جامعة يحي فارس المدية

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم: علوم التسيير

أثر الأنماط القيادية في تحسين جودة الخدمات الصحية في ظل مدخل إدارة التغيير

_دراسة تطبيقية على المؤسسات الاستشفائية لولاية المدية _

اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علوم التسيير

تخصص :ادارة اعمال وتسويق

اعداد الطالبـــــــة: يسبع الضاوية

الاستاذ المشـــرف: أ. د حمداني محي الدين

اعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	المؤسسة الاصلية	الصفة
يرقي حسين	أستاذ	جامعة المدية	رئيسا
حمداني محي الدين	أستاذ	جامعة المدية	مقررا
سالمي رشيد	أستاذ	المركز الجامعي تمنراست	عضوا ممتحنا
بوسهوة نذير	أستاذ محاضر أ	جامعة المدية	عضوا ممتحنا
بوزكري الجيلالي	أستاذ محاضر أ	المركز الجامعي تيسمسيلت	عضوا ممتحنا
بودلة يوسف	أستاذ محاضر أ	جامعة بومرداس	عضوا ممتحنا

السنة الجامعية:2020-2021


بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على اشرف المرسلين سيدنا مُحَمَّد ومن تبعه بإحسان الى يوم الدين

وامتثالا لقوله تعالى " وَ **قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَ عَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ**" (سورة النمل،الاية: 19)

بداية اشكر الله عز و جل، ، والحمد لله الكريم الوهاب أولاّ وأخيرا الذي وفقنا لإتمام هذا العمل المتواضع ،كما نتوجه بجزيل الشكر والتقدير والامتنان إلى كل من مد يد المساعدة في انجاز هذا العمل وفي تقديم النصائح والإرشادات ،ونخص بالذكر:

- الأستاذ المشرف الاستاذ **محي الدين حمداني** الذي لم يبخل علينا بتوجيهاته ونصائحه القيمة؛
- الدكتورة يحياوي فاطمة ،الدكتور برابح مُحَمَّد،والدكتور يعقوب واعلي،والدكتور بشيشي وليد على الملاحظات المهمة والقيمة التي كان لها الاثر في اخراج هذه الاطروحة بصورتها النهائية .
- الدكتورة زينب غزازي،الدكتورة حبيبة العيداني،الدكتورة طهراوي حياة ؛

كما أتقدم بالشكر الجزيل كذلك لكل عمال المستشفيات المبحوثة على جميع التسهيلات ومختلف التوضيحات والمعلومات المقدمة لإنجاز هذا البحث.

إلى كل أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم بقبول مناقشة هذا العمل المتواضع.

الإهداء

إلـى من كان ولا يزال قدوتي في الحياة،من علمني أن من أراد أن يعطي لحياته معنى عليه أن يرسم لنفسه هدفا،من لا يمكن للأرقام ان تحصي فضائله ..... أبي الغالي رحمه الله.

إلى من سهرت وربت وعلمت،الى نبع الحنان، من لا يمكن للكلمات ان توفي حقها .....امي الحبيبة حفظها الله ورعاها.

الى كل الاخوة والأخوات :سعاد،سمية،سمير،سامية،وليد،وعفاف .....

.....كل الاحترام والتقدير لهم.

إلى اعز غاليتين رمز الصداقة والاخوة...فاطمة يحياوي و زينب غزازي.....

....كل الاخلاص لكلما

الى كل من وسعتهم ذاكرتي ولم تسعهم مذكرتي.

المستخلص :

هدفت هذه الدراسة الى تحليل اثر الانماط القيادية الحديثة على تحسين جودة الخدمات الصحية في ظل مدخل ادارة التغيير بالمستشفيات العمومية لولاية المدية، ومن اجل اختبار ذلك قمنا بتصميم استبانة خاصة بناءا على انموذج الدراسة المعتمد،وبعد تحكيمها قمنا بتوزيعها على عينة قصدية متمثلة في جميع الاطارات من العاملين بالمؤسسات محل الدراسة(اداريين ،طبيين،وشبه طبيين)،حيث وزعنا 224 استمارة استبانة تحصلنا على 176استمارة صالحة للتحليل،وبعد التأكد من صدقها البنائي وثباتها ،قمنا بمعالجة بياناتها بالاعتماد على برنامج spss الذي ساعدنا على القيام بالعديد من الاختبارات الاحصائية ذات العلاقة ،وتوصلت الدراسة الى وجود اثر ذي دلالة احصائية لأنماط القيادة الإدارية على جودة الخدمة الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة في ظل مدخل ادارة التغيير عند مستوى الدلالة 0,05،بالإضافة الى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية($\alpha \leq 0,05$) لآراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة (النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية)تعزى للعوامل الشخصية والوظيفية (الجنس،العمر،المستوى التعليمي،الوظيفة،سنوات الخبرة).وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم عدد من التوصيات والاقتراحات كان من بينها ترسيخ القناعة لدى ادارة هذه المؤسسات والعاملين في كافة المستويات التنظيمية بضرورة الاهتمام المتزايد بتحسين جودة الخدمات الصحية من خلال التشارك في المعارف، ضرورة وجود فرق عمل فاعلة لتسهيل قيادة عملية التغيير والتفاعل مع المقاومة التي يخلقها التغيير، من الضروري ان تعمل المؤسسات العمومية الاستشفائية المدية على زيادة تفعيل نمط قيادة الفريق خاصة ظل التغييرات التي مست ولا تزال تمس المجال الصحي ، الحرص على التقييم المستمر لجودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى وذلك من خلال الاهتمام باقتراحاتهم والعمل على حل مشاكلهم وشكاويهم ،بالاضافة الى ضرورة انشاء لجنة تقييم الجودة في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية.

الكلمات المفتاحية:

النمط القيادي، القيادة التحويلية، القيادة التبادلية، قيادة الفريق،ادارة التغيير، الخدمات الصحية، جودة الخدمات الصحية .

Abstract:

This study aimed to analyze the impact of modern leadership patterns on improving the quality of health services under the change management approach in public hospitals in the state of Medea, and in order to test this, we designed a special questionnaire based on the approved study model. Employees of the institutions under study (administrative, medical, and paramedical), where we distributed 224 questionnaires, which we obtained 176 valid forms for analysis, and after confirming their structural validity and stability, we processed their data by relying on the SPSS program that helped us to do many relevant statistical tests, and reached The study indicates : There is a statistically significant effect of administrative leadership patterns on the quality of health service in hospitals searched for Medea state at the significance level of 0.05.

and "There are no statistically significant differences at a significant level $(0{,}05 \geq \alpha)$ of the respondents' opinions towards the study variables (transformational style, reciprocal pattern, team leadership style, quality of health service) attributable to personal and functional factors (gender, age, educational level, Job, years of experience). Based on the results of the study, a number of recommendations and suggestions were presented, among them the consolidation of conviction in the management of these institutions and workers at all organizational levels of the need for increased attention to improving the quality of health services through sharing knowledge, the need for effective work teams to facilitate the leadership of the process of change and interaction with the resistance. Created by change, it is necessary for public hospital institutions to increase the activation of the team leadership style, especially in light of the changes that have affected and still affect the health field, to ensure continuous evaluation of the quality of health services provided to patients by paying attention to their suggestions and working to solve their problems and complaints, in addition to The necessity of establishing a quality assessment committee in public hospital institutions for the state of Medea.

key words:Leadership style, transformational leadership, transactional leadership, team leadership, change management, health services, quality of health services.

فهرس المحتويات

العنوان	رقم الصفحة
شكر وعرفان.....	I
الإهداء.....	II
المستخلص.....	III
فهرس المحتويات.....	IV
قائمة الأشكال.....	IV
قائمة الجداول.....	X
مقدمة عامة.....	أ–س
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للقيادة الادارية	
تمهيد.....	2
المبحث الأول: ماهية القيادة الادارية.....	3
المطلب الاول: تعريف القيادة الإدارية وأهميتها.....	3
المطلب الثاني: عناصر القيادة الإدارية.....	7
المطلب الثالث: وظائف القيادة الادارية.....	11
المطلب الرابع: متطلبات ومعوقات القيادة الإدارية.....	15
المطلب الخامس: التمييز بين المفاهيم المتداخلة مع القيادة الادارية	18
المبحث الثاني: نظريات القيادة الإدارية.....	20
المطلب الأول: المداخل المرتكزة على القائد.....	20
المطلب الثاني: المداخل المرتكزة على الموقف.....	31
المطلب الثالث: المدخل التوفيقي(التفاعلي).....	37
المطلب الرابع: المداخل المرتكزة على المرؤوس	40
المبحث الثالث: انماط القيادة الإدارية.....	43
المطلب الأول: الانماط من حيث اسلوب القائد وطريقته في ممارسة التأثير.....	43

المطلب الثاني: الانماط من حيث الاتجاهات المعاصرة للقيادة.....	**48**
المطلب الثالث: العوامل المؤثرة في اختيار نمط القيادة.....	**57**
خلاصة الفصل.....	**61**
الفصل الثاني:الإطار الفكري والفلسفي لجودة الخدمات الصحية	
تمهيد.....	**63**
المبحث الأول: ماهية الخدمات في المؤسسات الصحية.....	**64**
المطلب الأول: اساسيات حول الخدمات الصحية.....	**64**
المطلب الثاني: معايير و مشاكل تقديم الخدمات الصحية.....	**75**
المبحث الثاني: ابعاد ومتطلبات جودة الخدمات الصحية.....	**80**
المطلب الأول: مدخل مبسط الى الجودة في المؤسسات الصحية.....	**80**
المطلب الثاني: ابعاد الجودة واهم اسهامات روادها في تحسين الجودة.....	**87**
المطلب الثالث: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية	**95**
المطلب الرابع: نموذج الفجوة وطرق قياس جودة الخدمات الصحية.....	**98**
المبحث الثالث: منهج ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....	**103**
المطلب الأول: ماهية ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية	**103**
المطلب الثاني: مراحل التحول ومبادئ ادارة الجودة الشاملة	**107**
المطلب الثالث: تقييم تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....	**114**
خلاصة الفصل	**119**
الفصل الثالث: نحو ترسيخ ثقافة الجودة من خلال قيادة التغيير	
تمهيد.....	**121**
المبحث الأول: مدخل الى قيادة التغيير.....	**122**
المطلب الأول: ماهية إدارة التغيير(الابعاد والمراحل).....	**122**
المطلب الثاني: ماهية قيادة التغيير.....	**130**
المطلب الثالث: القيادة الادارية في ظل ادارة التغيير	**133**

المبحث الثاني: إدارة التغيير كمدخل لتطبيق ادارة الجودة في المؤسسات الصحية.....	**140**
المطلب الأول: التحديات المعاصرة التي تواجه المجال الصحي ودوافع التغيير.....	**140**
المطلب الثاني: انواع التغيير والوسائل المساعدة في انجاحه	**146**
المطلب الثالث: استراتيجيات ومجالات ادارة التغيير في المؤسسات الصحية	**148**
المطلب الرابع: القيادة في المؤسسة الصحية في ظل ثقافة التغيير.....	**153**
المبحث الثالث: القيادة في المؤسسة الصحية وانعكاسها على الخدمة الصحية	**156**
المطلب الأول: نحو ضرورة التحول من المدير الصحي الى القائد الصحي.....	**156**
المطلب الثاني: الادوار القيادية في ظل إدارة الجودة الشاملة.....	**162**
المطلب الثالث: دور القيادة الادارية في تحسين جودة الخدمة الصحية.....	**165**
خلاصة الفصل.....	**177**
الفصل الرابع :دراسة العلاقة بين النمط القيادي و جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية	
تمهيد.....	**179**
المبحث الاول: الاجراءات المنهجية للدراسة	**180**
المطلب الاول: الإطار المنهجي للدراسة الميدانية.....	**180**
المطلب الثاني: اساليب التحليل الاحصائي المستخدمة في الدراسة	**185**
المطلب الثالث: أداة الدراسة.....	**188**
المطلب الرابع:البيانات الشخصية لعينة الدراسة.....	**194**
المبحث الثاني: تحليل اتجاهات اراء افراد العينة حول متغيرات الدراسة.....	**197**
المطلب الأول: نتائج اتجاهات الافراد حول الانماط القيادية الادارية.....	**197**
المطلب الثاني: نتائج اتجاهات الافراد حول ابعاد جودة الخدمات الصحية.....	**206**
المبحث الثالث: نتائج اختبار فرضيات الدراسة.....	**219**
المطلب الأول: اختبار الفرضية الاولى.....	**219**
المطلب الثاني: اختبار الفرضية الثانية.....	**223**
خلاصة الفصل.....	**237**
خاتمة عامة.....	**238**

قائمة المراجع	**245**
الملاحق.....	**269–261**

الرقم	العنوان	الصفحة
1-1	العناصر المؤثرة في عملية القيادة	11
2-1	مصفوفة اوهايو للقيادة	26
3-1	الانماط القيادية وفق نموذج الشبكة الادارية	27
4-1	نظرية المسار –الهدف	35
5-1	بدائل القيادة	41
1-2	سلسلة الجودة في المؤسسة الصحية	96
1-3	نموذج Lewin لمراحل إدارة التغيير التنظيمي	126
2-3	الاجزاء المتداخلة للتغيير	127
3-3	ابعاد دور القيادة العليا في ادارة الجودة الشاملة	161
4-3	نموذج تحسين جودة الخدمة الصحية	166
5-3	مخطط تدفق لأسلوب ادارة الجودة والتحسين في المؤسسات الصحية	175
1-4	الاستبيانات المسترجعة والمفقودة	183
2-4	أنموذج الدراسة المقترح	184
3-4	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس	194
4-4	توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر	194
5-4	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى الدراسي	195
6-4	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الوظيفة	196
7-4	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الخبرة	196

الرقم	العنوان	الصفحة
1-1	افتراضات نظريتي x و y	29
1-2	مفاهيم الجودة في نظر روادها	81
2-2	ابعاد جودة الخدمات الصحية	90
3-2	مبادئ ديمنغ الاربعة عشر لتحسين الجودة	92
1-4	عينة الدراسة من المستشفيات المبحوثة	183
2-4	درجة مقياس ليكرت الخماسي	187
3-4	توزيع الفقرات على ابعاد المتغير المستقل	188
4-4	توزيع الفقرات على ابعاد المتغير التابع	189
5-4	معاملات الارتباط بين درجات عبارات المتغير المستقل مع الدرجة الكلية لكل بعد	190
6-4	معاملات الارتباط بين درجات عبارات المتغير اللتابع مع الدرجة الكلية لكل بعد	191
7-4	معامل الفاكرونباخ لكل محور من محاور الاستبيان والاستبيان ككل	193
8-4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستويات الموافقة لأنماط القيادة	197
9-4	استجابات افراد الدراسة على عبارات محور نمط القائد التحويلي لدى مدراء المستشفيات	199
10-4	استجابات افراد الدراسة على عبارات محور نمط القائد التبادلي لدى	202

	مدراء المستشفيات	
11-4	استجابات افراد الدراسة على عبارات محور نمط القائد التحويلي لدى مدراء المستشفيات	204
12-4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستويات الموافقة لأبعاد جودة الخدمات الصحية	206
13-4	استجابات افراد الدراسة على عبارات محور بعد الاعتمادية	208
14-4	استجابات افراد الدراسة على عبارات محور بعد الملموسية	210
15-4	استجابات افراد الدراسة على عبارات محور بعد الضمان	212
16-4	استجابات افراد الدراسة على عبارات محور بعد الاستجابة	214
17-4	استجابات افراد الدراسة على عبارات محور بعد التعاطف	216
18-4	علاقة الانماط القيادية ومستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات المبحوثة	218
19-4	تحليل الانحدار البسيط بين النمط القيادي التحويلي(x1) ومستوى جودة الخدمات الصحية (y)	219
20-4	تحليل الانحدار البسيط بين النمط القيادي التبادلي (x2) ومستوى جودة الخدمات الصحية (y)	220
21-4	تحليل الانحدار البسيط بين نمط قيادة الفريق(x3) ومستوى جودة الخدمات الصحية (y)	211
22-4	تحليل الانحدار المتعدد لتأثير الانماط القيادية (مجتمعة) على جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات العمومية لولاية المدية	222

23-4	نتائج اختبار فرق المتوسطين لآراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة تبعا للجنس	224
24-4	نتائج تحليل التبادل الاحادي لآراء العمال المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة تبعا للعمر	225
25-4	نتائج تحليل التبادل الاحادي لآراء العمال المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة تبعا للمستوى التعليمي	229
26-4	نتائج تحليل التبادل الاحادي لآراء العمال المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة تبعا للتصنيف الوظيفي	231
27-4	نتائج تحليل التبادل الاحادي لآراء العمال المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة تبعا للخبرة	234

مقدمة عامة

لقد أصبحت الجودة وخدمة المستهلك من القضايا الرئيسية والحاسمة لكل من القطاعين العام والخاص، فتحسين الجودة هو خطوة ضرورية للتميز خاصة في ضوء التحديات التي تواجهها معظم الادارات ، فالجودة في المؤسسات الصحية تعتبر أسلوبا ومنهجا سليما للارتقاء وتقديم خدمات صحية في المستوى المطلوب ، واليوم يتزايد الاهتمام بجودة الخدمة الصحية وأسلوب تقديمها ، نتيجة لما عرفته السنوات الأخيرة من الزيادة الكبيرة والإقبال المتزايد بصورة مستمرة في أعداد المرضى المترددين على المؤسسات الصحية وهذا راجع لزيادة انتشار الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع وكذلك الزيادة في الأمراض المزمنة والأوبئة وقلة الأطباء الأكفاء من مؤسسة صحية الى أخرى، وكذا التغيير في البيئة الذي قد يؤدي أحيانا إلى تدهور حالتهم الصحية أكثر والتي لها تأثير مباشر على جودة الخدمة الصحية المقدمة.

واليوم يشهد القطاع الصحي بالجزائر كغيره من القطاعات الاخرى موجة غير مسبوقة من التطور والتغيير ،اذ تنشط المؤسسات الصحية عموما في بيئة توصف بسرعة التحولات والتحديات نظرا لمكانة قطاع الخدمات الصحية وصلته المباشرة بصحة الأفراد، ففي السنوات الأخيرة تزايد الاهتمام بأساليب الرفع والتحسين في الجودة الصحية ، فعلى الرغم من ضخامة ما تنفقه الجزائر على هذا القطاع وما تبذله الدولة من جهود في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها القطاعات العامة وحتى الخاصة، إلا أن الاستفادة من ذلك مازالت دون المستوى المطلوب، وبقي القطاع الصحي عرضة للعديد من المشاكل التي كان لها الأثر السلبي على تطور الخدمات الصحية ومستوى جودتها ولعل من أهم العوامل التي تساهم في حدوث هذه المشكلات تتمثل أساسا في سوء التخطيط والرصد والتقييم وإهمال الدور القيادي للمدراء ،بالإضافة الى اتباع الاساليب التقليدية للإدارة.

ومما لاشك فيه فإن اغلب الاساليب التقليدية اليوم لا تصلح لإدارة المؤسسات الحالية والمستقبلية ،وان الادارة الفاعلة للأداء في هذا الصدد تقضي بان اساليب اختيار وإعداد القادة يجب ان تختلف لتأخذ كل ما تقدم بالحسبان،فالهدف هو اعادة تشكيل قدرات وتوجهات ورؤى المديرين الحاليين ليتحولوا الى قادة ابداعيين في ضوء ثقافة التغيير السائدة ،فهي مطالبة بتبني مناهج وأساليب ادارية حديثة لتحسين جودة خدماتها،والارتقاء بها الى المستوى المطلوب.

فتقدم المجتمعات و تطور مؤسساتها واستمرارها يعتمد بشكل رئيسي على القيادات الإدارية التي تضع رؤيتها وترسم خططها و سياساتها و تحركها نحو تحقيق أهدافها لاسيما في ظل مدخل ادارة التغيير ، اذ تساهم القيادة الادارية في تهيئة المؤسسة للدخول في عصر التحديات والمتغيرات المتلاحقة لمواكبتها والعمل على خلق بيئة قادرة

على استكمال مقومات التميز، ففي ظل المستجدات البيئية التي تعيشها المؤسسة الحديثة وحتمية التحول الى عصر المعرفة ،اصبح من الضروري تعديل دور القيادات الادارية الى دور جديد متمثلا في رعاية وتنمية الاصول البشرية وإحداث التغيير اللازم لذك ، ففاعلية القائد في تحقيق مهمات منصبه تعتمد بشكل اساسي على فعاليته في ادارة التغيير لاسيما في المجال الصحي .

فالمؤسسات العمومية الاستشفائية اليوم بحاجة الى قيادة تمكنها من مواكبة المتغيرات والتكيف مع المستجدات بالموضوعية العلمية المطلوبة،ولقد ركزت منظمة الصحة العالمية ومنظمات دولية متخصصة على اهمية تطبيق الاتجاهات الحديثة في ادارة المؤسسات العمومية الاستشفائية كإدارة الجودة الشاملة كعلم متطور وممارسة مهنية وباعتبارها اهم مدخل من مداخل ادارة التغيير، فوضع برنامج لتحسين الجودة اضحى امرا ضروريا للاندماج ضمن متطلبات ادارة التغيير ،ومن هنا تبرز حاجاتها الى تطوير وتبني انماط قيادية حديثة كمدخل اساسي لتحقيق مستويات عالية من الجودة في خدماتها في ضوء الاصلاحات المستمرة التي تفرضها وزارة الصحة.

الاشكالية الرئيسية:

تأسيسا على ما جاء سالفا، فان الأمر يستدعي من القيادات الادارية في المؤسسات العمومية الاستشفائية تعديل الاوضاع بما يواكب التغيرات التي تمس القطاع الصحي وأحدث المفاهيم ، وفي مقدمتها مفهوم ادارة الجودة الشاملة والذي يتطلب تطبيقه قيادة ذات قدرة ادارية عالية، ونظرا لعملنا واحتكاكنا بالقطاع الصحي استشعرنا اختلاف وتعدد الاساليب القيادية،وكذا لاحظنا مدى تفاوت مستوى الخدمات الصحية المقدمة في العديد من المؤسسات العمومية الاستشفائية خاصة وان التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية يشكل الانشغال الرئيسي للسلطات الصحية فبلوغ هذا الهدف يرتكز أساسا على مدى فعالية مهني الصحة المتواجدين على مستوى هذه المؤسسات باعتبارهم العنصر المحوري في النظام الصحي ،وهذا ما ولد لدينا الرغبة في الاجابة عن الإشكالية التالية:

هل يمكن للأنماط القيادية ان تؤثر على تحسين جودة الخدمة الصحية في ظل مدخل ادارة التغيير من وجهة نظر مقدمي الخدمة في المؤسسات العمومية الاستستشفائية لولاية المدية؟

وفي ضوء هذه الإشكالية، يمكن طرح التساؤلات التالية:

1- ما المقصود بالقيادة في المؤسسة الصحية؟وما علاقتة القيادة الادارية بجودة الخدمة الصحية؟

2- ما هو النمط القيادي الاكثر ممارسة من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية المدية ؟

3- ما هو مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية المدية ؟

4- هل هناك علاقة ارتباطية بين أنماط القيادة الإدارية (التحويلية ،والتبادلية،قيادة الفريق) وجودة الخدمات الصحية حسب أراء مقدمي الخدمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية للمدية؟

5- هل هناك اثر للأنماط القيادية على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية المدية ؟

6- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية($\alpha \leq 0,05$) لآراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة (النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية)تعزى للعوامل الشخصية والوظيفية (الجنس،العمر،المستوى التعليمي،الوظيفة،سنوات الخبرة)؟.

فرضيات الدراسة

من أجل الإجابة عن التساؤلات المطروحة سابقا نقترح جملة من الفرضيات التي يمكن إثباتها أو نفيها أثناء التحليل وهي على النحو التالي::

الفرضية الرئيسية الاولى:

- لا يوجد اثر ذو دلالة احصائية للأنماط القيادية على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية المدية.

و تتفرع هذه الفرضية إلى الفرضيات الفرعية التالية :

- **الفرضية الفرعية الاولى:**
  - لا يوجد اثر ذو دلالة احصائية لنمط القيادة التحويلية على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية المدية.
- **الفرضية الفرعية الثانية:**
  - لا يوجد اثر ذو دلالة احصائية لنمط القيادة التبادلية على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية المدية.
- **الفرضية الفرعية الثالثة:**

- لا يوجد اثر ذو دلالة احصائية لنمط قيادة الفريق على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية المدية. .

الفرضية الرئيسية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية($\alpha \leq 0,05$) لآراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة (النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية)تعزى للعوامل الشخصية والوظيفية (الجنس،العمر،المستوى التعليمي،الوظيفة،سنوات الخبرة).

أهداف الدراسة:

لا شك أن أي بحث علمي يسعى لتحقيق أهداف معينة سواء في الجانب النظري أو التطبيقي، وفيما يخص هذه الدراسة فهي تهدف بشكل أساسي إلى دراسة و توضيح دور واثر الانماط القيادية الحديثة في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال دراسة حالة المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية، ويتفرع عن ذلك مجموعة من الأهداف الفرعية نذكر من بينها:

- محاولة التأكيد على حتمية تحسين جودة الخدمات الصحية في محيط تعقدت فيه متغيرات البيئة الداخلية والخارجية للقطاع الصحي.
- تشخيص المشاكل التي تعترض عملية تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية.
- تحسيس مسؤولي قطاع الصحة بدور النمط القيادي في تحسين جودة الخدمات الصحية .
- التعرض لواقع القيادة في المؤسسات العمومية الاستشفائية والتعرف على أهم الانماط القيادية الحديثة المتبعة فيها، وذلك للتمكن من الوقوف على أهم المعوقات التي تحول دون الوصول إلى قيادة فاعلة في ظل ادارة التغيير.
- محاولة الوقوف على أهم نقائص المؤسسات الصحية الجزائرية قصد التمكن من تقديم بعض التوصيات والاقتراحات التي قد تساهم في تحسين جودة الخدمة الصحي وتعزيز الأسلوب القيادي الأنسب وكذا تحديد نقاط القوة والضعف في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.
- تزويد الاطارات العاملة في هذه المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمعرفة الكافية التي تنير امامهم السبيل لتطوير المهارات التي يحتاجونها ليصبحوا قادة مؤثرين وفاعلين وأداة للتغيير.

- و كذا معرفة درجة تأثير أساليب القيادة الادارية على أبعاد جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المبحوثين، و كذا معرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المبحوثين حول محاور الدراسة تبعا لاختلاف متغيراتهم الشخصية والوظيفية.

إضافة إلى ما سبق فان هذه الدراسة تسعى لإمكانية التوصل إلى نتائج يمكن من خلالها صياغة بعض الاقتراحات التي تساعد الإدارة العليا ومتخذي القرار في المؤسسات العمومية الاستشفائية المدية بهدف توضيح مفهوم القيادة الادارية المعاصرة كأسلوب إداري حديث له اثر ايجابي في الارتقاء بجودة الخدمات الصحية .

أهمية البحث:

تنبثق اهمية هذه الدراسة من كونها تتناول موضوعا حيويا في قطاع حساس إلا وهو القطاع الصحي خاصة وان هذا الاخير يواجه عدة تحديات وصعوبات في تقديم الخدمات الصحية، و كذا اهمال الدراسات والبحوث العلمية للدور العملي للأنماط القيادية اللازمة لمواكبة التغيير في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة،بالاضافة الى التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية ،بالاضافة الى زيادة وعي المجتمع الجزائري في هذا المجال وبالأحرى ما يعرف بالثقافة الصحية.

وتظهر الاهمية العلمية للبحث في إثراء المكتبة الجامعية بنسق من المعلومات والحقائق حول النمط القيادي بالمؤسسة الصحية وما له من تأثير على جودة الخدمات الصحية،كما تبرز الاهمية التطبيقية ايضا من النتائج المتوصل اليها والاقتراحات التي اسفرت عنها والتي يؤمل ان يستفاد منها.

أسباب اختيار موضوع الدراسة:

1- الرغبة الذاتية والميل الشخصي في معالجة ودراسة المواضيع الخاصة بالأنماط القيادية المعاصرة ؛

2- إن موضوع البحث يندرج ضمن اختصاصنا ، خاصة وأنه يتناول الحديث عن أحد أحدث المواضيع في مجال إدارة الأعمال ألا وهو القيادة الادارية ، والأبعد من ذلك علاقته بجودة الخدمات الصحية؛

3- المشاكل المتعددة التي تعاني منها المؤسسات الصحية بالجزائر؛

4- الوقوف على اهم اسباب تدني جودة الخدمات الصحية في الجزائر.

المنهج المستخدم في الدراسة:

من أجل دراسة إشكالية موضوع الدراسة، وتحليل أبعادها، ومحاولة اختبار صحة الفرضيات المقدمة، سيتم الاعتماد في الجزء النظري على المنهج الوصفي، بغية تحقيق الاستيعاب والفهم للموضوع وفهم مكوناته وتحليل مختلف أبعاده .

كما سيتم الاعتماد في الجزء التطبيقي على دراسة ميدانية بهدف معرفة واقع كل من النمط القيادي وجودة الخدمات الصحية المقدمة. بالإضافة إلى معرفة درجة تأثير النمط القيادي على تحسين جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر عينة الدراسة واستخراج النتائج والتوصيات.

أدوات الدراسة:

قصد إنجاز البحث سواء في قسمه النظري أو التطبيقي، سيتم الاعتماد على مجموعة من الأدوات العلمية للحصول على المعلومات وتحليلها، ولعل أبرز هذه الأدوات ما يلي:

- البحث المكتبي : يتمثل في الاطلاع والاستعمال للمراجع والمصادر ذات الصلة المباشرة أو غير المباشرة بموضوع الدراسة.

- الملاحظة : وهي تعتبر وسيلة هامة في الجانب التطبيقي من البحث.

- المقابلة: إجراء بعض المقابلات مع بعض المسؤولين والإطارات في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

- الاستبانة: والتي تعتبر تقنية أساسية لأنها تعطي إلى حد ما الحرية في الإجابة على الأسئلة بخلاف المقابلة.

حدود الدراسة:

للتحكم أكثر في موضوع الدراسة ومعالجة الإشكالية المطروحة، ستكون حدود دراستنا كما يلي:

1- **الحدود الموضوعية:** تستهدف دراستنا بشكل أساسي معالجة اثر الانماط القيادية على تحسين جودة الخدمات الصحية، أي أن المتغير المستقل هو الانماط القيادية بأبعاده (**نمط القيادة التحويلية ، نمط القيادة التبادلية، نمط قيادة الفريق**). أما المتغير التابع فهو جودة الخدمات الصحية والذي يشمل العناصر التالية: (**الاعتمادية، الملموسية، الضمان، الاستجابة، التعاطف**).

2- **الحدود المكانية:** لإسقاط موضوع الدراسة على أرض الواقع تم اختيار المؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية المدية لتوزيع الاستبانة فيها كأداة للدراسة.

3- **الحدود البشرية:** سنقوم بتوزيع استبانة على عينة قصدية من اصحاب المناصب العليا (الإطارات)من العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المدية ، وذلك لمعرفة مدى تأثير الانماط القيادية على تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظرهم.

4- **الحدود الزمانية:** امتدت دراستنا بصفة عامة على مدى خمس سنوات، ابتداء من تاريخ تسجيلنا الأول في مرحلة الدكتوراه بداية من جانفي 2016، أما بالنسبة للدراسة التطبيقية بصفة خاصة، والتي تمت في المؤسسات العمومية الاستشفائية المدية فقدكانت خلال الثلاثي الاخير من سنة 2019.

بعض الدراسات السابقة:

في إطار سعينا لبناء هذا البحث استندنا على عدد من الدراسات السابقة، التي كانت على علاقة مع موضوعنا وقد استفدنا منها كثيرا في تحليل الإطار النظري وكذا في ضبط أبعاد الدراسة الميدانية وبناء أسئلتها وفقراتها,و في ما يلي سنقوم بعرض أهمها :

أولا: دراسة عدمان مريزق(2008) ،بعنوان واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية-دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة - ،اطروحة دكتوراه في علوم التسيير بجامعة الجزائر ،حيث هدفت هذه الدراسة إلى الاجابة على الاشكالية الاتية:ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة ؟،وتوصلت الدراسة للعديد من النتائج اهمها:

من خلال الدراسة الميدانية تمكن الباحث من حصر جملة من المشاكل،باختلاف وجهات النظر،كما يلي:

-وجهة نظر المرضى:(عدم تكفل الطاقم شبه الطبي بالمرضى بشكل كاف على مستوى كل المؤسسات الصحية؛طول مدة استخراج نتائج التحاليل والأشعة؛عدم رفاهية الأسرة ونظافة الغرف؛طول مواعيد إجراء العمليات الجراحية).

-وجهة نظر الطاقم سبه الطبي:(قلة فرص التكوين المستمر؛عدم ملائمة التكوين لاحتياجات المتكونين؛ضعف التأطير؛عدم الرضا عن ظروف العمل).

-وجهة نظر الطاقم الطبي:(قلة امكانيات التكوين المستمر؛قلة توافر وسائل العمل؛قلة التنظيم؛انخفاض مستوى الأجر؛ضعف التوعية بمشروع الإصلاح).

ثانيا: دراسة كحيلة نبيلة (2009)، بعنوان:تطبيق ادارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية،مذكرة ماجستير،جامعة قسنطينة،وهدفت الدراسة الى تحديد مدى امكانية تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الاستشفائية،حيث قامت الباحثة بدراسة احصائية عن طريق تحليل بيانات الاستبيان المقدم الى الممرضين بالمستشفى،وتوصلت الدراسة لعدة نتائج منها:ضعف التزام الادارة العليا بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لدعم جهود الجودة،وعدم وضوح مفهوم العمل الجماعي وغياب برامج تدريبية في مجال ادارة الجودة.

ثالثا: دراسة فيروز شين(2014) بعنوان تأثير الانماط القيادية في تنمية المهارات في المؤسسة:دراسة حالة مؤسسة صناعة الكوابل ببسكرة ، أطروحة دكتوراه. وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحليل تاثير الأنماط القيادية في تنمية المهارات في المؤسسة،بمؤسسة صناعة الكوابل الكهربائية –فرع جنرال كابل–ببسكرة،ولقد تم تحديد نمطين من أنماط القيادة وهما القيادة التحويلية والتبادلية،وتكون مجتمع الدراسة من إطارات المؤسسة،والبالغ عددهم (133) اطار،اما عينة الدراسة فقد قدرت ب78 اطار،واهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة:

–مستوى توفر خصائص القيادة التحويلية كان متوسطا؛

–مستوى توفر خصائص القيادة التبادلية كان متوسطا؛

–وجود ارتباط ذو دلالة احصائية بين انماط القيادة وتنمية المهارات؛

–وجود تأثير معنوي ذو دلالة احصائية لأنماط القيادة في تنمية المهارات؛

– وجود تأثير معنوي ذو دلالة احصائية لنمط القيادة التحويلية في تنمية المهارات؛

– وجود تأثير معنوي ذو دلالة احصائية لنمط القيادة التبادلية في تنمية المهارات.

رابعا: دراسة شرف الدين زديرة(2017)، بعنوان:دور ادارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية–دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية الاستشفائية–. وقد هدفت هذه الدراسة إلى ابراز دور ادارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية ، و لإثبات الحاجة الى تبني هذا الاسلوب الاداري،اعتمد الباحث على دراسة اراء مقدمي الخدمة حول مدى توفر ابعاد الجودة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة،فقد تم استخدام الاستبانة وكان حجم العينة 718 عامل مقسمون على ثلاثة مؤسسات عمومية استشفائية،وتم التوصل الى توفر ابعاد الجودة الاربعة وهي:الاعتمادية،الاستجابة،التعاطف والضمان،بينما كان

هناك اختلاف حول توفر بعد الملموسية،مما يدل على وجود ارضية تسمح بتطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات محل الدراسة مما يؤدي الى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

خامسا: دراسة وسيلة واعر (2015)، بعنوان: دور الانماط القيادية في تنمية الابداع الاداري-دراسة حالة مجمع صيدال-،أطروحة دكتوراه،وقد هدفت هذه الدراسة الى تحليل اثر أنماط القيادة(التحويلية ،التبادلية،التشاركية،الأبوية) على الإبداع الاداري بمجمع صيدال لصناعة الادوية بالجزائر،وكان حجم العينة135 فرد من الاطارات والموظفين من مختلف الوظائف بالمجمع،وقد توصلت الباحثة الى عدة نتائج من أهمها:

-يمارس القادة الإداريون بمجمع صيدال كلا من النمط القيادي التحويلي والتشاركي والتبادلي بدرجات متقاربة أكبر من ممارستهم النمط الأبوي؛

-هناك علاقة ارتباطية طردية موجبة دالة بين أنماط القيادة الإدارية(التحويلية،التبادلية،التشاركية،الأبوية) والإبداع الإداري بمجمع صيدال،وان أقوى علاقة ارتباط كانت لصالح القيادة التحويلية؛

-وجود أثر ذو دلالة إحصائية للقيادة التحويلية على الإبداع الإداري لدى الموظفين بمجمع صيدال لصالح بعدي التأثير المثالي والاهتمام الإنساني بالفرد؛

-وجود أثر ذو دلالة إحصائية للقيادة التبادلية على الإبداع الإداري لدى الموظفين بمجمع صيدال لصالح بعدي الإدارة بالاستثناء النشطة والادارة بالاستثناء الساكنة؛

-وجود أثر ذو دلالة إحصائية للقيادة التشاركية على الإبداع الإداري لدى الموظفين بمجمع صيدال لصالح كل من التفويض،العلاقات العامة،والإتصال،المشاركة؛

-وجود أثر ذو دلالة إحصائية للقيادة الأبوية على الإبداع الإداري لدى الموظفين بمجمع صيدال لصالح بعد القائد الخير؛

-توجد فروق ذات دلالة احصائية بين استجابات افراد عينة الدراسة حول الابداع الاداري لدى الموظفين تعزى الى متغير مدة الخدمة في المؤسسة محل الدراسة لصالح الموظفين الذين تتراوح مدة خبرتهم في المؤسسة من 6 سنوات الى 15 سنة، بينما دلت النتائج انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات افراد العينة حول الابداع الاداري لدى الموظفين تعزى الى متغير الجنس،العمر،المؤهل العلمي،التخصص

مساهمة الدراسة الحالية: بعد دراسة وتحليل الدراسات السابقة يمكننا استنتاج ان ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة هو عدم وجود دراسات سابقة في الجزائر على حد علم الباحثة حاولت الربط بين متغيرات الدراسة الحالية(القيادة التحويلية والقيادة التبادلية،وقيادة الفريق كمتغير مستقل،وجودة الخدمات الصحية كمتغير تابع)،لذلك فدراستنا هذه تعد من اوائل الدراسات في الجزائر التي ستحاول البحث في موضوع القيادة في المؤسسات الاستشفائية وعلاقتها بجودة الخدمات الصحية من خلال دراسة ميدانية في المؤسسات العمومية الاستشفائية العمومية لولاية المدية.

تقسيمات الدراسة:

من أجل معالجة هذا الموضوع سنقوم بتقسيم الدراسة إلى أربعة فصول أساسية:

حيث سنتناول في الفصل الأول إلى الإطار المفاهيمي للقيادة الادارية، وذلك من خلال ثلاثة مباحث ، سنتطرق في المبحث الأول إلى ماهية القيادة الادارية، بينما سنتطرق في المبحث الثاني إلى نظريات القيادة الادارية، أما في المبحث الثالث فسنتطرق من خلاله إلى أنماط القيادة الإدارية.

أما في الفصل الثاني والذي سيكون بعنوان الإطار الفكري و الفلسفي لجودة الخدمات الصحية، فسيتضمن ثلاثة مباحث ، أين سنتطرق في المبحث الأول إلى ماهية الخدمات في المؤسسات الصحية، بينما سنتطرق في المبحث الثاني إلى ابعاد ومتطلبات جودة الخدمات الصحية، أما في المبحث الثالث فسنتطرق إلى منهج ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية .

في حين أن الفصل الثالث والذي سيأتي بعنوان نحو ترسيخ ثقافة الجودة من خلال قيادة التغيير ، سيتضمن ثلاثة مباحث ، حيث سنتطرق في المبحث الأول إلى مدخل الى قيادة التغيير، بينما سنتطرق في المبحث الثاني إلى إدارة التغيير كمدخل لتطبيق إدارة الجودة في المؤسسات الصحية، أما في المبحث الثالث فسنحاول التعرف على القيادة في المؤسسة الصحية وانعكاسها على الخدمة الصحية.

أما الفصل الرابع و الأخير فسيكون بعنوان دراسة العلاقة بين النمط القيادي و جودة الخدمة الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية المدية ، وذلك من خلال ثلاثة مباحث ، أين سنتطرق في المبحث الأول إلى الإجراءات المنهجية للدراسة، بينما سنتطرق في المبحث الثاني إلى تحليل اتجاهات واراء افراد العينة حول متغيرات الدراسة، أما في المبحث الثالث فسنتطرق إلى نتائج اختبار فرضيات الدراسة .

وستختتم هذه الدراسة بالخاتمة نستعرض فيها أهم النتائج المتوصل إليها النظرية منها والتطبيقية، بالإضافة إلى جملة من الاقتراحات والآفاق.

الفصل الاول :

الاطار المفاهيمي للقيادة الادارية

تمهيد :

لقد حظي موضوع القيادة باهتمام كبير من طرف المفكرين والباحثين منذ زمن بعيد ويرجع ذلك الى العنصر البشري الذي يلعب دورا هاما في مختلف المؤسسات والذي يبرز من خلال مسؤولية القائد في تحقيق التكامل بين الجوانب التنظيمية والإنسانية لتحقيق الفعالية والوصول الى الاهداف المسطرة مسبقا ، وحتى في ديننا الحنيف فقد كان القرآنُ الكريم الموجه الأولَ لقائد الأمة الإسلامية مُحمد – ﷺ– فهو القُدوة الحسنة في القيادة وفن التعامل، والقرآن يزخر بالآيات الكثيرة التي توجه الرسول في مختلف أمور الحياة ؛ قال تعالى :﴿ لَقَدْ كَانَ لَكُمْ فِي رَسُولِ اللَّهِ أُسْوَةٌ حَسَنَةٌ لِمَنْ كَانَ يَرْجُو اللَّهَ وَالْيَوْمَ الْآخِرَ وَذَكَرَ اللَّهَ كَثِيرًا ﴾]الأحزاب: 21].

ونتيجة لطبيعة هذا العصر وتحديات العولمة والتغيرات الديناميكية ، كان لزاماً على المؤسسات توفير قيادات إدارية فعالة قادرة على التأثير في سلوكيات الأفراد وتحفيزهم ومن تم دفعهم لأداء الاعمال المنوطة بهم بكفاءة وفعالية .

