابة :الأول البعد	,181	47	,101	,881	47	,174
الاعتمادية :الثاني البعد	,103	47	,200*	,954	47	,062
التعاطف :الثالث البعد	,125	47	,063	,962	47	,131
المادي :الرابع البعد	,113	47	,168	,976	47	,452

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

2- معامل الثبات ألفا كرونباخ

- **البعد الأول: الاستجابة**

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,715	6

- **البعد الثاني: الاعتمادية**

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,648	6

- **البعد الثالث: التعاطف**

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,698	6

- **البعد الرابع: المادي**

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,702	6

- الدرجة الكلية للأستبيان

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,743	6

3- جداول التكرارات والنسب المئوية للبينات الشخصية المتعلقة بأفراد عينة الدراسة

Fréquences

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	19	40,4	40,4	40,4
	أنثى	28	59,6	59,6	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

السن

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	من 20 الى30 سنة	12	25,5	25,5	25,5
	من 31 الى 40 سنة	17	36,2	36,2	61,7
	من 41 إلى 50 سنة	14	29,8	29,8	91,5
	51 فوق فما سنة	4	8,5	8,5	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

التعليمي المستوى

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	متوسط	5	10,6	10,6	10,6
	ثانوي	9	19,1	19,1	29,8
	تكوين	3	6,4	6,4	36,2
	جامعي	29	61,7	61,7	97,9
	اخرى دراسات	1	2,1	2,1	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

العمل منصب

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	طبيب	6	12,8	12,8	12,8
	صحي تقني	9	19,1	19,1	31,9
	ممرض	5	10,6	10,6	42,6
	إداري	27	57,4	57,4	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

الخبرة سنوات عدد

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	سنوات 5 من أقل	10	21,3	21,3	21,3
	سنوات 10 إلى 5 من	12	25,5	25,5	46,8
	سنوات 10 من أكثر	25	53,2	53,2	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

4-جدول المتوسطات والانحرافات المعيارية المتعلقة بعبارات أبعاد الدراسة

Statistiques univariées

	N	Moyenne	Ecart type
S1	47	3,1787	,89660
S2	47	2,9149	,85541
S3	47	3,5256	,72103
S4	47	2,4769	,78903
S5	47	2,3836	,72932
S6	47	3,0489	,83350
S1_6	47	2,9681	,63573
B1	47	3,6383	,79196
B2	47	3,1145	,74439
B3	47	3,4983	,93501
B4	47	3,0196	,84124
B5	47	3,3081	,80355
B6	47	3,2832	,77484
B1_6	47	3,1414	,72443
A1	47	3,5957	,85108
A2	47	3,4468	,85487
A3	47	3,3690	,91143
A4	47	3,3191	,98038
A5	47	3,3404	,75977

A6	47	3,4681	,85595
A1_6	47	3,4149	,64162
X1	47	3,6453	,87464
X2	47	3,1215	,98010
X3	47	2,3538	,72039
X4	47	3,0730	,89545
X5	47	2,1502	,79720
X6	47	3,5779	,74934
X1_6	47	3,2447	,52111

5-اختبار فرضيات الدراسة

-العلاقة بين بعد الاستجابة وبعد الاعتمادية

Corrélations

		الاستجابة :الأول البعد	الثاني :الاعتمادية البعد
الاستجابة :الأول البعد	Corrélation de Pearson	1	,330*
	Sig. (bilatérale)		,023
	N	47	47
الاعتمادية الثاني: البعد	Corrélation de Pearson	,330*	1
	Sig. (bilatérale)	,023	
	N	47	47

- العلاقة بين بعد الاستجابة والبعد المادي

Corrélations

		الاستجابة :الأول البعد	المادي :الرابع البعد
الاستجابة :الأول البعد	Corrélation de Pearson	1	,459*
	Sig. (bilatérale)		,015
	N	47	47
المادي :الرابع البعد	Corrélation de Pearson	,459*	1
	Sig. (bilatérale)	,015	
	N	47	47

- العلاقة بين بعد التعاطف وبعد الاعتمادية

Corrélations

		التعاطف :الثالث البعد	الاعتمادية :الثاني البعد
التعاطف :الثالث البعد	Corrélation de Pearson	1	,298*
	Sig. (bilatérale)		,034
	N	47	47
الاعتمادية :الثاني البعد	Corrélation de Pearson	,298*	1
	Sig. (bilatérale)	,034	
	N	47	47

- العلاقة بين فرق العمل والبعد المادي

Corrélations

		التعاطف الثالث البعد	المادي :الرابع البعد
البعد الثالث التعاطف	Corrélation de Pearson	1	,502*
	Sig. (bilatérale)		,006
	N	47	47
المادي :الرابع البعد	Corrélation de Pearson	,502*	1
	Sig. (bilatérale)	,006	
	N	47	47