غير ان دور هؤلاء القادة يختلف باختلاف الانماط القيادية في حد ذاتها والأساليب المنتهجة في صنع القرار

و سنتناول في هذا الفصل أهم الجوانب التي تبرز الملامح الرئيسية للقيادة الادارية و ذلك من خلال التعرض إلى النقاط الآتية:

- ماهية القيادة الادارية.
- نظريات القيادة الادارية.
- انماط القيادة الادارية.

المبحث الأول: ماهية القيادة الإدارية

ان اهمية القيادة في المؤسسات قد تزايدت بصورة ملحوظة في العصر الحديث، وذلك بسبب ما تشهده هذه المؤسسات من تحديات ومتطلبات عديدة ومعقدة ومترابطة ،وفي ظل تنامي هذه الاخيرة وكبر حجمها وتشعب اعمالها وتعقدها وتنوع العلاقات الداخلية وتشابكها ،وتأثرها بالبيئة الخارجية مما يستدعي مواصلة البحث والاستمرار في احداث التغيير والتطوير وهذه المهمة لا تتحقق إلا في ظل قيادة ناجحة.

المطلب الأول: تعريف القيادة الإدارية وأهميتها

لم يتفق المختصون في الأدبيات الإدارية و الاقتصادية على تعريف واحد للقيادة الإدارية ،وذلك بسبب تباين منطلقاتهم الفكرية وحتى الإدارية، أي أن لكل منهم زاوية ينظر من خلالها للقيادة، وهي تتأثر بالاتجاه الذي ينحاز إليه كل منهم والبيئة التي عاش فيها، لذلك جاءت تعاريفهم لحقيقة القيادة انعكاسا لاختلاف نظرياتها التي تأثروا بها.

اولا: تعريف القيادة الادارية

سنتطرق لتعريف القيادة بشكل عام، ثم القيادة الإدارية بشكل خاص قصد استخلاص تعريف إجرائي لها.

1)تعريف القيادة:

وحسب لسان العرب لابن منظور فالقيادة لغة مشتقة من فعل قاد، يقود، يقود الدابة من أمامها ويسوقها من خلفها، فالقود من أمام والسوق من خلف، ويقال أقاده خيلا بمعنى أعطاه إياها يقودها، ومنها الانصياع بمعنى الخضوع، ومنها قادة وهو جمع قائد [1].

اما اصطلاحا يمكن تعريف بانها ": تعني الجهود المبذولة للتأثير على الناس،أو تغيير سلوكهم من أجل الوصول إلى أهداف المؤسسة و الأفراد[2].

وهناك من يعتبر القيادة بانها:" نوعا من الروح المعنوية والمسؤولية التي تتجسد في القائد والتي تعمل على توحيد جهود مرؤوسيه لتحقيق الأهداف المطلوبة والتي تتجاوز المصالح الآنية لهم".

[1] ابن منظور، لسان العرب، دار صادر، بيروت، المجلد 12، 2001 ، ص325 .

[2] F.Fredler et Contingeroy," *Theory Of Leadership",* Management Developement Journal , 1979,P 64.

وتعرف ايضا: " :بانها القدرة على إقناع الاخرين للسعي لتحقيق أهداف معينة، ومهارة ايصالهم اليها"[1].

2): تعريف القيادة الإدارية

بما أن عبارة القيادة الإدارية تجمع مفهومين هما : القيادة والإدارة، لذلك فلتعريفها نورد الملامح الرئيسية لكل من القائد الذي يمارس عملية القيادة والمدير الذي يمارس وظيفة الإدارة، ثم نحاول الجمع والتركيب بين هذه المفاهيم قصد بناء تعريف عام للقيادة الإدارية، وفيما يلي نبرز اهم تعريف لكل من المدير و القائد:[2]

–القائد : هو" شخص يتوافر له قدر من التأثير الشخصي – السلطة غير الرسمية – على عدد من الأفراد، يجعله قادرا على توجيه سلوك هؤلاء الأفراد".

–المدير : هو ذلك" الشخص المعين من قبل سلطة أعلى لقيادة وتوجيه مجموعة من الأفراد نحو تنفيذ أهداف محددة، ومن ثم يتوافر له بحكم موقعه الرسمي قدر معين من السلطة الرسمية على هؤلاء الأفراد تعطيه الحق في إصدار الأوامر والتوجيهات اللازمة لهم لتنفيذها".

–القائد الإداري : هو"شخص معين من قبل سلطة أعلى لقيادة وتوجيه مجموعة من الأفراد نحو تنفيذ مهام محددة، وله قدر من السلطة الرسمية بحكم منصبه الرسمي، ولكنه يعتمد بصفة أساسية في قيادته لهؤلاء الأفراد على تأثيره الشخصي أكثر من اعتماده على السلطة الرسمية".

ويعرفها بيتر دركر P-Drucker- "انها ليست عملية صنع جدول الاعمال والتأثير بالأفراد مثل رجال البيع،وانما القيادة الادارية هي الارتقاء برؤية الفرد الى مستويات اعلى ورفع اداء الفرد الى معايير اعلى وبناء شخصيته الى ما بعد حدودها الاعتيادية.[3]ويشير هذا التعريف بالدرجة الاولى الى الرؤية التي تعتبر اهم متطلبات القيادة ثم ركز على السمات الشخصية.

وهناك من يعرفها على انها: "الجهود المبذولة للتأثير على او تغيير سلوك الناس من اجل الوصول الى اهداف المؤسسة والأفراد"[4]

ويشير هذا التعريف الى ان القيادة الادارية تعتبر بمثابة نشاط مقصود ومخطط له مسبقا يراد منه التاثير على سلوك جماعات العمل(المرؤوسين) او تعديل سلوكهم في مواقع العمل بما يتلائم مع اهداف المؤسسة.

[1] صلاح الدين عبد الباقي، السلوك التنظيمي: مدخل تطبيقي معاصر ، الدار الجامعية، الإسكندرية ،مصر، 2003، ص241 .

[2] مُحَمَّد أبو الفضل عبد الشافي،القيادة الإدارية في الإسلام،المعهد العالمي للفكر الإسلامي ،القاهرة،مصر،1996 ، ص 31 .

[3] نجم عبود نجم، القيادة الادارية في القرن الواحد والعشرين، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع،2011 ،ص22 .

[4] مراد زعيمي واخرون ،دراسات في تسيير الموارد البشرية–ادارة الافراد–،دار قرطبة للنشر والتوزيع،الجزائر ،2008،ص 180 .

وهناك من عرفها على انها :"قدرة الفرد على التاثير والتحفيز وتمكين الاخرين من المساهمة في الكفاءة وإنجاح المؤسسات التي هم جزء منها ."[1] ،اي انها تعد بمثابة عملية تحفيزية تتسم بقدرة القائد على التاثير بالمرؤوسين من خلال السمات التي يجب توافرها فيه وأشار ايضا هذا التعريف الى مشاركة المجموعة للقائد في انجاح المؤسسة .

وتعرف ايضا على انها :"النشاط الذي يمارسه القائد الاداري في مجال اتخاذ وإصدار الاوامر والإشراف الاداري على الاخرين باستخدام السلطة الرسمية وعن طريق التأثير والاستمالة بقصد تحقيق هدف معين [2].

نلاحظ من خلال التعريفات السابقة للقيادة الادارية بان هناك من ركزت على التاثير في المرؤوسين واستمالتهم اذ قد لا تؤدي الغرض ،فالتركيز على المرؤوسين بشكل كبير قد يتسبب في عدم تحقيق الاهداف الكلية للمؤسسة .

والتعريفات التي ركزت على السلطة فقط قد اهملت عنصري التأثير والإقناع و الاستمالة،اما بالنسبة للباقي و التي ركزت على الشخصية القيادية فلم تكون كافية وذلك لاغفالها بعض الجوانب الاخرى.

بمعنى أن االبعض اهتم بالغاية ولكنه اهمل الوسيلة والبعض الاخر ركز على الأسلوب الذي يتم به العمل القيادي سلطة أو تاثيرا في المرؤوسين وهنا تم العكس.

بناء على ما سبق يمكن تعريف القيادة الإدارية بأنها: " قدرة فرد (القائد الإداري) على التأثير والإقناع لتوجيه أفراد الجماعة(المرؤوسين) باعتماده على الرؤية و المهارات القيادية والإدارية وكذا قوة التأثير الشخصي (السمات والسلوك) بصفة أساسية وقوة المنصب الرسمي بصفة ثانوية لتحقيق اهداف المؤسسة من جهة و اهداف الجماعة من جهة أخرى".

يعتمد نجاح العملية القيادية في تحقيق اهداف الجماعة على ما يملكه القائد الاداري من قدرة على التأثير والإقناع على المرؤوسين وبث النشاط فيهم وتوحيد جهودهم المبذولة مما يدفعهم لتحقيق اهدافهم .

ثانيا: المهارات والصفات القيادية :

إن قدرة ومهارة القيادة الإدارية تتمثل في قدرتها على تطوير المؤسسة وسلوك أفرادها وتوجيههم نحو الأهداف المراد تحقيقها ،اذ تتوقف فعالية المدير على ما يمتلكه من قدرات ومهارات فنية وإنسانية وإدراكية

[1] عدنان العتوم، قاسم كوفحي،القيادة والتغيير "الطريق نحو النجاح"،دار اثراء للنشر والتوزيع،الاردن،2011 ،ص20 .

[2] عمر محمود غباين ،القيادة الفاعلة والقائد الفعال ،دار اثراء للنشر والتوزيع،عمان الاردن ،2009 ،ص131 .

وتحليلية وهذه المهارات مهمة وضرورية ايضا للقائد ، وقد اختلف الكتاب والباحثين في تحديد المهارات الاساسية للقائد الاداري نذكر اهمها في :

● **مهارة تفويض السلطة:** يقصد بالتفويض" قيام القائد بمنح البعض من سلطاته و اختصاصاته للمرؤوسين "[1] ، اي المشاركة في انجاز أهداف المؤسسة ، فتفويض السلطة ينمي في الأفراد حاجات الانتماء و الدافعية للانجاز و احترام الذات مما يجعلهم يكرسون إمكانياتهم و طاقاتهم نحو تحقيق المهام الموكلة لهم .

●**سرعة البديهيـــة** : او ما تسمى بمهارة الحدس وتعني القدرة على تشخيص المواقف وتوقع التغيرات المحتملة وتكوين الثقة [2] ،فهذه المهارة بالتحديد هي التي تمكن القائد من معرفة الفرص والتحديات التي ستواجهها المؤسسة .

●**مهارة فهم الذات** : القدرة على تشخيص مواطن القوة والضعف لكل فرد من افراد المجموعة (الدراية التامة بالوضع الشخصي).[3]

● **الرؤيـــــة** : بمعنى القدرة على تصور مستقبل المؤسسة ووضع الخطط المناسبة لذلك.

●**التوافق بين القيم:** اي مهارة الانسجام وتعني استيعاب اهداف المؤسسة وأهداف العاملين وقيمهم والعمل على احداث التوافق والانسجام بينهما.

ثالثا :اهمية القيادة الادارية :

تتجلى اهمية القيادة في كونها تقوم بدور اساسي في كافة جوانب العملية الادارية ،وتبرز هذه الاهمية بشكل خاص في الجوانب التالية:

1)اهمية القيادة في الجانب التنظيمي للإدارة:لا يقتصر دور القيادة في الجانب التنظيمي في مجرد اصدار الاوامر والتأكد من ان النشاطات الادارية تتم داخل التنظيم في الحدود المرسومة لها ،ولكن الدور الرئيسي للقائد هو امداد المرؤوسين بكل ما يحفزهم ويبعث النشاط في نفوسهم ويرفع من الروح المعنوية لهم[4]، كما يبرز دوره ايضا

[1] شهرزاد مُحَّد شهاب،القيادة الادارية ودورها في تقوية روابط العلاقات العامة،دراسات تربوية ،العدد 11 ،2010، ص106 .

[2] محمود حسن ،حيدر شاكر،تأثير القيادة الادارية الناجحة في تحقيق الإبداع ،مجلة الادارة والاقتصاد ، بغداد ،السنة 34،العدد 90، 2011 ،ص 307 .

[3] فيروز شين ،تاثير الانماط القيادية في تنمية المهارات في المؤسسة:دراسة حالة مؤسسة صناعة الكوابل ببسكرة،اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير ،جامعة مُحَّد خيضر بسكرة،2014،ص 11 .

[4] اسامة خيري ،الجديد في القيادة الادارية ، دار الراية للنشر والتوزيع ، عمان ،الاردن ،2013،ص 21 .

من خلال قدرته على تنسيق نشاطات المرؤوسين وجهودهم وتوجيهها من خلال وضع الموظف في الوظيفة المناسبة له،وتحديد المسؤوليات لأقسام التنظيم والعاملين فيه .

2)**على مستوى الجانب الإنساني للإدارة** : تبرز أهمية القيادة في الجانب الإنساني للإدارة بوضوح من خلال تتبع مسؤوليات القائد الإداري في مجال العلاقات الإنسانية[1] والمتمثلة في تكوين علاقات إنسانية قائمة على التفاهم والاحترام المتبادل بينه وبين مرءوسيه ورؤسائه ، وحفز العاملين على العمل بحماس ورضا لتقديم أقصى طاقاتهم في العمل وإشباع حاجات ومتطلبات المرؤوسين

3) على مستوى الجانب الاجتماعي : تكمن اهميتها من خلال قدرتها على توجيه النشاط الاجتماعي [2]خارج نطاق العمل (الاتحادات والنقابات ، جمعيات توفير الخدمات الرياضية والترفيهية لعمالها)واستغلالها بما يكفل تعزيز التعاون بين العاملين في التنظيم ،فالقائد يتأثر في ممارسته لمهامه بعوامل اجتماعية نابعة من الأفراد العاملين معه في المؤسسة تتمثل اساسا في القيم الاجتماعية و العادات السائدة في المجتمع وكل ذلك ينعكس على سلوك القائد و مرؤوسيه داخل التنظيم.

4) **على مستوى الاهداف المسطرة** : حيث تكمن اهمية وظيفة القائد في تحقيق اهداف التنظيم دون تعارض هذه الاهداف مع اهداف ومتطلبات العاملين فيه من جهة وأهداف المؤسسة ككل من جهة اخرى ، وبقدر ما تكون القيادة قادرة على المحافظة على التوازن فان ذلك يساعد الادارة على تحقيق اهدافها على احسن وجه .

ان تصرفات القائد الاداري وسلوكه هي التي تحفز الافراد وتدفعهم الى تحقيق الاهداف ويمكن القول ان تأثير العامل القيادي يسير في اتجاهين متعاكسين ،فالقائد يؤثر على اتباعه ويتأثر بهم وذلك بدوره يؤدي الى تعديل سلوك القائد والمرؤوسين وتصرفاتهم.[3]

المطلب الثاني: عناصر القيادة الإدارية

يعتبر تحديد العناصر التي يتكون منها أي مفهوم شرطا ضروريا للتأكد من أن هذا المفهوم جامعا لكل العناصر المكونة له، وانطلاقا من تعريفنا للقيادة الإدارية، يتبين لنا أنها تشمل على عناصر أساسية تشكل ما يعرف بأركان القيادة الإدارية والتي تتمثل في:

اولا: القائد الإداري

[1] نواف كنعان،القيادة الإدارية،دار الزهران،عمان،الأردن ،2007،ص25

[2] فيروز شين ،مرجع سيق ذكره،ص 13.

[3]Robert B,Julian russel, Alpha leadership,editions de boeck université ,bruxelles,2009,p127 .

يعتبر القائد الإداري أهم عنصر في العملية القيادية باعتباره من يملك أكبر تأثير على الجماعة، وهذا ما جعل بعض التعاريف والنظريات التي ظهرت في مجال القيادة تعطي أهمية كبيرة للقائد وتبرز الدور الذي يلعبه في الجماعة، وسنورد أهمها في ما يلي[1]:

1-"**يمثل القائد مركز سلوك الجماعة**": يشير هذا التعريف الى القائد وقيامه بدرجة عالية من عملية الاتصال داخل الجماعة، إلا أن الخلل في هذا التعريف يتمثل في أنه توجد الكثير من الحالات التي يكون فيها فرد ما مركزا لانتباه الجماعة، ولكنه ليس قائد، مثل المجنون.

2- "**القائد قادر على توجيه الجماعة نحو أهدافها**": رغم أن هذا التعريف أقوى من سابقه، إلا أنه يصعب تحديد أهداف الجماعة، كما يوجد قادة يوجهون الجماعات نحو غير أهدافها بل نحو أهدافهم الشخصية، ومع ذلك فهم قادة.

3-"**القائد هو الشخص الذي له تأثير ملحوظ على تركيب الجماعة**": رغم أن هذا التعريف يشير إلى التغييرات التي يحدثها القائد في مستوى أداء الجماعة من خلال مهاراته والسلوك المتبع حيال ذلك، لكنه لا يوضح بدقة كيف يحدث هذا التغيير.

4-"**القائد هو الشخص الذي يهتم بسلوك الجماعة**": إلا أننا نجد في الكثير من الحالات أشخاصا يهتمون بسلوك جماعاتهم مثل رئيس شركة، حاكم عسكري، ومع ذلك لا يمثلون قادة لاعتمادهم أكثر على السلطة التي يخولها لهم المنصب.

وعليه نفضل التعريف الذي يرى أن القائد هو :" الشخص الذي يبذل تأثيرا إيجابيا أكبر على الآخرين مما يبذلونه هم نحوه ، ويشير التأثير هنا إلى التأثير المرغوب من القائد والجماعة معا".

ثانيا: الجماعة (المرؤوسين): تعد القيادة ظاهرة اجتماعية لا تحدث إلا في جماعة منظمة يتباين اعضاؤها في مسؤولياتهم وحاجاتهم ودوافعهم[2]، مما يترتب عليه حدوث تفاعلات بين أعضاء الجماعة والفرد الذي يملك أكبر تأثير وسلطة يصبح قائدا، وللجماعة أهمية كبيرة في القيادة إذ على القائد أن يراعي اهتماماتها إذا أراد أن يكسب طاعتها .

---

[1] Salma maroun,limpact du leadership dans les organisatins confessionnelles :le cas de l'eglise maronite,thése pour obtenir le grade de docteur de l'université de grenoble,spécialité sciences de gestion ;2013,p127 .

[2] خالد عبد الوهاب ،القيادة الادارية وتطوير منظمات التعليم العالي، دار الايام للنشر والتوزيع، الاردن ،2013 ،ص49.

ثالثا: قوة التأثير: يعتبر التأثير عصب العملية القيادية، وهو يرتكز على قدرة القائد على حث المرؤوسين بالوسائل الاقناعية التي يمتلكها ،وبالتالي يستطيع تغيير سلوك أو مواقف أو مشاعر الآخرين بالطريقة التي يريدها[1]، ويختلف التأثير عن القوة، حيث يقصد بالقوة القدرة على إحداث الإذعان لدى الآخرين، كذلك يختلف التأثير عن السلطة، حيث أن السلطة هي قوة شرعية تمنح للقائد الإداري بهدف إحداث السلوك المرغوب فيه لدى المرؤوسين، وهذا يتم بقرارات أو تعليمات رسمية، أما تأثير القائد في مرؤوسيه فيعتمد على عدة وسائل لعل أهمها وأكثرها فعالية هي الاستمالة والإقناع والحث على التعاون، وبقدر ما تكون درجة تأثير القائد فعالة في سلوك مرؤوسيه ونشاطاتهم تكون قيادته ناجحة، وتتعدد الطرق التي يستخدمها القائد في التأثير تبعا للأسس التي تقوم عليها قيادته وهي ما تعرف ايضا باسم فنون القيادة الادارية، على أن من أهم وسائل التأثير نذكر ما يلي:

1-التأثير القائم على المكافأة والتشجيع: تعتبر المكافأة حافزا هاما يدفع المرؤوسين إلى العمل بنشاط وحيوية [2] ،ويستطيع القائد عن طريق منح مرؤوسيه المكافآت المادية المعنوية على أدائهم الجيد، فيشبع حاجاتهم المادية ويؤثر في ميولهم واتجاهاتهم بالشكل الذي يساعده على تحقيق أهداف الجماعة والمؤسسة .

2-التأثير القائم على الإكراه: يقوم القائد باستخدام سلطته الرسمية بدفع مرؤوسيه إلى العمل عن طريق استثارة الخوف وتوقيع الجزاء عليهم، هذه الوسيلة تثير لدى المرؤوسين استجابة تختلف عن الاستجابة الناتجة عن المكافأة، فالعقاب يكبح القدرات الابتكارية لدى المرؤوسين[3]، ويؤدي إلى خلق جو من عدم الثقة بينه و بينهم، ويترتب على ذلك انهيار مبدأ السلطة والإحباط في العمل الذي يكون من أبرز مظاهره الكراهية والروح المعنوية المنخفضة والعدوانية ضد القائد، لذلك عليه ألا يستعمل هذا الأسلوب إلا للضرورة .

3-التأثير القائم على أسس مرجعية: وتعني تفهم القائد لخلفيات مرؤوسيه وثقافاتهم وشخصياتهم ووجهات نظرهم، ثم اتخاذها مرجعا للتأثير فيهم، فإذا أدرك القائد أن المرؤوسين يختلفون في مشاعرهم واتجاهاتهم وتقاليدهم الاجتماعية ودوافعهم ومشكلاتهم أمكنه تكييف سلوكه في التعاون والتعامل معهم بالطريقة التي تضمن توحيد صفوفهم وتوجيهها.

---

[1] Alain duluc,leadership et confiance-développer le capital humain pour des organization performantes ,dunod,paris,2 édition,2008,p53.

[2] خالد عبد الوهاب ،مرجع سبق ذكره،ص 50 .

[3] Jean-pierre,la boite à outils du leadership , paris: dunod ,2013, p111 .

4-**التأثير القائم على الخبرة:** يمكن للقائد أن يمارس تأثيرا على مرؤوسيه اعتمادا على الخبرة التي يتمتع بها نتيجة التعليم و التخصص المهني والتدريب، وذلك لأن الثقة التي يوليها له المرؤوسون نتيجة هذه الخبرة تجعلهم يذعنون له دون الحاجة إلى الاستمالة أو الإقناع من جانبه.

5-التأثير القائم على المعلومات : المعلومة هي مصدر قوة مكمل لقوة المنصب [1]،اذ يمكن للقائد أن يؤثر في مرؤوسيه من خلال سيطرته على المعلومات والتقارير التي يحتاج إليها هؤلاء، فنقل أحداث دون أخرى، وتوفير معلومات معينة، قد تعطي انطباعا معينا وتقود إلى استنتاجات في اتجاه ما، وهي أساليب يستخدمها القائد بالاعتماد على تطويع المعلومات والسيطرة عليها، مما يؤثر على الأفراد الذين يتلقونها منه

6- التأثير القائم على الإعجاب الشخصي: يعتمد القائد على إعجاب مرؤوسيه به وانتمائهم لشخصه، وهذا لتوفره على سمات وخصائص معينة، مما يجعلهم يحاكونه في السلوك الذي يسعى لتنميته فيهم، لأن القائد يستقطب احترامهم وتقديرهم، وهذا هو أقوى أنواع التأثير ، لذلك على القائد أن يسعى لاكتسابه من خلال أخلاقه وسلوكياته[2].

7-التأثير القائم على السلطة: يقوم هذا التأثير على إدراك المرؤوسين أن للقائد حقا رسميا في ممارسة التأثير بسبب مركزه التنظيمي، فالنفوذ الرسمي يعتمد على السلطة المستمدة من المركز الوظيفي وليس من العلاقة الشخصية للقائد بالآخرين، لذلك يشار إليه أحيانا بقوة السلطة والنفوذ.

8-التأثير القائم على التمكين: يعني اتجاه القائد إلى مشاركة المرؤوسين في النفوذ والسلطة واتخاذ القرار، حتى يشعروا بالمسؤولية الشخصية عن العمل والنتائج، كما يزيد ولائهم للقائد بفعل الحرية والثقة التي يمنحها لهم وأنه يعتبرهم في مستوى عالي من النضج والكفاءة، وهذا كله يحسن ويدعم العلاقة بينهم وبينه.

رابعا: تحقيق أهداف الجماعة أو المؤسسة :ان الجماعة (المرؤوسين) هم الذين يمنحون السلطة والنجاح للقيادة وللمؤسسة في حال تعاونهم واستجابتهم لكل ما يطلب منهم من قبل القائد وتأدية جميع الاعمال الموكلة اليهم بنجاح ،لذا فالمهمة الأساسية لأي مؤسسة هي إنجاز الواجبات والمسؤوليات من طرف الأفراد لتحقيق الأهداف المخطط لها مسبقا ، فهناك أهداف خاصة بالأفراد والجماعات وأخرى خاصة بالمؤسسة في حد ذاتها، مما يترتب عليه تعقد دور القائد في إيجاد نوع من التوفيق بينها ليصل بالتالي إلى تحقيق الأهداف الكلية ، لذا ترى ماري

[1] ربيع المسعود،متطلبات تطبيق ادارة الجودة الشاملة في ظل قيادة ابداعية ،اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية،تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة،كلية العلوم الاقتصاديةوالتجارية وعلوم التسيير،جامعة بسكرة،2014،ص64 .

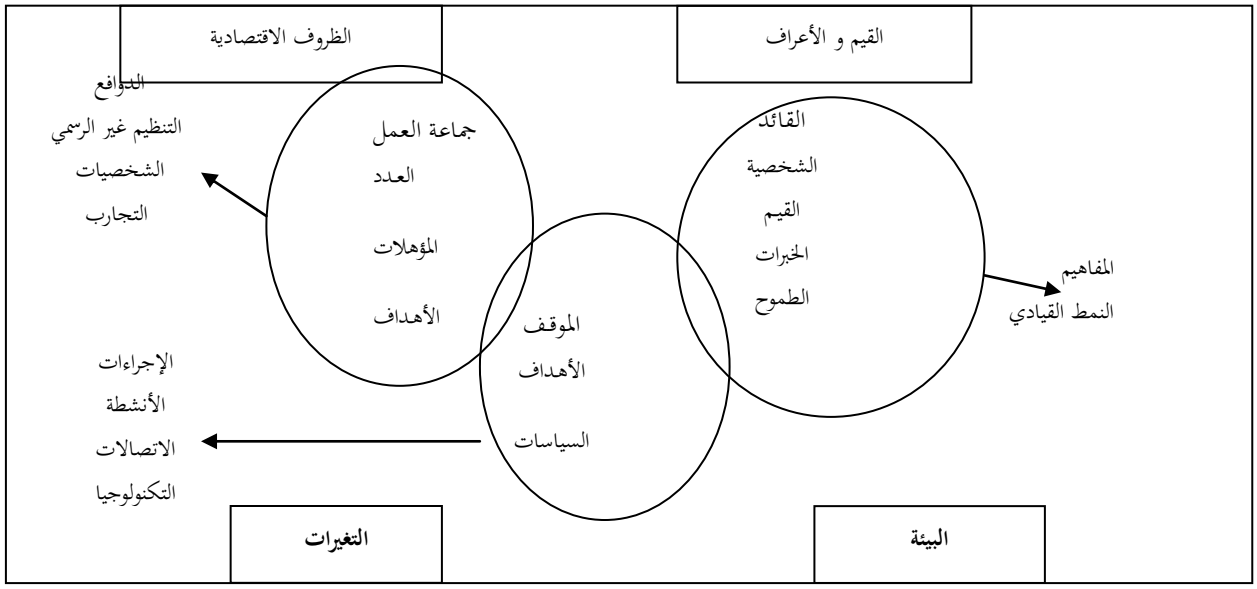
[2] خالد عبد الوهاب،مرجع سبق ذكره،ص51 .

فوليت Mary.Follet أنه عند التعارض بين أهداف المرؤوسين الفردية والجماعية يلجأ القائد إلى تحليل الخلافات ومظاهر التعارض في هذه الأهداف ثم ترتيبها من جديد بشكل يجد فيه كل طرف ما يرضيه، وهذا طبعا يعتمد على مهارات القائد وخصائص جماعة المرؤوسين والمؤسسة[1].

خامسا: الموقف :وهو يمثل الظروف التي تمر بها الجماعة سواء في البيئة الداخلية أو الخارجية، ففي بعض المواقف قد ترغب الجماعة في قائد يشعرها بالأبوة والعطف وفي مواقف أخرى مثل حالات الأزمات والخطر الداهم الذي يهدد حياة الجماعة[2]، ترغب في قائد صارم .

وكل العناصر السابقة الذكر تتفاعل مع بعضها البعض ويؤثر كل منها في الآخر والشكل ادناه يوضح ذلك:

الشكل (1-1) : العناصر المؤثرة في عملية القيادة



المصدر: علي عبد الوهاب، "مقدمة في الإدارة" ،معهد الادارة العامة ،السعودية ،1982 ،ص103

المطلب الثالث:وظائف القيادة الادارية

لقد اختلفت اراء الكتاب فيما يتعلق بوظائف القيادة الإدارية ، فمنهم من يرى أن القيادة الإدارية شأنها شأن الإدارة نفسها ليست فن فقط، بل هي علم يستند إلى نظريات ومبادئ وأسس يجب على القائد أن يلتزم بها حتى يصل لوضع قيادي يمكنه من التأثير على الآخرين وتغيير سلوكهم بالشكل المرغوب فيه، ويرى البعض الاخر

[1] نواف كنعان، مرجع سبق ذكره، ص ص94- 95 .

[2] مراد زعيمي ، مرجع سبق ذكره ،ص 181 .

أنه يمكن للقيادة أن تأتي من خلال إبداع الفرد بالاعتماد على مهاراته القيادية،وبالتالي فهي تستند إلى الخبارت والقدارت الذهنية التي تجعل من القائد مصدر إعجاب و قدوة لتكسبه القدرة على التأثير في الآخرين من خلال نمط اتصالاته بهم.

وعلى هذا الاساس سنعطي بعض الاسس التي على اساسها نبين وظائف القيادة الادارية فهناك وظائف مرتبطة بأداء المهام المنوطة بها، ووظائف مرتبطة بالمحافظة على أداء المجموعة ذاتها ليشعر الفرد الذي ينتمي إلى المجموعة بالاعتزاز لانتمائه لها وهي على النحو التالي:

اولا: وظائف مرتبطة بأداء المهام الرسمية الموكلة لهم:

1)التخطيط :

يكمل دور القائد في ابراز الاهداف التي كلف بانجازها ،فالخطوة الاولى لوظيفة التخطيط هي تحديد الاهداف الخاصة بالمؤسسة [1] ثم تحديد السياسات العامة وطرق العمل وهذا عن طريق وضع خطة عمل او برنامج تنفيذي لكل خطوة من خطوات عملية التخطيط من اجل جودة العمل.

2)**التنظيم :**

هو الاساس في سير العمل اذ يجب تطبيق مبادئ التنظيم تطبيقا سليما على الهيكل التنظيمي للمؤسسة، ويلعب القائد دورا في هذا المجال وذلك بوضع اسس تقييم العمل وتحديد الوظائف والاختصاصات والمسؤوليات في شكل خاص يسمى الهيكل التنظيمي للمؤسسة[2].

3)التنسيق :

وتعد من المهام الرسمية لكل قائد اذ تختلف ممارسة عملية القيادة باختلاف التنظيمات ،فكل قائد يتصرف وفقا لشخصيته ووفق الدور الذي يؤديه وهو بحاجة إلى المهارات أثناء ممارسته لعمله لتساعده على توجيه الجماعة والتنسيق بين الأنشطة داخل التنظيم.

4)الشؤون العامة : ان من المهام الاساسية للقائد الاداري التوجيه والتنسيق بين الأنشطة والجماعات والتنظيم لذلك عليه ان يكون ديناميكيا في تفكيره وتصرفاته والتمتع بالرؤية الثاقبة والثقة بالنفس وتفهم الطرق التي

[1] خالد عبد الوهاب، مرجع سبق ذكره،ص 55 .

[2] نفس المرجع السابق،ص56 .

يتصرف بها الأخرون داخل التنظيم والقدرة على اتخاذ القارارت ،فنجاح واستمرار الكثير من الاعمال يعود على مهمة المتابعة [1]التي يقوم بها القائد مباشرة او بواسطة المهام والخطط.

5)تشكيل شبكة من الاتصالات العمودية والافقية: لنقل للمعلومات والأفكار والقرارات والإطلاع على المستجدات وكذا معرفة الصعوبات التي ستواجة ادارة المؤسسة .

ثانيا: وظائف مرتبطة بسلوك وسمات القائد

تتحدد الوظائف الأساسية للقيادة ايضا في مجموعة من المهام مرتبطة بعلاقته بالمرؤوسين والمواقف ، وتختلف هذه الوظائف باختلاف نوع الجماعة والأسلوب المتبع وكذا اعتمادا على السمات والسلوكيات المتبعة في اداء وظائفه ، فوظيفة القائد مثلا في جماعة بيروقراطية تختلف عنها في جماعة ديمقراطية،ولكن عموما أهم الوظائف المتفق عليها سنعرضها كالأتي :

1-القائد كمصدر للمنهاج الفكري: يتوفر في القائد قدر من المعلومات المعرفة الواعية[2] التي تمكنه من أن يكون المصدر الموضوعي لمعتقدات أفراد جماعته وقائدها المثالي الذي يعمل على تأصيل القيم والسلوكيات الصحيحة .

2-**القائد كخبير** : القائد هو الغالب مصدر المعرفة والخبرة في الجماعة وفي بعض الجماعات تكون القيادة لمن يتميز بالمعرفة الفنية والإدارية ، ولكن في الجماعات الكبيرة تتعدد الاختصاصات فنجد أن القادة في هذه الحالة يعتمدون على الفنيين والأخصائيين في مختلف الأنشطة الجماعية.

3- **القائد كمبرمج للسياسة:** يتولى القائد وضع السياسة العامة للجماعة ويحدد الأهداف الإستراتيجية والتكتيكية لها ، ويمكن أن يكون مصدر تحديد هذه الأهداف وفق ما يلي:

-ديمقراطي القاعدة (قرار الجماعة من خلال مناقشة موضوعية واتفاق في الرأي).

-الديمقراطي المركزي(من القائد نفسه حيث تقوم الجماعة بتفويضه في اتخاذ مثل هذه القرارات).

[1] خدير نسيمة ،مساهمة اخلاقيات القيادة الادارية في ريادة المنظمات الاقتصادية الجزائرية،اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير،تخصص تسيير المؤسسات،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير،جامعة بومرداس،2015، ص23.

[2] حسن محمود حسن ناصر،الانماط القيادية وعلاقتها بالاداء الوظيفي في المنظمات الاهلية الفلسطينية،مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في ادارة الاعمال،تخصص ادارة الموارد البشرية،الجامعة الاسلامية ،غزة،2010،ص 13 .

4-**القائد كمخطط** : أي يقوم القائد بالتخطيط للأهداف بعيدة المدى بالعتماد على الرؤى المستقبلية[1] وقد تتم عملية التخطيط بمشاركة أفراد الجماعة أو قد ينفرد القائد بنفسه بالتخطيط ، ويقوم القائد بوضع الأهداف المحددة للجماعة ووضع خطة تتضمن أساليب العمل ووسائل تنفيذ الخطة والبرنامج الزمني لتنفيذ الخطة.

5-**القائد كمنفذ للخطة**: بعد تحديد الأهداف ورسم السياسات فالقائد ملزم بمتابعة تنفيذ خطته وقد تكون الرقابة مباشرة منه أو تفويض سلطة متابعة التنفيذ من قبل بعض المرؤوسين على أن تتم المتابعة بشكل دوري من أجل تصحح الخلل وقت حدوثه[2].

6-القائد كنموذج وقدوة ورمز : يمثل السلوك النموذجي في العلاقة مع المجموعة[3] ، ويقدم المثل والقدوة ولهذا التعامل في تحمل المسؤولية وضبط العمل من خلال السمات والسلوكيات المتبعة في ادائه لعمله ، ويكون نموذجًا في التنفيذ وبذل الجهد ويتقدم دومًا على مجموعته لمواقع العمل وتنفيذ التوجيهات ، وبذلك يكون قدوة ورمز قائم لاستمرار الجماعة.

7-القائد كممثل خارجي للجماعة : يقوم القائد بتمثيل الجماعة وعلاقاتها الخارجية ، فهو الممثل الرسمي والسفير المعبر عن حاجاتها والتزاماتها مع الآخرين ، حيث أن من الصعب على الجماعات التعامل مع الجماعات الأخرى بشكل مباشر وخاصة في الجماعات الواسعة الأعداد.

8-**القائد كمسيطر للعلاقات الداخلية** : ضمن واجباته القيادية يقوم بتنظيم العلاقات الداخلية للجماعة ، فهو الضابط المؤثر في هذه العلاقات القائمة بين أفراد الجماعة [4]، كما يقوم بدور المسيطر للعلاقات التي تربط المجموعة ، وكذا يسعى إلى توطيد العلاقات الإيجابية وتعميقها فيما بينهم.

9-**القائد كسلطة وكوسيط لحل التناقضات** :يتميز القائد بقدرته في حسم الخلافات في اغلب المواقف

من خلال الخبرة وتوفر عامل العدالة ويعتبر وسيطا بين اعضاء فريقه حين تحدث منازعات بينهم فيمنعها بحكم مسؤولياته وصلاحياته[5] ،لذلك وجب على القائد الاداري التمتع بحس التدبير وسعة الافق وقوة الشخصية

االمطلب الرابع: متطلبات ومعوقات القيادة الإدارية:

[1] طارق عبد الحميد البدري، الاساليب القيادية والادارية في المؤسسات التعليمية،دار الفكر ،الاردن ،2001،ص60.

[2] اسامة خيري ،مرجع سبق ذكره،ص28 .

[3] حسن محمود حسن ناصر،مرجع سبق ذكره،ص13 .

[4] طارق البدري،مرجع سبق ذكره،ص61 .

[5] برهان الدين السامرائي،دور القيادة في تطبيق اسس ومبادئ ادارة الجودة الشاملة،رسالة ماجستير في ادارة الاعمال،الاكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي،2012،ص116 .

ان تحديد معايير (سمات) ثابة يمكن على اساسها اختيار القائد الفعال امر بالغ الصعوبة،وهذا لاختلافها من وظيفة لأخرى،ومن فترة زمنية الى اخرى،ومن موقف لآخر،وباعتبار القيادة سلوك فان ثمة متطلبات جوهرية للقيادة الفعالة لا بد من توافرها،و بالاضافة الى هذا فان هناك ايضا عوائق تحد من فعالية العملية الادارية سيتم التطرق الى ابرزها.

اولا : متطلبات القيادة الإدارية

ان القيادة لا تعمل لذاتها والقيادة الذاتية هي قيادة تحفيزية موجهة للآخرين ،فبقدر ما هي خصائص ذاتية متميزة (من الداخل الى الخارج) فهي تعمل ايضا في ظروف وبيئة ذات خصائص معينة (من الخارج الى الداخل) وفيما يلي سنورد اهم متطلبات القيادة الناجحة :

1- الاتصـــال : وتعتبر عملية الاتصال من الوظائف الإدارية الهامة للقائد [1] حيث بواسطتها يمكن توحيد الجهود الجماعية حيث أن نقل المعلومات من شخص لآخر وفهمها أمر ضروري جداً من اجل تحقيق الأهداف المطلوبة. والتأثير على أعمال وسلوك الأفراد بما فيه مصلحة المؤسسة ،كذلك يعتبر عاملا أساسيا لتوجيه السلوك، فهو الوسيلة الفعالة لأحكام الإشراف على المرؤوسين والتابعية وإحاطة الجهاز الإداري علما بمجريات الأمور داخل المنظمة .

2-تبني الافكار : هو مقدرة الشخص على تفحص الأمور والنظر إليها من زاوية الشخص الآخر [2] فحتى يتمكن القائد من توجيه مرءوسيه على العمل وتحفيزهم لا بد أن يكون قادرا على وضع نفسه موضع ذلك المرؤوس فيحس بإحساسه ويشعر بشعوره تجاه المؤسسة وأهدافها وتجاه زملائه ورؤسائه تجاه القيم التي تؤثر على إنتاجية الموظف وكفاءته.

3-الإدراك الذاتي: هي مقدرة الشخص على تقييم نفسه بين الآخرين تقييما صحيحا [3] ، فهناك الكثيرون الذين يحملون عن أنفسهم فكرة تختلف عن الفكرة التي يحملها الآخرون. فقد يعتقد بعض الرؤساء بأنهم عادلون في

[1]Samir Trigui , management et leadership-le savior_faire de la gestion moderne. Tunis، centre de publication universitair,2004,p261.

[2] توفيق حامد طوالبة،اثر الانماط القيادية على ادارة الصراع التنظيمي لدى المديرين،اطروحة مقدمة استكمالا لمتطلبات الحصول على دكتوراه الفلسفة في تخصص ادارة الاعمال ،كلية العلوم المالية والمصرفية،الاكاديمية العربية للعلوم المالية والمصرفية،الاردن ،2008 ،ص17 .

[3]Alain duluc,leadership et confiance-développer,op,ct,p182

معاملاتهم لمرؤسيهم وموضوعيون في تحليلهم للمشاكل التي تواجههم، إلا أن مرءوسيهم قد يروا بأن هؤلاء الرؤساء متحيزون ولا يتميزوا بالعدل أو الموضوعية.

4 –الموضوعية: هي مقدرة الشخص على تحليل الوضع الراهن تحليلا عقلانيا دون تدخل العاطفة. فالقائد الناجح هو الذي يستطيع تحديد القوى التي دفعت بمرءوسيه لأن يسلكوا سلوك معين. إن قدرته على تحميد العاطفة وتحليل الأمور بموضوعية تمكنه من تفهم أفضل لسلوك المرؤوسين وبالتالي توجيههم وإرشادهم

5 – الرؤية: وهي القدرة على تصور مستقبل المؤسسة ووضع الخطط المناسبة لذلك[1]،لهذا فان الرؤية هي التي تقدم مسار النشاط وفق تفضيلات القائد ،تعكس الهوية والتفكير الاستراتيجي وكذا هي قادرة على خلق احتمالات تثير الايحاء والتميز

6–نوعية المرؤوسين: المرؤوسون هم من يعمل بمعية القائد ويمتلكون خيار الثقة بالقائد وقبوله او عدم ذلك ، وعندما يكون الانسجام بين هذا الاخير والمرؤوسين التابعين يكون التاثير كبيرا للقائد لانه سوف يعمل نحو اهدافه بمهاراته وقدرات هؤلاء المرؤوسين ،[2] والواقع ان التاثير الشخصي للقائد يكون ناجعا مع مرؤوسين مؤهلين ذو كفاءة عالية اي يجب على القائد ان يحسن اختيار مرؤوسيه ويساهم في تطويرهم وتحفيزهم لتحقيق الاهداف المشتركة.

7–الابتكار: هو الحرفية في القيادة والخبرة في التعامل [3]،فالقيادة بأبعادها المختلفة هي مجموعة الخبرات المتراكمة لنماذج القيادة في المواقف المختلفة،وفي هذه الحالة يتسم القائد بالتفكير الابتكاري حيث تتم سرعة البديهة ومعالجة المواقف الجديدة بقدر عالي من الاستعداد .

8–الكاريزما: ان القيادة تتطلب الشخصية الكاريزمية لتحقيق الرؤية ومواجهة المواقف التي تتعرض لها البيئة الداخلية كانت او الخارجية ،وهنا تبرز قدرة القائد في التأثير على مرؤوسيه من خلال المهارات الاتصالية التي تتسم بها هذه الشخصية [4].

[1] Jean-pierre,la boite à outils du leadership,op ct ,p29.

[2] نجم عبود نجم، مرجع سبق ذكره ، ص 33 .

[3] Jean-pierre ,op , ct,p 180

[4]IBid,p111.

9-القيم والمعتقدات : ان كوزيز وبوسنير(kouzes&posner) في كتابهما"تحدي القيادة" وجدا من خلال مسح شمل ألاف الافراد ان النزاهة هي السمة الجيدة الاكثر تكرارا التي يجب يوفرها لدى القائد[1] ،فالسير قدما نحو تحقيق الرؤية لا يتأتى إلا من خلال سمات اخلاقية كالنزاهة والعدالة وكذا الثقة لتعزيز علاقاته بالمرؤوسين الذين ينظرون بدورهم للقائد على انه قدوة في الاداء والقيم والأخلاقيات .

10- الظروف المحيطة :كل قائد و درجة قدرته في التكيف مع الموقف السائد و تفاعله مع الأحداث سواء كان ذلك داخل المؤسسة أو في البيئة المحيطة به ،وان لهذه الأخيرة دور كبير في تسهيل أو تعقيد عملية الاتصال و اتخاذ القرارات و حل الصراعات وغيرها.

ثانيا :معوقات القيادة الإدارية:

ان من أهم المشاكل والمعوقات التي تواجه المدراء والمشرفين حيال اكتساب وتطوير مهاراتهم القيادية في المؤسسات العربية ومؤسساتنا الوطنية العمومية على وجه الخصوص مادامت إحداها هي موضوع بحثنا، تنبع من اعتبارات سياسية واجتماعية وفنية محضة وتأثيرات الجماعات الضاغطة بالاضافة الى قصورهم في المعرفة التقنية أو الإلمام باللوائح القانونية أو الى عدم توفر الخبرة ، كلها تحول دون تمكين القيادات الإدارية من ممارسة مهامها نظرا لندرة تلك القيادات الكفؤة في جميع مستويات إدارة المؤسسات العمومية، مما لا يشجع لتطوير مهارات القيادة ولا لتحقيق التميز وجودة الخدمة المقدمة للزبائن، ونذكر من اهم هذه المعيقات مايلي:

1)بيروقراطية الادارة:تعاني الكثير من المؤسسات من ظاهرة البيروقراطية ويقصد [2]"بها نمط للتفكير وقواعد واجراءات عمل صارمة وعلاقات رسمية لا شخصية"وهي تشكل عقبة كبيرة في طريقة تطوير وتحديث هذه المؤسسات فهي سرعان ما تنشئ قيادة بيروقراطية تعمل على سيادة القواعد والإجراءات والعمل على استقرار طرق العمل

2)الفساد الاداري: ان الفساد ظاهرة متعددة الاسباب والأبعاد وذات امتدادات محلية ودولية وهو يساهم في تكوين ثقافة الفساد والتي تتمثل اساسا في الاستخدام السيئ بسلطة الرسمية من اجل تحقيق مكاسب شخصية للموظف في حد ذاته او حتى لجماهة ما وهذا بطريقة مخالفة للانظمة والقوانين او للمعايير الاخلاقية

[1] توفيق حامد طوالبة،مرجع سبق ذكره ،ص 19 .

[2] نجم عبود نجم،مرجع سبق ذكره،ص 405.

3) الخوف من القيادة: من اهم المعيقات التي تحول دون مبادرة القيادات نحو اكتساب المزيد من الخبرات والمهارات القيادية مظاهر الخوف من المسؤولية وهذا راجع الى نشاطه والمحيط الاجتماعي والمهني الذي يعيش فيه وهذا يحول دون الابتكار وبناء المهارات الانسانية [1] والقدرة على التاثير بالشكل الذي يحقق اهداف المؤسسة.

4)ان توقعات الجمهور وأولي الامر من القائد الاداري في الدول العربية تفوق كثيرا ما يجابه نظيره في الدول الغربية ،هذا الى جانب النقص الواضح في التقنيات المطبقة ووجود جماعات ضاغطة متعددة وقيم رائجة مختلفة تؤثر سلبا على انظمة الادارة [2].

5)عدم توفر الكفاءات القيادية :حيث أثبتت الدراسات التطبيقية أنه من غير الممكن عمليا العثور على اشخاص يتمتعون بسمات خاصة وذات كفاءة ،فالدول العربية مازالت تعاني من مشكلة هجرة القيادات ذات الكفاءات و الاطارات الناجحة.

6)ان المشاكل التي تحيط بالقائد الاداري قد تتأتى من النظام الاداري السائد في المؤسسة او البيئة المحيطة به ،فوجود المصادر المختلفة للتعيين وازدواج منابع المسؤولية يعملان في اغلب الاحيان على شل عمل القائد الاداري ،كما يؤدي تعدد مصادر المسؤولية الى ضعف رؤية وتوجيه القائد الاداري على مرؤوسيه وبالتالي ستؤثر في كفاية الاداء وكذا عملية النمو والتغيير

المطلب الخامس: التمييز بين المفاهيم المتداخلة مع القيادة الادارية

من خلال مطالعتنا لبعض الكتب التمسنا الكثير من الالتباس بين عدة مفاهيم مرتبطة بالقيادة كالإدارة والرئاسة ،وفيما يلي سنوضح كل مفهوم على حدى ونبين علاقته بمفهوم القيادة.

أولا: القيادة و الإدارة

لقد اختلفت آراء علماء الإدارة إزاء علاقة القيادة بالإدارة، فهناك من يعتقد أن الإدارة جزء من القيادة وهناك من يعتقد أن القيادة جزء من الإدارة[3]، وهناك من يرى أن الإدارة علم بينما القيادة فن.

---

[1] عبد الرحمن تيشوري ،العوائق والصعوبات التي تحد من كفاءة وفعالية الادارة ،منتديات مجموعة ادارة الموارد البشرية، في الموقع: www.hrm.group.com. تاريخ الاطلاع :2015/10/12

[2] زيد منير عبوي،القيادة ودورها في العملية الادارية،دار البداية للنشر،الاردن،2008 ،ص 60 .

[3] مراد زعيمي ،مرجع سبق ذكره، ص 184 .

و ينطلق الرأي الأول من أن القيادة تكون دائما في قمة الهرم الإداري وميدانها هو التعامل مع المواقع الادارية حسب تسلسلها الهرمي ، والقادة بحكم موقعهم لديهم تطلع استراتيجي شامل وواسع ولا ينغمسون في تفاصيل الأعمال الروتينية ، أما الرأي الثاني الذي يرى القيادة جزءًا من الإدارة فيستند في رأيه إلى أن القيادة هي إحدى الوظائف والمسؤوليات المنوطة بالمدير ، وان كثيرا من علماء الإدارة جعلوا القيادة جزءًا من ميادين الإدارة ، لدرجة أن النظريات الحديثة في الإدارة جعلت لها نموذجا قياديا منصهرا في العملية الإدارية وليس مهيمناً عليها، والملاحظ ان اصحاب هذا الراي هم في الغالب من علماء الادارة الذين يؤكدون ان المدير الاداري هو القائد .

وفي الواقع هما مكملان لبعض،فكلاهما علم وفن لهما مبادئ ونظريات وكذا يعتمد كل مفهوم في الممارسة على مهارات متعددة[1]، فالقيادة بدون إدارة تجعلنا نعيش في عالم التخطيط للمستقبل مع إهمال الانجاز الفوري الذي نحتاج إليه كي نصل إلى أهدافنا المستقبلية،والإدارة وحدها تجعلنا لا نرى سوى مشاكلنا اليومية فلا يتاح لنا الوقت للتفكير والتخطيط للغد، إنها تجعلنا نبتعد عن الأهداف البعيدة والصورة الكلية وربطها بالقيم والمبادئ فالقيادة اذن وكما اشرنا سابقا هي جوهر العملية الادارية تجعل الإدارة أكثر ديناميكية وفاعلية وكفاءة على تحقيق أهدافها ،بينما الادارة تعرف على:"بانها عملية اتخاذ القرارات التي توجه عمل الاشخاص وتعمل على تنظيم الموارد واستثمارها لتحقيق الاهداف المرسومة بأفضل صورة ممكنة وبأحسن الاساليب"[2].

ومما سبق يتضح ان القائد يهتم بالاستراتيجية بينما المدير يهتم بتطبيق تلك الاستراتيجية .

ثانيا: القيادة والرئاسة

تعبر الرئاسة عن "الصلاحيات الرسمية لتوجيه وإصدار الاوامر للمرؤوسين لانجاز الواجبات والمسؤوليات الملقاة على عاتقهم قصد تحقيق الأهداف"[3].

أما القيادة وبناءا على التعريفات السابقة الذكر فنقصد بها قدرة شخص ما على قيادة الآخرين بحيث يجعلهم يقبلون بقيادته طوعا، دون أي التزام قانوني وذلك اعترافا بدوره الفعال في تحقيق الأهداف

[1]Samir Trigui ,Management et leadership,op cit,p132.

[2] طارق عبد الحميد بدري،مرجع سبق ذكره،2001،ص 21 .

[3] وسيلة واعر،دور الانماط القيادية في تنمية الابداع الاداري، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية ،تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة،2015،ص 10

و يحتل كل من القائد والرئيس مركزاً أعلى في التنظيم ، ويمارس كل منهما اختصاصات وسلطات أعلى من تلك التي يباشرها بقية الأعضاء في التنظيم وتنبع القيادة تلقائياً من الجماعة،فالقائد في هذه الحالة يستمد سلطته الفعلية من قدرته على التأثير في سلوك أفراد الجماعة بشكل يمكنه من الحصول على ولائهم له وطاعتهم واستجابتهم لأوامره وتوجيهاته، أما الرئاسة فهي مفروضة على أفراد الجماعة وفق التنظيم الرسمي الذي يحدد مراكز السلطة ومستويات اتخاذ القرارات بطريقة رسمية،ونظرتها ضيقة للأمور واهتمامها بالمسائل التفضيلية والروتينية وضعف قدرتها على تحمل المسؤولية على عكس القيادة التي نظرتها اوسع وعلى هذا فان السلوك الاداري في التنظيم هو الذي يميز بين القائد الاداري والرئيس[1]، وعليه فان هذا الاخير يؤدي عمله وفقًا للتعليمات الموضوعة وعلاقته بأفراد الجماعة ، تقوم على أساس الاختصاص والمستويات المنوطة به وفق السلطة الرسمية المحددة له.

المبحث الثاني :نظريات القيادة الإدارية

تعددت واختلفت مفاهيم القيادة لدى الباحثين والمفكرين ،وذلك لما تحتله من اهمية كبيرة من حيث مكانتها وفعاليتها والنتائج المترتبة على نجاحها او فشلها ،وهذا ما انعكس على مختلف النظريات المفسرة لها ،فكان التباين في وجهات النظر وتعدد الزوايا التي ينظر بها كل متخصص للقيادة ،كما ان تطور الفكر الاداري كان له اثر كبير تجاه تطور المفاهيم القيادية ،اذ حاولت هده النظريات تحديد اهداف القيادة ،وخصائصها ،والمهارات الخاصة التي تجعل منه قائدا ناجحا .

المطلب الاول :المداخل المرتكزة على القائد

ان هذه المداخل تركز على القائد بصفة اساسية في عملية تفسير القيادة وعوامل التركيز المؤثرة فيها،وتعد من اقدم المداخل وسنقوم بعرض اهم النظريات :نظرية السمات،النظرية السلوكية

اولا:نظرية السمات:

وهو مدخل علماء النفس في دراسة القيادة وتعد امتدادا لنظرية "الرجل العظيم" هذه الاخيرة التي هي من اقدم النظريات ،اذ تعود الى العهد الاغريقي ،وتقوم على افتراض رئيسي مفاده ان القائد شخص موهوب من ذوي الشخصيات الزعامية والكفاءات المتميزة ،وقد ذهب اصحاب هذه النظرية الى الاعتقاد بان القيادة شيء فطري اي ان بعض القادة يولدون وهم يحملون صفات موروثة وليست مكتسبة[2] ، وقد استعمل الباحثون

[1] اسامة خيري ،مرجع سبق ذكره،ص40 .

[2] مراد زعيمي،مرجع سبق ذكره،ص197.

اختبارات علم النفس على مجموعة واسعة من المشاركين ،فابتدأت الدراسة بمحاولة عزل الخصائص القيادية التي يمتلكها القائد عن الخصائص التي لا يمتلكها الأفراد الآخرين وهذا من خلال قياس صفات النجاح لدى القائد وعلاقتها بفعالية القيادة في محاولة لتجميع السمات القيادية الواجب توفرها في شخص ليكون قائدا [1].

ولقد توصل ستوجديل R.Stogdill * من خلال تقييمه لأكثر من خمسة عشر دراسة ميدانية ،تمثل معظم الجهود التي قام بها علماء النفس فيما بين الحربين العالميتين لمعرفة السمات التي تجعل من فرد ما قائدا ناجحا ،وان من اهم هذه السمات مايلي[2] :

-المقدرة:وتتضمن الذكاء،طلاقة اللسان،اليقظة،الاصالة والعدالة ;

-المهارة في الانجاز:وتتضمن الثقافة والتعليم، سعة المعرفة،والقدرة على انجاز الاعمال ببراعة ونشاط ;

-الحس بالمسؤولية :ويتطلب ذلك: المبادأة والثقة بالنفس ،المثابرة،الاعتماد على النفس،السيطرة ،الرغبة في التفوق،الطموح;

-روح المشاركة: تتطلب النشاط ،الروح الاجتماعية الطيبة،المساهمة والتعاون،القدرة على التكيف،وروح الفكاهة والدعابة ;

-المكانة الاجتماعية: اي ان يكون للقائد مركزا اجتماعيا وماليا ;

-القدرة على تفهم الموقف:وهذا يستدعي مستوى ذهني جيد،ومهارة في تلبية حاجات مرؤوسيه ومصالحهم،والقدرة على تحقيق اهداف التنظيم .

وقد لاحظ ستوجديل ان هذه الدراسات افترضت ان القائد يتمتع ببعض السمات التي تؤهله للقيادة،اما التابع (المرؤوس) فيفتقر لها،لذلك فانه لا يتمكن من القيام بدور القائد .

بيما تعتبر دراسة باس أكثر الدراسات حداثة للسمات القيادية 1990، حيث يقترح ثلاث مجموعات من السمات تتمثل في[3] :

---

[1]Richard L.Daft, leadership theory and practice, Harcourt,Inc,USA,1999,p 65

*رالف ستوجديل :احد الكتاب المهتمين بالقيادة وممن توصلو من خلال دراستهم الى مجموعة من السمات العامة التي يمكن اذا ماتوافرت في شخص ما تجعله قائدا ناجحا

[2] حسين عبد الحميد رشوان،القيادة"دراسة في علم الاجتماع النفسي والاداري والتنظيمي"،مؤسسة شباب الجامعة،الاسكندرية،مصر ،2010،ب ط،ص49.

[3] C L LE Boyer et autres,RH:les apports de la sociologie du travail, ed organization ,paris ,2001 , p333 .

– الحيوية، أي أن يكون القائد مفعما بالطاقة ويعرف كيف يفرض نفسه عن طريق الاتصال بالآخرين للتأثير فيهم وإقناعهم بآرائه؛

– الذكاء والكفاءة، حيث يتمتع بالحدس بفعل المعلومات والخبرة التي يملكها من دون أن يتهور أو يتعجل، حيث أنه يعرف كيف يعيد التفكير في المشكلات إذا كان ذلك ضروريا وبسرعة؛

– الكفاءة الاجتماعية، وهي قدرة الاتصال وتنمية العلاقات مع الآخرين والتفاهم معهم و إدارة الصراعات والاستجابة بطريقة ملائمة للأوضاع الجديدة، وكذلك الفهم الجيد لحاجات الجماعة وإشباعها.

وعلى العموم اجمع اغلب الباحثين حسب هذه النظرية بأن هناك خصائص او سمات إذا توافرت في الفرد أصبح قائدا فعالا ويستطيع ان يحدث تغييرات في الجماعة ، و يمكن اجمالها في ما يلي:

– القدرة الاشرافية ، الذكاء والحزم والحماس والطموح والصبر واليقظة[1].

– مهارات ادارية مثل المبادرة،التخطيط،التنظيم،اختبار المرؤوسين وتدريبهم،الفصل في النزاعات،ودافع الانجاز.

– النزاهة والاستقامة والأخلاقيات في الحياة المهنية والشخصية ،القدرة على الهام المرؤوسين.[2]

بالرغم من تعدد الدراسات والأبحاث الخاصة بتحديد السمات اللازمة والتي تجعل من الشخص قائدا ناجحا غير ان هذه النظرية تعرضت لانتقادات و تحفظات كثيرة ومن أهمها:

– عدم اتفاق الباحثين على مجموعة محددة من الصفات التي يجب ان تتوافر في القائد حتى يصبح ناجحا [3]،وان الصفات الشخصية وحدها غير كافية لجعل القائد ناجحا اذ ينبغي ان يعززها قدرات ومهارات اخرى مكتسبة.

– اهمالها لتأثير الجماعة على المواقف والسياسات الادارية وكذا دورهم في انجاح العملية القيادية.

–لم تركز النظرية على تحليل السلوك الانساني واكتفت بوصفه فقط.

– انها لا تاخذ بالحسبان المواقف التي يجد فيها القائد نفسه

– النظرية تجاهلت الطبيعة الموقفية للقيادة،اي لم تولي أهمية لأثر عوامل الموقف على القيادة ،اذ أن السمات المطلوب توافرها في القائد تعتمد بدرجة كبيرة على الموقع القيادي المطلوب شغله، وعلى نوع الموقف الذي يعمل فيه القائد[4].

---

[1] عمر محمود غباين، مرجع سبق ذكره ،ص 147.

[2] Centre for public leadership us :national leadership index 2005,available at :www .usnews.com

[3] ربيع المسعود،مرجع سبق ذكره،ص71.

[4] صلاح الدين محمد عبد الباقي،السلوك الفعال في المنظمات،الدار الجامعية الجديدة ،الاسكندرية،د ط،2002،ص222 .

– عدم شمولية النظرية لأنها أغفلت متغيرات عديدة تتعلق بفعالية القيادة.

–يعد تفسير القيادة على انها موروثة فقط امر غير صحيح لان في الاغلب القيادة تكون مكتسبة اذ في دراسة قام بها الدكتور طارق السويدان في هذا الشأن" توصل الى ان 1% من الناس لديهم الاستعداد الفطري للقيادة و 1% لا ينفعوا ان يكونوا قادة ،بينما 98% من الناس يستطيعون ان يطوروا الملكة القيادية لديهم "[1].

– تجاهلت اختيار القادة على أساس مهارات القيادة[2] ومن ثم تجاهلت فرصة التدريب والإعداد لها.

وعموما فنظرية السمات بعيدة كل البعد عن الواقع فقد يوجد بعض الافراد ممن لديهم السمات القيادية المرغوبة غير انهم لم يحصلوا على مراكز قيادية مميزة وبالمقابل يوجد البعض من تنقصهم الصفات والخصائص المطلوبة لاحتلال المناصب القيادية لكن مع ذلك يتمتعون بها وهذا حسب ما نلمسه في مختلف المؤسسات العامة،وفي هذا الشأن الدلائل غير واضحة في معرفة السبب من النتيجة .

ومن خلال ما سبق يتضح ان هناك صعوبات امام تعميم نتائج هذه النظرية بشكل علمي خاصة ان السمات لوحدها لا تدل دلالة فعلية على انها الدافع الاساسي للقيادة الناجحة ،لذلك اتجه البحث للتركيز على ما يفعله القائد (مدخل علم الاجتماع) لان السلوك يتم تعلمه واكتسابه فبرزت ابحاث عديدة تهتم بالمدخل السلوكي

ثانيا : النظرية السلوكية

يعتبر المدخل السلوكي من المداخل المهمة في القيادة ،وقد كان احد مظاهر الادارة وبخاصة عندما برز وبوضوح لدى الباحثين في القيادة ان نظريات السمات باتت غير قادرة على معرفة السبب الرئيسي للقيادة الفعالة ،لهذا اتت هذه الدراسة لمحاولة استكشاف محددات اخرى للفعالية القيادية

وفي هذا المجال أجريت دراسات متعددة ومن اهمها : دراسات جامعة ايوا Iowa ، وجامعة اوهايو Ohio ، ودراسات بليك وموتون (الشبكة الادارية) وغيرها وقد صنفت هذه الدراسات اساليب القيادة التي يمارسها المديرون و استنادا الى بعدين رئيسيين فيما يتعلق بأعمال و انشطة القائد هما[3]: الاهتمام بالعمل،و الاهتمام بالأفراد.وسنناقش فيما يلي اهم النظريات/الدراسات السلوكية حول القيادة.

[1] طارق السويدان ،القيادة فطرة ام مكتسبة،ساعة مع قيادة ،www.saudileadership/org،اتاريخ التحميل 11كتوبر 2016.

[2] وفيق حلمي الاغا،دور القيادات الادارية في التطوير والتنمية الادارية،المؤتمر السنوي الرابع في الادارة،القيادات الابداعية لتطوير وتنمية المؤسسات في الوطن العربي،سوريا،13-16اكتوبر،2003،ص253 .

[3] نجم عبود نجم ،مرجع سبق ذكره،ص100.

1):دراسات جامعة ايوا the university of Iowa studies

قام"kurt lewin كورت لوين" بدراسة ارتبطت باسم الجامعة التي يشتغل بها و من خلالها تم التوصل الى ثلاث انماط قيادية [1]:

-النمط الأوتوقراطي(المتسلط) اين يكون القائد هو الذي يملك السلطة والأمر وحق اتخاذ القرار وبالتالي القدرة على فرض الإمتثال.

- النمط الديمقراطي والذي يعمل القائد من خلاله على مشاركة الأفراد في اتخاذ القرار ووضع الأهداف.

- النمط المتساهل والذي يسمح من خلاله القائد للأفراد بحرية كبيرة في وضع الاهداف وتنفيذها.

فهذه الدراسة تبرز بوضوح فعالية النمط القيادي الديمقراطي ،وفي بعض الأحيان يكون القيادي الديمقراطي أفضل أداء من الاوتوقراطي وقد يكون المستوى نفسه من الأداء أو أقل في بعض الأحيان بين المرؤوسين،وبالتدقيق أكثر في نتائج البحث وجد أن مستوى رضا العاملين يكون أكثر ارتفاعا مع القائد الديمقراطي، وكمحصلة للدراسة وجد ان القائد له دور مزدوج فمن ناحية يجب أن يركز على العمل وعلى الأداء ومن ناحية ثانية يجب أن يركز على عمل الافراد بحيوية وديناميكية[2].

و رغم أن الدراسة كانت رائدة في التعرف على تأثير القيادة على سلوك الأفراد، وفي الكشف عن أن المرؤوسين يختلفون في استجابتهم ورضاهم في ظل أنماط القيادة المختلفة، إلا أنه من الصعب تعميم نتائجها على أفراد راشدين نظرا لأن التجارب أجريت على أطفال، كما أنها أغفلت تأثير شخصية ودوافع الأفراد، وأخيرا فإنه من الصعب الحصول على نتائج مشابهة إذا طبقت في بيئات ذات ثقافات مختلفة، ورغم هذه الثغرات في دراسة لوين وزميليه، فقد شجعت عددا من الباحثين في جامعة متشجان على إجراء دراسات أخرى لأنماط القيادة.

2): دراسة جامعة متشغان Michigan studies

جرت دارسات القيادة لجامعة ميتشيغان تقريبا في نفس الوقت الذي جرت فيه دارسات جامعة أوهايو وكان لها نفس الغرض، حيث تم تحديد الخصائص السلوكية للقادة التي ظهر أنها ترتبط بمقاييس فعالية الأداء و ذلك بتوجيه من "ليكرت"،اذ توصلت جامعة متشيغان لتحديد بعدين للسلوك القيادي، و تم تصنيفهما على أنهما الأسلوب القيادي المتوجه نحو العاملين و الأسلوب القيادي المتوجه نحو الانتاج ،وتم وصف القادة المتوجهون نحو العاملين على أنهم يركزون على العلاقات ما بين الأفراد ويهتمون بحاجات عامليهم، ويتقبلون الاختلافات الفردية بين العمال; أما القادة المتوجهون نحو الانتاج فإنهم يميلون لتأكيد العوامل التقنية و مهام العمل بمعنى أن

[1] نجم عبود نجم،نفس المرجع،ص101.

[2] ربيع المسعود ،مرجع سبق ذكره،ص 74.

اهتمامهم الأساسي كان مركزا على انجاز مهمات جماعتهم، وأن أعضاء الجماعة هم وسائل لتحقيق تلك الأهداف. وقد افترض الباحثون في ميتشجان أن هذين الأسلوبين يشكلان قطبا عامل واحد يمتد من الاهتمام بالعمل وينتهي بالاهتمام بالعامل، هذا الأسلوب الأخير يعتبر الأفضل في القيادة حسب اعتقادهم، حيث يحقق أعلى إنتاج ورضا للعاملين من النمط المتمركز على العمل ،[1]

وكغيرها من الدراسات السابقة فقد وجهت عدة انتقادات لدراسة ميتشجان أهمها هو صعوبة إيجاد علاقة سببية بين سلوك القائد وإنتاج ورضا المرؤوسين، فافتراض أن نمط القيادة هو المتغير المؤثر يفتقد الدليل التجريبي[2]، كما أن القول بأن القائد إما يهتم بالعامل أو العمل لا يثبته الواقع، حيث أن سلوك القائد قد يختلف من ظرف لآخر، ففي الظروف العادية يميل القائد إلى الاهتمام بالأفراد، بينما في الظروف الصعبة وضغوط العمل يميل إلى الاهتمام أكثر بالعمل[3]، لذلك ظهر توجه آخر يقول القائد يجب أن يجمع بين الاهتمام بالعاملين والعمل وهو ما قدمته دراسات جامعة أوهايو.

3): دراسة جامعة ولاية اوهايو The university of(OHIO)studies

وعرفت ايضا بنظرية البعدين في القيادة كان الهدف من هذه الدراسة هو معرفة العوامل المحددة لسلوك القائد ومعرفة اثر النمط القيادي على مستوى الاداء الوظيفي لجماعة العمل[4] ،وذلك من خلال استمارة وصف سلوك القائد (L B DQ)، وحددوا بموجبه بعدين للسلوك القيادي وهما على النحو التالي [5]:

- **هيكلة المهام**:ويقصد به تحديد الادوار بين القائد والمرؤوسين،ويعبر عن مدى اهتمام القائد بتخطيط العمل وتنظيمه وتوزيعه على مرؤوسيه والرقابة عليهم وتجربة اساليب العمل المبتكرة؛
- **الاهتمام بمشاعر الاخرين**: يأخذ القائد في الاعتبار اراء ومشاعر المرؤوسين وينمي جوا من الصداقة والثقة واقامة اتصال ذي اتجاهين:صاعد ونازل،وبموجب هذا التحليل فان هذين البعدين ليس متعارضين.

وعليه سميت هذه النظرية بنظرية البعدين،ونوضحها من خلال الشكل التالي:

---

[1] طارق عبد الحميد البدري،مرجع سبق ذكره،ص160.

[2] راوية حسن، السلوك في المنظمات، ادارة الموارد البشرية،الدار الجامعية،الاسكندرية2000، ص259.

[3] أحمد سيد مصطفى، ادارة السلوك التنظيمي رؤية معاصرة،الدار الجامعية للطبع والنشر،القاهرة،2000، ص 276.

[4] محمود عياصرة ،مروان محمد،القيادة والرقابة والاتصال الاداري،دار حامد للنشر والتوزيع،عمان،2008،ص57.

[5] Doris B .collins,the effectiveness of manageriel leadership developement programs, partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy,the school of human resource education and workforce development,west virginia university,2002,p33

الشكل (1–2) :مصفوفة اوهايو للقيادة



Robbins,S.P,Organizational Behavior,prentice Hall,Inc ,New Jersey, 10 th Ed,p316.

و استخلصت دراسة جامعة أوهايو أن نمطي سلوك القائد لا يمكن اعتبارهما على أنهما يقعان على نهايات متعاكسة تبدأ بالنمط المهتم بالعاملين وتنتهي بالنمط المهتم بالعاملين كما جاءت به دراسة جامعة ميتشجان، بل إنها يشكلان متغيرين مستقلين بمعنى يمكن أن يظهر القائد بمستويات مختلفة من الاهتمام بالعمل وفي نفس الوقت بمستويات مختلفة من الاهتمام بالعاملين[1]، وعلى هذا فإن أفضل نمط للقيادة هو الذي يتصف بالقدرة على تنظيم العمل وأيضا بالحساسية اتجاه المرؤوسين أي الذي يظهر سلوكا عاليا على كلا بعدي سلوك القائد.

ولقد أوضحت الأبحاث التي أجريت لتقييم دراسة جامعة أوهايو بعض القصور في هذه الدراسات، حيث تبين أن هذه الدراسات لم تأخذ متغيرات الموقف بعين الاعتبار رغم أهميتها في التأثير على العلاقة بين متغيري سلوك القائد وبين نجاحه في العملية القيادية، ففي حالة المواقف المبهمة و المتأزمة قد يجد القائد نفسه مجبرا على الاهتمام بهيكل العمل ، كما أنها افترضت أن القائد يسلك سلوكا واحدا بالنسبة لجميع المرؤوسين، وهذا افتراض خاطئ، فقد يكون أكثر حساسية واهتماما بالأفراد الأكفاء بينما يكون أقل حساسية للأفراد الأقل كفاءة وذلك لاهتمامه أكثر بعملهم[2]

[1] طارق عبد الحميد البدري، مرجع سابق، ص 160 .

[2] راوية حسن ، مرجع سابق، ص 260،بتصرف

4):نظرية الشبكة الادارية: Mangerial Grid

تعد نظرية الشبكة الإدارية من اكثر النظريات انتشارًا ،و يعود الفضل في تطوير هذه النظرية الى كل من Black and Mouton (1964) اللذين شخصا خمسة انماط سلوكية للقيادة من خلال درجة الاهتمام بكل من الافراد وانجاز العمل ،اذ قاما بتحديد خمسة انماط قيادية [1]،وهذا النوع من القيادة عامة ما يشترك القائد مع مجموعته (مرؤوسيه)اشتراكا عمليا و هو يهتم ايضا بأداء (تخطيط و رقابة و جدولة و توجيه) أنشطة أفراد مجموعته من خلال المشاركة الجماعية في النقاش وتطوير فرص لتنمية المهارات[2] و يستخدم حوافز الانجاز في تأثيره ودفعه لمجموعته للعمل و تعتمد على تفاعل بعدي القيادة : الاهتمام بالعمل ، و الاهتمام بالعامل واستنادا لذلك اقترحا خمسة أساليب للقيادة بحسب موقعها على الشبكة كما هو موضح في الشكل الموالي:

الشكل (1–3): الانماط القيادية حسب نظرية الشبكة الادارية



المصدر. R Bolden ,2004,what is Leadership ?Leadership South West,Rsearch Report1 , p9 .

استنادا من الشكل اعلاه تبين لنا خمسة أساليب للقيادة بحسب موقعها على الشبكة كما يلي:

❖ **نمط القيادة الضعيفة** (التسيبي) (1–1): وهو الذي يترك الامور دونما تدخل فيها،ولا يهتم سواء بالانتاج او بالانسان،فهو بذلك ينسحب من العملية القيادية[3].

[1] شوقي ناجي جواد،هيثم حجازي،دراسات خاصة في ادارة الاعمال،الاهلية للنشر والتوزيع ،عمان ،2006 ،ص241 .

[2]Doris B ,collins, the effectiveness of manageriel leadership developement programs, op , cit,p13 .

[3] بلال خلف السكارنة، القيادة الادارية الفعالة ،دار المسيرة للنشر والتوزيع،عمان،2010،ص76.

❖ **النمط المتشدد او التسلطي** (9-1):يعبر هذا النمط عن الاهتمام الاكبر بعامل الانتاج و يقل الاهتمام بالمرؤوسين الى درجة كبيرة ،فهذا النمط الاداري يعكس المبادئ التي نادى بها فريدريك تايلور في نظريته"الادارة العلمية"[1]، ويؤمن القادة بوجوب استخدام السلطة مع المرؤوسين لانجاز المهام وذلك بسبب التخوف من الفشل في تحقيق الاهداف ويتبع اسلوب العقاب والتشدد مع مرؤوسيه؛

❖ **النمط القيادي الوسط**(5-5): و تسمى بالقيادة المعتدلة حيث يحاول القائد الوصول الى موازنة بين احتياجات الافراد وأهداف المؤسسة الانتاجية،وفي هذا النمط يؤمن القائد بأسلوب منتصف الطريق فيلجا في بعض الاحيان الى الاسلوب (1-9) وبعض الاحيان الى الاسلوب (9-1)؛

❖ **نمط القيادة الاجتماعية او الانسانية** (1-9):الذي يعطي كل الاهتمام والتركيز على الناس ومشاعرهم والعلاقات الاجتماعية،ولا يعطي اهتماما يذكر للانتاج والعمل؛

❖ **نمط قيادة الفريق** (9-9): وتسمى ايضا بالقيادة الجماعية او المثالية ،فالقادة الذين ينتمون الى هذا النمط الاداري يولون اهتمام فائق لكل من بعدي الافراد والإنتاج ،اذ يعمل القائد في هذه الحالة على تحقيق النجاعة للفريق وكذا بناء علاقات من الثقة والاحترام المتبادل بين اعضاء الفريق لتنمية وتطوير ادائهم لمواجهة الظروف المستقبلية.

واستنادا للشكل الموضح اعلاه وحسب ما أشار اليه كل من بلاك و موتون إلى أن الوضع الأمثل للقيادة هو النمط(9- 9)،فالقائد الناجح هو الذي يوازن بين متطلبات وحاجات العمل من جهة ومتطلبات العاملين من جهة اخرى ، إلا أنهما لم يقدما دليلا واضحا يبين إمكانية حدوث هذا، كما أنهما لم يثبتا علاقة هذا النمط بالنجاح في القيادة، بالإضافة إلى إهمال المواقف التي قد تدفع إلى نمط قيادي مختلف.

5):نظرية Douglass .Mc Gregor

وعرفت بنظرية xو yاذ قدم Mc Gregor سنة 1960 مجموعتين متناقضتين من الفروض(في شكل نظريتين) عن الطبيعة الإنسانية، وذلك وفقا للطريقة التي يدرك بها القادة الإداريون والمديرون للأفراد العاملين في منظماتهم، حيث قامت نظرية x على افتراضات سلبية متشائمة تتوافق مع الاتجاهات الكلاسيكية التي جاء بها تايلور وبالتالي فهم يحتاجون إلى القيادة الأوتوقراطية (المستبدة)، أما النظرية y فتتوافق مع اتجاهات مدرسة

[1] احمد بن عبد المحسن العساف،مهارات القيادة وصفات القائد ،المفكرة الدعوية،وثيقة الكترونية،بدون سنة،متوفرة على الموقع :www.dawahmeno .cdom تاريخ الاطلاع :2016/5/17

العلاقات الإنسانية و المدرسية السلوكية ،في هذه الحالة يحتاجون إلى قيادة ديموقراطية ; و الجدول التالي يوضح افتراضات النظريتين:

الجدول (1-1): افتراضات نظريتي x و y

نظرية x: افتراضات كلاسيكية اتجاه الأفراد في العمل	نظرية y: افتراضات حديثة اتجاه الأفراد في العمل
– معظم الأفراد لا يحبون العمل و يتجنبونه كلما أمكنهم ذلك؛ – معظم الأفراد لا بد من إجبارهم وتهديدهم بالعقاب حتى يقوموا بالعمل؛ – يجب الرقابة و الإشراف و التوجيه الشديد للأفراد عندما يعملون؛ – معظم الأفراد يفضلون أن يوجهوا و يميلون لتجنب المسؤولية و لديهم مستوى طموح منخفض و هم يهتمون فقط بتحقيق الأمن.	–العمل هو نشاط طبيعي مثل اللعب والراحة؛ –الأفراد قادرون على التوجيه والرقابة الذاتية وهم ملتزمون بالأهداف؛ –الأفراد يكونون أكثر التزاما بالأهداف التنظيمية إذا ما تم مكافأتهم على ذلك؛ –الفرد في مجتمع معين لديه القدرة على التخيل والابتكار.

المصدر:راوية حسن ، مرجع سبق ذكره،ص19.

يتبين من الجدول أن هناك فرق كبير بين النظريتين xوy في القيادة، حيث تبدو النظرية x بأنها تسلطية ، ليس فيها مرونة حيث تكون السيطرة خارجية ولا تنطلق من الفرد نفسه، بالمقابل فإن النظرية y تبدو ديمقراطية تفاؤلية فيها حركية و مرونة تعتمد على التوجيه الذاتي و تأخذ بمشاعر الأفراد ولا تنكرها، ومن وجهة نظرنا فإن نمط القيادة وفقا للنظرية X لا مكان له في المؤسسات الحالية ، وطبقا لـ D. Mc-gregor فإن المبدأ المستمد من النظرية X هو المتعلق بالتوجيه و التحكم من خلال مزاولة السلطة، أما النظرية Y فقد أقامها على مبدأ التكامل بين القيادة والمرؤوسين، فالقيادة الإدارية تعمل على خلق الظروف التي تسمح للمرؤوسين ببذل طاقاتهم من أجل نجاح العمل وتحقيق أهدافهم الشخصية، بينما هم يساهمون في تحقيق أهداف المؤسسة[1]، لذلك فان افتراضات القائد لها أهميتها حسب D. Mcgregor في تحديد سلوكه ودوره، فإذا افترض أن مرؤوسيه كسالى وغير مسؤولين، فمن المحتمل أن نظاما للحوافز والتقدير سيقام ليضمن أنهم سيندفعون للعمل الجاد، كما أن القواعد والتعليمات والإشراف من قبل القادة ضرورية كي ينجزوا العمل المطلوب، من ناحية

[1] راوية حسن ،مرجع سبق ذكره،ص20.

أخرى إذا افترض القائد أن المرؤوسين مسؤولون وناضجون، فإن نظاما للحوافز و التقدير سيشجعهم على التصرف بنضج ومسؤولية .

وفي تقديرنا أن استخدام القائد للنمط الديمقراطي(النظرية y) له نتائج إيجابية في رفع وتنمية المهارات لدى الأفراد ، والقيام بتشجيعهم على المبادرة والابتكار وينعكس أيضًا على تطوير أسلوب أداء العاملين ورفع الروح المعنوية لديهم وبالتالي يؤدي إلى زيادة كفاءة العمل.

ونظرا لنجاح الادارة اليابانية فقد حاولت الدول الغربية وبشكل خاص الولايات المتحدة الامريكية ان تستفيد منها،ولكن بعد تعديلها بما يتماشى مع البيئة الامريكية وخصائصها ،وسمي هذا التعديل بنظرية Z في الادارة، وصاحب هذه النظرية هو عالم الادارة الالماني "وليام اوتشي"(1982) الذي حاول تكييف النموذج الياباني في الادارة في المؤسسات الامريكية،وهذه النظرية تدعو الى اعادة توجيه الاهتمام الى العلاقات الانسانية في عالم المؤسسات بدل التركيز على الاعتقاد بان التكنولوجيا وحدها هي التي تقف وراء رفع الانتاجية ،وحتى يتم الاستفادة من الاساليب القيادية اليابانية حاول اوشي تعديل هذه الاساليب وفقا للثقافة الامريكية،فعلى سبيل المثال الممارسات اليابانية التالية: القرار بالجماع–اسلوب جمع المعلومات من اسفل الى اعلى–المسؤولية الاجتماعية–التنظيم غير الرسمي يلزم ان تمارس في المؤسسات الامريكية على الشكل التالي:القرار بالأغلبية–حرية انسياب المعلومات وفي غالب الامر تكون من اعلى لأسفل –المسؤولية الجماعية والفردية معا–التنظيم الرسمي والبيروقراطي مرافقا لشبكة من العلاقات غير الرسمية ،بالإضافة الى محاولة ترسيخ عامل الثقة ، فالقائد الفعال[1] هو من يستخدم الاسلوب الانسب تبعا لمزاج الافراد.

وتأسيسا على ما سبق فلقد اخفقت النظريات السلوكية في القيادة في التوصل الى نتائج قاطعة محددة تشير الى ان اسلوبا معينا كان فعالا بشكل دائم بل كانت النتائج متناقضة و الحلقة الناقصة في هذه النظريات و النماذج هي :

- إغفال دور المرؤوسين و العوامل الموقفية في فعالية القائد لذا برزت النظريات/النماذج الموقفية لتعالج هذا القصور في النظريات السابقة.

[1] بلال خلف السكارنه،مرجع سبق ذكره،ص81.

– تفترض دارسات أنماط القيادة ضمنيا أن هناك علاقة سببية بين نمط القيادة و متغيرات الفاعلية (الأداء والرضا) وتحاول الدارسات اختبار صحة أو عدم صحة الفرضية و لكن الدارسات لم تتبع منهجية علمية دقيقة وصارمة.

المطلب الثاني:المداخل المرتكزة على الموقف

تفترض النظريات الموقفية في القيادة أن فعالية القائد تتوقف على تبني سلوك يلائم متطلبات الموقف و تحاول هذه النظريات تحديد المواقف القيادية الهامة و اقتراح الاساليب القيادية المختلفة التي تناسب تلك المواقف و التي تحقق رضا العامل و الانتاجية و تضمنت هذه النظريات وجهتي نظر متناقضتين وهما[1]:

– وجهة النظر الاولى : على القائد أن يتكيف مع الموقف.

— وجهة النظر الثانية : تكييف سلوك القائد حسب الموقف.

وتفترض وجهة النظر الاولى أن اسلوب القائد نسبيا ثابت و ليس من السهل تغييره و تقترح ايجاد الموقف الذي يكون القائد فعالا فيه و تجنب المواقف التي يكون فيها اقل فاعلية ولكن هذا الامر ليس ممكنا دائما ومن النظريات التي تتبنى هذه النظرية نظرية فيدلر ،في حين وجهة النظر الثانية فتفترض ان قرارات المدير و الموقف المتعلق بالعمل كلاهما مرن نسبيا و قابل للتغيير وهذه النظرية ترى أن المدير مرن وقابل للاستجابة للمواقف المختلفة و الافراد المختلفين.

وترى الباحثة أن وجهة النظر الثانية تقترح نظرة أكثر واقعية لطبيعة الانسان فالقائد يتعامل مع أناس تختلف شخصياتهم ومهاراتهم ودوافعهم ومن غير المنطقي أن يعاملهم على أنهم متشابهون

وسنقوم باستعراض اهم النظريات الموقفية التي ظهرت لتحديد عناصر الموقف الاداري.

اولا: النظرية (الشرطية–الموقفية)ل فيدلر: Fiedler's Theoty

تنسب اول نظرية موقفية في القيادة إلى الباحث فريديريك فيدلر من جامعة الينوي في الولايات المتحدة الامريكية وتعتبر اول محاولة جادة لإدخال متغيرات الموقف في اطار نظري يفترض وجود تفاعل بين هذه المتغيرات وخصائص القائد ، وعلى العموم تقوم هذه النظرية على فلسفة مفادها ان الظروف هي التي تصنع القادة وتبرزهم وان نوعية القادة تختلف باختلاف المواقف التي قد يواجهونها ، ويتفق مع غيره من الباحثين من انصار هذا المدخل في ان خصائص القيادة ترتبط بالموقف وكذا ان فاعلية القيادة تتحدد بمدى ملائمة النمط القيادي المستخدم في موقف معين لمتطلبات هذا الموقف ،الا ان فيدلر نهج في تحليله للموقف نهجا جديدا يقوم على

[1] نواف كنعان ،مرجع سبق ذكره،ص304.

التساؤل عن ماهية الموقف الاداري؟وكذا عن عناصر هذا الموقف ومتطلبات كل عنصر منها؟[1] يتصور ان الاجابة عن هذه التساؤلات يمكن ان تبرز متى يكون الموقف ملائما لاستخدام نمط قيادي معين،حيث يرى ان تحديد الموقف الملائم يتطلب وضع تشخيص دقيق للموقف الذي يمارس فيه كل من القائد والمرؤوس عمله، وذلك من خلال تحليل عناصر الموقف

وفي هذا الخصوص اكد فيدلر ان "القيادة الناجحة هي نتيجة مباشرة لتوافق وملائمة انماط القائد مع تغيرات الموقف "واستطاع ان يخلص بان فعالية القيادة او انجاز الافراد يعتمد على التوافق الجيد والصحيح بين شخصية القائد و ثلاث عناصر او متغيرات في الموقف [2]:

- علاقات الاعضاء بالقيادة وتعني طبيعة العلاقة بين القائد ومرؤوسيه(مدى ثقة المرؤوسين بالرئيس وولائهم).

– درجة هيكلية العمل: اي كلما كانت المهمة واضحة ومحددة بدقة كان هناك نوع من الحرية للأعضاء في انجاز هذا العمل باقل عدد ممكن من الاوامر وهذا ما يجعلهم يطورون ويبدعون .

– القوة المستمدة من السلطة :تتحدد درجة قوة القائد وفقا للمنصب الذي يشغله وهي تتأثر بثقافة المؤسسة ومحيط العمل ،بالإضافة الى فلسفة الادارة العليا بالمؤسسة

وهذا ما ادى به الى افتراض أسلوبين في القيادة[3]:

–الأسلوب الذي يهتم بالعاملين و العلاقات الإنسانية (أسلوب المشاركة)

–أسلوب القيادة الذي يهتم بالإنتاج و العمل (الأسلوب الموجه) .

إن محصلة تفاعل المتغيرات الموقفية الثلاثة تؤدي إلى مواقف مختلفة تتدرج من موقف ميسر و سهل و مفضل جدا إلى موقف صعب و غير مفضل جدا ، وقام فيدلر بإجراء دراسات مكثفة حول العلاقة بين اسلوب القيادة و الموقف ، و قد دلت تلك الدراسات على أن الأسلوب القيادي الموجه (الذي يهتم بالانتاج و العمل) كان فعالا في المواقف المفضلة جدا و غير المفضلة جدا أما أسلوب المشارك (الموجه للاهتمام بالانسان) فقد كان فعالا في المواقف/الظروف المعتدلة أو المتوسطة.

[1] مراد زعيمي ،مرجع سبق ذكره ،ص199،بتصرف.

[2] محمد حاجي،تفعيل الاداء المتميز للمؤسسة الاقتصادية من خلال عملية القيادة في ظل التحديات والرهانات التي تفرضها العولمة ،الملتقى الدولي الاول حول التسيير الفعال في المؤسسة الاقتصادية ،كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية ،جامعة محمد بوضياف المسيلة،2005 .

[3] حسين عبد الحميد رشوان،مرجع سبق ذكره،ص 71.

و حسب فيدلر يمكن تحديد ثلاث توليفات لهذا التفاعل وهي[1]:

- ✓ في المواقف الصعبة حيث العلاقة سيئة بين القائد و المرؤوسين و العمل غير مهيكل و غير واضح كما أن القائد لا يتمتع بأي سلطة أو أن سلطته ضعيفة، في هذه الحالة يكون نمط القيادة المهتم بالعمل و الإنتاج و المتسلط فعالا .
- ✓ في المواقف السهلة و المواتية حيث العلاقة حسنة بين القائد و المرؤوسين و العمل واضح (مهيكل)، و القائد يتمتع بسلطات واسعة (قوي)، في هذه الحالة يكون نمط القيادة المهتم بالعمل و الإنتاج و المتسلط فعالا
- ✓ في الموافق العادية أو المتوسطة الصعوبة حيث العلاقة عادية بين القائد و المرؤوسين، و العمل متوسط الغموض، و القائد يتمتع بقدر متوسط من السلطات في هذه الحالة يكون نمط القيادة المهتم بالمرؤوسين و العلاقات الإنسانية فعالا.

وعموما فرغم الطبيعة الديناميكية والواقعية لنظرية فيدلر الموقفية في أخذها في الاعتبار متغيرات سلوك القائد والموقف وتفاعلها كأساس لفعالية القيادة، إلا أنها لم تسلم من النقد،فهي لم تقدم تفسيرا منطقيا مقبولا للعلاقة التي فرضتها بين متغير شخصية القائد (نمط قيادته) ومتغيرات الموقف وبين متغير إنتاجية المرؤوسين، وبنظرة سطحيه لنتائجها السابقة يتبين لنا التناقضات الواضحة التي وقعت فيها مثل فعالية القائد المهتم بالمهام (العمل) في نوعين متناقضين من المواقف وهو ما عجز فيدلر عن تفسيره[2]، كما أن مقياس شخصية القائد (تفضيل الزميل الأدنى) كثير الغموض، و أخيرا فإن الاختبارات التي أجريت لاختبار صحة تنبؤات وافتراضات النظرية لم تثبت أكثرها بل جاءت أحيانا معاكسة لها[3].

لكن مع هذا فلا يمنع من قولنا أن هذه النظرية كانت خطوة رائدة نحو الاهتمام بمتغيرات الموقف، وهذا ما أكدته النظريات الموقفية في القيادة .

ثانيا:نظرية المسار– الهدف لروبرت هاوس(Robert House):

قام بتطوير هذه النظرية (**Robert House**)وجوهرها هو أن القائد عند تأديته لمهامه في المؤسسة يوضح للعاملين معه الطرق التي يمكن ان توصلهم الى اهدافهم ،والمسارات والأساليب المؤدية الى ذلك،ومصطلح

---

[1] محمود عياصرة،مرجع سبق ذكره،ص 47.

[2] بوعلاق نوال،دور القيادة في ادارة التغيير وطرق تفعيلها،مذكرة مكملة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير ،ادارة اعمال،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير،جامعة محمد بوضياف المسيلة،2015،ص 59.

[3] راوية حسن ، مرجع سابق، ص: 265.

المسار–الهدف مشتق من الاعتقاد الذي يرى ان القادة الفاعلين هم الذين يوضحون الطريق للعاملين من اجل مساعدتهم على اختيار البداية الصحيحة باتجاه تحقيق اهدافهم بأقل ما يمكن من الخسائر او الصعوبات التي قد تواجههم[1]،ففعالية القائد هنا تتوقف على ما يحدثه سلوكه ونمط قيادته من اثر على رضا العاملين [2]وتحفيزهم .

وحدد روبرت هاوس أربعة سلوكيات قيادية وهي:

1- **االقائد الموجه**: الذي يجعل المرؤوسين يعرفون ما هو متوقع منهم،يجدول العمل المطلوب انجازه ويعطي توجيهات محددة لكيفية انجاز المهام[3]؛ ،

2- **القائد الداعم**: هنا يوجه القائد اهتمامه للمرؤوسين ويكون مستعدا لتقديم النصح و الاصغاء حين ظهور أي مشكلة و هذا الاسلوب يشبه الأسلوب الذي يركز على الأفراد و يناسب الذين يعرفون عملهم جيدا ويواجهون تأخيرا في العمل أو نزاع مع العميل وبحاجة ليعرفوا أنهم يقومون بالعمل الصحيح و كذلك حينما تكون السلطة الرسمية واضحة ومحددة.

3- **القائد المشارك**: يستشير المرؤوسين ويأخذ باقتراحاتهم بصورة جدية قبل ان يقوم باتخاذ القرار النهائي ،لان ذلك يحقق مايلي[4]:

–يشارك المرؤوسين في اختيار الاهداف ذات القيمة العالية مما يدعم التوافق بين اهدافهم وأهداف المؤسسة ويقلل من ظهور الصراعات.

–تدعم المشاركة والتفاعل سيطرة الفرد وتحكمه في وظيفته وبالتالي زيادة الانتاجية.

4-**القائد المتوجه الانجاز** : يضع اهدافا محددة ويتوقع من التابعين تحقيق انجاز بمستويات عالية[5].

وفي المقابل فان تاثير القائد يكون متوقفا على مجموعتين من المتغيرات وهما:[6] الأولى عوامل بيئة العمل او الموقف (هيكلية العمل ، نظام السلطة الرسمية و جماعة العمل)،والأخرى:المرؤوسين بما يشمل مستوى قدراتهم وتوجهاتهم نحو فكرة السلطوية وحاجاتهم للانتماء،وحاجاتهم ايضا الى بنية هيكلية ،وموقعهم من التنظيم والشكل الموالي يشرح هذه النظرية.

---

[1] صلاح الدين مُحَّد عبد الباقي،السلوك التنظيمي–مدخل تطبيقي معاصر،مرجع سبق ذكره ،ص262.

[2] Doris B ,collins ,op ct ,p33,p34 .

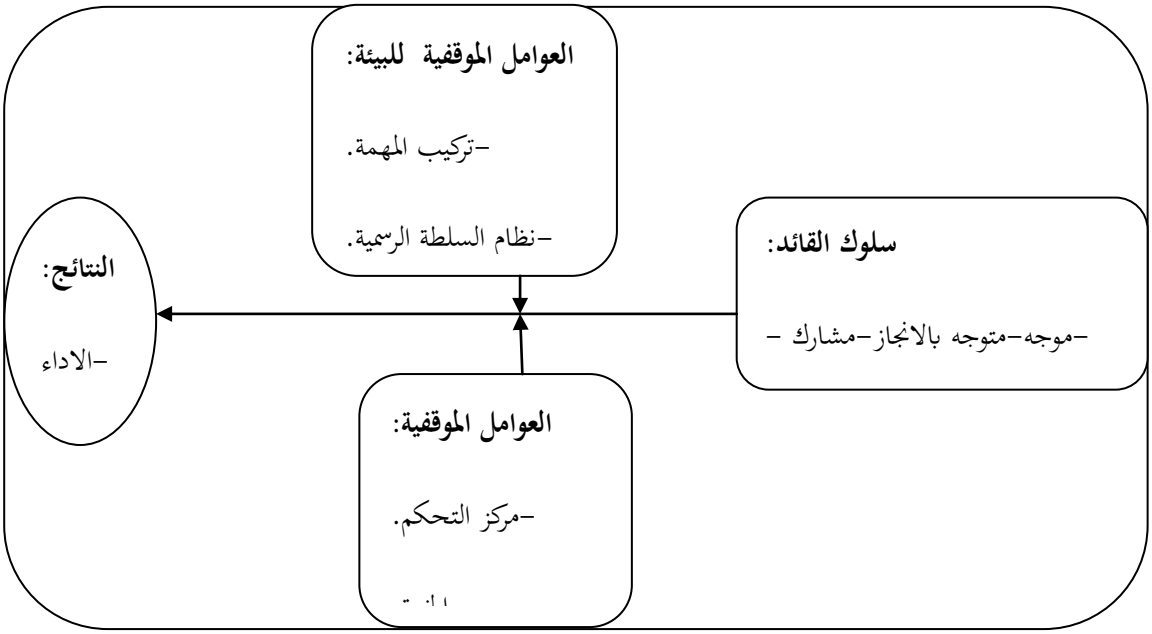
[3] كيث جرينت،ترجمة حسين التلاوي،القيادة،دار كلمات عربية للترجمة والنشر،القاهرة،2013،ص 91.

[4] مراد زعيمي ،مرجع سبق ذكره،ص207.

[5] كيث جرينت،مرجع سبق ذكره،ص92.

[6] القحطاني سالم بن سعيد،القيادة الادارية –التحول نحو النموذج القيادي العالمي،مكتبة الملك فهد الوطنية،الرياض،2008 ،ص98.

الشكل (1-4) :نظرية المسار –الهدف



المصدر:ماجدة العطية،سلوك المنظمة-سلوك الفرد والجماعة-،دار الئروق للنشر والتوزيع،الاردن،2003،ص228.

وما يميز هذه النظرية عن غيرها ان القائد نفسه يمكن ان يستخدم فعليا هذه الانماط في مواقف مختلفة،اما العوامل الموقفية لتي حددتها النظرية فهي[1]:

-الخصائص الشخصية للمرؤوسين؛

-المتطلبات البيئية والضغوط التي تواجه المرؤوسين بمعنى خصائص تتعلق بظروف العمل.

ان خصائص المرؤوسين تتمثل في المقدرة ،الانغلاق الذهني،والجمود والانطواء،اما خصائص العمل فتتضمن طبيعة اعمال المرؤوسين ونظام السلطة الرسمية،وجماعة العمل....،في حين متغيرات الموقف التي تتوسط نتائج علاقة السلوك القيادي،تلك الناتجة عن البيئة ،وهي خارج سيطرة المرؤوسين(تركيب المهمة،نظام السلطة والرسمية،وجماعة العمل)وتلك التي هي جزء من الخضائض الشخصية القيادية المطلوبة كعامل متمم اذا ما اريد تعظيم نتائج المرؤوسين،كما ان الخصائص الشخصية للموظف تحدد اسلوب تفسير البيئة والسلوك القيادي،وبذلك فان النظرية تفترض ان سلوك القائد سيكون غير فعال اذا ما كان غير متوافق مع موارد التركيب البيئي او غير متوافق مع خصائص الموظفين.

وكغيرها من النظريات التي تعرضت للانتقاد فقد وجهت عدة انتقادات الى نموذج هاوس وهو ان حاجات الاعضاء تختلف باختلاف نوع الجماعة ،فحاجات اعضاء جمعية خيرية تختلف عن حاجات اعضاء هيئة

[1] ماجدة العطية،مرجع سبق ذكره،ض229.

سياسية ،وبالرغم من ذلك تعد اول نظرية استخدمت مفاهيم ومتغيرات تتعلق بالدافعية لدى المرؤوسين.

ثالثا: نظرية دورة الحياة في القيادة :(Hersey & Blanchard)

تم تطوير هذه النظرية في القيادة من قبل الكاتبين (Blanchard Panl Herse) وتعرف بنظرية النضج الوظيفي للعاملين والتي طورها كل من باول هيرسي Paul Hersey وكينث بلانشارد Kenneth Blanchard خلال الدراسات التي اجريت في مركز ابحاث القيادة بجامعة اوهايو[1]

ونظرا لأن قدرات المرؤوسين على القيام بالمهام ورغبتهم في العمل تتطور خلال حياتهم المهنية، لذلك على القائد أن يكيف نمط قيادته مع خصائص مرؤوسيه، وهو ما يتوجب على القائد أن يتنقل من نمط قيادة إلى نمط آخر، وهذا ما جعل بالو هرسي وكنيث بالانشارد (1969) يعتبران أن للقيادة دورة حياة، أي أن القائد يغير نمط قيادته تبعا لدرجة استعداد مرؤوسيه لأداء مهام محددة، وهو ما يطلقان عليه درجة نضج المرؤوسين والذي يمثل المتغيرات الموقفية المؤثرة على سلوك القائد، ويعرف النضج بأنه[2] : "محصلة كل من القدرة كنضج متعلق بالعمل، والرغبة كنضج متعلق بالفرد ليتحمل المسؤولية في توجيه سلوكه للقيام بالعمل"، حيث يمكن أن يكون للفرد نضجا لأداء مهام معينة وقصورا في النضج لأداء مهام أخرى[3]، لذلك يتطلب من القائد تغيير سلوكه المرتبط بالعمل أو العلاقات الإنسانية لمقابلة درجة نضج المرؤوسين.

بالاضافة الى ماسبق فان ابرز الانتقادات التي وجهت لها هي على النحو التالي:

* المبالغة في الاعتماد على المواقف بحيث اذا نجح الشخص في مواجهة مواقف معينة حتى ولو كان ذلك صدفة فانه يعتبر قائدا في هذه النظرية [4]،غير ان مانلمسه في بعض المؤسسات المعاصرة احيانا مايساهم المرؤوس بآرائه واقتراحاته للتصدي لبعض المواقف الصعبة التي قد تواجه المؤسسة .

*هذه النظرية افترضت أن الموقف هو الذي يؤدي إلى خروج القائد المناسب، بينما آخرون يرون بأن القائد هو الذي يصنع الموقف و ليس العكس.[5]

*ليس هناك اتفاق تام بين الباحثين في هذه النظرية حول عناصر الموقف وكذلك حول انماط القيادة المتبعة في المواقف المختلفة.

[1] محمود عياصرة،مرجع سبق ذكره،ص68.

[2] أحمد سيد مصطفى، مرجع سبق ذكره، ص 296.

[3] انظر(بتصرف):-نوال بوعلاق،مرجع سبق ذكره-نجم عبود نجم،مرجع سبق ذكره.

[4] بلال خلف السكارنه،مرجع سبق ذكره،ص69،بتصرف

[5]سالم القحطاني ،مرجع سبق ذكره،ص74.

*الفرد الذي يكون قائدا في موقف معين قد لا يكون بالضرورة قائدا في موقف اخر فقد يصلح الفرد لقيادة جماعته وقت الحرب بينما لا يصلح لقيادتها في وقت السلم [1]

*يؤثر الموقف على الاتجاهات التي يتبناها القادة وليس هناك افضل من الاسلوب المثالي في القيادة والأمر لا يتعلق بالموقف لوحده بل ايضا العوامل المؤثرة في درجة ملائمة الاسلوب (نوع المؤسسة –طبيعة المهمة–خصائص المجموعة) واهم شيء شخصية القائد ،والاتجاه الى انجاز المهام بأسلوب (استبدادي_متمكن_اجرائي) قد يكون الافضل في حالات الصراعات والأزمات او عندما يملك السلطة الرسمية والمهمة ذات الهيكل الجيد نسبيا ،وفي هذه الظروف ستكون المجموعة اكثر استعدادا للتوجيه والارشاد،بينما في المواقف الغامضة فان القادة يولون اكثر اهتمام بالحفاظ على علاقات طيبة مع المرؤوسين (الديمقراطي_المتمكن_التحويلي)[2]

واخيرا يتضح لنا ان النظرية الموقفية من اكثر النظريات وضوحا واقرب الى الواقعية الى حد ما في تفسير ظاهرة القيادة ، الا ان التطورات الحديثة اثبتت عدم كفاية النظريات الثلاث السابقة الذكر لتحديد خصائص القيادة مما ادى الى توجيه معظم الجهود للبحث عن اتجاه اخر يركز على التفاعل والتكامل بين معظم متغيرات القيادة وكذا التفاعل بين مختلف عناصر الموقف وصفات القائد.

المطلب الثالث :المدخل التوفيقي(التفاعلي)

يقوم هذا المدخل اساسا على الجمع بين النظريتين السابقتين، ومحاولة التوفيق بينهما من خلال النظر على انها عملية تفاعل اجتماعي ،اذ لا يكفي للنجاح في القيادة التفاعل بين السمات ومتطلبات الموقف فقط ،بل ايضا التفاعل والتكامل بين جميع متغيرات القيادة :القائد وشخصيته،امكانياته،ونشاطه في الجماعة،الاتباع وحاجباتهم واتجاهاتهم ومشكلاتهم،الجماعة نفسها من حيث بناءها ،وخصائصها،واهدافها،المواقف المحيطة وظروف العمل وطبيعته[3]،فالقائد الناجح هو الذي يستطيع أن يحدث التفاعل ويخلق التكامل مع أفراد الجماعة[4] .

اولا: النموذج ثلاثي الابعاد ل ريدن Redden

اعتمد وليام ريدن في بناء نموذجه على فرضية ان النمط القيادي الفاعل يعتمد على الموقف وانه لا يوجد نمط واحد للقائد الفاعل ،وانه ينبغي عليه ان يكيف نفسه دائما ،وفي الاساس يستخدم ريدن الشبكة الادارية لبليك وموتون مع ادخال بعض التعديلات ،اذ اسمى محور (بعد) الانتاج ببعد المهمة وبعد الاهتمام بالأفراد ببعد

[1] حسين عبد الحميد رشوان،مرجع سبق ذكره،ص 76.
[2] زيد منير عبوي،مرجع سبق ذكره،ص 13.
[3] صلاح الدين محمد عبد الباقي،مرجع سبق ذكره،ص239.
[4] بلال خلف السكارنه،مرجع سبق ذكره،ص69.بتصرف.

الاهتمام بالعلاقات وأضاف بعدا ثالثا اسماه بعد الفاعلية وهو الذي يشير الى ما ينجزه القائد من اهداف ،باعتبار ان هذه الاخيرة تعد اهم معيار لتقييم الفعالية القيادية[1] ،وبهذا فنموذج ريدن يجمع بين نظرية فيدلر ونظرية الشبكة الادارية .

كما ان ريدن اكد على ان ما يصلح من انماط قيادية في موقف معين قد لا يصلح في موقف اخر حيث ستختلف فاعليتها من نمط لأخر،اما الانماط الاقل فاعلية والأكثر فاعلية فقد قسمها كالتالي[2]:

1-الانماط الاقل فاعلية

ا-**القائد الانسحابي**:يدل هذا النمط على عدم الاهتمام بالعمل والعاملين والعلاقات الإنسانية بسبب وجود نوع من اللامبالاة عند القائد تجعل منه غير فعال وتأثيره سلبي على الروح المعنوية للعاملين معه، ورقابته شبه معدومة ، كما يقلل من واجباته بالتهرب والانسحاب من العمل وهذا ماقد يعيق الاخرين عن القيام بمهامهم[3] ، وكذا يتجاهل الصراعات تجنبا للوقوع في المشاكل.

ب-القائد المجامل: يبني القائد في هذا النمط علاقات جيدة مع العاملين فيضع في اعتباره أن العلاقات الانسانية أهم من الانتاج، وتغيب عنه الفاعلية نتيجة لرغبته في رؤية نفسه لدى الاخرين كشخص طيب، كما أنه كثير المناقشة مع مستشاريه ويتجنب الصدام والصراع عن طريق تغيير أريه.

ج-القائد الانتاجي: يحصر القائد كل اهتمامه في العمل على مستوى الأداء والإنتاج دون الاهتمام بشؤون ومشاكل العاملين، وهو ضعيف الفاعلية بسبب إهماله الواضح للعلاقات الإنسانية،بينما الأفراد فيعملون معه تحت الضغط فقط.

د-القائد الوسطي : وان كان اهتمامه بالعمل والأفراد عاليا الا انه يحاول دائما التوفيق مابين اهمية العمل واحتياجات الافراد،مما يفقده عامل الفعالية في النظر الى الاهداف والعمل على تحقيقها ، ويعتبر الحل الوسط هو الأسلوب الدائم في العمل المبني على تنازلات للأغلبية إن وجد حل أفضل، كما أن تركيزه موجه على الضغوط الآنية التي يواجهها،ولا يضع أي اعتبار للمستقبل ويمتاز بالمناورة وعدم الوضوح.

2-الانماط الاكثر فاعلية

ا-القائد الروتيني(البيروقراطي): لا يظهر القائد الاداري اهتماما بالعمل أو العلاقات الانسانية ولكنه يحاول اتباع التعليمات والقواعد واللوائح لكي يظهر درجة عالية من الفاعلية ويثبت أنه قائد جيد، كما أن تأثيره محدود

[1] راوية حسن ،مرجع سبق ذكره،ص265 .

[2] خدير نسيمة،مرجع سبق ذكره،ص58.

[3] طارق السويدان ،محمد اكرم واخرون،القيادة في القرن الواحد والعشرين،قرطبة للانتاج الفني،الرياض،2000،ص45.

جدا على الروح المعنوية للعاملين.

ب–القائد التطويري: يؤمن القائد الاداري في هذا النمط بأن الاهتمام بالعلاقات الانسانية يؤدي إلى تحسين الانتاج، حيث يضع ثقته الضمنية في الاخرين ويعمل على تنمية مهاراتهم ،اذ يهيئ المناخ المناسب الذي يساعد على ايجاد اقصى قدر من الدافعية والتحفيز والرضا بين العاملين[1].

ج–القائد الاوتوقراطي العادل: ضمن هذا النمط يثق القائد الإداري بنفسه وقدارته الفنية والشخصية حتى يؤثر على العاملين ويدفعهم إلى الاهتمام بالإنتاج، حيث يعمل على كسب طاعة وولاء مرؤوسيه بخلق مناخ يساعد على ذلك.

د–القائد الاداري المتكامل: وهذا النمط يشبه الى حد ما نمط (9–9) في شبكة بليك وموتون،اذ يقوم القائد الإداري وفق هذا النمط بدارسة الاحتياجات اللازمة للإنتاج بالنسبة للأجل القصير والطويل، ومن ثم يعمل على تطوير القوى العاملة لتنفيذ الخطة الانتاجية، و يقوم بتحديد مستويات طموحة للأداء والإنتاج ويحقق أهدافا عالية بالإضافة إلى تفهمه للتنوع والتفاوت في القدرات الفردية ويتعامل معها على هذا الأساس . عند الإمعان في الأنماط القيادية في نموذج ريدن نجد انها تصف سلوك القائد دون أن تفسر كيفية حدوثه، كما أن متغيرات الموقف لا تبدو واضحة في هذا النموذج بما فيه الكفاية، إذ يفترض أن فعالية القائد مرتبطة بطبيعة الموقف الذي نجده غائبا، و بد لا من ذلك تم التركيز على متغير الفعالية، و أخيرا فإنه يغلب على النموذج طابع وصف السلوك الفعلي للقائد كما في نموذج فيدلر وليس السلوك الذي ينبغي أن يسلكه القائد في المواقف المختلفة مما يجعل أهميته للقادة ضئيلة، و لهذا قام كل من فيكتور فروم و فليب بتقديم أنماط معيارية للتصرفات القيادية حسب المواقف يمكن أن يستفيد منها القادة الإداريين .

ثانيا :تقييم المدخل التفاعلي:

وتعتبر هذه النظرية من اهم النظريات التي ظهرت في اطار المدخل التوفيقي وتقوم على أساس التكامل والتفاعل بين متغيرات العملية القيادية وهي: القائد –شخصيته ومهاراته ونشاطه في الجماعة –، الاتباع وحاجاتهم واتجاهاتهم ، والمواقف المحيطة وكذا ظروف العمل وطبيعته[2].

–أنها فشلت في أن توضح تمام لماذا يكون أفراد ذو أساليب قيادية معينة أكثر فعالية في بعض المواقف و ليسوا كذلك في مواقف أخرى.

[1] احمد بن عبد المحسن العساف،مرجع سبق ذكره.

[2] صلاح الدين محمد عبد الباقي، مرجع سبق ذكره،ص239.

وعموما ترى الباحثة أن النظرية التفاعلية أقرب إلى الموضوعية مقارنة بغيرها من النظريات ذلك لأنها تنظر إلى القيادة من منظور تكاملي فلا تقتصر على شخصية القائد ولا على أثر العوامل أو أثر الجماعة وحدها، إنما هي محصلة التفاعل بين هذه المتغيرات جميعها، فالمعيار الأساسي إذن هو قدرة القائد على التفاعل مع عناصر المواقف والمهام المحددة، وأعضاء الجماعة التي يقودها، والسير بالجميع نحو تحقيق الأهداف المسطرة مسبقا بنجاح وفاعلية.

المطلب الرابع: المداخل المرتكزة على المرؤوس

لقد ابرزت المداخل الموقفية اهمية المرؤوس في كل المواقف الى جانب اهمية الموقف وسلوك القائد،الا ان المداخل المرتكزة على المرؤوس تقوم على اعتبار المرؤوس في حالات ومواقف معينة على انه هو القائد ،فقد يكون المرؤوس بديلا للقائد في بعض الحالات بالاعتماد على اسلوب التفويض والتمكين،وفيما يلي عرض لأهم المداخل المرتكزة على المرؤوس

اولا:بدائل القيادة

في حالات كثيرة قد تبدو القيادة بدون دور او مهام او حتى بدون اهمية كما هو الحال في المهام الروتينية المحددة او عندما يكون المرؤوس مؤهلا تأهيلا علميا عاليا تجعل منه شخصا كفؤا وقادرا على تحديد ما هو السلوك او الاجراء المطلوب في عمله اكثر من الاخرين بما فيهم القائد ،وان مفهوم بديل القائد[1] قد طرح منذ عقود استنادا الى هذه الحالات .

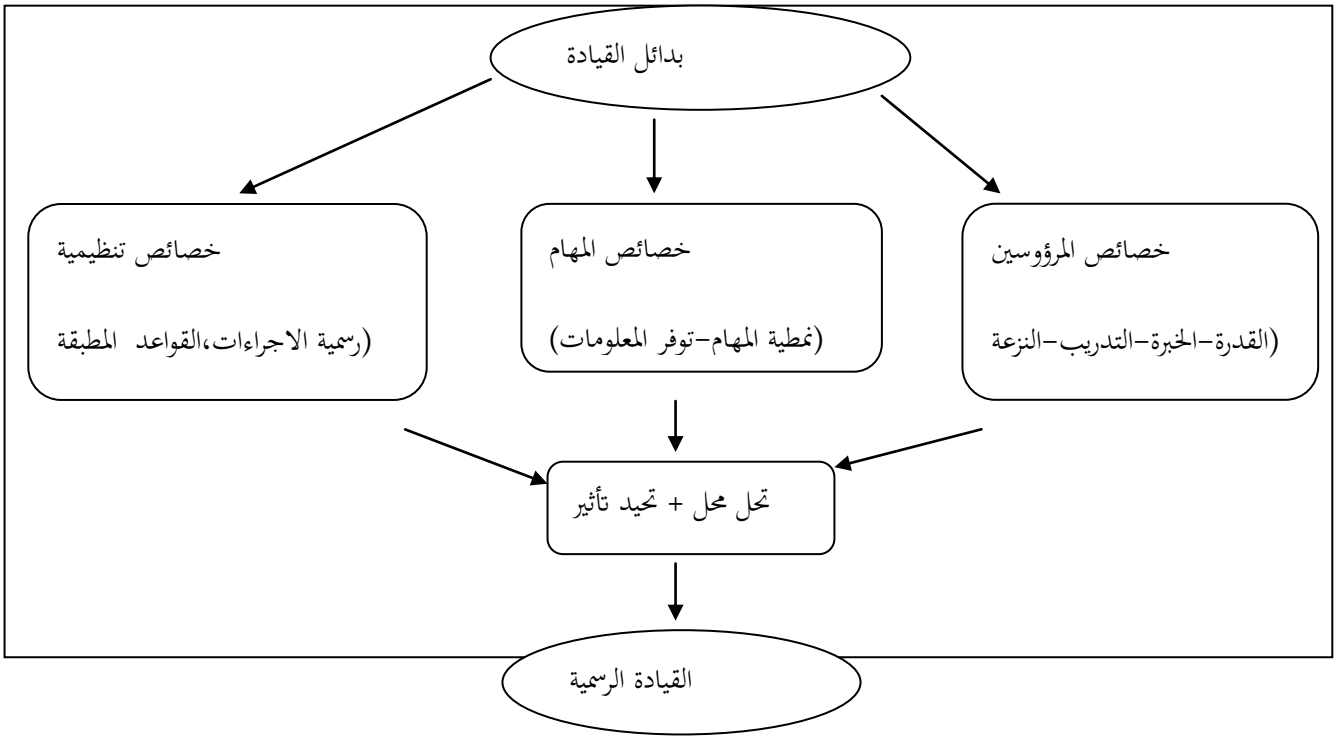
اذ تعتبر بدائل القيادة متغيرات تتعلق بالأفراد كالتأهيل العالي وبالمهمة وكذا الخصائص التنظيمية ،وهذه المتغيرات تميل الى تجاوز دور القائد وتأثيره في رضا المرؤوسين وأدائهم،لذا تدعى هذه المتغيرات بالمحايدات وهي الظروف التي تجعل سلوك القائد غير ذي اهمية،بمعنى التخلي عن النموذج التقليدي للقيادة الذي يركز على التوجيه الى قيادة تؤمن بالمشاركة والتشاور[2] ،وهذا بدوره يتطلب تغيير جذري في ادوار العمل ومن ثم العلاقة بين القائد والمرؤوس ،فبالنسبة لدور القائد يتطلب التحول من التحكم والتوجيه الى الثقة والتفويض لتعزيز وتنمية قدرات ومهارات المرؤوسين،اما بالنسبة للمرؤوس ينبغي التحول من اتباع التعليمات والإرشادات الى المشاركة في اتخاذ القرارات .

[1] نجم عبود نجم،مرجع سبق ذكره ،ص108 .

[2] بلال خلف السكارنه،مرجع سبق ذكره،ص364.

ان عدم مرونة ثقافة المؤسسة قد تعيق اي محاولة للقائد لإجراء عمليات التغيير اللازمة،وبالتالي تحد من فاعلية تأثيره على المرؤوسين ،اذا فان النظام القائم في المؤسسة اكثر تأثيرا على الاداء من القائد وسلوكه،وهذا ما يبنه الشكل الموالي:

الشكل رقم (1-5) :بدائل القيادة



المصدر:عبد العزيز براك محسن،اثر نمطي القيادة التشاركية والتحويلية في تحسين الاداء الوظيفي:دراسة مقارنة في المؤسسات العمومية الاستشفائية الاردنية،اطروحة دكتوراه الفلسفة في الادارة(غير منشورة)،كلية الاعمال،جامعة عمان العربية،الاردن،2012،ص33.

من الشكل اعلاه يتضح ان هناك عوامل اخرى مؤثرة على فاعلية عملية القيادة اضافة الى القائد ،لها تأثير معادل للتأثير الممارس من طرف القائد على مرؤوسيه،بمعنى انها قادرة على ان تحل محل القيادة الرسمية وتحيد تأثيرها،وتتمثل هذه العوامل في[1]:

1-خصائص المرؤوسين: وتتمثل هذه الخصائص في قدراتهم،الخبرات المتوفرة لديهم،والتدريب ،بالإضافة الى نزعتهم الى الاستقلالية،فكلما توفرت تلك العوامل في المرؤوسين بدرجة اكبر كلما قل احتياجهم الى القيادة الرسمية.

[1] عبد العزيز براك محسن،مرجع سبق ذكره،ص35,

2- خصائص تنظيمية: تشير هذه الخصائص الى درجة الاجراءات والقواعد المعمول بها داخل المؤسسة ،ودرجة وضوح الخطط والأهداف التنظيمية بالنسبة للمرؤوسين،فكلما زادت درجة رسمية القواعد والإجراءات ،كلما كانت الاهداف التنظيمية اكثر وضوحا بالنسبة للمرؤوسين،مما يؤدي بهم الى انخفاض احتياجهم الى القيادة الرسمية.

3-خصائص المهام:تتضمن درجة نمطية المهام المسندة للمرؤوسين ومدى توافر المعلومات اللازمة عن تلك المهام،فكلما زادت نمطية المهام وتوفرت المعلومات الضرورية لانجازها بشكل كاف،كلما كان بإمكانهم انجاز مهامهم بأكمل وجه ،وانخفض مستوى الحاجة الى القيادة الرسمية.

وعلى العموم وانطلاقا مما سبق ترى الباحثة ان بدائل القيادة في المؤسسات المعاصرة جد متوفرة ،حيث اصبح المرؤوسون اكثر تعلما وتدريبا ولهم تخصصات متعددة مما يؤهلهم لخوض اهم المهام وكذا التصرف بكل حرية في اداء عملهم دون الخوف من الحاق الضرر بأهداف المؤسسة.

ثانيا : القيادة الذاتية

ان القيادة الذاتية هي ان يقود المرؤوس نفسه وذلك من خلال تمكينه بطريقة تجعله يساهم بشكل افضل في الاداء التنظيمي ،ويستخدم هذا المصطلح اساسا لوصف التأثير الذي يمارسه الافراد على انفسهم والتصميم في التحكم في سلوكياتهم،اذ تعرف القيادة الذاتية على انها:"العملية التي من خلالها يسعى الافراد للتأثير على انفسهم لتحقيق التوجه و التحفيز الذاتي اللازم للأداء[1].ومن خلال هذا التعريف يتضح لنا جليا ان القيادة الذاتية هي تأثير ذاتي والذي يعتمد على الاستراتيجيات السلوكية وكذا الادراكية لتحقيق افضل اداء ممكن،وبشكل عام تتوزع هذه الاستراتيجيات الى ثلاث فئات رئيسية ،نذكرها على النحو التالي:

1)**استراتيجيات تركيز السلوك:** وصممت لزيادة الوعي الذاتي التي تقود للإدارة الناجحة للسلوكيات المتضمنة القيام بمهام ضرورية ولكنها غير محببة ،وتشمل هذه الاستراتيجيات:الملاحظة الذاتية،تحديد الاهداف الذاتية،المكافأة الذاتية،والمعلومات المسترجعة للتصحيح والمراجعة الذاتية.

2)**استراتيجيات المكافأة الفطرية:** تركز على الاوجه المحفزة والملازمة للمهام وتصمم خصيصا لخلق اوضاع تجعل الفرد يشعر بالدافعية والتحفيز ،ويترتب من هذه الاستراتيجيات:بناء صورة ذهنية اكثر متعة للمهمة او النشاط من اجل الحصول على قيمة من خلال المهمة ذاتها وبذلك تصبح محفزة فطريا.

[1] سعد بن مرزوق العتيبي،القيادة التحويلية والتمكينية ودورها في تحقيق التكين النفسي للعاملين في بيئة الاعمال العربية في ظل التحديات المعاصرة،ملتقى دور القائد في بناء وتمكين الصف الثاني من القيادات،تونس ،2009.

3)**استراتيجيات انماط التفكير الاستدلالي**: تتعامل مع ادارة العمليات المعرفية وتشمل ثلاث ادوات رئيسية لتشكيل انماط التفكير :التحليل الذاتي وتحسين نظم المعتقدات والافتراضات السلبية ،التخيلات الذهنية لنتائج الاداء الناجح،والحديث الايجابي للذات

ومن الملاحظ ان مدخل القيادة الذاتية يختلف عن المداخل الاخرى التي سبق ذكرها ،ذلك لان مدخل القيادة الذاتية نقطة تركيزه هي المرؤوس الذي يجب ان تتاح له الفرص لان يكون قائدا ذاتيا ويحقق قيمة مضافة في اداء مهام وأنشطة المؤسسة،في حين ان المداخل الاخرى ركزت على القائد وأهملت دور المرؤوس في العملية القيادية.

المبحث الثالث: انماط القيادة الإدارية

هناك علاقة وثيقة الصلة بين النمط القيادي وفعالية المؤسسات ونجاحها في اداء رسالتها وهذا ما رأيناه في المبحث السابق ،ويقصد بالنمط القيادي في دراستنا هذه: الاسلوب القيادي الذي يعكس اتجاهات وسلوكيات القائد بالعلاقة مع الآخرين(المرؤوسين–وغير المرؤوسين اي اطراف خارجيين)[1] ،حتى يستطيع كسب ثقتهم وتعاونهم وإقناعهم بتحقيق الأهداف المسطرة مسبقا، ولقد أسفرت العديد من الدراسات عن أصنافٍ متعددةٍ من أنماط القيادة وذلك لتعدد المداخل والنظريات ،فقد أشار الكثير من الباحثين إلى وجود انماط مختلفة لكل قائد وقد عملوا على تطوير دراساتهم التي تحدد وتميز تلك الأنماط[2] بما يتوافق مع الوقت الحالي، و سوف أتطرق إلى أهم وأبرز تلك الأنماط لتوضيح اهم ايجابياتها وسلبياتها ،وهذا حسب معايير صنفت على اساسها.

المطلب الأول : الانماط من حيث اسلوب القائد وطريقته في ممارسة التأثير

إن المعيار الاساسي لتصنيف القادة يتمثل في أسلوب القائد و طريقته في ممارسة تأثيره على مرؤوسيه، وكما رأينا سابقا ان اغلب المداخل ارتكزت على ثلاث اصناف :القيادة الديموقراطية ،القيادة الاوتوقراطية،القيادة الحرة

اولا:نمط القيادة الديمقراطية

اهتم الباحثون بهذا النمط من القيادة اهتماماً كبيراً وذلك لما يتمتع به من ايجابيات وفي ظلها تنمو روح المبادأة والابتكار عند الأعضاء ، ويزدهر الشعور بالرضا عند التابعين لإحساسهم بالعمل الجماعي وأنهم يساهمون في إقامة دعائمه ويترتب على ذلك الحماس في العمل الفردي وإتقانه بما يحقق اكتمال في العمل الجماعي وسرعة

[1] نجم عبود نجم،مرجع سبق ذكره،ص86.

[2] طارق السويدان ، مرجع سبق ذكره ، ص116 ،بتصرف.

وسهولة الوصول إلى الأهداف[1]،فالقائد الديمقراطي يتيح المجال لاستخدام افكار وخبرات المرؤوسين،وهذا بدوره يساعد في رفع معنويات الأفراد ويزيد من ولائهم وانتمائهم وتحسين ادائهم، ويقوم القائد ايضا بمشاركة مرؤوسيه في صنع القرار أي مناقشة المشاكل التي تواجهها المؤسسة للوصول إلى أفضل الحلول الممكنة لها لذا تدعى ايضا بالقيادة المشاركة، وهو الشيء الذي يساعد في اتخاذ القرار الرشيد ويخلق الثقة بين أفراد المجموعة ، ويسهم في قبول القائد دون معارضة ، لأنهم أسهموا في أفكارهم في صنع القرار [2]، بالاضافة الى هذا فالقائد يفوض جزءاً من سلطته إلى مرؤوسيه الذين لديهم القدرة على تحمل المسؤولية والقيام بالواجبات المحددة بكفاءة ، فالتفويض هو نقلٌ لبعض صلاحيات القائد إلى المرؤوسين القادرين على إنجاز تلك المهام بدقة وكفاءة [3]،وهذا ما يؤدي بدوره الى تنمية مهاراتهم وقدراتهم.

وعموما يمكن القول بأن القيادة الديمقراطية تعتمد على ثلاث مرتكزات أساسية تتمثل في العلاقات الإنسانية التفاعلية بين القائد ومرؤوسيه وكذا المشاركة في صنع القرار فضلاً عن تفويض السلطة للمرؤوسين القادرين بحكم كفاءاتهم وخبراتهم على ممارستها مما يتيح للقائد الاضطلاع بالمهام القيادية الهامة .

وبالإضافة الى ماسبق يمكن سرد اهم ميزات القيادة الديموقراطية في مايلي :

- إشباع وتلبية حاجات المرؤوسين (العاملين) .
- انخفاض معدل الشكاوي ومعدل الدوران .
- احترام حقوق الإنسان وكرامته .
- سيادة الديمقراطية والحرية والمساواة على مشاعر المرؤوسين.
- تنمي الثقة والتعاون بين القائد والمرؤوسين .
- اندفاع العاملين تجاه أعمالهم حيث يؤدي المناخ الديمقراطي درجة عالية من الرضا والاداء .

كما يمكن أن تأتي القيادة الديمقراطية – رغم فوائدها ومزاياها الكثيرة – بنتائج عكسية على كل من القائد والمرؤوسين ، فترك الموظفين يشاركون في صنع القرار يستلزم كثيرا من الوقت والجهد والتنظيم أكثر مما لو قام القائد بصنع القرار بنفسه ; كذلك فإن القرارات قد تتسم بالبطيء لقيامها على عقد الاجتماعات والمناقشة وضرورة التعرف على وجهات النظر المختلفة ;وفي اغلب الحالات بعض المرؤوسين يتهربون من تحمل المسؤولية

[1] بلال خلف السكارنة،مرجع سبق ذكره،ص179.

[2] نواف سالم كنعان ، مرجع سبق ذكره ، ص155 .

[3] انظر:طارق السويدان،مرجع سبق ذكره–نواف كنعان،مرجع سبق ذكره.

،وأحيانا تكون مجموعة القائد المشارك هي الأقل أداءا والأكثر دكتاتورية بسبب انهيار معنوياتهم سريعا في حال عدم الالتفات إلى مقترحاتهم وآرائهم.

ويرى اغلب الباحثين ان اغلب الانتقادات الموجهة للقيادة الديموقراطية مبالغ فيها نوعا ما ،لما لها من مزايا تفوق

وحتى يتمكن القائد من تحقيق علاقات طيبة في هذا النمط القيادي فعليه أن يعمل في العلاقات الإنسانية بين القائد ومرؤوسيه على عدة جوانب أهمها[1] :

- ينمي روح الصداقة والتعاون وروح الفريق.
- يشجع على التجديد والابداع والابتكار.
- مراعاة المشاعر والجوانب الإنسانية لمرؤوسيه .
- عناية القائد بتفهم مشاكل المرؤوسين ومعالجتها .

ثانيا: لقيادة الدكتاتورية : (أو الاستبدادية أو الإرغامية أو الأوتوقراطية)

تأخذ هذه القيادة اتجاها استبداديا ،و ارغاميا وتسلطيا ،ويظهر ذلك في العلاقة بين القائد والمرؤوسين تتصف بالتسلط والظلم وذلك من خلال اجتماع السلطة المطلقة في يد القائد الديكتاتوري ، فهو الذي يحدد بنفسه سياسة المجموعة ويرسم أهدافها ، وهو الذي يعطي اوامر كثيرة تعارض رغبة الجماعة ويهتم بضمان طاعة الاعضاء ، كما أنه يحدد نوع العلاقات التي تقوم بينهم ، وهو وحده الحاكم ومصدر الثواب والعقاب ، ويرتكز هذا النوع من القيادة على المبادئ التالية[2]:

1- تركيز السلطة في يد شخص أو هيئة عليا ، تعتبر نفسها صاحبة السيادة المطلقة والحاكمة بأمرها.

2-هذه الشخصية المستبدة شديدة الاعتداد بقدرتها على إدارة الشؤون المختلفة وتوجيه الأمور ، وهي لا تثق في ذكاء المرؤوسين واستعداداتهم وقدراتهم على الإسهام في تدبير شؤون المجموعة.

3-تقوم السلطة الحاكمة بعمل ما تريد ، دون أي اعتبار لرأي المرؤوسين وتنظر إلى الأفراد على أنهم آلات تحركها كما تشاء ، دون أن يعرف هؤلاء الهدف الذي يتجهون إليه.

[1] محمود عياصرة ،مرجع سبق ذكره،ص153.

[2] انظر:كنعان ، القيادةالإدارية ، ص155-160 ، بلال خلف السكارنة،مرجع سبق ذكره،ص179.

4-يتبع الحاكم الاستبدادي نظاماً صارماً جامداً يخنق الحريات ، لأنه يعتقد بأن النظام والحرية طرفاً نقيض لا يلتقيان فالنظام لا يكون إلا إذا انعدمت الحرية وعلى ذلك فواجب الأفراد الطاعة العمياء دون إبداء الرأي.

وعموما فان هذا النمط القيادي له مساوئ متعددة خاصة في الوقت الراهن فمعظم المؤسسات تهدف الى تحقيق ميزة تنافسية وكما نعلم ما مدى مساهمة الافراد في تحقيق ذلك ،ونذكر اهمها في[1]:

-كره المرؤوسين لأسلوبه وعدم التجاوب معه بسبب تركيزه على الخوف .

-يشعر العاملون بالعجز والقصور،ويزداد اعتمادهم على القائد .

-على الرغم من إنتاج العاملين إلا أنهم يعملون مكرهين ومجبرين.

-انخفاض الروح المعنوية والشعور بالإحباط وكثرة المشاحنات بين الاعضاء.

وترى الباحثة بالرغم من التحديات المعاصرة والضرورة الملحة للتغيير إلا ان بعض القادة المعاصرين يلجؤون الى هذا النوع من الانماط القيادية، فقد كنت موظفة في احدى المؤسسات العمومية اين كان القائد (المدير)يلجا الى هذا الاسلوب(80%) وكان له انعكاس سلبي على حالة العاملين(الاحباط) وحتى في نوع الاداء والشيء الذي لاحظته هو الكم الهائل للاستقالات والتحويلات التي تمت في غضون سنة فقط،وللأسف فالدول المتقدمة تبحث في تطوير وتنمية المهارات القيادية لكل من القائد والمرؤوس من خلال استخدامها لأساليب قيادية حديثة في حين في بعض مؤسساتنا الجزائرية القيادات العليا لا تسعى لإحداث التغيير وتحقيق التميز.

ثالثا:القيادة الحرة (المتساهلة)

هذا الاسلوب في الغالب هو اسلوب النادي الاجتماعي سبق وان اشرنا له ومرتبط اكثر بالمؤسسات التطوعية[2]،اذ يتميز بإعطاء القائد حرية مطلقة لمرؤوسيه لممارسة نشاطهم وإتخاذ القرارات ، واتباع الإجراءات التي يرونها ملائمة لإنجاز العمل ، كما أن القائد يتجه أكثر إلى تفويض السلطة على أوسع نطاق لمرؤوسيه ، ويميل إلى إسناد الواجبات بطريقة عامة غير محددة ، لأن ذلك يعطي المرؤوسين الحرية في ممارسة أعمالهم وفرصة الاعتماد على النفس ، فالقائد الذي يتبع نمط القيادة المتساهلة يرى أن أسلوب الحرية في الإدارة لن يكون مجدياً

[1] بلال خلف السكارنة،مرجع سبق ذكره،ص179.بتصرف.

[2] نجم عبود نجم ،مرجع سبق ذكره،ص 88.

إلا إذا سهل لمرؤوسيه سبل الاتصال به لتوضيح الآراء والأفكار التي يلتبس عليهم أمرها[1] ،ففي هذا النمط تخول سلطة صنع القرار للمجموعة ويكتفي القائد بإعطاء إرشادات وتوجيهات وبعد ذلك يتدخل عندما يطلب منه فقط.[2]

وقد يكون من المنطقي استعمال هذا النمط من القيادة في الحالات التي تتطلب استقلال المرؤوسين وعدم التدخل في شؤونهم تشجيعا لهم على الابداع والابتكار كما هو الحال في مراكز البحوث والجامعات

وبالرغم من الخصائص المميزة لأسلوب القيادة الحرة والتي كشفت عنها الدراسات التطبيقية إتجاه القائد الا انها تعتبر نموذج مفرط للنمط الديمقراطي، فهي لا تخلو من العيوب نذكر اهمها في مايلي:

-ازدواجية الجهود وإضاعة الكثير من الوقت

-يجعل المرؤوسين يفتقرون الى الضبط والتنظيم

-التهرب من المسؤولية نتيجة تفويض القائد السلطة للمرؤوسين

-عدم السيطرة على المسؤولين ،بالاضافة الى عدم وجود حماسة حقيقية للعمل بسبب النقص في التعليمات والتوجيه.

-لاتحترم الجماعة قائدها إيمانا من أفرادها بان شخصية القائد ضعيفة

من خلال عرض الأنماط الثلاثة السابقة ترى الباحثة ان النمط القيادي المناسب هو " السلوك المكتسب عن طريق التعلم والممارسة الملائمة والذي يجمع بدوره بين أكثر من نمط حسب خصائص الجماعة والموقف ونوع المؤسسة"،اذ لا يمكن الحكم على انماط القيادة على اساس خصائص كل نمط فقط وانما لابد من الاخذ بالاعتبار خصائص الموقف الذي تنفذ فيه ،فالنمط الديكتاتوري يتلائم مع نمط معين من المؤسسات كالمؤسسات العسكرية وحتى بعض المؤسسات القائمة على نمط الانتاج الاوسع والخط الانتاجي التعاقبي*،بينما النمط الديموقراطي قد يكون ملائما اكثر المؤسسات التي تستخدم افرادا ذوي خبرة وتاهيل عالي او في بعض الاحيان في المؤسسات الصناعية القائمة على الطلبيات وتنوع المنتجات3،في حين ان النمط الحر يرتكز اكثر في الجمعيات والنقابات.

---

[1] نواف كنعان ، مرجع سبق ذكره ، ص227 .

[2]- زيد منير عبوي ،مرجع سبق ذكره, ص41

* الخط الانتاجي التعاقبي:حيث كل عامل مطالب بجزء محدد من العمل يتم بنفس الطريقة والتعاقب والايقاع في كل مرة.

3 نجم عبود نجم،مرجع سبق ذكره،ص ص90 ،91.

المطلب الثاني: الانماط من حيث الاتجاهات المعاصرة للقيادة

بعد أن أثبتت التطورات الحديثة في مجال الإدارة[1](التنوع في بيئة الاعمال،تعدد مجالات العمل،تعدد الثقافات ،الاتجاه نحو تحقيق التنافسية) عدم كفاية كل النظريات السابقة الذكر (المداخل المرتكزة على القائد، المداخل المرتكزة على الموقف،النطريات التفاعلية)في تحديد خصائص القيادة الإدارية، اتجهت معظم جهود علماء الإدارة نحواتجاهات وأنماط جديدة لمعرفة خصائص القيادة القادرة على مواجهة متطلبات الإدارة الحديثة وتحقيق الفعالية الإدارية .

اذ يتطلب الفكر الاداري الحديث انماط قيادية ادارية حديثة تتماشى مع التوجهات المعاصرة ،وذلك من خلال تحويل دور القائد من الاداري الى دور المساند والمحفز،من هنا ظهرت رؤى جديدة لتفسير عمل وفاعلية القيادة الادارية نذكر من ابرزها كل من القيادة التحويلية والقيادة التبادلية،بالاضافة الى قيادة فريق العمل.

اولا: القيادة التحويلية

تعتبر القيادة التحويلية من المداخل الحديثة والشاملة في موضوع القيادة،حيث ادرك العديد من الباحثين الحاجة لنمط قيادي جديد ،يتمكن من خلاله القائد من الهام الاتباع لانجاز مهام كبيرة وفق رؤية ملهمة، لدرجة ان العديد يطاق عليها اسم القيادة الرؤيوية[2].

1) تعريف القيادة التحويلية وابعادها:

يعد هذا النمط من ابرز الانماط القيادية الاكثر فاعلية في احداث التغيير ،هذا الاخير الذي اصبح سمة العصر الحالي وعاملا هاما لتحقيق التميز.

ولهذا الغرض اهتم العديد من باحثي القيادة المعاصرين في هذا الموضوع ،ومنهم Pase Burns,Bennis,Nanos, حيث اوضحت دراسات عديدة قاموا بها ان القادة وفق هذا النمط يتمتعون بقدرات عالية على التغيير صوب رؤية واضحة المعالم،وتقدير المواقف ،وفهم حاجات الاتباع،بالاضافة الى الثقة والمصداقية والقدرة على الالهام [3].

وفي سياق متصل يرى Burns ان سر القيادة التحويلية يكمن في احداث التغيير لمواجهة التحديات.

وقد ظهر مصطلح القيادة التحويلية على يد Burns (1978) في كتابه القيادة ،وهي عملية تغيير وتحويل انفعالات(عواطف)،قيم الافراد،المعايير الاخلاقية،والأهداف طويلة الاجل ،اذ تمثل القيادة التحويلية شكلا

[1] نجم عبود نجم، مرجع سبق ذكره،ص63.بتصرف.

[2] Salma maroun,op ct ;p123.

[3] Doris B ,collins ,Op ,Cit,p33,p 26.

استثنائيا من النفوذ والتواصل الذي يحرك الاتباع ويرفع مستوى الدافع والأخلاق لديهم ويجعلهم قادرين على انجاز اكثر مما يتوقع منهم في العادة[1].

أما البعض الأخر فيرون أن لب القيادة التحويلية هو العمل على «تحويل التابعين إلى قادة للتغيير»[2]، وهناك من يراها على أنها :«تركز على الأهداف البعيدة المدى مع التأكيد على بناء رؤية واضحة، وحفز وتشجيع الموظفين على تنفيذ تلك الرؤية، والعمل في نفس الوقت على تغيير وتعديل الأنظمة القائمة لتلائم هذه الرؤية».

ومنهم من عرفها بانها:نمط قيادي لديه رؤية واضحة عن المستقبل وأهداف محددة،ويشجع المرؤوسين على المشاركة في بلورة رؤية طويلة الاجل وتحديد اهداف واضحة واقعية للمؤسسة،ويسعى الى احداث التغيير والتطوير والتنمية الادارية باستمرار ويتبنى انظمة وأساليب قيادية مرنة.[3]

وعرفت ايضا على انها :"عملية يسعى من خلالها القائد والتابعون الى نهوض كل منهم بالآخر للوصول الى اعلى مستويات الدافعية والأخلاق" [4]،وهنا يتضح ان اساس القيادة التحويلية هي القيم الاخلاقية انطلاقا من ان سلوك القائد التحويلي يبدا من القيم والمعتقدات الشخصية للقائد على تبادل المصالح مع المرؤوسين.

مما سبق يمكن تعرف القيادة التحويلية بأنها النمط الذي يتبناه القائد للتأثير في سلوك مرؤوسيه في ظل امتلاكه لرؤية واضحة المعالم ومعبرة عن رسالة المؤسسة و أهدافها، و قدرته على خلق الإثارة في مرؤوسيه على

النحو الذي يكسب به ثقتهم و ولائهم و يحفزهم نحو إدراك ضرورة تلك التغييرات و قبولها و الالتزام بها

ومن هذا المطلق نبرز اهم العناصر التي تميز القائد التحويلي عن غيره والمتمثلة اساسا في[5]:

– له رؤية مستقبلية:فهو يقدم رؤية مشرقة للمدى المثالي الذي يجب ان تصله الادارة مستقبلا وكيف تبلغه.

–متمكن في الاتصال:فهو يخاطب الناس على قدر عقولهم،ووفقا لخصائص وتركيبة كل فرد،لذلك فهو يستخدم رموزا وتشبيهات مثيرة ومتغيرات جديدة.

---

[1] Asan vernyuy wirbaa And Abdulwahab Shmailan,leadership style of managers in universities in saudi arabia,merit research journal of education and review,vol 3,n°4,april,2015,p177 .

[2] سعد بن مرزوق العتيبي،مرجع سبق ذكره.

[3] زيد صادق ماجد ،عبد الرضا بدراوي،الانماط القيادية واثرها في الالتزام التنظيمي من خلال تمكين العاملين–دراسة استطلاعية في عينة من منظمات الاعمال العراقية،مجلة العلوم الاقتصادية،العدد34،المجلد التاسع،العراق،2013 ،ص62.

[4] اياد حامد وتيسير زاهر،اثر القيادة التحويلية في ادارة التغيير التنظيمي،مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية،حامعة دمشق،المجلد 27 ،العدد الرابع،2011،ص392.

[5] بلال خلف السكارنة،ملرجع سبق ذكره،ص360.

-المصداقية:فالافراد عادة يؤمنون بالنزاهة واستقامة القائد لدرجة ان البعض منهم قد يضحي بالكثير في سبيل اتباعهم لرسالة ورؤية القائد الجذابة.

- يشعر اعضاء المجموعة بالقدرة والثقة بالنفس:عادة يساعد القائد المجموعة على النجاح من خلال وضع مهام او معايير اداء مناسبة وتحسين مستوى قدراتهم،وهكذا يكون قد زرع لديهم صورة لإدراك الذات،وعندما ينجحون يبدي تقديره،ليعطيهم مهام اعلى صعوبة وهكذا.

2)وظائف و خصائص القائد التحويلي:

يمتاز القائد التحويلي بوضوح الرؤية، والسعي لتحقيقها بطرق ووسائل أخلاقية، وتقديم مصلحة المؤسسة على المصلحة الشخصية، وتشجيع الإبداع، والثقة بالعاملين، ويفسح المجال أمامهم للنمو والتطوير وتحقيق ذواتهم.

وفي هذا الإطار فهناك ستة وظائف رئيسية للقائد التحويلي منها إدراك الحاجة للتغيير، تقديم رؤية مستقبلية، اختيار نموذج التغيير، إعادة تشكيل ثقافة المؤسسة، وإدارة الفترة الانتقالية وهي أصعب مهام القائد التحويلي لأنها تتطلب التخلص من القديم والوهم بعظمة هذا القديم، وأخيرًا أن يتعامل مع كل مشكلة تظهر بسبب التغيير بإستراتيجية مناسبة وسنشرحها في النقاط التالية:

- **إدراك الحاجة للتغيير** :بما أن الهدف الرئيسي للقائد التحويلي هو احداث التغيير فهو يقوم بإقناع الأفراد بحاجاتهم للتغيير و يعمل على تلك الحاجة من خلال بناء شبكة فكرية مع أشخاص مؤثرين لتدعيم التغيير[1].

-صياغة الرؤية والرسالة : القائد التحويلي ينظر الى وظيفته هذه على انه صاحب رؤية واضحة وطموحة تمثل الصورة المستقبلية الممكنة والمرغوب فيها للمؤسسة،ويشجع المرؤوسين بكل الطرق والوسائل لتبني هذه الرؤية والالتزام بها.[2]

- اختيار نموذج التغيير :يختار القائد التحويلي نموذج التغيير الملائم لمؤسسته من بين النماذج الفكرية المتاحة التي يُتوقع أن تثبت فعاليتها تحت ظروف المنظمة و بحيث تكون ملائمة للواقع العملي[3].

- تكوين الاستراتيجية الجديدة :الاستراتيجية هي المسار الرئيسيالذي تختاره المؤسسة بين اختيارات رئيسية اخرى لتحقيق اهدافها من خلال تحليل الفرص والتهديدات المتوقعة في السوق[4]،وعليه وفي ظل عامل التنافسية

[1] واعر وسيلة،مرجع سيق ذكره،ص31.

[2] اياد حماد واخرون،مرجع سبق ذكره ،ص393.

[3] سالم القحطاني،مرجع سبق ذكره،ص132,

[4] اياد حماد واخرون ،مرجع سبق ذكره،ص394.

فيتطلب على القائد التحويلي الذي يتبنى التغيير ان يقوم بتكوين استراتيجية جديدة تتوافق مع الرؤية والرسالة الجديدة ونموذج التغيير من ناحية ومع التحليل الاستراتيجي من ناحية اخرى.

–تعبئة الالتزام من خلال ثقافة المؤسسة:تعد ثقافة المؤسسة طريقة التفكير والسلوك والقيم والقناعات والمشاعر السائدة بين المرؤوسين،لذا فان اهم مايجب ان يتصدى له القائد التحويلي هو اعادة تشكيل ثقافة المؤسسة لتعبئة الالتزام بالرؤية الجديدة،ففي هذه الحالة القائد التحويلي مسؤول عن[1]:

–بلورة رسالة المؤسسة من خلال رؤية فكرية واسعة

–ادخال منظومة القيم والقناعات الجديدة وترويجها.

–صيانة النسيج الروحي للمؤسسة وتدعيمه عن طريق حل الصراع بين القيم الشخصية للمرؤوسين وبين قيم المؤسسة.

–ادارة المرحلة الانتقالية:فالقائد التحويلي يهتم بالمرحلى الانتقالية التي يعيش فيها الافراد ابتداءا من التحرر من ما هو قديم الى تنفيذ عملية التغيير ونجاحها.

3)ابعاد القيادة التحويلية:

اما في خصوص عناصر القيادة التحويلية فقد اجمع اغلب الباحثين في مايلي:

أ)التأثير الكاريزمي:

يعني ايجاد القائد لرؤية واضحة وإحساس بالرسالة العليا للمؤسسة وتنمية الثقة لدى المرؤوسين[2]، مما يجعله قدوة حسنة في نظر المرؤوسين وبالتالي يزداد إعجاب هؤلاء به وتكون لديه رغبة شديدة في محاكاتهم. هؤلاء القادة عادة ما يملكون سمات ومستويات معنوية وأخلاقية عالية، ومن الممكن الاتكال عليهم في عمل الأشياء الصحيحة، مما يغرس الاحترام العميق تجاههم من قبل المرؤوسين الذين يضعون الثقة الكاملة فيهم.

وإن تحدثنا عن الكاريزما [3]فإن قياسها يتم من خلال عنصرين: الأول، عنصر الصفة الذي يعود إلى صفات وخصائص القائد التي يدلي بها المرؤوسون اعتمادا على تصورهم للقائد؛ وأما العنصر الثاني فهو السلوك، ويعود

[1] سيد هواري،القائد التحويلي:للعبور بالمنظمات الى القرن ال 21،مكتبة عين شمس ،القاهرة،1999،ص155.

[2] اياد حماد ،مرجع سبق ذكره،ص 392.

[3] الكاريزما:اول من استخدم هذا المصطلح هو عالم الاجتماع الالماني"ماكس ويبر"ويستخدم للاشارة الى نوع السلطة المقترنة بشخصية القائد ومايمتلكه من مواهب ذاتية.

إلى ما يلاحظه المرؤوسون على سلوك القائد[1]،وعموما الكاريزما تصور أو تصف الأشخاص المتميزين الذين يجعلون الآخرين يريدون اتباع الرؤية التي وضعت مسبقا.

ب) الدفع و الإلهام أو التحفيز الملهم:

يتصرف القادة التحوليين وفق هذه الخاصية بطرق تعمل على تحفيز و إلهام أولئك المحيطين بهم، و ذلك بإعطاء المعنى و التحدي لما يقوم به مرؤوسيهم و تغليب روح الجماعة و إظهار الحماس و التفاؤل و جعل التابعيين يركزون و يفكرون في حالات مستقبلية جذابة و متعددة و تحفيزهم على اختيار بدائل مرغوبة، كذلك إتاحة الفرص لهم في المشاركة في تحقيق الأهداف المشتركة و في سبيل ذلك فهو يستخدم الرموز و الشعارات لتوحيد الجهود و يوضح توقعاته العالية والايجابية من مرؤوسيهم [2].

ج)الإستثارة الفكرية : وتشير إلى بحث القائد التحويلي على الأفكار الجديدة،فهو يثير التابعين لمعرفة المشاكل وتشجيعهم على تقديم الحلول المحتملة لها وذلك بطرق إبداعية ودعم النماذج الجديدة و لأداء العمل، فالقادة التحويليين يحددون الفرص والتهديدات ونقاط القوة والضعف للمنظمة كما اشرنا سابقا.

د) الاعتبار الفردي :

وتشير إلى اهتمامات القائد بمشاعر مرؤوسيه من حيث التشجيع والتوجيه والنصح والاستماع إليهم[3]، والاهتمام باحتياجاتهم وانجازاتهم من خلال تبني استراتيجيات التقدير والإطراء واعتماد الاتصال المفتوح معهم وإسناد الأعمال الصعبة إلى الأفراد الذين يثبتون الاستحقاق، ولغرض تطوير العاملين يفترض بالقائد التحويلي عدم معاملتهم بنفس المستوى لكونهم مختلفين في الصفات والسلوك وكيفية الاداء.

ولتنمية وتطوير هذا النمط اكثر قدم العالم Yukl بعض النصائح المهمة في تطبيق القيادة التحويلية عمليا[4]:

- وضع رؤية واضحة و جذابة للمرؤوسين.
- الربط بالرؤية الإستراتيجية من أجل تحقيقها.
- تطوير الرؤية وتحديدها وترجمتها إلى أفعال.
- التعبير عن الثقة والإصرار والتفاؤل بشأن الرؤية وتنفيذها.

[1] زيد صادق ماجد ،مرجع سبق ذكره،ص60.

[2] عفاف حسن هادي ،محمود عايد حسن ،اثر سمات القيادة التحويلية في تطبيق ادارة الجودة الشاملة ،مجلة جامعة بابل ،العلوم الصرفة والتطبيقية،جامعة بغداد ،العراق،المجلد 63،العدد 3، 2015 ،ص1315 .

[3] نجم عبود نجم،مرجع سبق ذكره،ص110.

[4] بدر بن خلف الضمادي،مكونات القيادة التحويلية ،اكتوبر 2014،موجود على الرابط/**http://saudileadership.org**

-تحقيق الرؤية من خلال القيام بخطوات مخططة صغيرة، فالنجاحات الصغيرة هي الطريق إلى تنفيذ وتحقيق الرؤية بشكل كامل.

ثانيا: القيادة التبادلية

تعتبر النظرية التبادلية امتدادا للنظرية التفاعلية، وقد ظهرت بشكل واضح في أعمال ادوين هولاندرEdwin..Hollander (1978) الذي يؤكد أن القيادة عملية في اتجاهين، وهي تتضمن علاقة تبادل اجتماعي بين القائد ومرؤوسيه، حيث يأخذ ويعطي الاثنان، فالقائد يعطي توجيهات للحصول على هدف ناجح، ويدير الصراعات ويقلل من الغموض ويساعد في حل مشاكل الجماعة كما يقدم المكافآت والجزاءات، في المقابل فإن المرؤوسين يمنحون القائد الاحترام والتدعيم، أكثر من هذا يرى هولاندر أن قدرة القائد في التأثير على مرؤوسيه تحصل بثمن وهو أن يترك نفسه يؤثرون فيه، لأن قبول المرؤوسين لتأثير القائد يتوقف على مسار التبادل بينهما[1].

ويتميز القائد التبادلي بالامور التالية:

-تحديد الاهداف واجراءات تنفيذها للعاملين؛

-تصميم هيكل العمل وتكليف العاملين بالمهام؛

-التعاون مع المرؤوسين من خلال مبادلة انجازاتهم بالحوافز والمكافات والتجنب بالعقاب؛

-يبحث عن الانحرافات ويتخذ اجراءات تصحيحها.

النماذج التي قدمت للقيادة التبادلية:

1) نموذج هولاندر للقيادة التبادلية :

قدم هولاندر عام 1978 مساهمة كبيرة في هذا المجال حينما طور اول نموذج للقيادة التبادلية[2] ،وأشار الى ان القيادة عملية ديناميكية تعتمد على التفاعلات الشخصية المستمرة بين القادة والتابعين ،وان مسؤولية القادة تتمثل اساسا في تقديم رؤية واضحة وتوجيه وتحفيز للاخرين ،وعندما يحصل هذا فان التابعين سوف يبادلونهم الاستجابة العالية لتتماشى مع توقعاتهم .

ويتضمن هذا النموذج عنصرين هامين وهما:

[1] فاطنة قهيري،اثر الانماط القيادية الحديثة على جودة الحياة الوظيفية من خلال توسيط العدالة التنظيمية-دراسة حالة مديرية توزيع الكهرباء والغاز بولاية الجلفة،اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث،علوم التسيير،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير جامعة الجلفة،2019،ص41.

[2] فاطنة قهيري،مرجع سبق ذكره،ص43.

أ–الثواب الشرطي: فالقادة يقومون بثواب التابعين في حالة تحقيقهم للتوقعات والأهداف المسطرة من قبل هؤلاء القادة.

ب–**الادارة بالاستثناء**:اي تدخل القائد في عمل المرؤوسين عندما تحدث اخطاء فقط،وتعد شكل من اشكال القيادة التبادلية الصحيحة وتميل الى ان تكون غير فعالة الى حد ما.

وفكرة هذا النموذج تقوم على تقييم التابعين لأهلية قادتهم ومعيار النجاح في هذا النموذج هو مقدار الكفاءة والاعتمادية للقائد ،اذ بدا هذا النموذج في ادراك اهمية وجهات نظر التابع(المرؤوس) في اثبات كفاءة التأثير القيادي،ويعد نقطة انطلاق لمعرفة الباحثين لأثر دافعية الفرد نتيجة التفاعلات الشخصية الناجحة بين القادة والتابعين على تحقيق اهداف الجماعة.

2)نموذج الارتباط الثنائي العمودي:

طور هذا النموذج بواسطة جورج جراين (George Graen)وزملائه في منتصف السبعينيات ويركز على عملية صنع الادوار التي حدثت نتيجة العلاقات العملية بين القادة والتابعين [1]،وتبعا لهذا النموذج فان كل من القادة والتابعين يتفاوضون على ادوارهم ومسؤولياتهم في العلاقة القيادية ،ويفحصون الخيارات في كيف من المحتمل ان يتفاعلوا مع مهمة فير مصممة مسبقا ،الامر الذي يمكن القائد والتابع من تطوير نموذج للتأثير المتبادل ،لهذا سمي بالنموذج التاثيري.

3) إيجابيات و سلبيات القيادة التبادلية.

تتمثل إيجابيات القيادة التبادلية في:

– تركز على مكافأة العاملين عند تحقيقهم المعايير المطلوبة و المتفق عليها في العمل[2]، و هذا ما يعتبر تحفياز للعمال و اهتماما بأدائهم.

– هناك اتفاق بين القائد و العاملين معه على تحقيق أهداف المنظمة مقابل الحصول على المكافأت بمختلف أنواعها و هذا ما يحفز العاملين على التنافس و التفاني في العمل[3] لتحيق أعلى درجات الأداء للفوز بالمكافأت و هذا يعد مكسبا للمنظمة عندها وصولها لتحقيق الأهداف.

و بالرغم من الدور الإيجابي الذي تلعبه القيادة التبادلية إلا أن لها بعض العيوب و المتمثلة في:

[1] Asan vernyuy wirbaa And Abdulwahab Shmailan,Op.Cit,p178.

[2] زيد صادق ماجد،مرجع سبق ذكره ،ص62.

[3] فيروز شين،مرجع سبق ذكره،ص57.

– يعتبر الاتفاق بين القائد و العاملين معه بمثابة مقايضة و تبادل للمصالح المشتركة و هو أمر غير ثابت، حيث قد لا يجتمع القائد و العامل حول نفس الأهداف دائما.

– اعتماد هذه القيادة على تبادل المنفعة و عليه فإن العلاقات بين الطرفين غير ثابتة و غالبا ما لا تستمر طويلا.

أما Jacobs فيرى أن الجماعة تقدم للقائد المكانة والمركز والتقدير والمكافأة نظير خدماته ومساهماته من أجل تحقيق أهدافها، أما دور القائد فيرتكز بصفة أساسية على حث أعضاء الجماعة على إنجاز الأعمال الموكلة إليهم باستخدام أو تقديم المكافآت والجزاءات بمختلف أشكالها، وعلى هذا فالقيادة حسبه تتضمن علاقات تبادلية متكافئة بين القائد ومرؤوسيه، وبدون هذه العلاقة لن تتحقق القيادة الإدارية[1].

ومن خلال ما سبق يمكن القول ان أهم ما يميز النظرية التبادلية أنها تعتبر أن القائد والمرؤوسين لا يختلفون كثيرا، فلا يوجد فاصل بين دور كل منهما، مادام كل منهما يأخذ ويعطي، إلا أن هذا يدخل في إطار الأعمال الروتينية والأعمال التبادلية التي تحدث من أجل تحقيق الاستقرار في المؤسسة، إلا أنه عند مواجهة مواقف جديدة تتطلب من القائد المبادأة بالتغيير [2]كخلق ثقافة تنظيمية، بناء فرق العمل، إدارة عملية اندماج مع جماعة أخرى، فلن تكفي القيادة التبادلية بل يحتاج إلى قدرات ومهارات للتغيير تعرف باسم القيادة التحويلية،فالقيادة الادارية الافضل هي التي تجمع بين النمطين،فالقيادة التحويلية تزيد من كفاءة القيادة التبادلية.

ثالثا:قيادة الفريق:

نظرا لتعقد الانشطة التي تقوم بها المؤسسات المعاصرة وتداخل وظائفها واحتوائها على اختصاصات عديدة مما تطلب استخدام اسلوب الفرق باعتباره افضل الاساليب لتبادل وتقاسم المعلومات والمعرفة بين العاملين ،ولقد اشارت دراسات كثيرة الى ان روح الفريق التي تسود المؤسسة هي من العوامل الاكثر اهمية في تحقيق اعلى مستويات الانجاز ،وقبل الحديث عن قيادة الفريق علينا اولا اعطاء مفهوم لفريق العمل واهم مبررات وجوده.

1)ماهية فريق العمل:

اذ هناك من يعرف فريق العمل بأنه"عدد محدد من الافراد ذوي مهارات متكاملة ،يلتزمون بغرض وأهداف في الاداء يحاسبون بعضهم عليها وفقا لقواعد مشتركة"[3] .

[1] محمد أبو الفضل عبد الشافي، مرجع سبق ذكره، ص 24.

[2] راوية حسن، مرجع سبق ذكره، ص 277.

[3] العجمي،محمد حسنين،الادارة المدرسية ومتطلبات العصر،الدار العالمية للنشر والتوزيع،القاهرة،ص388.

وهناك من يعرفه على انه:مجموعة من الافراد يعملون عملا محددا ويحاولون من خلال التعاون والمشاركة لانجاز اهدافهم واهداف المؤسسة ويحققون المكاسب المرغوبة[1].

اما فيما يخص مبررات وجود الفريق يمكن ان نذكر اهمها في [2]:

-وجود احتياجات عامة للافراد:مثل الطعام والامن يشترك فيها الافراد ويحتاجون للتعاون لتحقيق هده الاهداف؛

-وجود اهتمامات عامة لدى الافراد:مثل الاطباء تجمعهم اهتمامات مشتركة ؛

-وجود اهداف مشتركة للافراد:مثل مجلس الادارة لهم اهداف مشتركة تجمعهم معا كفريق عمل؛

-وجود تقارب في المكان بين الافراد:مثل العاملين في دور واحد كفريق عمل واحد؛

-وجود تماثل ثقافي بين الافراد:مثل المهاجرين في بلد ما تجمعهم ثقافات واحدة تجعلهم كفريق عمل واحد.

ومن المهم جدا الالمام بخصائص فريق العمل الفعال وذلك لاعداد فريق عمل فعال وفقا لهذه الخصائص وسنعرض اهم هذه الخصائص فيما يلي[3] :

-ان يسعى لتحقيق اهداف المؤسسة واهداف الفرد.

-يهتم باداء المهام والرقابة على الاداء .

-يحدد الموارد المطلوبة للعمل وكيفية استخداهما.

-ان يكون بين الافراد تعاون واتصال مستمر.

-وجود ديمقراطية وحرية التعبير بين افراد الفريق.

-ان يكون للفريق القدرة على حل المشكلات بالمشاركة الجماعية.

-ان يتسم الفريق بالمرونة في التعامل مع البيئة المحيطة.

2)ماهية قيادة الفريق:

قيادة الفريق فهي "ادارة مجموعة من الافراد تجمعوا للعمل على مشروع معين او لأداء وظيفة معينة داخل المؤسسة،وعادة تتضمن تحديد الاولويات للفريق وأهداف الاداء،ومراجعة الاداء وتحديد الاساليب المستخدمة،وتقود عملية صنع القرار في الفريق"[4]

[1] محمد السيد البدوي الدسوقي،ادارة المؤسسات العمومية الاستشفائية والمراكز الطبية،دار العلوم للنشر والتوزيع،2017،ص102.

[2] نفس المرجع ،ص103.

[3] هايس،نيكي ترجمة سرور علي ابراهيم سرور،،ادارة الفريق:استراتيجية النجاح،دار المريخ،الرياض،ب د سنة نشر،ص26.

[4] محمد السيد البدوي،مرجع سبق ذكره ،ص389.

وعموما فالقيادة القائمة على الفريق لابد ان ينظر اليها من جانبين أساسيين:

–يجب التحول الى العمل الجماعي القائم على روح الفريق وفي هذا الجانب فان المسؤولية الاكثر اهمية هي ان يكون للمؤسسة برنامجا واسعا للتدريب على عمل الفرق وقواعده والياته[1] ،ومن ثم تنمية روح الفريق في المؤسسة واعتماد الفريق كأساس في انجاز العمل .

- ان تكون الفرق مرتكزة على القائد من خلال ايجاد القادة الفعالين الذين يمتلكون القدرة على التأثير في اعضاء الفريق الواحد من اجل تنسيق جهودهم وتحفيزهم على الانجاز وتحقيق اقصى قدرة على التعلم بينهم[2] ،فضلا عن تفويض السلطات والصلاحيات للمرؤوسين،وبلورة ما تتفق عليه الجماعة من اراء وأفكار الى قرارات وسياسات.

تعد العلاقة بين الفريق وقائده اسس نجاح الفريق ،فمؤسسات اليوم لابد ان تعمل على توفير قيادة معاصرة ناجحة للفريق فمن غير المرجح ان يكون القائد اللامبالي او غير الفعال او المتشائم قادرا على الاحتفاظ بفريق ايجابي ينظر للامام ،فمن خصائص هذا الفريق ان كل فرد يمكن ان يساهم فيه ،بحيث يستفيد الفريق من اجمالي مهارات اعضائه وامكانياتهم،وتتمثل مساهمة قائد الفريق هنا في تهيئة جو العمل .

ومن المهم الاشارة الى ان هناك اختلاف بين قائد الفريق ومدير الفريق[3] ؛فالاول ينتمي الى الفريق ويعمل من داخله ،اذ يتحمل هذا القائد مسؤولية تمثيل الفريق لبقية التنظيم ،في حين مدير الفريق فهو ذلك الفرد الذي لديه مسؤولية غير كاملة عن هذا الفريق،ويمكن ان يكون مديرا كذلك لعدد من الفرق الاخرى على مستوى الهيكل التنظيمي للمؤسسة.

المطلب الثالث :العوامل المؤثرة في اختيار نمط القيادة

ان من أهم العوامل التي تؤثر في اختيار القائد الناجح عوامل تخص القائد وأخرى تخص المرؤوسين أنفسهم وثالثة تخص الموقف والبيئة ويمكن إجمالها فيما يلي :

اولا:عوامل تتعلق بالقائد :

ان سلوك القائد في اي لحظة يتأثر الى درجة كبيرة بمجموعة من العوامل او القوى التي تتفاعل داخليا في شخصيته ، ومن بين هذه العوامل التي تؤثر على القائد الاتي[4]:

[1] نجم عبود نجم، مرجع سبق ذكره،ص118.

[2] هايس ،نيكي،مرجع سبق ذكره ،ص27.

[3] بوعلاق نوال، مرجع سبق ذكره، ص68.

[4] بلال خلف السكارنة،مرجع سبق ذكره،ص 32،بتصرف.

1) **مدى ثقته في مرؤوسيه:** إن من الأمور التي على أي قائد ان يأخذها بعين الاعتبار هي مدى ثقته بمرؤوسيه ومدى تحملهم للمسؤولية و امكانية الاعتماد عليهم في مواجهتهم لمختلف المواقف .

2) **نظام القيم الذي يؤمن به:**حيث يتأثر سلوكه بمدى الاهمية التي يعطيها لكفاءة اللمؤسسة والنمو الشخصي للمرؤوسين لتحقيق اهداف المؤسسة.

3)مدى شعوره بالأمان في المواقف الغامضة : اذ هناك القائد الذي يؤمن بمشاركة المرؤوسين له في اتخاذ القرار الذي يحكم تصرفاته ،وآخر لا يولي اهمية بالدور الذي يلعبه المرؤوسون في المشاركة .

4)ميوله للقيادة الشخصية : يعتمد القائد في تبني أسلوب قيادي معين اعتمادا على ميله لفلسفة قيادية معينة يشعر بالراحة في اتباعها،فهناك من يشعر براحة اكبر عند تطبيقه الاساليب المتسلطة،وهناك من يحب العمل مع الجماعة كعضو من اعضائها .

وزيادة على ما سبق نذكر اهم العوامل المرتبطة مباشرة بالقائد والتي تؤثر في اسلوبه القيادي المتبع كالسمات الشخصية ،خبراته ،الحيوية،استيعاب الاخرين ،القيم والمعتقدات ،الافكار والخبرات ،بالإضافة الى طموحات القائد ومدى دافعيته للانجاز ،فمثلا : القائد الذي يعتقد بان احتياجات الأفراد يجب أن تأتي في المرتبة الثانية بعد احتياجات المؤسسة يميل إلى أن يكون أسلوبه القيادي معتمدا على توجيه تصرفات المرؤوسين بدرجة كبيرة.

ثانيا:العوامل الخاصة بالمرؤوسين :

يتباين نمط القيادة المتبع بتباين الافراد المرؤوسين ومدى ايمانهم بالأهداف التي تسعى القيادة الى تحقيقها،ومدى الاهمية التي يولونها لحل المشاكل ،فيمكن مثلا للقائد(المدير) ان يمنح مرؤوسيه فرصة اكبر في اتخاذ القرارات إذا كان لديهم الرغبة في تحمل المسؤولية ، وعكس ذلك إذا كان المرؤوسون يفتقرون إلى المعرفة والخبرة ، فان الأسلوب الاستبدادي هو الأسلوب الانسب في هذه الحالة،لذا يجب ان يأخذ في اعتباره مجموعة من العوامل التي تؤثر على سلوك مرؤوسيه.

ويمكن القول انه كلما توفرت الشروط التالية كلما امكن القائد من السماح لمرؤوسيه بدرجة كبيرة من حرية التصرف[1]:

- ازدياد حاجة المرؤوسين الشخصية الى الاستقلال والاعتماد على النفس؛
- الاستعداد الدائم من جانب المرؤوسين لتحمل مسؤولية اتخاذ القرارات؛

[1] نسيمة خدير،مرجع سبق ذكره،ص39,

- توفر درجة كافية من القدرة على تفهم المواقف الغامضة،فبعض المرؤوسين يفضلون اسناد مجموعة من الاعمال الواضحة المحددة لهم ،بينما البعض الاخر يفضلون الحرية؛
- توفر اهتمام المرؤوسين بالمشكلة التي يواجهونها وشعورهم بأهميتها؛
- توقع المرؤوسين مشاركتهم في عملية اتخاذ القرار،فلو كان النمط السائد هو المتسلط والانفراد باتخاذ القرارات، فان التحول الفجائي الى طلب مشاركتهم عادة ما يقابل بنوع من الشك وأحيانا الرفض بجانبهم،والعكس صحيح اي اذا كان النمط السائد هو المشاركة فان التحول الى الانفراد من جانب القائد في اتخاذ القرارات يقابل بالسخط والتذمر من جانب المرؤوسين.

وعموما فان غياب العناصر السابقة يؤدي بالقائد الى اللجوء الى سلطته المباشرة، فبزيادة درجة ثقة المرؤوسين في رئيسهم فان حريته تزداد في تغيير سلوكه دون تخوف من سوء تأويل ذلك من طرفهم.

ثالثا:عوامل تتعلق بالموقف او البيئة :

بالإضافة الى ما تم ذكره من عوامل خاصة بالقائد بحد ذاته وكذلك بمرؤوسيه ،فان هناك مجموعة اخرى من العوامل ترتبط بيئة العمل والمؤسسة التي يعمل في اطارها القائد والتي بدورها تؤثر على سلوكه،ومن اهم تلك العوامل البيئية تلك التي يستمد كيانها من التنظيم وجماعات العمل ومن طبيعة المشكلة:

1-نوعية القيم والتقاليد السائدة في المؤسسة : فالمؤسسات مثلها مثل الافراد لها مجموعة من القيم والتقاليد التي تؤثر بشكل كبير على سلوك الافراد الذين يعملون في اطارها،فسرعان ما يكتشف اي قائد جديد في المشروع ان هناك انماطا سلوكية معينة مقبولة وأخرى غير مقبولة في البيئة الجديدة،وسرعان ما يتعلم ان انحرافه عن تلك الانماط السلوكية المقبولة سوف يخلق له العديد من المشاكل،كما ان مدى مساهمة ومشاركة المرؤوسين يتأثر ايضا بمجموعة من العوامل ك: حجم الوحدات التنظيمية وتوزيعها الجغرافي،ودرجة الامان المطلوبة في تحقيق المؤسسة لأهدافها.

2-كفاءة الجماعة: قبل ان يفوض القائد سلطات اتخاذ القرارات الى الجماعة فانه عادة ما يأخذ في اعتباره مقدار الكفاءة التي تعمل بها الجماعة مكتملة.

ومن احد العوامل التي تقاس بها كفاءة الجماعة الفترة الزمنية في العمل كفريق،بالإضافة الى انه كلما اشترك اعضاء المجموعة في مجموعة من الخصائص والصفات الشخصية مثل الخبرة والتعليم والاهتمامات كلما زادت فعاليتها.

3- طبيعة المشكلة ذاتها: بطبيعة الحال نجد ان المشكلة ذاتها تحدد الى درجة كبيرة مقدار المشاركة الواجبة من جانب المرؤوسين وبازدياد تعقد المشروعات الحديثة وتقدم التكنولوجيا المستخدمة[1]،فان ذلك قد يدعونا الى القول ات المشاركة في اتخاذ القرارات اصبحت في حكم الضرورة،حيث يتطلب الامر اشتراك عدد كبير من الاخصائيين في حل المشاكل المعقدة ولكن من جانب اخر نجد انه بالرغم من تعقد بعض المشاكل ،لكن بعض القادة يفضلون الاعتماد على انفسهم في اتخاذ القرارات الخاصة لو توفرت لديهم المعلومات الكافية والأساس الكمي والتخصصي الملائم لاتخاذ هذه القرارات.

و في هذا السياق نشير الى ان الضغوط الزمنية تمثل أكثر الضغوط تأثيرا على القائد فكلما شعر هذا الاخير أن المهمة مستعجلة لاتخاذ القرار كلما قل اعتماده على الآخرين في اتخاذ مثل هذا القرار،والعكس صحيح،ففاعلية القائد تعتمد على تنظيم وقته وإدارته .

بالإضافة الى ما سبق فان نجاح القائد يعتمد بصفة اساسية على مدى مساهمته في تحقيق مجموعة من الاهداف والتي نذكر اهمها فيما يلي:

- رفع المستوى التحفيزي للمرؤوسين؛
- زيادة قابلية المرؤوسين لتقبل التغيير؛
- تحسين مستوى كفاءة القرارات الادارية؛
- تنمية روح الفريق ورفع الروح المعنوية للمرؤوسين؛

ومما سبق نجد ان القيادة الادارية الناجحة هي تلك التي تراعي كل هذه العوامل المؤثرة في السلوك القيادي المحيطة بها،هذا بالاضافة الى القدرة الذاتية للقائد ومحدوديته والخلفية الشخصية ومدى قدرته على الاتصال ودرجة الثقة لديه،وادراك وفهم القائد لبيئة العمل وللموقف وللمرؤوسين ،هذه العوامل مجتمعة تؤثر في القدرة التأثيرية للقائد.

[1] فيروز شين،مرجع سبق ذكره،ص21.

خلاصة الفصل:

إن النجاح في العملية القيادية يرتكز بصورة أساسية على الدور الذي تلعبه القيادة الإدارية في المؤسسات، فالقيادة هي عملية التوجيه والتأثير في أفعال الآخرين لتحقيق أهداف الجماعة والمؤسسة.

ولقد ساهم تطور الفكر الإداري في تطوير نظريات القيادة التى حاولت تحديد أهداف القيادة وخصائص القائد الإداري الناجح والأعمال التى يجب علية القيام بها ،فالقائد يكمن دوره في صياغة الرؤية الاستراتيجية والرسالة التي تحدد فلسفة المؤسسة، بالإضافة الى الدور الجوهري في الهام وتحفيز العاملين لبلوغ الأهداف التنظيمية،اذ تتحدد درجة نجاح القائد او فشله في قيادة المرؤوسين بمدى قوة وفاعلية وسيلة التأثير التي يستخدمها لتوجيه وتغيير سلوكهم، فقد بدأت مساهمات المفكرين في نظريات القيادة مع بداية ظهور الفكر الإداري وقد مرت هذه النظريات بتطورات عديدة تبعاً للتطورات العامة في الفكر الإداري وكذا لتشابك العوامل والمتغيرات التي اثرت في العملية القيادية وجعلتها اكثر تعقيدا لذلك تعددت النظريات والأنماط هذه الاخيرة التي تتأثر بمجموعة من العوامل (القائد –المرؤوسين–الموقف–المهمة....الخ) ، وبالرغم من الاختلاف والتباين في النظريات المفسرة للقيادة إلا ان ظهور نظرية جديدة لم يؤدي الى اهمال نظرية سابقة بل لكل نظرية مساهماتها البارزة في ذلك.

وفي ضوء المعطيات المعاصرة (عدم التأكد و المنافسة و التغيير و غيرها من التحديات) برزت انماط حديثة تتماشى مع التوجهات الادارية المعاصرة وتعمل على تحويل دور القائد من الاداري الى دور المساند والمحفز والقيادة الفاعلة هي تلك القيادة التي تسعى الى تغيير وتطوير اسلوب ادارتها وتتجه نحو التفكير الاستراتيجي والتركيز على فريق العمل بدلا على الفرد الواحد والعمل على الدفع بالمؤسسات للسير نحو الاداء المتميز والتصدي لمختلف التحديات والصعوبات التي تواجهها معظم الادارات خاصة الادارة الصحية محل الدراسة ،وهو ما يجعلنا نخصص الفصل التالي لجودة الخدمات الصحية.

الفصل الثاني:

الإطار الفكري والفلسفي لجودة الخدمات الصحية

تمهيد :

اصبحت الجودة من الامور التي تؤثر وبقوة في تقرير حاضر ومستقبل المؤسسات،ولما لها من دور فعال في تحقيق موقف تنافسي متميز في سوق الخدمات،حيث ايقنت العديد من المؤسسات في الوقت الحاضر وكنتيجة مباشرة للمتغيرات البيئية التي تعمل في ظلها عدم امكانية الاستمرار في السوق دون تبني استراتيجية فعالة تجاه جودة منتجاتها،فموضوع جودة الخدمة من المواضيع التي لاقت اهتماما كبيرا في المؤسسات الخدماتية عامة،والمؤسسات الصحية بصفة خاصة ،اذ تعد هذه الاخيرة من أهم القطاعات الخدماتية حساسية باعتبارها تمس كل الطبقات بمختلف شرائحها وكذا لأهميتها في ترقية الصحة العامة ،ففي العقود الأخيرة من القرن الماضي اكتسبت الخدمات الصحية أهمية بالغة و متزايدة على مختلف الأصعدة، و ذلك جراء بروز معطيات جديدة أساسها التقدم العلمي و التكنولوجي الهائل من جهة، وجملة من التحديات أبرزها ارتفاع التكاليف وتبني أساليب غير فعالة لتحقيق الأهداف المسطرة إلى جانب تدني مستوى الرضا لدى المستفيدين ، والتحولات المثيرة في البيئة المعاصرة من جهة أخرى .

و نتيجة التطورات التي يشهدها المجال الصحي والزيادة المستمرة في الطلب على الخدمات الصحية، فقد أصبح تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية مطلبا مشتركا يخدم أهداف ومصالح جميع الاطراف المتعاملة مع المؤسسات الصحية من مقدمي الخدمة والمستفيد منها.

و قصد التعرف اكثر على أهم الجوانب التي تبرز المفاهيم الاساسية لجودة الخدمات الصحية وسبل تحسينها ،فسنحاول في هذا الفصل التعرض إلى النقاط الآتية:

- ماهية الخدمات في المؤسسات الصحية؛
- ابعاد ومتطلبات جودة الخدمات الصحية ؛
- منهج ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية .

المبحث الاول : ماهية الخدمات في المؤسسات الصحية

تعد الخدمات الصحية ذات اهمية كبيرة لتعلقها بصحة الفرد والمجتمع وتمثل احدى معايير قياس مدى تقدم الدولة في مجال العناية والرعاية الصحية ،وفي هذا المبحث سنركز على اهمية الخدمات الصحية وخصائصها

المطلب الأول: اساسيات حول الخدمات الصحية

ازدادت اهمية الخدمات الصحية في الاونة الاخيرة خاصة مع تعقد المشاكل الصحية وتنوعها،وفي هذا الصدد اختلفت وتعددت وجهات نظر الكتاب والباحثين حول تحديد مفهوم موحد للخدمة الصحية ، بالإضافة الى الاشارة الى الاهم جوانب الجهة المسؤولة عن تقديم هذه الخدمات ألا وهي المؤسسات الصحية .

اولا) المؤسسة الصحية وخصائصها

ان الهدف الرئيسي لأي مؤسسة صحية او مستشفى بلوغ مستوى متميز في تقديم الخدمات الصحية ،فهناك من يعتبر ان المستشفى مقياس تقدم الشعوب والأمم ومجالا للتميز وتطور القدرات الاجتماعية[1]،وبما ان تحقيق تحسن في الصحة هدف من اهداف الخدمات الصحية كان لزاما اعطاء نظرة تعريفية للصحة .

1-مفهوم الصحة

ان الاهتمام بالموضوع الصحي في السنوات القليلة الماضية قد زاد وبشكل مستمر وذلك كون الصحة الجيدة تمثل الظرف المثالي لتمتع الناس بحياة مستقرة،بالإضافة الى ان موضوع الصحة يستهلك نسبة كبيرة من الموارد والطاقات المتوفرة لدى الدولة[2].

وتعد الصحة من التحديات الاقتصادية الراهنة بسبب التطور السريع وأهمية التسيير في الميدان الصحي،وغالبا ما يحدث التباس بين الصحة والخدمات الصحية ،اذ هناك فارق شاسع بينهما،فمفهوم اقتصاديات الصحة مفهوم واسع يدرس الصحة كمنتج نهائي يتسع ليشمل جميع مدخلات انتاج الصحة،هذه الاخيرة التي تشتمل على الخدمات الصحية كاحد تلك المدخلات،بينما اقتصاديات الخدمات الصحية تشمل فقط الخدمات الصحية كمنتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية بانواعها وتعتبر كمدخل انتاج في صناعة الصحة[3] .

وفي مايلي نعرض اهم تعريف لها:

[1]Jean Abbad ,organisation et management hospitalier,edition berger levrault ,2001 ,p25 .

[2] صلاح محمود ذياب،ادارة المؤسسات العمومية الاستشفائية والمراكز الصحية الحديثة،دار الفكر ،عمان،2009 ،ص32 .

[3] طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمة الصحية، الطبعة الثانية، مكتبة القدس، 2006 ، ص 17.

-اذ عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها"حالة السلامة البدنية والنفسية و الاجتماعية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان[1].

-كما يعرف البنك الدولي أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم وبالمتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الفرد ،وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير.[2]

2-تعريف المؤسسة الصحية

تعددت وجهات النظر لمختلف الكتاب حول تعريف المؤسسات الصحية ولم تتباين كثيرا،نذكر ابرزها كمايلي:

- ✓ عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات المستشفى بأنه " مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للمرضى الداخلين، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة، وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين"[3].

ومن الملاحظ من هذا التعريف اقتصر فقط على كونه مؤسسة تحتوي على الجهاز الطبي وأهمل العناصر الاخرى المكونة لها ،فهي كباقي المؤسسات لها هيكل تنظيمي وتتعدد فيها الفئات العاملة من اطباء وممرضين واداريين.

- ✓ ومن التعريفات الشائعة ايضا ان المستشفى:" جزء من النظام الاجتماعي يرتبط في اداء وظائفه ببرنامج صحي متكامل مع النظام الصحي العام"[4].

وهنا يتضح انه عبارة عن نظام مفتوح يهتم بالصحة العامة.

- ✓ تعرف المؤسسة الصحية بأنها " عبارة عن مجموعة من التخصصات والمهارات والمهن الطبية وغير الطبية ومجموعة من الخدمات والأدوية والمواد،و التي تنظم أسلوب تقديم الخدمات العلاجية والوقائية للمرضى الحاليين والمرتقبين وإشباع حاجاتهم**5**

ويعد هذا التعريف انسب تعريف بالنسبة للتعريفات السابقة كونه شامل ،اذ حدد المهن التي يحويها وان مكان لمختلف الخدمات المقدمة للمريض الحالي والمرتقب على حد سواء.

---

[1] بواعنة عبد المهدي،ادارة الخدمات والمؤسسات الصحية"مفاهيم ،نظريات واساسيات في الادارة الصحية،دار حامد للنشر والتوزيع،عمان ، 2004، ص27 .

[2] إبراهيم طلعت ،" التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية "،دار الكتاب الحديث،الجزائر 2009 ..،ص11

[3] صلاح محمود ذياب،مرجع سبق ذكره، ص8.

[4] سيد جاد الرب ،الاتجاهات الحديثة في ادارة المنظمات الصحية،مطبعة العشري،مصر،2008،ص40.

[5] فريد النجار، إدارة المؤسسات العمومية الاستشفائية وشركات الأدوية " تكامل العلاج والدواء، الدار الجامعية ، الإسكندرية، 2007 ، ص157 .

✓ كذلك ومن خلال نموذج" تقييم جودة الرعاية الصحية "للعالم الأمريكي أفيديس دونابيديان والذي له الفضل لمحاولة قياس الأداء في المؤسسات الصحية خلال سنوات الستينات، فان :المؤسسات الصحية عبارة عن وحدات منتجة للرعاية الصحية والخدمات[1] وذلك من خلال ثلاثة مستويات اساسية:

*الموارد أو المدخلات :وهي مختلف الوسائل التي تسمح للمؤسسة الصحية بانجاز مهامها وتقديم الرعاية الصحية للمرضى والمتمثلة في : الموارد المالية، الموارد المادية، الموارد البشرية، أنظمة المعلومات....الى غير ذلك.

*عمليات الرعاية الصحية :وهي الرعاية الصحية المقدمة للمرضى والتي يمكن النظر إليها من خلال الأنشطة التالية:

-أنشطة عيادية مباشرة :التي تستوجب وجود المريض /المستفيد كالمعالجة الجراحية.

-أنشطة عيادية غير مباشرة :التي تقوم من أجل المريض وفي غيابه كالتحاليل الطبية.

-أنشطة غير عيادية :التي لا ترتبط بالرعاية الصحية ولكن تتعلق بالمؤسسة وتسمح للرعاية الصحية بالانجاز في أفضل الشروط كصيانة التجهيزات، والأنشطة الإدارية...

*النتائج :تتمثل في مختلف نتائج الرعاية الصحية على الحالة الصحية للمريض أو السكان كمعدل الوفيات ومعدل الشفاء، والرضى والراحة، كما تتمثل أيضا في النتائج المالية والمحاسبية للمؤسسة الصحية.

وحسب هذا التعريف تم اعتبار المؤسسة الصحية كنظام له مدخلات وعمليات معالجة ومن ثم مخرجات.

✓ وقد تم تعريفها ايضا على انها: "مؤسسة خدمية تقدم لمرضاها زيادة عن العلاج ،الاقامة ،التغذية والدعم الاجتماعي والمعنوي"[2]

لقد ركز هذا التعريف على انواع الخدمات المقدمة في المؤسسة الصحية.

وعلى العموم يختلف تعريف المؤسسة الصحية وفقا لوجهة الاطراف التي لها علاقة مباشرة بها ،نذكر اهمها في[3] :

-المرضى: الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج ،الاستشفاء والرعاية الطبية لهم .....الخ.

-الحكومة:احدى مؤسساتها الخدماتية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في الدولة نحو الاحسن.

---

[1] فريد النجار،مرجع سبق ذكره،ص159.

[2] Myriam hubinon ,management des unites de soins :de l'analyse systématique à l'evaluation de la qualité,de boeck,bruxelles,2004,p73 .

[3] نادية خريف، تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية ،مذكرة ماجستير، كلية العلوم الإقتصادية والتسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر،2007،ص 59.

-الطاقم الطبي: المكان الذي يمارسون فيه مهامهم الطبية.

-ادارة المؤسسة: مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ،تتفاعل مع مختلف المتغيرات في ضوء ما سطر لها من اهداف وبرامج.

-شركات الادوية وباقي المؤسسات المعنية :سوق واسع ينبغي امداده بما يحتاجه من ادوية ومستلزمات طبية.

-الطلبة والجامعة :موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية ولإجراء التجارب والبحوث.

و في الجزائر تعتبر مؤسسة صحية عمومية ذات طابع إداري تدعى القطاع الصحي: مجموع هياكل الوقاية، التشخيص، العلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الصحي الموجودة داخل إقليم نفس الدائرة والمتكونة في المؤسسات العمومية الاستشفائية والعيادات متعددة الخدمات، المراكز الصحية، قاعات الفحص والعلاج ومراكز الأمومة، مراكز المراقبة في الحدود وكل مؤسسة صحية عمومية تحت وصاية وزارة الصحة والسكان وإصلاح المؤسسات العمومية الاستشفائية [1].

بالجزائر سابقا كان هناك ثلاثة أنواع من المؤسسات الصحية العمومية وهي:المراكز الاستشفائية الجامعية-القطاعات الصحية-المؤسسات الاستشفائية المتخصصة .

وفي عام 2007 وبموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2جمادى عام 1428 الموافق ل19ماي من سنة2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية [2]،بمعنى فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص لتسهيل الوصول الى العلاج وتقريب المستشفى او المؤسسة الصحية من المواطن.

فتصبح المؤسسات الصحية في الجزائر كالتالي:

-المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية(EPSP) :في اطار الخريجة الصحية الجديدة تم اعادة هيكلة وتنظيم القطاع الصحي،حيث وبموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2جمادى عام 1428 الموافق ل19ماي من سنة2007 الذي يتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية واصبح القطاع الصحي يتكون من :

* 195 مؤسسة عمومية استشفائية.

* 271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (تجمع العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج).

---

[1] طاهري حسين، الخطأ الطبي والخطأ في العلاج، دار المؤسسات العمومية الإستشفائية، والنشر للطباعة هومه الجزائر، والتوزيع، 2000 ص ، 12

[2] الجريدة الرسمية العدد 33 بتاريخ 20 ماي 2007 الصفحة10.

وهما كيانان اداريان مستقلان في تسييرها،الاولى للاستشفاء والثانية للانشطة العلاجية ،الاستشارات الطبية والوقاية.

– المؤسسات الاستشفائية المتخصصة(EHS) : وعددها 32 مؤسسة عمومية استشفائية متخصصة سنة 2005،ارتفع العدد الى36 سنة 2006،ثم الى 54 سنة 2007،ليصل العدد الى68 مؤسسة عمومية استشفائية متخصصة سنة2008،وكل هذه المؤسسات جاءت متممة لقائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية الملحة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997[1] ،المتعلق بتحديد قواعد انشاء تنظيم وتشغيل المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.

– المراكز الاستشفائية الجامعية(CHU) :وعددها اربعة عشر (14) مركز استشفائي جامعي ،حيث لدينا ثلاثة عشر(13) منها تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997[2]،المتعلق بتحديد قواعد انشاء وتنظيم وتشغيل المراكز الاستشفائية الجامعية،فيما يخضع المركز الاستشفائي الجامعي ببجاية الى المرسوم التنفيذي رقم 09-319 المؤرخ في 06 اكتوبر 2009،وبذلك يكوم مكمل للقائمة السالفة الذكر.

مما سبق عرضه من التعريفات نستخلص أن المؤسسة الصحية هي عبارة عن نظام اجتماعي إنساني متكامل وله علاقة وثيقة بالمجتمع، يتكون من مجموعة من العناصر التي تتفاعل مع بعضها البعض ضمن بيئة متعددة المؤثرات بغية تحقيق أهداف معينة من اهمها ترقية الخدمة الصحية الى مستويات اعلى.

3–خصائص المؤسسة الصحية:

تتميز المؤسسات الصحية بعدة خصائص تميزها عن غيرها من المؤسسات الخدمية الاخرى،ونذكر اهمها في:

- ✓ تعدد الوظائف والفئات العاملة بها[3] ،فحسب المؤسسات الصحية الجزائرية هناك الطاقم الطبي (طبيب،جراح اسنان،صيدلي)،والطاقم الشبه طبي (الممرضين ومساعدي التمريض ومشغلي اجهزة التصوير الطبي ،المخبريين ،البيولوجيين ،ملحقو المخبر،القابلات)،بالإضافة الى الاداريين(اسلاك مشتركة وتقنيين،وعمال متعاقدين)،اذ لكل منهم وظيفة معينة يختلف الافراد في ادائها ؛
- ✓ صعوبة التنبؤ بحجم العمل في المؤسسة الصحية وذلك نظرا لارتباطه بالحالات المرضية التي يصعب توقعها،ولهذا ينبغي على العمال باختلاف فئاتهم ان يكونوا جاهزين بصفة دائمة لاستقبال كل الحالات.

[1] الجريدة الرسمية،العدد58، الصادرة بتاريخ 22 شوال 1430 هـ الموافق ل 11 اكتوبر 2009م ،ص11.

[2] الجريدة الرسمية،العدد 81،الصادرة بتاريخ 10 شعبان 1418هـ الموافق ل10 ديسمبر 1997م،ص19.

[3] سيد جاد الرب،مرجع سبق ذكره،ص ص 41، 42(بتصرف).

✓ صعوبة تقييم نشاطها بالمقاييس العادية التي تستخدم في الوحدات الانتاجية وتكمن الصعوبة في العناصر التالية[1]:

*عدم وجود اهداف واضحة ومفهومة لتقييم الاداء ،والسعي الى تحقيق اكثر من هدف في ان واحد مما يزيد التداخل في الاهداف المرجوة من التقييم؛

*عدم توفر المعلومات الدقيقة واللازمة قبل القيام بالتقييم؛

*المركزية في تقييم الاداء؛

*تكمن الصعوبة ايضا في طبيعة العمل داخل المؤسسة وعدم وجود مقاييس كمية دقيقة ،وهذا ما يجعلها تكون نسبية بشكل اكبر؛

*عدم تجانس فترات العمل وأنواع العمل ،فهناك من الطاقم الطبي والشبه طبي من يعمل بتوقيت 24/24ساعة،وهناك من يعمل 8 ساعات كالإداريين ،في حين البعض الاخر يعمل12 ساعة موزعين على حسب المصالح واحتياجاتها ،بالإضافة الى المناوبة ليلا؛

*صعوبات اخرى تتمثل في القوانين والانظمة الداخلية والتعليمات،والسياسات،و الاجراءات المتبعة ،بالاضافة الى طبيعة الهيكل التنظيمي لها.

ثانيا)اهداف وخصائص الخدمة الصحية

تحتل الخدمات الصحية اليوم دورا مهما في المجتمع، لما تقدمه من خدمات صحية للأفراد و وقاية من الأمراض و منع حدوثها و اكتشافها المبكر و العلاج الفوري لما حدث منها، و مكافحتها للحد من انتشارها.

1-تعريف الخدمة الصحية

لقد اختلفت المفاهيم حول الخدمات باختلاف اراء الباحثين والكتاب ، فقد عرفت على أنها: " تلبية احتياجات ومتطلبات العميل منذ اللحظة الأولى وفي كل الأوقات، وأنها تقديم السلع والخدمات لتلبية احتياجات وتوقعات العملاء بحيث تتوافق معها توافقا متناسقا ومنسجما".[2]

[1] نادية خريف،مرجع سبق ذكره،ص318(بتصرف)

[2] صفاء محمد هادي الجزائري واخرون،قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية-دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء بالبصرة-،مجلة كلية بغداد

تُعرف الخدمة في المستشفى على انها العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصيا أو إرشاديا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل[1].

وهذا التعريف يمكن أن يشير في مضمونه الى ثلاثة ابعاد للخدمة المقدمة في المستشفى وهي على النحو التالي:

*الصفة المميزة للخدمة: وترتبط أساسا بجوهر الخدمة الصحية المقدمة ذاتها والتي تتكون من عدة إجراءات مختلفة تشخيصية وعلاجية.

* المنافع المرجوة من الخدمة:وتتمثل في العناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض أو غيره من المراجعين للمستشفى لمقابلة احتياجاتهم الصحية، والتي يطلق عليها في بعض الحالات بحزمة الرضا المتحقق للزبون والمتضمنة الادراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى بشكل ملموس وغير ملموس مما يؤدي الى الشعور بالاطمئنان حيال ذاك العمل.

*الخدمات المساندة:متمثلة في كافة العناصر المضافة التي يقدمها المستشفى الى جوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى،وتتضمن نظام حجز المواعيد، الاستقبال الخاص بالمرضى، خدمات الاتصال التليفونية، التنسيق مع المؤسسات العمومية الاستشفائية الأخرى والمنظمات الاجتماعية والإنسانية وغيرها.

✓ كما تعرف على أنها :"الخدمات التشخيصية العلاجية، التأهيلية، الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الاقسام العلاجية والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المختبرية العادية والمتخصصة وخدمات الاسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية"[2]

ويشير هذا التعريف الى كون الخدمة الصحية هي كل خدمة مقدمة من جميع الاقسام المكونة للمؤسسة الصحية.

✓ ويمكن تعريف الخدمة الصحية من خلال تقسيمها إلى قسمين: [3] الأول **الخدمات الصحية العلاجية** تمثل الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة و تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل

الاقتصادية،العدد39، 2014،ص11.

[1] ثامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان،2005 ،ص169

[2] محمد الطماعنة،عبد العزيز مخيمر،الاتجاهات الحديثة في ادارة المؤسسات العمومية الاستشفائية-المفاهيم والتطبيقات-،المنظمة العربية للتنمية الادارية،مصر الجديدة ،2003،ص8.

[3] طلعت الدمرداش، مرجع سبق ذكره ، ص 25.

المؤسسات العمومية الاستشفائية، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء وهذه الخدمات هي خدمات صحية علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من إصابته أو تخفيف معاناته من حدة المرض، بينما يهتم القسم الثاني **بالخدمات الصحية الوقائية** أو ما تعرف بالخدمات الصحية البيئية ،حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج من سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة ،ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة وتتمثل في خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية وخدمات رعاية الأمومة والطفولة،وخدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض،وخدمات الرقابة الصحية،بالاضافة الى خدمات الاعلام ونشر الوعي الصحي

و يمكن تعريفها ايضا على انها:"مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها نظم الرعاية الصحية و المؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة، بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها، والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها[1]" .

كما يمكن القول ايضا أن الخدمات الصحية تحمل مظاهر عدة إلا أنها تهدف في النهاية إلى حسن العناية و الرعاية للشخص الذي تقدم له الخدمة، فالخدمة الصحية لا يمكن حصرها فقط في الأعمال الطبية بل هي تتعدى إلى حسن الاستقبال و التوجيه، و التكفل النفسي، فهي إذا تطبيق لأهداف الصحة.

ومما سبق يمكن ادراج التعريف التالي للخدمة الصحية ":هي جميع الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل الأدوية والمستحضرات والأجهزة الطبية وغيرها بهدف تحسين المستوى الصحي للأفراد وتلبية مختلف الرغبات المرتبطة بهذه الخدمة".

ومن خلال بعض الدراسات لمسنا عدة مفاهيم متداخلة مع مفهوم الخدمة الصحية،فمن المفيد الإشارة إلى أن هناك خطأ شائع ايضا بين العاملين والمهتمين بالمجال الصحي حول مفهوم المعالجة الطبية والرعاية الصحية،والرعاية الطبية .

لذا من الضروري التفريق بين هذه المفاهيم لفك الالتباس الحاصل وهي[2]:

-الرعاية الطبية: ويقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية كالخدمات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفسي، وما يرتبط بها من خدمات طبية متخصصة مكملة كالفحوص المختبرية

[1] عصماني سفيان،دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها،مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير في علوم التسيير،كلية العلوم الاقتصاد وعلوم التسيير ،جامعة المسيلة،2005،ص37.

[2] كحيلة نبيلة،تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية،مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير تخصص تسيير الموارد البشرية،كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ،مدرسة الدكتوراه جامعة قسنطينة،2009،ص38.

والتحاليل الطبية، الطوارئ، العيادات الخارجية، الأشعة، الإسعاف، التمريض، والخدمات الصيدلانية والغذائية وغيرها.

أما **الرعاية الصحية** فيقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية للمجتمع بأسره، بهدف توفير الصحة للجميع، كحملات تنظيم الأسرة، رعاية الأمومة والطفولة، الوقاية من الأمراض ، التطعيم ضد الأمراض المعدية، رعاية المسنين وغيرها

في حين تعرف **المعالجة الطبية** على انها فرع وميدان من ميادين الرعاية الصحية، تركز على المرض او العيب والألم لازالته او تخفيضه بعد ان يحل بالإنسان، وبهذا فان نطاقها ضيق ومحدود وينتهي دورها ومجالها، عند ذلك يبدأ دور الرعاية الصحية.[1]

2) أهداف الخدمات الصحية:

بالرغم من تباين أهداف نظم الخدمات الصحية من دولة الى اخرى بسب اختلاف الظروف الصحية و السياسية و الاقتصادية و حتى الثقافية في كل منها، إلا أن هناك أهداف عامة مشتركة بينهم ومن بين هذه الأهداف نذكر ما يلي:

- الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى[2]؛
- السعي المستمر نحو الوقاية من المرض او تحسين الحالة الصحية للفرد؛
- خفض معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض،وخفض مستوى القلق الناجم عن المرض ؛
- خفض نسبة الإعاقة و خاصة حالات العجز(كخدمات التاهيل الحركي)؛
- تحصين المجتمع ضد الأمراض التي تتوافر لها اللقاحات(كاللقاحات الموسمية مثلا)؛
- تأمين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع أفراد المجتمع.

بالإضافة إلى هذه الأهداف هناك أهداف أخرى تتمثل فيما يلي[3]:

- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين؛

[1] بواعنة عبد المهدي ،مرجع سبق ذكره،ص30 .

[2] طلعت الدمرداش،مرجع سبق ذكره،ص23.

[3] محمد الطعامنة ،مرجع سبق ذكره،ص12.

– تشخيص و علاج المرض بالكشف المبكر له(كالحملا ت التي تقوم بها بعض المؤسسات للكشف عن سرطان الثدي)، حيث تعمل المؤسسات العمومية الاستشفائية على معرفة أسباب الأمراض المختلفة الجسدية منها و العقلية و توفير وسائل و أساليب الوقاية منها.

– العمل على تنمية مهارات و كفاءات الأفراد العاملين في القطاع الصحي،

–تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها؛

– تعد معرفة اراء وانطباعات المستفيدين(المرضى)وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها؛

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

3)خصائص الخدمات الصحية :

إن الخدمات الصحية تنفرد بثلاثة خصائص أساسية حسب[1]الكثيرين من المهتمين بهذا المجال وهي عدم الملموسة، وعدم الانفصالية، وعدم التجانس، وأن خصائص عدم القابلية الخدمة لتخزين، ومشاركة العميل في إنتاج الخدمة، وإنتاج واستهلاك الخدمة في وقت واحد فهذه الخصائص تندرج ضمن هذه الخصائص الرئيسية الثلاثة:

أ: اللاملموسية: إن الخدمات الصحية ليست بالأشياء المادية، ولهذا لا نستطيع شمها أو لمسها أو رؤيتها، فهي كغيرها من الخدمات ولهذا يصعب علينا تقييم الخدمة،ومن أثار هذه الخاصية:[2]

–نجد صعوبة في تقييم الخدمة المتنافسة بهدف التمييز بينها قبل الحصول عليها.

–ارتباط الحصول عليها واستعمالها بعنصر المخاطرة، وعدم الرضا عنها بعد تجربتها.

–السعر يصبح معيار الجودة، عند الرغبة في الحصول عليها.

وأيضا يمكننا أن نقول بان هناك صعوبة قانونية في حماية الخدمات عن طريق براءة الاختراع، ولهذا تسهل عملية التقليد،وكذلك إن الخدمات تنتج وتستهلك في وقت واحد،أي أنها غير قابلة لتخزين ويتطلب وجود زبون،

[1] Béatrice Bréchignac, Roubaud ,"marketing sévices du prolation plan marketing" ،5 tirage، édition d'organisation، paris 2001، p 71.

[2]ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره،ص170.

فمثلا الطبيب يريد إجراء عملية جراحية للمريض فهذا يتطلب حضوره شخصيا ،وكذلك العميل يستفيد من الخدمة ولكنه لا يستطيع تملكها.

ب: عدم الانفصالية: نقصد بها ان إنتاج واستهلاك الخدمة يكونان متلازمان،يجب حضور العميل و مقدم الخدمة في آن واحد[1]، بحيث أن حضور المريض ضروري أثناء العلاج وهو يعتبر العنصر الأساسي في أداء الخدمة ،و يكون مرشد الطبيب عن حالته لكي يستطيع هذا الاخير تقديم الخدمة وفقا لرغباته.

ج:عدم التجانس: كلما كانت الخدمة ترتبط ارتباط وثيقا بالشخص، فانه من الصعب على مقدم الخدمة أن يقدم خدمة بنفس الجودة[2]،فالطبيب في اعظم الاحيان يصعب عليه تقديم خدمات متماثلة ومتجانسة على الدوام بحيث انه كلما حصل مقدم [3]الخدمة على بيانات جديدة من العميل يقوم بتقديم الخدمة بطريقة التي يصل بها إلى رضا العميل .

بالاضافة الى ماسبق هناك مجموعة من الخصائص تميز الخدمات الصحية عن باقي الخدمات، وهي[4]:

-تتميز الخدمات الصحية بكونها عامة للجمهور وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والاطراف المستفيدة منها سواء كانو افرادا أو مؤسسات.

-تتميز الخدمات الصحية لإرتباطها بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه واعادة شرائه بضرورة أن تكون على درجة عالية من الجودة ولذلك فإن معيارية الأداء للخدمات الصحية تكون عالية وتخضع إلى رقابةومتابعة إدارية وطبية واضحة.

-تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية بمختلف انواعها،وعلى وجه التحديد إذا كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي يقدمها والكيفية التي يتم بها ذلك.

المطلب الثاني:معايير و مشاكل تقديم الخدمات الصحية

---

[1] Béatrice Bréchignac, Roubaud, op ct,p72 .

[2]ثامر ياسر البكري ،مرجع سبق ذكره، ص176.

[3]فريد كورتل، سويق الخدمات،دار الكنوز المعرفية العلمية لنشر و التوزيع،الاردن ،2008، ص315.

[4] سيد احمد حاج عيسى،اثر التدريب على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية،اطروحة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة دكتوراه في العلوم التجارية،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير،جامعة الجزائر 3،2011-2012،ص73.

قبل التطرق لاهم معايير ومشاكل تقديم الخدمات الصحية ،علينا الالمام باهم التصنيفات المرتبطة بها

اولا:أنواع الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية

هناك عدة أشكال للخدمات داخل المؤسسات الصحية فإما أن تصنف هذه الخدمات حسب طبيعتها وهذا ما ركزت عليه أغلب التصنيفات، أو على أساس التصنيف الذي تتبعه أغلب النظم الصحية العالمية أنها موجهة للصحة الشخصية أو العامة.

1 :التصنيف على أساس طبيعة الخدمات الصحية

تصنف الخدمات الصحية وفق هذا التصنيف الى[1]:

-الفحوصات والاستشارات :تمثل واجهة المؤسسة الصحية، فهي دافع الإلتقاء والتفاعل بين طالب الخدمة و عارضها(المستفيد من الخدمة ومقدمها).

-الخدمات السريرية :تؤمن الإقامة للمرضى، مكان عمل الأشخاص المعنيين بالرعاية الطبية(التشخيصات الطبية، الرعاية التمريضية)وكذلك الأشخاص غير المعنيين بالرعاية الطبية(عمال الصيانة، النظافة)، وفي مكان التفاعل مع العائلات.

-الأرضية التقنية :تضم الوسائل التكنولوجيا التي تخص التشخيص والعلاج.

-خدمات الإمداد :تتكون من جميع الخدمات المدعمة للأنشطة السابقة مثل الترميم، الصيانة والنقل وهذه الخدمة قد يقوم بها قسم داخل المؤسسة أو توكل إلى طرف خارجي(مقدم خدمات).

-الخدمات الإدارية :تجمع مختلف الوظائف الإدارية(التخطيط، التوجيه، التنظيم، الرقابة)تظم مختلف الأقسام والادارات المالية والمحاسبية، إدارة الموارد البشرية، إدارة المصالح الصحية.

2: التصنيف على أساس التوجه للصحة الشخصية أو العامة

يعد هذا التصنيف من أكثر التصنيفات الشائعة حيث يصنف الخدمات الصحية إلى نوعين:

-**الخدمات الصحية الشخصية** :ويقصد بها الخدمات الوقائية العلاجية أو التأهيلية التي تقدم للفرد من قبل الطبيب أو من قبل المؤهلين للتشخيص والعلاج والرعاية الشخصية كأخصائي المختبر،ومشغلي اجهزة التصوير الطبي ، التغذية، العلاج الطبيعي والتمريض، فزيارة المريض للطبيب أو لأخصائي العلاج الطبيعي بقصد العلاج

[1] نادية خريف،مرجع سبق ذكره،ص60.

هما من صور الخدمات الصحية الشخصية، وتتضمن الخدمات الصحية أنواعا مختلفة من الخدمات نوجزها فيما يلي:

-خدمات الرعاية الخارجية :وهي الخدمات الصحية التي لا تشمل على رعاية إيوائية للمستفيدين ويقدم هذا النوع من الخدمات عادة في عيادات الأطباء الخاصة أو التابعة للعيادات الخارجية للمستشفى أو في قسم الطوارئ الملحق به.

-خدمات الرعاية الداخلية في المؤسسات العمومية الاستشفائية :ويقصد بها خدمات الرعاية الصحية الإيوائية أو الإستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة في المؤسسات العمومية الاستشفائية العامة أو التخصصية بقصد التشخيص والعلاج لفترات لا تتجاوز ثلاثين يوما.

-خدمات الرعاية الطويلة الأجل :وهي خدمات صحية تجمع بين نمطي الرعاية السالفة الذكر، وتتجاوز مدة الإيواء في الغالب الثلاثين يوما، وأغلب المستفيدين من هذه الخدمات هم الأشخاص الذين يعانون من أشكال من الإعاقة والامراض المزمنة ومن أمثلة هذه الخدمات مستشفيات الصحة النفسية، الخدمات الصحية المقدمة في المصحات ودور النقاهة ،ومراكز الرعاية الإيوائية الشاملة الخاصة بالمعوقين والمسنين ودور التمريض، فضلا عن تلك الخدمات التي يقدمها أخصائيو الرعاية التمريضية المنزلية للأشخاص الذين هم بحاجة إلى عناية الآخرين ولا سيما المسنين، لكن حالتهم الصحية لا تقتضي بقائهم في المستشفى.

-**خدمات الصحة العامة** :وهي الخدمات الصحية التي تستهدف حماية صحة المواطنين والارتقاء بها وتتولى الدولة عادة مسؤوليات تقديم هذه الخدمات التي تشتمل في المقام الأول على الأنشطة الآتية:

*مكافحة الامراض المعدية؛

*مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئية، كسلامة الهواء، الغذاء الملائم، مكافحة الحشرات الضارة التخلص من النفايات ومعالجة مياه الصرف الصحي؛

*الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة مع التركيز بصفة خاصة على التركيز على برامج التحصين.

*القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة؛

*توعية المواطنين وتبصيرهم بالمشكلات الصحية السائدة وبأوجه الاستفادة المثلى من الخدمات الصحية المتاحة.

*وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والضوابط والسياسات والاستراتيجيات والخطط التي تكفل لها الحفاظ على صحة المواطنين ورفاهيتهم.

ثانيا : معايير تقديم الخدمات الصحية

يتطلب أداء الخدمات الصحية توفر عدة معايير تتصل بالتكلفة والكفاءة والفعالية وكذا العدالة، وهذه المعايير هي التي تحدد إلى أي مستوى سيتم إنتاج وتقديم الخدمات الصحية،كما تحدد في نفس الوقت من سيستفيد من تلك الخدمات ،و في مايلي سيتم عرض هذه المعايير[1] :

1-معيار التكلفة: يرغب مستهلكي الخدمات الصحية أن تكون تلك الخدمات رخيصة، وأن تكون الأسعار منخفضة، ونحن نفرض أنه ليس هناك شيء مجاني تماما ويجب أن يكون هناك شخص ما يدفع المقابل بصورة مباشرة أو غير مباشرة، و هناك اهتمام متزايد من المديرين والأطباء والعملاء بتكلفة الخدمات وتجنب الفاقد، والتخلص من الخدمات التي لا تقدم منفعة لمن يحصلون عليها ،ومع ذلك هناك حدود دنيا أساسية يجب أن لا تنخفض مستويات الخدمات الصحية دونها.

2-معيار الفعالية: إن تمويل الخدمات سواء من الحكومة أو من غيرها من الموارد المتاحة يحتاج إلى تحسين كبير وإدارة أكثر فعالية، ويظهر من التحليلات المختلفة أن الأمر لا يحتاج إلى زيادة الإنفاق العام أو الخاص على الرعاية الصحية بقدر الاحتياج لإدارة أفضل لهذا الإنفاق، وقد يحتاج هذا الأمر إلى العديد من الإجراءات والتي يمكن عرضها كالتالي:

-قدر أكبر من اللامركزية في الموازنة والإنفاق والإدارة للمؤسسات الصحية المختلفة؛

-زيادة فعالية الإنفاق وإمكانية مكافأة مقدمي الخدمة وتحفيزهم بناء علي امتياز أدائهم؛

-دور مركزي لوزارة الصحة لوضع معايير القياس والجودة وتقديم الرعاية الصحية الأولية، وخطط المستقبل والبحث العلمي وجمع المعلومات الإحصائية بدقة؛

-زيادة المشاركة المجتمعية بين القطاع العام والخاص في تمويل وتقديم الخدمات المطلوبة ضمن الإستراتيجية العامة للدولة.

3- معيار العدالة: العدالة لا تعني المساواة هنا، إذ أن المساواة تعني تلقي أنصبة متساوية من سلعة أو خدمة، بينما تعني ثلاثة طرق لتعريف العدالة في مجال الخدمات الصحية وهي:

- تساوي الحالة الصحية المحققة؛

-تساوي استخدام الخدمات الصحية؛

-تساوي الوصول إلى الخدمات الصحية.

[1] طلعت الدمرداش ،مرجع سبق ذكره،ص ص 31 36.

ومع ذلك فإن أحد المبادئ الأساسية للخدمات الصحية العامة وغيرها من نظم الخدمات الصحية يتمثل في أنه يجب تقديم العلاج على أساس الحاجة إليه، وليس على أساس توافر الأموال، وأن العدالة يجب أن تكون أحد أهداف الخدمة.

4- معيار الكفاءة: عند تقديم الخدمات الصحية يجب أن تحقق تلك الخدمات الكفاءة الاقتصادية والفنية،واهم اشكال الكفاءة التي يمكن تطبيقها داخل المؤسسة الصحية والتي تعد احد اهم نتائج تطبيق الجودة نذكرها في:

- ✓ الكفاءة التقنية:تهتم بتحقيق افضل مردود او عائد مقارنة مع الموارد المتاحة واالتي تم استخدامها؛
- ✓ الكفاءة المنشودة او المستهدفة : وتعني استخدام معظم الموارد المتاحة في مواطن الاحتياج الاهم ؛
- ✓ الكفاءة التسويقية : تشير الى تقديم اجود الخدمات الطبية المقدمة للمرضى من وجهة نظر المريض .

5-معيار الأمان الصحي: يقصد به شعور المواطن بأن الخدمات الصحية متوفرة بكفاءة وفعالية بما يضمن له التخلص من المرض حال وقوعه، ولا يقتصر معيار الأمان الصحي على مجرد شعور الفرد بتوافر خدمات صحية فعالة، ولكن أن يشعر كذلك بان تكاليف تلك الخدمات تكون في مستوى قدرته على الدفع.

ويعني الأمان الصحي كذلك أن يشعر المواطن أنه دائما تحت مظلة من الرعاية الصحية لا يعلم متى سيحتاج إليها، وربما لا يحتاج إليها طوال حياته، وربما تمر به ظروف أزمة صحية أو مرضية تجعله في حاجة لهذا الغطاء الصحي الكامل، ويحدث ذلك في حالات الحوادث الطارئة أو في حالة الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة

أو المزمنة ،بحيث لو حاول الفرد مواجهتها بمفرده لن يستطيع نظرا لتكلفتها الباهظة.

ثانيا:مشاكل الخدمات الصحية

تواجه الخدمات الصحية كغيرها من الخدمات عدة مشاكل تعمل على تقليل كفاءة ادائها ومن ابرزها:

-قلة النفقات الموجهة لهذه الخدمة خاصة في الدول النامية؛

-عدم تطور مؤسسات الخدمات الصحية بما يتفق والنمو السكاني في معظم الدول ،مما قد يولد ضغطا كبيرا على القائمين بها[1]؛

-عدم تدريب الطاقم الطبي والإداري والفني على اخر التطورات التكنولوجية والتقنية الي يشهدها العالم اليوم؛

[1] بواعنة عبد المهدي،مرجع سبق ذكره،ص32.

-عدم توفر اعداد كافية من الاطباء في بعض التخصصات المهمة،وان توفرت سيتركز وجودها في المؤسسات العمومية الاستشفائية الرئيسية فقط،مما يجعلها غير متاحة في عدة مناطق اخرى؛

-قلة خبرة بعض العاملين في المختبرات والأشعة وعدم متابعتهم للتكوين والتدريب ،مما يجعل عملية التشخيص غير صحيحة،مما تلحق الضرر بالمريض؛

-السماح للاطباء حديثي التخرج وقليلي الخبرة بفتح عيادات خاصة،وفي حالة توظيفهم في المؤسسات العمومية الإستشفائية يوظفون في مصلحة الاستعجالات ،مما يتسبب في تقديم خدمات دون المستوى المرغوب فيه؛

-عدم الاهتمام بشؤون العاملين في مجال الخدمات الطبية بشكل ينسجم مع طبيعة عملهم الشاق[1]،والمخاطر التي يتعرضون لها،وفترة العمل التي قد تكون في بعض الاحيان بشكل مستمر ليلا ونهارا حسب ضرورة المصلحة.

المبحث الثاني:ابعاد ومتطلبات جودة الخدمات الصحية

يعتبر تطبيق نظم الجودة في المجال الصحي من الضرورات الملحة ،وخاصة في دول العالم الثالث حيث تزداد الحاجة إلى الخدمات الصحية في ظل ارتفاع مستمر في تكاليف هذه الخدمات وأيضا في وجود تباين كبير في مردودها ونتائجها على حسب المؤسسات الصحية وتقديمها لهذه الخدمات،مما يزيد من الحاجة إلى اتباع معايير قياسية في الأداء الطبي وإتباع اساليب وإجراءات مبنية على أدلة علمية.

[1] طلعت الدمرداش،مرجع سبق ذكره،ص45.

المطلب الاول:مدخل مبسط الى الجودة في المؤسسات الصحية

قبل التطرق لمفهوم جودة الخدمات الصحية واهم ابعادها علينا الالمام بمفهوم الجودة بشكل عام حسب روادها والتعرف على اهم خصائصها.

اولا) الجودة واهم محدداتها: استخدم مفهوم الجودة ضمن مفاهيم عديدة ومختلفة على الرغم من عدم وجود معنى واضح ومحدد لها،فمن وجهة نظر المستفيد ترتبط الجودة بالقيمة او الفائدة التي يحصل عليها جراء استخدامه المنتج واستفادته منه[1].

1-تعريف الجودة : بالرغم من الاهتمام المتزايد بموضوع الجودة، إلا ان هناك اختلافات في اعطاء تعريف متفق حوله،فقد تطور مفهومها تطورا كبيرا، وأصبحت ذو أبعادا جديدة تتلاءم مع هذا التطور، وفيما يأتي نورد ابرز التعريفات التي وردت في هذا الموضوع، وهي على النحو التالي:

- لقد عرف الرسول "ﷺ"الجودة منذ أربعة عشر قرنا من الزمان في حديثه الشريف " إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه."،فالجودة هنا تعني اتقان العمل أي ان تقوم بالإجراء الصحيح بطريقة سليمة ومن اول مرة وفي كل مرة.

اما معهد المقاييس القومي الامريكي للسيطرة النوعية فقد عرف الجودة على انها:"مجموعة الصفات والخصائص التي يمتاز بها المنتج او الخدمة والتي تجعله يفي بالاحتياجات المطلوبة" [2].

- اما المنظمة الاوروبية لضبط الجودة فترى ان الجودة هي مجموعة من الصفات التي يتميز بها منتج معين تحدد قدراته حسب تلبية حاجات الزبائن ومتطلباتهم .[3] بالإضافة الى ما سبق فهناك ايضا العديد من الأسماء التي اشتهرت في مجال الجودة سواء في الصناعة أو في القطاع الصحي بالإضافة إلى العديد من الهيئات والمؤسسات التي كان لها الكثير من التجارب والنماذج بخصوص الجودة وبرامجها وكيفية تطبيقها ومن هذه الأسماء التي اشتهرت يظهر لنا العالم جوزيف جوران ، والأب الروحي للجودة العالم ادوارد ديمنج، فليب كروسبي، وغيرهم ،و الجدول الموالي والذي يلخص مفاهيم الجودة وفقا لروادها

الجدول (2-1) :مفاهيم الجودة في نظر روادها

[1] عادل محمد عبد الله،ادارة جودة الخدمات،مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع،عمان،الاردن،2013،ص82.

[2] رحيمة ميلود حوالف ،تطبيق ادارة الجودة الشاملة –دراسة تحليلية لمواقف الاطباء والمرضى –،المنظمة العربية للتنمية الادارية ،سلسلة اطروحات الدكتوراه ،جامعة الدول العربية،مصر،2016،ص 58.

[3] قاسم نايف المحياوي،ادارة الجودة في الخدمات-مفاهيم وعمليات وتطبيقات –،دار الشروق للنشر والتوزيع،عمان،2006،ص25.

رواد الجودة	تعريف الجودة	موجهة نحو
جوران (Juran)[1]	الملائمة للاستخدام	الزبون
ديمينج(Deming) [2]	الملائمة للغرض	الزبون
جارفين(Garvin)	حسب خصوصية الزبائن	الزبون والمورد
كروسبي(Crosby)[3]	المطابقة للمواصفات	المورد
ايشيكاوا(Ishikawa)[4]	حسب خصوصية الزبائن	المورد
فيجنباوم (Feigenbaum)[5]	رضا الزبون عند اقل تكلفة	المورد
تاجوشي (Taguhi)[6]	حسب خصوصية الزبائن	المورد

المصدر:قاسم نايف المحياوي،ادارة الجودة في الخدمات–مفاهيم وعمليات وتطبيقات –،دار الشروق للنشر و التوزيع ، عمان ،2006،ص28.

من الجدول اعلاه يتضح ان هناك اختلاف في تعريف الجودة وهذا باختلاف استخدامها والجهة التي تعبر عنها،والحقيقة أن الجودة هي كل ما سبق ذكره وأن التعاريف المختلفة تتناول أبعاد مختلفة من نفس الظاهرة.

فمن وجهة نظر المنتج:تعني الجودة المطابقة للمواصفات والمعايير المحددة للمنتج أو الخدمة، والتي يجب أن تنتج خالية من العيوب من أول مرة، والجودة هنا جودة داخلية.

ومن وجهة نظر البائع: تعني الجودة الأداء الأفضل، أي قدرة المنتج على تحقيق الاستخدام النهائي المطلوب منها، كما تعني انخفاض شكاوي العميل، والجودة هنا جودة خارجية.

اما من وجهة نظر العميل:تعني الجودة قابلية المنتج أو الخدمة على إشباع الاحتياجات، الظاهرة أو المحتملة المطلوبة منها، مع احترام شروط الأمان للمستهلك، واحترام البيئة بالنسبة للمجتمع، والجودة هنا جودة خارجية.

---

[1] يلقب ادوارد ديمينج بالاب الروحي للجودة ورقابتها ،وقد تبنت معظم الشركات اليابانية افكاره حول الجودة او ما عرفت بمبادئ ديمينج ،وعام 1962 تم تأسيس جائزة ديمينج للجودة عن طريق الاتحاد الياباني للعلماء والمهندسين،اذ تعد من اهم الجوائز اليابانية للجودة .

[2] يعتبر فليب كروسبي اول من نادى بفكرة" صناعة بلا عيوب" في الستينات من القرن العشرين،وقد اسس مؤسسة باسمه سنة 1979 لتقديم الاستشارات في الجودة ،وله كتاب "quality is free ".

[3] يعد كاورو ايشيكاوا من رواد الجودة اليابانيين وصاحب كتاب ما المقصود بمراقبة الجودة ،ويلقب بالأب لحلقات مراقبة الجودة ،فقد تحصل على جائزة ديمينج عام 1952 تكريما له لاسهامه العلمي والعملي في تطوير مفهوم الجودة والطرق الاحصائية لتطبيقها.

[4] يعد فيجن باوم اول من نادى بمفهوم المراقبة الشاملة للجودة ،وفي عام 1951 قام بتأليف كتابه المشهور"Total Quality Control" وكان بذلك اول من استخدم كلمة"شاملة"

[5] عمل تاجوشي مستشارا لعدد من الشركات الكبرى مثل(IBM-FORD) وقد قام بمساعدتهم على تطوير الرقابة الاحصائية على الجودة.

[6] قاسم نايف المحياوي،مرجع سبق ذكره،ص38.

ونستنتج من التعاريف السابقة الذكر أن لمفهوم الجودة محاور عدة اولها الملائمة أو المطابقة وتعني قدرة الخدمة على تلبية مواصفات ممحددة(مدخل الخدمة)، اما البعد الثاني للمفهوم فهو ثابت الاتساق وتعني ان الجودة ليست حدثا طارئا وإنما اسبقية تتداخل مع تصميم المؤسسة وعملياتها لتأمين خدمات مطابقة للمواصفات، (مدخل المنتج) ،بينما يوضح البعد الثالث للمفهوم التوقعات التي تعني محاولة لتوحيد منظور أو مدخل المستعمل (مدخل القيمة).

وبتعدد مفاهيم الجودة تعدد الاهداف أي حسب اختلاف وجهات النظر لكن في الغالب يمكن ان نصنفها الى خمسة فئات وهي[1]:

-اهداف الاداء الخارجي للمؤسسة،وتتضمن الاسواق،البيئة والمجتمع؛

-اهداف اداء المنتج،وتتناول حاجات الزبائن والمنافسة؛

-اهداف العمليات،تتناول مقدرة العمليات،مدى فاعليتها وقابليتها للضبط؛

-اهداف الاداء الداخلي،وتتناول مقدرة المؤسسة وفاعليتها ومدى استجابتها للتغيرات ومحيط العمل؛

-اهداف اداء العاملين،وتتناول المهارات والقدرات،التحفيز وتطوير العاملين.

2-محددات الجودة:

هناك أربعة محددات أساسية للجودة، تساعد المنتجات أو الخدمات على تحقيق الغرض المقصود منها بنجاح وهي:

1)جودة التصميم: ان المؤسسة الخدمية تقوم بتصميم الخدمة بشكل محدد لتلبية الاحتياجات الحالية والمستقبلية للعملاء وفق ماتراه المؤسسة ،أي ان تصمم هذه الاخيرة الخدمة وفقا لادراكاتها لهذه الاحتياجات ،إلا ان العميل يقيس جودة التصميم[2] من خلال ادراكاته لمجموعة من السمات القابلة للتدرج التي تمكنه من تكوين احكامه حول ارجحية تطابق جودة الخدمة مع توقعاته،ولتحقيق المطابقة من اجل الغرض فان المؤسسة الخدمية تقوم بتقييم الحاجات المحددة للعميل ،وتحديد مفهوم معين لتلبية هذه الاحتياجات،بالاضافة الى ترجمة المفهوم الى مواصفات،ومن ثم القيام بتنفيذ هذه المواصفات بشكل مناسب.

2)جودة التطابق:و يطلق عليها بجودة التماثل،فهي في الغالب دالة لدرجة التحكم في عرض الخدمة،ولضمان هذه الجودة ، فعلى المؤسسة الخدمية ان تحدد مقدما السمات التي يجب توفرها في الخدمة لتحظى بالقبول

[1] بشير عباس محمود العلاق،قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر فعال على الاداء الناجح للقيادة الادارية في المنظمات الخدمية-حالة المختبرات الطبية ومراكز الاشعة في الاردن-،المنظمة العربية للتنمية الادارية ،القاهرة،2006،ص183.

[2] كحيلة نبيلة،مرجع سبق ذكره،ص ص 47،48.

،بالاضافة الى تحديد المكونات الخاصة التي تؤلف الخدمة وكذا الاجراءات المتبعة في ذلك ، وتتأثر درجة التطابق بمجموعة من العوامل مثل[1]:القدرات الإنتاجية للتسهيلات الإنتاجية المستخدمة، قدرة الآلات والمعدات ، مهارات العاملين، تدريب العاملين ، الحوافز، الربط بين عملية التصميم وعملية الإنتاج ، متابعة تقييم المطابقة، اتخاذ الإجراء التصحيحي كلما كان ذلك ضروريا.

3) العوامل المرتبطة بالزمن: فهي ذات صلة بمتزامنة العرض والطلب على الخدمة في معادلة الجودة،فجودة الخدمة تتضاءل في نظر العميل عندما لا تكون جاهزة في لحظة حاجته لها[2]،وعليه فان قدرة المؤسسة الخدمية على احكام السيطرة على وتقليص اوقات الانتظار(وقد كانت هناك دراسات عديدة في هذا المجال من بينها الدراسة التي نشرت في مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة حول "تطبيق نماذج صفوف الانتظار لقياس جودة الخدمة الصحية–خدمات المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة–"*والتي حاول فيها الباحثان تطبيق الاسلوب الكمي لقياس فترة الانتظار وعلاقتها بالجودة المرتقبة من المريض وأثبتت النتائج ان متوسط الوقت المستغرق في صفوف الانتظار كان طويل جدا مما يؤدي الى احباط المريض واستيائه)،وبالتالي فان معظم العوامل المتعلقة بالزمن لها تأثير كبير على جودة الخدمة المقدمة.

4)خدمات ما بعد البيع: تؤدي مثل هذه الخدمات (الصيانة والإصلاح)إلى المحافظة على أداء المنتج أو الخدمة كما هو متوقع.

ثانيا)جودة الخدمة الصحية(الاهمية والأهداف)

تعد الجودة من الاساسيات الضرورية للارتقاء بالخدمات المقدمة ، كما أن هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز من قبل ادارات المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية، والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات حيث تركز هذه الاطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها.

1–تعريف الجودة في المؤسسات الصحية

[1] فريد كورتل،مرجع سبق ذكره،ص 324.

* انظر:قاسمي السعيد ،سعدي هند،تطبيق نماذج صفوف الانتظار لقياس جودة الخدمة الصحية–خدمات المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة–، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة،العدد 46، 2015.

يعتبر مفهوم جودة الخدمة الصحية من المفاهيم الغامضة التي يصعب إيجاد تعريف لها وقياسها بدقة، فليس هناك اتفاق عام بين المهتمين بهذا الموضوع على تعريف معياري موحد ومقبول، حيث ينظر كل منهم إلى هذا المفهوم من زاوية معينة وبالتاي يتعامل معه ويركز فيه على نقاط قد يختلف فيها مع غيره

إن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى " فلورانس نايتفيل " والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية العسكرية الانجليزية خلال حرب القرم وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المؤسسات العمومية الاستشفائية[1].

فجودة الخدمة الصحية من المنظور الطبي والمهني هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة ونوعيتها وطبيعة الخدمة الصحية المقدمة .

أما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة،

أما من وجهة نظر المريض وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية

- ✓ "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فان درجة الجودة يتحدد بالفرق بين الخدمات المقدمة فعلا والمتوقع تقديمها.[2]
- ✓ وتعرف جودة الخدمات الصحية:"بانها جميع الانشطة الموجهة نحو الوقاية من الامراض او علاج هذه الامراض بعد حدوثها ثم الانشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من اثار المرض؛او هي الرعاية التي تقدم للمريض،والتي تتضمن فحصه وتشخيص مرضه وإلحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجه والغذاء الجيد الملائم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته"[3]

---

[1] محمد نور الطاهر احمد،قياس جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين،المجلة الاردنية في ادارة الاعمال،المجلد11،العدد4،2015 ،ص903.

[2] صلاح محمود ذياب ،مرجع سبق ذكره،ص217.

[3] عدمان مريزق،واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية:دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة،اطروحة دكتوراه في علوم التسيير،جامعة الجزائر،2008،ص32.

✓ أما الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية(JCAH) عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها" درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية معينة" [1]؛ ويتضح من هذا التعريف أن الجودة تحدد على أساس الالتزام بالمعايير المهنية، وتقاس بأثر رجعي باستخدام المعايير المحددة مسبقا، وبهدف التحسين والتطوير المستمر.

وعليه فإن جودة الخدمة الصحية تمثل مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها (المرضى وغيرهم) على نحو نظامي وموضوعي ، يساهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية وذلك عن طريق العاملين في المنظمات الصحية والذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم وبما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل تكلفة ممكنة ، وهذا يعني أن جودة الخدمة الصحية هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي متطلبات المرضى وغيرهم .

2-أهمية الجودة في الخدمة الصحية:

يعد الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية مؤشرا على اهميتها في القطاع الصحي وتبرز اهميتها في النقاط التالية[2]:

-تساعد برامج الجودة على تشجيع العاملين في المؤسسات الصحية بمختلف مستوياتهم سواء كانوا اداريين او طاقم طبي او طاقم شبه طبي (ممرضين)،

-الاطلاع المستمر على احتياجات المرضى والعمل على تحقيقها مما يؤدي الى تحسين سمعة المؤسسة الصحية؛

-تساعد في التركيز اكثر على المشاكل التي تؤثر على مستوى الخدمات الصحية المقدمة بغرض معالجته ؛

-تعد جودة الخدمة الصحية مؤشرا مهما في قياس مستوى الرضا عن الخدمة المقدمة للمريض؛

- الجودة في الخدمة الصحية تخضع للتحسن المستمر عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة، هادفة بذلك الى تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء:فالشمولية هنا تعني التوسع في مستوى جودة الخدمات التي يتوقعها المرضى من الخدمة الطبية والسريرية المقدمة لهم وبكافة جوانبها الاخرى[3]،اما التكاملية:فهي تكمن في

[1] كحيلة نبيلة،مرجع سبق ذكره،ص89.

[2] عصماني سفيان، مرجع سبق ذكره،ص ص 118,119.(بتصرف)

[3] France, K. R. and Grover, R. "*What is the Health Care Product?*", Journal of Health Care marketing, Vol. 12, No. 2, 1992, P. 8.

كون المؤسسة الصحية نظام مكون من انظمة فرعية متكاملة مع بعضها البعض،فعلى سبيل المثال الطاقم الطبي لايستطيع ممارسته دون الطاقم التمريضي او الخدمات السائدة الاخرى كالمختبر او الاشعة،او الصيدلية ...الخ.

بالإضافة الى ماسبق ومن خلال التعريفات الواردة الذكر والخاصة بجودة الخدمة الصحية ترى الباحثة انه يمكن اعتبار الجودة في المؤسسات الصحية كمعيار اساسي لتحقيق ميزة تنافسية لهذه المؤسسات.

3-أهداف جودة الخدمة الصحية

تعتبر جودة الخدمة الصحية اسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها بشكل متواصل بما يتلائم واحتيلجات المستفيدين منها، وعلى هذا الاساس تكمن أهداف جودة الخدمة الصحية في [1]:

*ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين .

*تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شانها تحقيق رضى المستفيد (المريض) وزيادة ولائه للمؤسسة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المؤسسة الصحية .

*تعد معرفة أراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها .

*تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها .

*تمكين المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية .

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

*كسب رضى المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي مؤسسة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضى المستفيد .

[1] ثامر ياسر البكري،مرجع سبق ذكره،ص43.

*تحسين معنويات العاملين ، إذ أن المؤسسة الصحية 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.

وعموما فالهدف الرئيسي من تطبيق الجودة هو التطوير والارتقاء ببرامج تخديم الخدمة الطبية وغير الطبية في المؤسسة الصحية ،وكذا التعرف على نقاط الضعف في البرامج والعمل على تحسينها .

المطلب الثاني:ابعاد الجودة واهم اسهامات روادها في تحسين الجودة

اولا) أبعاد الجودة في الخدمات الصحية

من الصعوبات التي يواجهها المرضى في تقييمهم للخدمة كونها غير ملموسة، وعلى الرغم من ذلك فأنهم يعتمدون في تقييمهم لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم على أساس مستوى أو درجة جودتها، معتمدين في ذلك على عدة ابعاد،فقد كان معهد كرانفيلد(cranfield institue)سبّاقا لاقتراح خمسة ابعاد للجودة [1]،كما توصلت مجموعة من الباحثين البارزين (Berry,Zeithaml,Parasuraman,1985) الى ان هناك عشرة ابعاد يبني عليها المستفيد توقعاته وادراكاته[2]وبالتالي حكمه على جودة الخدمة ،وفي نهاية المطاف تم دمجها في خمسة ابعاد اساسية ،الا ان الوزن النسبي لها يختلف من مستفيد الى اخر ومن مؤسسة الى اخرى ،وهي متمثلة في الاتي[3]:

1-بعد الملموسة

ويشير إلى مظهر التسهيلات المادية المتاحة لدى المؤسسة الخدمية والمعدات ومظهر الأفراد والمتعاملين مع مقدمي الخدمات وأدوات ووسائل الاتصال معهم، ففي كثير من الأحيان قد يتم تقييم خدمة من قبل العميل بالاعتماد على الخصائص الشكلية أو الأساسية المرافقة للخدمة كالتسهيلات المادية(الأجهزة، المعدات ..)،ومن معايير التقييم لهذا البعد : الادوات المستخدمة في التشخيص والعلاج ، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة ، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة ،وفي هذا الصدد وحسب كوتلر فان هذا البعد يمثل 16 %كأهمية نسبية قياسا بباقي الابعاد .

[1] عدمان مرزيق،مرجع سبق ذكره،ص 36.

[2] ربيع المسعود،مرجع سبق ذكره،ص6.

[3] سيد احمد حاج عيسى ،مرجع سيق ذكره،ص25.

2- بعد الاعتمادية

تشير إلى القدرة على أداء الخدمة التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها ،فضلا عن تقديمها بدرجة عالية من الصحة والدقة، فالعميل يتوقع أن تقدم له خدمة دقيقة من حيث الالتزام بالوقت والأداء تماماً مثلما تم وعده،ويعتبر هذا البعد الاكثر ثباتا من الابعاد الاخرى لارتباطه بتحديد ادراكات جودة الخدمة عند العملاء، و من معايير التقييم لبعد الاعتمادية الاتي : دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى ، المواعيد الدقيقة في الاجراءات الطبية ،وحسب كوتلر فان هذا المعيار يمثل32% كأهمية نسبية في الجودة قياسا مع باقي الابعاد.

3-بعد الاستجابة

وهي تتعلق بمدى قدرة ورغبة واستعداد مقدمي الخدمة في أن يكونوا بشكل دائم في خدمة الزبان وقدراتهم على أداء الخدمة لهم عند احتياجهم لها،اذ يركز هذا البعد على المجاملة والأصل في التعامل الحسن مع طلبات العميل من اسئلة وشكاوى ، ومن معايير تقييم بعد الاستجابة مايلي : تقديم خدمات علاجية فورية ، استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية ، العمل على مدار ساعات اليوم، ويمثل هذا البعد 22 %كأهمية نسبية في الجودة حسب كوتلر.

4- بعد الامان :وهي درجة الشعور بالامان في الخدمة المقدمة ومن يقدمها، أي مدى المخاطر المدركة لنتائج تلقي الخدمة من المؤسسة ،او مقدمها او كلاهما ،ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد نذكر : سمعة ومكانة المستشفى عالية ، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي ، الصفات الشخصية للعاملين،ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية في الجودة حسب كوتلر.

5-بعد التعاطف

يشير هذا البعد الى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص والاهتمام بمشاكله والعمل على ايجاد حلول لها بطريقة انسانية راقية، فالعميل يرغب بأن يشعر بأنه مفهوم على نحو جيد ومهم، ومن معايير التقييم لهذا البعد[1] : الاهتمام الشخصي بالمريض ، الإصغاء الكامل لشكوى المريض ، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللطف،و يمثل هذا البعد حسب كوتلر16% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الاخرى.

وتأسيسا على ماسبق ذكره من ابعاد فان البعد الخاص بالاعتمادية يعد في المرتبة الاولى كأهم عنصر او بعد يعكس مدى جودة الخدمة ،بغض النظر عن طبيعة الخدمة المقدمة.

[1] سيد احمد حاج عيسى ،مرجع سبق ذكره،ص26 .

وفيما يلي عرض لهذه الابعاد وما يقابلها من معايير تقييم حسب ما تم عرضه ،وبعض الامثلة التي يمكن ان تطبق على كل بعد اثناء تقديم الخدمات الصحية،والموضحة في الجدول التالي:

جدول (2-2) :ابعاد جودة الخدمات الصحية

البعد	معايير التقييم	الامثلة
الملموسيـــة	-الادوات المستخدمة في التشخيص والعلاج؛ -المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة؛ -اماكن انتظار واستقبال مناسبة.	-ان تكون المؤسسة او العيادة نظيفة وذات مظهر خاص؛ - الاجهزة الطبية متوفرة،نظيفة وعصرية؛ -نوعية الطعام المقدم للمرضى الراقدين في المؤسسة الصحية.
الاعتمادية	-دقة السجلات المعتمدة في ادارة المؤسسة الصحية؛ -صحة القوائم المالية؛ -المواعيد الدقيقة في الاجراءات الطبية.	-ثقة عالة لدى المريض بان حساباته المالية صحيحة عند مغادرته للمؤسسة الصحية؛ -له ثقة بان حياته بين ايدي امينة.

الاستجابة	-تقديم خدمات علاجية فورية؛ -استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية؛ -العمل في كل ساعات اليوم.	-وصول سيارات الاسعاف خلال دقائق معدودة؛ -غرفة العمليات جاهزة كليا ولكل الحالات؛ -الاستجابة السريعة لأعضاء السلك الطبي لنداء المريض.
الامان	-سمعة ومكانة مرتفعة للمؤسسة الصحية؛ -المعرفة والمهارة المتميزة للاطباء والممرضين؛ -الصفات الشخصية للعاملين.	-المعاملة الطبية للمرضى من قبل الاطباء؛ -تدريب ومهارة عالية في الاداء.
التعاطف	-اهتمام شخصي بالمريض؛ -الاصغاء الكامل لشكاوى المرضى؛ -تلبية احتياجات المرضى بروح من الود واللطف.	-معاملة المرضى بلطف من طرف الممرضين؛ -النظر للمريض بانه دائما على حق.

المصدر:ثامر ياسر البكري،مرجع سبق ذكره،ص213.

ثانيا)اهم اسهامات بعض رواد ادارة الجودة الشاملة في تحسين الجودة:

ان الحديث عن عملية تحسين الجودة عموما يقودنا الى الوقوف امام اهم اسهامات رواد فلسفة ادارة الجودة الشاملة والذين كان لهم الفضل في نجاح العديد من المؤسسات نتيجة تطبيق اهم برامجهم ودراساتهم.

1-اسهامات ادوارد ديمينغ: لقد قدم ديمنغ برنامجا لتحسين الجودة يتكون من اربع عشرة نقطة طورها في اواخر السبعينات[1]،والتي اصبحت فيما بعد المفردات التي اعتمدتها الادارة العليا ليس فقط في اليابان وإنما في معظم البلدان الصناعية،وكان يرى ان هذا البرنامج يعد اساسا لاي مؤسسة تريد ان تحول نظامها وتغير ثقافتها لكي تضع ادارة الجودة الشاملة موضع التنفيذ،وقد قسمها الى نقاط يجب اتباعها والتقي دبها ونقاط ينبغي التخلي عنها ،وتتمثل في الاتي:

[1] حجازي جمال طاهر ابو الفتوح، حجازي جمال طاهر،ادارة الانتاج والعمليات مدخل ادارة الجودة الشاملة ، مكتبة القاهرة للطباعة والتصوير،مصر ،2002،ص 86.

جدول رقم (2–3) :مبادئ ديمنغ الاربعة عشر لتحسين الجودة

/	الامور التي يجب التقيد بها	/	الامور التي يجب التخلي عنها
1	تبني فلسفة التطوير والتحسين المستمر وقيادة المؤسسة نحو التغيير للتصدي للتحديات	8	التوقف عن الاعتماد على اساليب التفتيش والفحص الشامل لتحقيق الجودة،باعتبار ان الجودة لا تتحقق من خلال التفتيش وانما من خلال التطوير في العملية
2	ايجاد الاستقرار الهادف الى تطوير المنتجات من خلال الابداع والبحث والتنظيم والتعلم من اجل البقاء والاستمرارية	9	التوقف عن ممارسة تقويم الاعمال واختيار الموردين بناء على السعر فقط،فالسعر ليس له معنى دون توافر معيار الجودة
3	التدريب المستمر على الوظيفة مع الاعتماد على مدربين مشهود لهم بالكفاءة واستخدام الطرق الحديثة في التدريب	10	ابعاد الخوف عن المرؤوسين والعاملين فيما يخص الخوف من التغيير،والعمل على تنفيذ المناخ الملائم المحفز ليعمل الجميع بفاعلية من اجل المؤسسة
4	تأسيس واقامة برامج قوية للتعليم وإعادة التدريب والتطوير الذاتي لكل فرد في المؤسسة لمواكبة التكنولوجيا والتقدم،مع التركيز على تقديم معارف ومهارات جديدة والنظر الى التدريب على انه استثمار في البشر.	11	العمل على ازالة العوائق التنظيمية والحواجز الموجودة بين مختلف الاقسام والإدارات ،وضرورة العمل كفريق واحد .
5	التحسين المستمر للأبد لكل العمليات والأنشطة المتصلة بالتخطيط والإنتاج والخدمات المساعدة من اجل تطوير الجودة وزيادة الانتاجية ،وان يكون فريق العمل عنصرا رئيسيا في العملية الانتاجية	12	التخلي عن الشعارات والهتافات والتحذيرات الموجهة للعاملين والتي تطالبهم بمستزيات جديدة للانتاجية بدون تقديم الوسائل ،والعمل على تجسيد حق العاملين في ان يكون هدفهم الوصول الى العيوب الصفرية من خلال التوصل الى الاساليب العلمية المحققة لذلك.
6	التركيز على دور القيادة في عملية التحسين والتطوير وتعميم الممارسات الحديثة	13	استبعاد معايير العمل التي تستخدم نظام الحصص العددية،وايجاد نظام اشراف مشجع لمساعدة الاخرين وتحسين طريقتهم في الاداء
7	جعل جميع العاملين يعملون ضمن فريق عمل واحد وذلك لتحقيق التحول الى ادارة الجودة الشاملة	14	ازالة الحواجز التي تحرم العاملين من الاعتزاز والتفاخر بالعمل بهدف تعزيز قيمة العمالة،وذلك من خلال زيادة مشاركة العاملين وزيادة الاتصال

المصدر :من اعداد الباحثة بالاعتماد على :

–عبد الرحمان توفيق،منهج الجودة الشاملة،ادارة الجودة الشاملة،المناهج التدريبية المتكاملة،خبراء مركز الخبرات المهنية للادارة،بيميك،مصر،الطبعة الثالثة،2004،ص4.

يرى ديمينغ ان الجودة مسؤولية الجميع،فوجهة نظره تركز على المدى الطويل وعلى مسؤولية الادارة العليا ،والتزامها بتهيئة الموظفين لتقبل التغيير والتحسين المستمر،مع توفير الادوات والسياسات والاجراءات اللازمة لذلك.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول ان فلسفة ديمينغ في نقاطها الاربع عشرة تعد ارضية صالحة وجيدة للمؤسسات الصحية التي تعاني الضعف وغموض الرؤية والبيئة المعقدة،وهذا لفهم واعتناق ثقافة الجودة مع ضرورة تكيفها مع البيئة المحلية سواء على مستوى سلوكيات الافراد وثقافتهم او على مستوى البيئة .

2-اسهامات جوزيف جوران:

ان نظرة جوران يعكسها تعريفه للجودة التي تعني الملائمة للاستعمال،وبذلك فهو يركز على ايجاد وتطوير برنامج انتاج وخدمات يقابل احتياجات العملاء،وهو ما يتطلب القناعة بان هناك حاجة للتطوير،ومن ثم وضع الاهداف اللازمة لتحقيق ذلك التطوير،بإرساء نظام للجودة يسهل تحقيق تلك الاهداف.

وقد اشار في ثلاثيته* عن تحسين الجودة وذلك من خلال [1]:

-ايجاد وتطوير بنية هيكلية لعمل تحسينات الجودة؛

- التعريف على المجالات التي تحتاج الى تحسين ،وتطبيق مشاريع التحسين؛

-ايجاد فريق المشروع ليكون مسؤول عن انهاء كل مشروع للتحسين؛

- تزويد فرق العمل بما تحتاجه من تدريب لتكون قادرة على تشخيص مشاكل الجودة ومعرفة اسبابها والعمل على حلها.

* ثلاثيةجوران:تتكون من ثلاث مراحل تتمثل في:

-تخطيط الجودة:فالجودة لا تحدث بالصدفة بل يجب ان يكون مخططا لها،حيث تعد مرحلة تخطيط الجودة نقطة البداية للوصول الى الجودة المطلوبة التي تشبع احتياجاتهم ورغباتهم؛

- الرقابة على الجودة:يرى جوران ان الرقابة على الجودة هي عملية ضرورية لتحقيق اهداف العمليات اللانتاجية،وكذلك الحد من العيوب والمشكلات الاخرى التي تسعى الرقابة الى تجنبها قبل حدوثها؛

-تحسين الجودة

[1] شرف الدين زديرة،دور ادارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية-دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية-،اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير،جامعة محمد خيضر بسكرة، 2016-2017،ص20.

هذا وقد نالت عملية تحسين الجودة النصيب الاكبر من جهد جوران لايمانه بان عمليات التحسين بمثابة القلب لادارة الجودة الشاملة،وان التحسينات لاتنتهي ولكنها مستمرة في جميع النواحي ليس فقط في الجودة الخاصة بالسلع والخدمات بل يشمل ايضا العمليات ،بمعنى انه لا توجد حدود لتحسين الجودة،وان تحسين الجودة يتم من خلال مواجهة المشكلات المزمنة التي تمثل نسبة تتراوح من 80%-85% من مشكلات الجودة والعمل على ايجاد الحلول المناسبة لها[1]،فحسب جوران هذه المشكلات هي التي تحدد الاداء العام للمؤسسة ،اما بالنسبة للمشكلات الطارئة فهي تمثل من 15% الى 20% من مشكلات الجودة والتي يمكن معالجتها عن طريق الرقابة على الجودة والتي اشار اليها في ثلاثية الجودة.

ان النقاط التي ركز عليها جوران وكذا محتوى الثلاثية التي ركز فيها عن التخطيط والرقابة والتحسين هي بمثابة عمق فلسفي للجودة،اذ يمكن ان تستفيد منه مؤسسات دول العالم الثالث ،خاصة وانه ركز كثيرا على جوانب الضعف التي تعاني منها مثل هذه المؤسسات ،ويتجلى هذا في النقاط التالية:

-تأكيد جوران على ارتباط الجودة بمستوى رضا العميل،مما يعني تكثيف الجهود والتوجه بالعميل بدل التوجه بالمنتج مثل ما هو حادث في مؤسساتنا الصحية ففي الغالب نجد التركيز عن مقدمي الخدمة(من ممرضين واطباء وحتى اداريين) واهمال رضا المستفيد من الخدمة(المريض)،مع علمنا ان الخدمة الصحية ومستوى جودتها لا ترتبط بمقدمي الخدمة فقط بل تتعداه الى مستوى الخدمة المطلوب والمرغوب من المريض.

-يمكن لنموذج جوران ان يكون مفيدا للمؤسسات الصحية اذا اخذنا البيئة التي تعمل فيها،والاستفادة من النظرة المتكاملة لهذا النموذج،والتي تتجلى في ثلاثية جوران لتحسين الجودة والمتمثلة في:التخطيط الجيد لتحقيق اعلى مستوى من الجودة(كالأخذ بشكاوى ومقترحات المرضى،اقتراحات الاطباء والممرضين حول كيفية تقديم الخدمة ...كل هذا من شانه ان يساهم في التخطيط الجيد)،الرقابة الفعالة على الجودة،ثم يأتي التحسين المستمر للجودة نحو الافضل.

-ان اسلوب جوران في التغيير يعد من ابرز الاساليب التي نرى نجاحها اذا ما طبقت بمؤسساتنا الصحية،لانه يعتمد على ضرورة ايجاد مناخ تنظيمي مشجع للعاملين والابداع،وتغيير في الثقافات،وهو ما يتطلب مواجهة مقاومة التغيير بالاقناع وليس بالقوة ،والتعامل مع المشكلات باسلوب علمي.

3-اسهامات فليب كروسبي في تحسين الجودة:

امضى كروسبي 38 سنة يعمل في مجال الجودة،وقد الف العديد من الكتب المعروفة في الجودة منها"الجودة

[1] زين الدين فريد عبد الفتاح،تخطيط ومراقبة الانتاج مدخل ادارة الجودة،القاهرة،1997،ص540.

مجانية" و" جودة بلا دموع"،ولقد وضع برنامجا لتحسين الجودة يتكون من اربع عشرة نقطة او خطوة ،وهي[1]:

- التزام الادارة الواضح تجاه التحسين المستمر للجودة؛

-تكوين الفرق من جميع الاقسام في المؤسسة؛

-الاعتماد على مقياس للجودة الشاملة للتعرف على الصعوبات والمعيقات المحتملة او الموجودة في المنتجات المطلوبة؛

-تحديد تكلفة تقييم الجودة وكيفية استعمالها ؛

-زيادة مستوى معرفة كافة الموظفين في المؤسسة عن الجودة واهتمام كل منهم بتحسينها؛

-اتخاذ اجراءات لتصحيح المشاكل التي قد توجد في الخطزات السابقة الذكر؛

- تشكيل لجنة لبرنامج "خلو المنتج من العيوب"؛

-تدريب كل المديرين بشكل فعال لاداء دورهم في عملية تحسين الجودة؛

-تخصيص يوم"خلو المنتج من العيوب" لتعريق كل الموظفين بوجود ادارة الجودة الشاملة وان هناك تغيير قد حدث في المؤسسة؛

-تشجيع الافراد والجماعات داخل المؤسسة على وضع اهداف لهم لتحسين الجودة؛

-تشجيع الموظفين على ابلاغ الادارة عن أي صعوبات يواجهونها عند انجاز الاهداف؛

-تقدير جهود كل الموظفين الذين يشاركون في برنامج تحسين الجودة؛ -تشكيل مجالس الجودة تلتقي بشكل دوري ؛

-تكرار كل الخطوات السابقة والتاكيد على ان عملية تحسين الجودة يجب ان تكون مستمرة ولا تنتهي ابدا.

المطلب الثالث :العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

على الادارة في المؤسسات العمومية الاستشفائية ان تتبع وتدرس العناصر الرئيسية التي من شأنها أن تؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة، و هذه العناصر تتمثل في الاتي:

اولا:تحليل توقعات العميل(المريض):

ان منتجو الخدمات الصحية سواء كانت مؤسسات صحية أو مستشفيات بحاجة الى فهم توقعات العملاء عند تصميمهم للخدمة الصحية[2]، إن لم يكن هذا التصميم يفوق التوقع أساسا، لأن الطريقة الوحيدة التي

[1] شرف الدين زديرة،مرجع سبق ذكره،ص24.

[2] ثامر البكري،مرجع سبق ذكره،ص204.

تمكنهم من تحقيق جودة عالية في الخدمة المقدمة، والمرضى يمكنهم أن يحققوا ادراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين عدد من المستويات المختلفة للجودة هي[1]:

أ)**الجودة المتوقعة**:وهو مستوى الجودة الذي ترغب المؤسسة الصحية بلوغه عبر وسائلها ألمتاحة مع الاخذ بعين الاعتبار الصعوبات الداخلية والخارجية التي تواجهها، واحتياجات عملائها وتطلعاتهم.

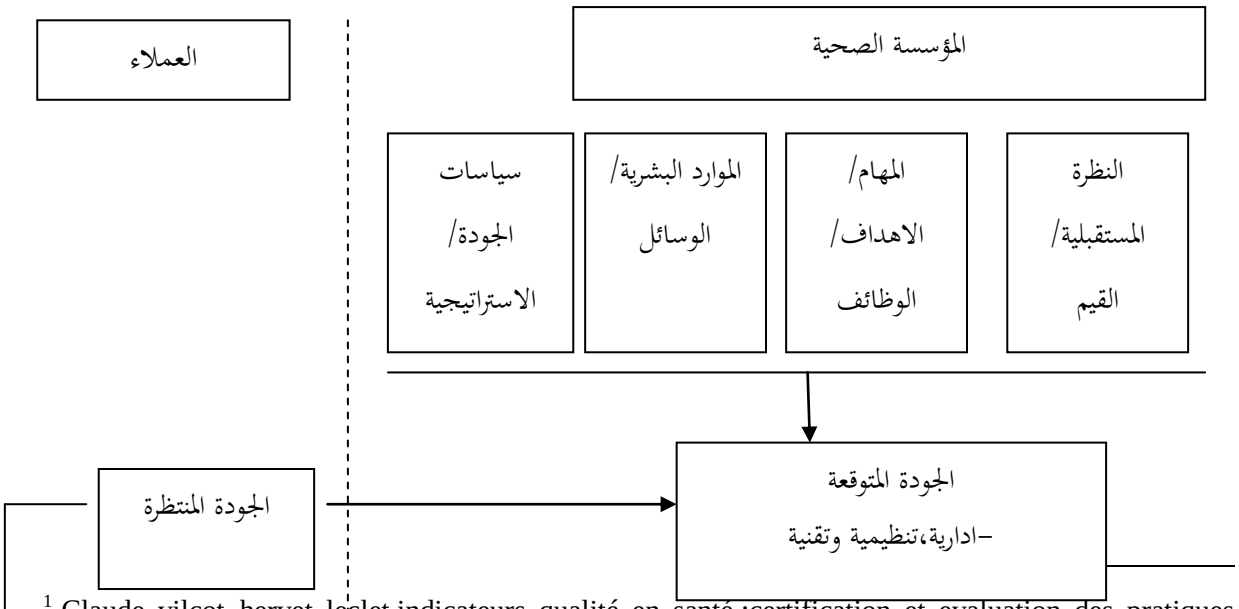
ب)الجودة المقدمة:وهو مستوى الجودة المحقق فعلا من طرف المؤسسة وهذا في ضل الشروط الطبيعية للعمل.

ج)**الجودة المدركة**:وهو مستوى الجودة المحصلة من طرف العميل انطلاقا من رغباته الخاصة،وينبغي على المؤسسة ان تقيم باستمرار درجة رضاه، وذلك لان رأيه حول جودة الخدمة التي تلقاها يعتبر محدد مهم لحالته الصحية وطريقة التكفل بمرضه، ومن ناحية رضا العميل(المريض)، فان الجودة المدركة تأخذ مكانه اكثر اهمية من الجودة المقدمة.

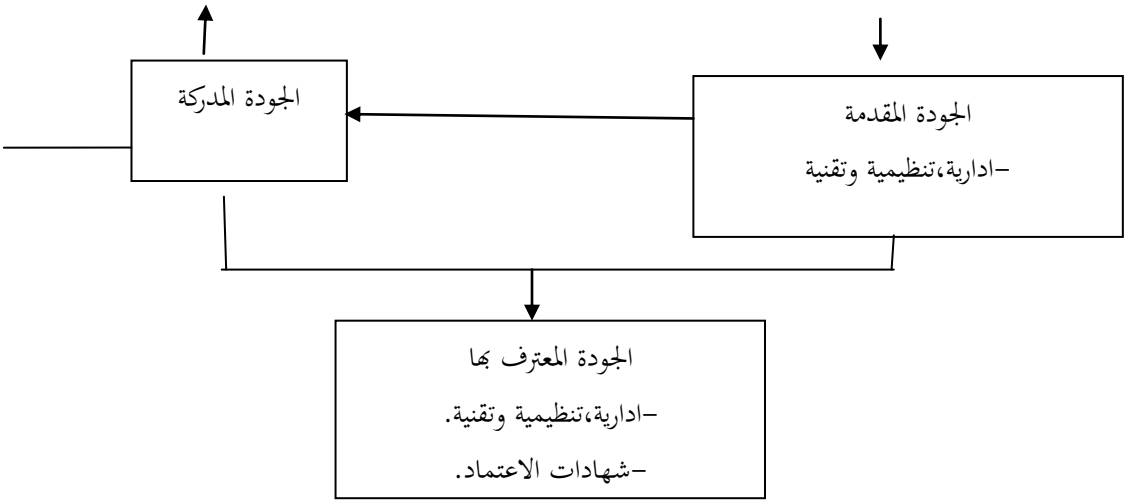
د)الجودة المنتظرة:وهو مستوى الجودة الذي يرغب العميل الحصول عليه، مثل:النظافة ، حسن الاستقبال...الخ وحتى تحقق المؤسسة هذا المستوى من الجودة فانه ينبغي تحديد الشروط الازمة لذالك، وبالاعتماد على معايير المريض واهتماماته.

وفي الحالة المثلى لسير وعمل المؤسسة الصحية تصبح الجودة المحصلة هي نفسها الجودة المنتظرة، والجودة المقدمة هي نفسها المتوقعة،والعلاقة بين مختلف مستويات الجودة تعتبر كحلقة، ويمكن توضيح ذالك كما في الشكل التالي:

الشكل رقم (2-1):سلسلة الجودة في المؤسسة الصحية



[1] Claude vilcot ,hervet leclet,indicateurs qualité en santé ;certification et evaluation des pratiques professionnelles,France,2006,p19 .



Source; Claude vilcot ,hervet leclet,indicateurs qualité en santé,op ct ,p14.

من الشكل اعلاه يتضح لنا ان سلسلة المستويات الخاصة بالجودة تشكل فيما بينها حلقة مغلقة ،فالمؤسسة الصحية لها توقع لمستوى جودة معين يجب ان تصل اليه،وهذا التوقع يساهم في تشكيله العديد من خصائص المؤسسة كقيمها،اهدافها،ومواردها،واستراتيجياتها الى غير ذلك،بالإضافة الى مدى ادراكها لاحتياجات ورغبات العملاء(المرضى)،بمعنى مدى ادراكها للجودة المنتظرة منهم،وبدورها الجودة المتوقعة من طرف المؤسسة تؤثر على مستوى الجودة التي سيتم تقديمها فعلا،ثم على اساس هذه الاخيرة يكون ادراك العملاء،اذ انهم قد يدركون مستوى للجودة يختلف او يطابق المستوى المطلوب تقديمه.

اما الجودة المدركة من طرف العملاء هي بدورها تؤثر على مستوى الجودة الذي ينتظرونه ويتوقعونه مستقبلا ،لنعود بذلك الى بداية الحلقة،حيث ان مستوى الجودة المنتظر من المرضى يساهم في التأثير على مستوى الجودة المتوقعة من طرف المؤسسة.

ثانيا: تحديد جودة الخدمات الصحية:

بعد مرحلة البحث والفهم لحاجيات ومتطلبات المرضى تأتي مرحلة العمل على تلبيتها،وهذا من خلال التحديد والتوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة[1]، وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبط بأداء العاملين في المستشفى وبمستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في انجاز الخدمة الطبية.

[1] زويوش بلال وبديسي فهيمة،جودة الخدمات الصحية-الخصائص،الابعاد والمؤشرات-،مداخلة مقدمة للملتقى الدولي :ادارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات،كلية الاقتصاد وعلوم التسيير،جامعة قسنطينة،ديسمبر 2010 ،ص7.

ثالثا:أداء العاملين:

عندما تضع إدارة المستشفى المعايير النوعية للخدمة الصحية المقدمة، ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الطاقم الطبي والفني في المستشفى، فإنها بالمقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب للطاقم الطبي والتمريضي والخدمي المتصل بالمرضى بأن أدائهم سيكون بالمستوى المناسب والمطلوب، ولا شك بأن نظام التقييم للرواتب والحوافز التي يستخدم في المستشفى يلعب دورا هاما في أداء العاملين، ان العمل بروح الفريق الواحد،و الجهد المبذول تجاه المرضى،وكذا اللطف والأدب في الرد على استفسارات المرضى، الاستجابة السريعة لطلبات المرضى وتنفيذها وغيرها، لها أثر مضاف في تحديد مستوى التقييم والحوافز الممنوحة للعاملين ودون أن تخضع لاجتهادات شخصية.

ولا شك ان الاداء الجيد والمتميز لا يتحقق إلا من خلال التكوين والتدريب للعاملين[1]،من اجل اكتساب معارف جديدة وتطوير مهاراتهم في التعامل مع المرضى وتقديم المعلومات الصحيحة والمناسبة في الوقت المناسب وللجهة المناسبة،وذلك بشكل متكامل ومنسق بين مختلف الاقسام والمصالح التابعة للمؤسسة الصحية؛الى جانب برامج التكوين والتدريب ينبغي الاهتمام ايضا بأساليب التقييم لأداء المستخدمين ،وحتى يكون التقييم موضوعي يمكن الاستعانة وعلى نطاق واسع بردود افعال المرضى.

رابعا:إدارة توقعات الخدمة:

إن إدارة توقعات الخدمة تتم من خلال الاعتماد على أنظمة الاتصالات الداخلية في المستشفى والترويج والإعلان في خارجها[2]، ويكون من الضروري على إدارة المستشفى أن لا تقدم وعودا لا تستطيع تنفيذها نظرا لضخامتها أو عدم تجانسها مع قدراتها في التنفيذ أو الضعف في التدريب أو الكفاءة اللازمة في اتصالاتها الداخلية لتحقيق ذلك ، وهذا سينعكس بالتالي على عدم رضا المستفيد عن الخدمة الصحية المتوقع حصولها.

المطلب الرابع: نموذج الفجوة و طرق قياس جودة الخدمات الصحية :

اولا::نموذج الفجوة في قياس جودة الخدمة

[1] صلاح محمود ذياب ،قياس ابعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية الحكومية الاردنية،مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات الاقتصادية والادارية،المجلد 20،العدد1،2012، ص73.

[2] فريد توفيق نصيرات،ادارة المؤسسات العمومية الاستشفائية،اثراء للنشر والتوزيع،الاردن،2008،ص ص 407-409.

ان المحور الأساسي في قياس جودة الخدمة هو الفجوة بين إدراك العميل لمستوى الأداء الفعلي للخدمة وتوقعاته حول جودة هذه الخدمة، ولكن هذه الفجوة وهي(الخامسة)تعتمد على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمة و تسويقها و تقديمها،بمعنى بالإضافة الى فجوة الادراكات / التوقعات للزبان هناك أربع فجوات أخرى تتمثل في[1]:

1 -**الفجوة الأولى :بين توقعات المريض وإدراك الإدارة لهذه التوقعات.**

وتنتج هذه الفجوة عن الاختلاف بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة وبين إدراك إدارة المستشفى لتوقعات المرضى[2]، أي عجز الادارة عن معرفة احتياجات ورغبات المرضى المتوقعة، إذ ربما تفكر إدارة المستشفى بأن المريض يرغب في الحصول على طعام أفضل مما يقدم له ،ولكن قد يكون الأمر بشكل آخر اي أن المرضى يرغبون في الحصول على عناية أفضل خاصة من الممرضات.

2-الفجوة الثانية :بين إدراكات الإدارة لتوقعات المرضى ومواصفات جودة الخدمة

وتنتج عن الاختلاف بين المواصفات المرتبطة بالخدمة المقدمة بالفعل وبين إدراكات الادارة لتوقعات المرضى، بمعنى أنه حتى لو كانت حاجات المرضى المتوقعة ورغباتهم معروفة للإدارة،فإنه لن يتم ترجمتها الى مواصفات محددة في الخدمة المقدمة بسبب قيود مرتبطة بالموارد المالية او عدم قدرة الادارة على تبني فلسفة الجودة،ربما تدرك إدارة المستشفى وبصورة صحيحة رغبات المريض ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة في هذا الشأن، كما هو في قيام الادارة بإخبار الطاقم التمريضي بضرورة اتخاذ الإجراء السريع في تقديم الخدمة الصحية للمرضى، إلا أنها لا تضع مقاييس معيارية لذلك بل تكون بطريقة عشوائية.

3 -الفجوة الثالثة :بين مواصفات جودة الخدمة وتسليم الخدمة

تظهر عندما تكون مواصفات الخدمة المقدمة بالفعل لا تتطابق مع ما تدركه الادارة بخصوص هذه المواصفات، وقد يرجع ذلك الى تدني مستوى مهارة القائمين على أداء الخدمة،والذي يرجع بدوره الى ضعف القدرة والرغبة

[1]Kotler, Philip, M*arketing Management*, 8th ed , Prentice – Hall International Inc,1997, P 345.

[2] ثامر ياسر البكري،مرجع سبق ذكره، ص216.

لدى هؤلاء العاملين،فقد يكون الأفراد القائمين على خدمة المريض غير مدربين بصورة صحيحة، أو غير قادرين أو غير راغبين في الأداء بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة .

4-الفجوة الرابعة :بين تسليم الخدمة والاتصالات الخارجية للمرضى حول تسليم الخدمة.

وهذه الفجوة ناتجة عن الخلل في مصداقية ادارة المؤسسة،اي أن الوعود التي تقدمها المؤسسة حول مستوى

الخدمة من خلال الاتصال بالمرضى تختلف عن مستوى الخدمة المقدمة ومواصفاتها فعلا، وتتمثل في الاختلاف والتباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المرضى وما تم الاتفاق عليه مسبقا وعبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المستشفى والمرضى،كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض والإدارة في حصوله على غرفة نظيفة وأنيقة وأسرة مريحة في ضل الاتصال الحاصل بين الطرفين،ولكن عن وصوله للمستشفى يجد العكس .

5 -الفجوة الخامسة :بين توقعات المريض(الخدمة المتوقعة)والخدمة المدركة(الفعلية.)

باعتبار ان جودة الخدمة هي احد اهم العوامل التي تعادل او تفوق توقعات المريض،فالتقويم الشخصي لجودة الخدمة على أنها عالية أو منخفضة يعتمد على كيفية إدراك المريض للأداء الفعلي للخدمة في سياق ما يمكن أن يتوقعوه[1]، وهذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة كما هو في محاولة الطبيب في الحفاظ على زيارة المريض باستمرار كجزء من واجبه، ولكن المريض يفسر ذلك بأن هنالك شئ ما في حالته الصحية،وتعد هذه الفجوة الفجوة الوحيدة التي يتلمسها المريض على أساس كون الفجوات الأخرى السابقة الذكر تحدث داخل المستشفى وكجزء من تصميم وصياغة الجودة للخدمة الصحية المقدمة، إلا أن هذا لايقلل من اهمية باقي الفجوات بل هي من تساهم في إظهار الفجوة الاخيرة.

وللإشارة فقد حظيت كل من الفجوة الاولى والخامسة باهتمام بالغ الاهمية من طرف الباحثين والمهتمين بقياس جودة الخدمة اذ تم تطبيقها على الكثير من الخدمات الاخري كالخدمة المصرفية،خدمات النقل الجوي ،التعليم ،الاطعام .....الى غير ذلك من الخدمات العمومية.

ثانيا:طرق قياس جودة الخدمات الصحية:

ان قياس جودة الخدمات الصحية اصبح ضرورة لازمة لا سبيل إلى تجاهلها، ولكن عند اختيار القياسات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع القياسات وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها.

[1] نجم عبود نجم،مرجع سبق ذكره،ص283.

وفيما يلي استعراض لمداخل قياس جودة الخدمات الصحية:

1:قياس جودة الخدمات من منظور المرضى:

تتعلق جودة الخدمة الصحية بمدى مطابقة جودة الخدمات لاحتياجات و توقعات المرضى، ومن الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات في إطار هذا المدخل نذكر ما يلي:

أ)مقياس عدد الشكاوي :يمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة مقياسا هاما يعبر على أن الخدمات الصحية المقدمة دون المستوى أو أن ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع توقعاتهم لها، وهذا المقياس يمكن المؤسسات الصحية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل، وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات للمرضى[1] .

ومع العلم أن المؤسسات التي يكون لديها توجه بالعميل تتجاوب بشدة مع شكاوى زبائنها، بل وتذهب إلى أبعد من ذلك ، لأن عدم وجود شكاوى من الزبان لا يعني بالضرورة وجود مستوى عالي من رضا الزبان، وذلك أن الوسائل المتبعة لإعطاء العملاء فرص تثبت رضاهم عن الخدمة قد لا تكون كافية، كما أنه ينبغي الأخذ بعين الاعتبار ما يسمى بالأغلبية الصامتة من العملاء والذين ليسوا على استعداد لتقديم أي شكوى مهما كانت الظروف وهذا يعود للوعي الثقافي والبيئة التي ينتمي لها.

ب) **مقياس الرضا** :وهو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم[2] خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات ، وذلك من خلال جمع المعلومات عن المريض.

وهناك طرق عديدة لجمع المعلومات منها :المقابلة والاستمارة والملاحظة، إلا أن الاستمارة تعتبر من أهم الأدوات المستخدمة في قياس مستوى رضا المرضى.

وقد يتحقق الرضا لدى المريض الخارج من المستشفى بعد تلقيه العلاج الطبي المناسب وقد لا يتحقق لذلك المريض المصاب بمرض مستعص مهما كان الاهتمام والرعاية التي بذلت من أجله، ومع ذلك يجب أن يقوم مقدم الخدمة بالإلتزام بالمعايير والأبعاد النوعية التي من شأنها أن تحقق الرضا أو حتى الحد الأدنى من الرضا لدى المرضى، ويتضمن ذلك اهتماما ورعاية لاحتياجات المريض ورغباته من اللحظة الأولى لدخوله المستشفى واستقباله، مرورا بالإجراءات الخاصة بتدوين المعلومات واستيفاء الرسوم ورعاية الطاقم التمريضي له، فضلا عن

[1] نايف قاسم عدوان المحياوي،ادارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو،دار النشر والتوزيع،الاردن،2005،ص358.

[2] كحيلة نبيلة،مرجع سبق ذكره،ص95.

نوعية الخدمات الفندقية المقدمة، وانتهاء بإجراءات تصفية حسابات المريض ، وإعطائه التعليمات والإرشادات الصحية وخروجه من المستشفى.

ج)**مقياس الفجوة**: وهو يستند الى توقعات المرضى لمستوى الخدمة وادراكاتهم لمستوى ادائها ومن ثم تحديد الفجوة بين هذه التوقعات والادراكات ،وذلك باستخدام الابعاد الخمسة المشار اليها سابقا.

د) **مقياس الأداء الفعلي**: ويعتبر نموذجا معدلا من سابقه، ويركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للمريض ،لهذا يعتبر مؤشرا هاما للحكم على ادارة المؤسات الصحية من خلال معرفة اتجاهات المستفيدين (المرضى) نحو الخدمة الخاصة بالجوانب الملموسة والاعتمادية والاستجابة والامان واللباقة..

ويرى أصحاب هذا المقياس بأنه يتميز عن سابقه بالبساطة وسهولة الاستخدام، وكذلك بزيادة درجة مصداقيته وواقعيته، إلا أنه يعجز عن مساعدة الإدارة على الكشف عن مجالات القوة والضعف في الخدمة المقدمة والتي تتعلق بجوانب متعددة، وليس فقط إدراكات المريض للخدمة .وبالرغم من المزايا التي يتمتع بها نموذج (servqual)في قياس جودة الخدمة، إلا أنه لا يقلل من أهمية نموذج (servperf) [1].

هـ)**مقياس القيمة** :الفكرة الأساسية لهذا المقياس هو أن القيمة التي تقدمها مؤسسة الخدمة الصحية للمرضى تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة للمريض والتكلفة للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات الصحية المدركة كلما زادت القيمة المقدمة للمرضى، وكلما زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات والعكس صحيح، وبالتالي فإنه من واجب المؤسسة الصحية اتخاذ الخطوات الكفيلة من أجل زيادة المنفعة المدركة لخدماتها بالشكل الذي يؤدي إلى تخفيض سعر الحصول على الخدمة، ولا شك أن وجود مثل هذا المقياس سوف يدفع المؤسسة الصحية إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للمرضى بأقل تكلفة ممكنة.

2: قياس الجودة المهنية:

[1] رغم تعدد مداخل قياس وتقييم جودة الخدمات، إلا أن هناك اتفاقا عاما بين الباحثين في هذا المجال على أنه يوجد نموذجان رئيسيان لقياس جودة الخدمات ينسب أولهما إلى باراسيرامان وآخرون وهو الذي يستند على توقعات الزبان لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات وذلك باستخدام الأبعاد الخمس الممثلة لمظاهر جودة الخدمات والمشار إليها سابقا، وأطلق على هذا النموذج في قياس جودة الخدمات اسم مقياس الفجوة أو مقياسSERVQUAL ، أما النموذج الثاني فقد توصل إليه كل من كرونا وتيلور وأطلق عليه نموذج الأداء الفعلي للخدمةSERVPERF ويعتبر نموذجا معدل من سابقه، ويركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للزبون على اعتبار أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات.

يهدف مقياس الجودة المهنية الى معرفة قدرة المؤسسة على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الاستخدام الامثل لمواردها،وهنا يمكن التمييز بين ثلاثة مقاييس على النحو التالي[1]:

أ)المقاييس الهيكلية: إن مقاييس الهيكل للخدمات الصحية مرتبطة بالأفراد والتسهيلات المستخدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطريقة التي تنظم بها، ولذلك فإن أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، الأفراد والتسهيلات المتاحة في المستشفى.

ب)مقاييس الإجراءات :تسمى كذلك مقاييس العمليات، ويدل هذا الاخير على تتابع خطوات العمل لتقديم أو توصيل الخدمة الصحية، وهي التي تتسبب في الوصول إلى النتائج(المخرجات).

ج)مقاييس النواتج :يعكس هذا المدخل التغيرات الصافية في الحالة الصحية كناتج للخدمة الصحية، ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي:

-الحالة الصحية العامة :يعبر عنها بمجموعة من المقاييس مثل :معدلات الوفيات أو أحد الأمراض.

-مؤشرات النواتج لأمراض بالتحديد :وذلك بما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة، أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة ،وهذا المقياس مثالي في تقييمه للجودة، فضلا عن صعوبة القياس لأنه لا يوجد تأكيد على ارتباط النواتج بعمليات التشخيص والمعالجة، حيث تتدخل عوامل اجتماعية ونفسية ومادية فيها

[1] عدمان مريزق،مرجع سبق ذكره،ص ص 57-58.

المبحث الثالث:منهج ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

يعد مصطلح إدارة الجودة الشاملة من أكثر المصطلحات الفكرية والفلسفية التي حظيت باهتمام واسع النطاق في حقول المعارف الانسانية الهادفة للتطوير والتحسين المستمر في الاداء الانتاجي والخدمي في مختلف المؤسسات

ولأهمية هذا المفهوم و انتشار تطبيقه في دول العالم، ازداد اهتمام الباحثين والمتخصصين فتعددت وتباينت ارائهم تبعًا لنظرتهم إلى هذا المدخل و الزاوية التي ينظرون منها إليه.

المطلب الاول:ماهية ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

يعد مفهوم إدارة الجودة الشاملة ببساطة فلسفة إدارية ومدخلا استراتيجيًا ووسيلة لإدارة التغيير تهدف إلى نقل المؤسسات المعاصرة من أنماط تفكير وممارسات عدت صالحة لبيئة ومتطلبات ماضية إلى أنماط تفكير وممارسات تتلائم مع البيئة والمتطلبات المعاصرة والمستقبلية

اولا:تعريف ادارة الجودة الشاملة بشكل عام

قبل الخوض في اعطاء مفاهيم ومقومات ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الاستشفائية لابد اعطاء تعريف هذا المفهوم اولا بصفة عامة ،فقد تعدد التعاريف نذكر اهمها في :

1)تعريف منظمة الجودة البريطانية:إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة الإدارة وممارسات المؤسسة،التي تهدف إلى استخدام الموارد البشرية،و المادية المتاحة،بشكل أكثر فعالية لإنجاز أهداف المؤسسة.[1]

يركز هذا التعريف على عنصري الكفاءة والفعالية داخل المؤسسة أي انهما اساس ادارة الجودة الشاملة.

2) **عرفها معهد المقاييس البريطانية**:"على أنها فلسفة إدارية تشمل جميع نشاطات المؤسسة التي يتم من خلالها تحقيق احتياجات وتوقعات العملاء، فضلاً عن تحقيق أهداف المؤسسة بأقل كلفة ممكنة من خلال الاستخدام السليم لطاقات جميع العاملين فيها من أجل تحقيق التحسين المستمر في اداء المؤسسة"[2].

[1] سيد احمد حاج عيسى،مرجع سبق ذكره،ص 98.

[2] اكرم احمد الطويل واخرون،امكانية تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية–دراسة استطلاعية لاراء المدراء في مستشفى ابن الاثير التعليمي في الموصل–،مجلة تنمية الرافدين ،جامعة الموصل،العدد 100،المجلد32، 2010،ص237.

3)وهناك من عرف إدارة الجودة الشاملة على انها مدخل فكري وثقافي وإداري وتنظيمي جديد تعتمد عليه الإدارة لتحقيق التكامل والتنسيق بين جهود جميع العاملين في أقسام المؤسسة المختلفة، ومشاركتهم في عملية التحسين المستمر للمخرجات التي تقدمها المؤسسة لتلبية حاجات ورغبات العملاء، وكسب رضاهم للوصول إلى الأهداف التي تصبو إليها إدارة المؤسسة في البقاء والنمو في البيئة الخارجية المحيطة بها، وتغطي عملياتها جميع الأقسام العلمية والإدارية والفنية والإنتاجية في المؤسسة، فضلاً عن الأهداف الإستراتيجية لها وشعارها الجودة مسؤولية الجميع[1].

ويمكن تصنيف التراكم المعرفي وأدبيات مفهوم إدارة الجودة الشاملة ضمن أربع اتجاهات أساسية هي:

الاتجاه الأول : تتمحور تعاريف هذا الاتجاه على التركيز حول فكرة الزبون و احتياجاته وتوقعاته .ومن أمثلة التعاريف التي تصب في هذا الاتجاه تعرف ادارة الجودة الشاملة بأنها" ثقافة تنادي بالالتزام الكلي برضا وإقتناع الزبون من خلال التحسين والابتكار المستمرين في جميع مجالات العمل"[2].

الاتجاه الثاني : يؤكد أصحاب هذا الاتجاه على استخدام الوسائل العلمية والأدوات والأساليب المتاحة لتطبيق مفهوم ادارة الجودة الشاملة،اذ تتمحور تعاريف هذا الاتجاه حول التخطيط من اجل تخفيض التكاليف والهدر في الوقت بحيث يتم استبعاد النشاطات غير الضرورية، وفي هذا الإطار تعرف بأنها "فلسفة ومجموعة من الأساليب والأدوات التي تهدف الى الخلق والحفاظ على استمرارية الدافع نحو تحسين السلع والخدمات"

الاتجاه الثالث : يركز هذا الاتجاه على الأفكار والمفاهيم المستوحاة من المدرسة السلوكية في الإدارة حيث تركز التعاريف حول تطوير المهارات الفنية للعاملين والحوافز وتشجيع الموظفين للمشاركة في اتخاذ القرار وتطبيق فكرة العمل الجماعي، وعليه يمكن تعريف ادارة الجودة الشاملة أنها" مفهوم إداري تكاملي موجه نحو التحسين المستمر في جودة المنتجات والخدمات بمشاركة كل المستويات والوظائف في المنظمة و أن الهدف منها هو بناء الجودة منذ البداية يجعلها مهمة مشتركة ومسؤولية كل فرد[3]"

[1] اكرم احمد الطويل واخرون،مرجع سبق ذكره،ص238.

[2] Logothetis,N., " Managing for Total Quality", 1st ed., New Delhi, prentice-Hall of India , 1997 ,p2.

[3] Carlos Noronha,the theory of culture-specific total quality management-,palgrave,new york ,2002,p14p15.

الاتجاه الرابع : يركز هذا الاتجاه على الفلسفة الشاملة للمفهوم، وفي هذا الإطار فهي[1]" ثورة ثقافية في الطريقة التي تعمل وتفكر بها الإدارة حول تحسين الجودة وهي مدخل يعبر عن مزيد من الإحساس المشترك في ممارسة الإدارة التي تؤكد الاتصالات في الاتجاهين وأهمية المقاييس الإحصائية،أي إنها نتاج ممارسة الإدارة والطرق التحليلية التي تقود إلى عملية التحسين المستمر التي بدورها تؤدي إلى تخفيض الكلفة"

ثانيا:مفهوم ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

لقد وردت عدة تعاريف لادارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية فهي:"صفة الرعاية التي يتوقع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية بعد ان يؤخذ في الحسبان التوازن بين المكاسب والخسائر التي تصاحب عملية الرعاية الصحية في جميع اجزائها"[2]

- ✓ تعرف ادارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية بانها :"خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التى تجعل كل موظف يعلم انا الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الاساسي للوحدة الصحية، وان طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الاسلوب الامثل الاحداث التغير المطلوب في المستشفى.
- ✓ كذلك تم تعريفها بأنها:الاستراتجية الشاملة التي تهدف من وراءها المؤسسة الصحية الى تحقيق التغيرات في الخصائص والصفات التي تجعل الافراد جميعهم (المهنيون وهم الاطباء وكوادر التمريض والفنيون.....الخ) يستخدمون طرق وأساليب الجودة بالشكل الذي يحقق الوفرة بالكلف، بالإضافة الى تلبية متطلبات المرضى والعملاء الاخرين الدين يطالبون الرعاية الصحية.

وهناك من يستعمل مفهوم التحسين المستمر ويعتبره مرادفا لإدارة الجودة الشاملة، حيث تعرف هنا بأنها :"اطار تلتزم من خلاله المؤسسة الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هده المؤسسات (المداخلات والعمليات الى جانب المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر"[3].

إدارة الجودة الشاملة هي تضافر كل الجهود داخل المؤسسة الصحية أو الخدمية بهدف تحسين الأداء تحسينا مستمرا يؤدي إلى إرضاء المستهلك .

ثالثا:أهمية إدارة الجودة الشاملة:

[1] زين العابدين ، الاطار الفكري والفلسفي لمدخل ادارة الجودة الشاملة، مجلة الادارة، المجلد 30 ، العدد الاول،2007،ص9 .

[2] ديمنغ وروبرت هاغستروم،ترجمة:هند رشدي،ادارة الجودة الشاملة–اسس ومبادئ وتطبيقات–، دار كنوز للنشر والتوزيع،القاهرة،2009،ص145.

[3] عدمان مريزق،مرجع سبق ذكره ،ص41.

إن تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية سيساعدها في التعرف على جوانب الهدر في مواردها المختلفة ومن ثم التخلص منها، لاسيما أنه" ثبت من التطبيق العملي لهذا المدخل أنه يمكن أن يؤدي إلى تحقيق وفرات كبيرة في العمليات والأنشطة تعادل أضعاف ما يمكن تحقيقه من زيادة في قيمة المبيعات وحدها"[1]،وان اهمية تطبيق هذا المفهوم في المجال الصحي تكمن في كون طبيعة الخدمة التي ترتبط بالبشر،ويؤثر مستوى جودة هذه الخدمات بشكل واضح ومباشر في الحياة،فحدوث اخطاء طبية في الخدمات المقدمة لهم قد يؤدي الى عواقب وخيمة مادية ومعنوية،ولذلك لابد من توافر برامج جودة ذات مستوى عال يحول دون حدوث هذه الاخطاء.

-تساعد ادارة الجودة الشاملة المؤسسات العمومية الاستشفائية في تحديد المعايير المناسبة لضمان الجودة،والاستغلال الامثل للإمكانيات المتاحة،لاسيما المؤسسات العمومية الاستشفائية العامة التي تعد مرآة للمستوى الحضاري الذي وصلت اليه الدولة[2]،والتي تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات العلاجية والوقائية والتعليمية والتدريبية وحتى البحثية،وبذلك فهي تساهم في رفع المستوى الصحي للبلاد؛ وتكمن الاهمية ايضا في اعتبارها احد المراحل الاساسية لتحسين اداء المؤسسات وتقويم الجودة العالية،مما يستلزم تحقيق التنافسية ،فطبيعة المنافسة العالمية الواسعة والشاملة تتطلب بصفة عامة من أي مؤسسة اربعة خصائص اساسية وهي[3]:

- ✓ فهم ماذا يريد العميل واشباع احتياجاته وقت طلبهاوباقل تكلفة؛
- ✓ الامداد بالسلع والخدمات بجودة عالية وبشكل ثابت ومستمر؛
- ✓ مجاراة التغيير في النواحي التكنولوجية والسياسية وحتى الاجتماعية؛
- ✓ توقع احتياجات العميل في الفترات الزمنية المستقبلية.

لذا فان تطبيق مفهوم ادارة الجودة الشاملة يمكن ان يحقق الفوائد التالية[4]:

-ضبط وتطوير النظام الاداري في أي مؤسسة صحية نتيجة لوضوح الادوار وتحديد المسؤوليات بدقة ؛

-الارتقاء بمستوى العاملين في جميع الجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية والنفسية ؛

-جودة نوعية الخدمات الطبية المقدمة والاستخدام الامثل للموارد المتاحة للمستشفى والحد من النفقات ؛

-تحقيق رضى المرضى ورضا المجتمع عن نوعية وكمية الخدمات الطبية المقدمة ؛

---

[1] عبد اللطيف مصلح محمد عائض،دور القيادة الادارية في مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية في تطبيق ادارة الجودة الشاملة فيه،المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي،،المجلد السادس،العدد 11، 2013،ص106 .

[2] ديمنغ وروبرت هاغستروم،مرجع سبق ذكره،ص146

[3] عبد اللطيف مصلح ،محمد عائض ،مرجع سبق ذكره،ص107

[4] صلاح محمود ذياب،مرجع سبق ذكره،ص220.

-المسؤولية الجماعية في فشل او نجاح المستشفى،وهذا بدوره يخلق التطابق والتعاون والتنسيق بين العاملين بين الوحدات والمستويات الإدارية ، وكذا رفع معنويات العاملين وذلك لشعورهم بالأهمية وتحملهم للمسؤولية ،بالإضافة الى مشاركتهم في اتخاذ القرار؛

- رفع القدرة التنافسية للمستشفى .
- زيادة الابتكارات والتحسين المستمر؛
- تحفيز العاملين بسبب وجود اتجاهات ايجابية لديهم نحو عناصر المناخ التنظيمي.

ونظرا لأهمية هذا المفهوم ،فقد تبنت اللجنة الامريكية المشتركة للاعتراف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية هذا المفهوم ووضعته منذ عام 1994 كمعيار اساسي من معايير الاعتراف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية،الامر الذي ادى بالكثير من المؤسسات الصحية بتطبيق مفهوم ادارة الجودة الشاملة.

المطلب الثاني :مراحل التحول ومبادئ ادارة الجودة الشاملة

اولا: مراحل التحول الى إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يمكن تحديد الاطار العام الذي من خلاله يتم تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية من خلال اهم ثلاث عناصر وهي:

1)مرحلة الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة :

يبدأ الانجاز الناجح لإدارة الجودة الشاملة من الإعداد والتهيئة لتطبيقها ،وفي هد المرحلة التي تسبق بناء النظام تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية بها بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات [1]،في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى لها ؛ورغم انه لا توجد آلية محددة لكيفية انجاز هذه المرحلة فان هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات و المعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من غايات .

يتبين مما سبق ان هذه المرحلة هي مرحلة تهيئة تنظيمية ، اذ تتطلب مشاركة كل من الطاقم الاداري والطبي وحتى التمريضي.

2)نشر ثقافة الجودة الشاملة:

[1] محمد نور الطاهر احمد،مرجع سبق ذكره،ص911.

لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مبادئ ،ومهارات ،وأدوات مختلفة ،لذلك ينبغي للأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة أن تشمل على تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشان مفهوم ومنافع إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية،وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم في بلد معين ، مع مراعاة الموارد المتاحة ، الثقافة السائدة ،الوضع الصحي الراهن والهياكل القائمة[1] ،وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف كل العاملين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للحصول على دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره؛

ويمكن الاستعانة بما يتم جمعه خلال هذه الأنشطة من المعلومات الأولية والتغذية العكسية في توسيع نطاق برامج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها ،كما ينبغي الاستفادة على أفضل وجه من الدور الذي يمكن أن تقوم به رسائل الإعلام في هذا الصدد ،وإسهامها في التوعية بأهمية جودة الرعاية وحفز الطلب على الرعاية الجيدة[2].

3)تكوين فريق عمل الجودة:

فقد سمي فريق الجودة أو مجلس الجودة أو إدارة الجودة ،وغير ذلك من التسميات وتستند إلى هذا الفريق المهام التالية:

أ –وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على الاعتبارات التالية[3]:

* أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء ؛

* مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل والقضاء على الأخطاء ؛

*التركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية والعمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة ؛

*التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد ؛

*تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى وأهدافها،

*الأخذ بمفهوم العميل الداخلي والخارجي ،وتعميق فكرة أن العميل هو الذي يدير المستشفى ويوجه كافة أنشطتها.

ب –تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى. وتعتبر هذه الحلقات من أكثر

---

[1] عدمان مريزق،مرجع سبق ذكره،ص 31.

[2] اللجنة الاقليمية للشرق الاوسط،جدول الاعمال المبدئي–ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولاسيما في الرعاية الصحية الاولية مسؤولية مشتركة–،اضفاء الطابع المؤسساتي على ضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية الاولية مسؤولية مشتركة،القاهرة،اكتوبر 2000، http://www .emro.who.int/rc47

[3] صلاح محمود ذياب،مرجع سبق ذكره،ص87.

أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها.

ج –التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة ، بالإضافة إلى تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك.

هـ –البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها.

ثانيا:مبادئ ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

ان تطبيق مفهوم ادارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية يستلزم بعض المتطلبات التي تسبق البدء بتطبيق هذا البرنامج في المؤسسة حتى يتمكن العاملين من تقبل الفكرة ومن ثم السعي نحو تحقيقها بفعالية وحصر نتائجها المرغوبة،و تتضمن تطبيق ادارة الجودة الشاملة مجموعة من المبادئ تتمحور فيما يلي:

1):التحسين المستمر

هو عبارة عن عملية ادارية لتحسين الاداء مركزة على المخرجات الكلية للنظام من خلال عملية مستمرة للضبط والتحسين[1]،بدلا من البحث عن الاخطاء اثناء العمل لتقليل الفجوة بين ما يجب ان يكون وما نحن عليه الان،وهذا يعني ان التزام المؤسسات الصحية بالتحسين المستمر لعملياتها يساعد في تقديم خدمات ذات جودة عالية،فالتحسين المستمر هنا نقصد به البحث المتواصل عن اساليب تحسين العمليات من خلال المقارنة بالتطبيقات المتميزة ،وكل العاملين مطالبون بتأدية دورهم في التحسين كما ينبغي.

وتعد عملية التحسين المستمر مسؤولية كل فرد في المنظمة ، من خلال القيام بتحليل الطرق والإجراءات لتحسينها[2]،والتقليل والحد من الانحرافات السلبية وتقديم الحلول الإيجابية الكفيلة بالتغلب على هذه الانحرافات.

2): التوجيه بالعميل وتعميق فكرة ان العميل يدير المؤسسة:

ان المفهوم التقليدي للزبون او العميل يقتصر على الافراد من خارج المؤسسة، والذي لايتفق ومفهوم العميل وفق نظام ادارة الجودة الشاملة والذي يشتمل على نوعين من العملاء العملاء الخارجيين والداخليين فالنوع الاول هم الافراد او الجهات التي تستفيد او تتأثر بالخدمة النتائج عن نشاط المستشفى اما الصنف الثاني هم ولائك الافراد

[1] عادل محمد عبد الله،مرجع سبق ذكره،ص 97.

[2] عبد اللطيف مصلح ومحمد العائض ،مرجع سبق ذكره، ص112.

الذين ينتمون داخليا الى المنظمة ويتأثرون بالأنشطة والقرارات والمنتجات والخدمات التي تقدمها المنظمة الصحية من الاطباء وممرضين وتقنيين ادارين [1].

ويعد هذا العنصر من اهم المتطلبات الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة ،باعتبار العميل هو سبب وجود أي مؤسسة سواء كانت انتاجية او خدمية والتي تسعى من خلال عملياتها الى تقديم منتجاتها او خدماتها حسب احتياجاته ورغباته،وقد ارتبط هذا العنصر بالبنود التالية[2]:

*الاهتمام باستراتيجيات التعرف على احتياجات المرضى الحالية وتوقعاتهم المستقبلية ؛

*تقوم المؤسسة بشكل مستمر بالتقييم والتتبع لمدى ملائمة الميزات التنافسية للخدمات لرغبات وتوقعات المرضى، فرضا العميل يعد احدى الادوات المهمة لإدارة الجودة في جميع انشطة المؤسسة.

*يتم تحليل البيانات التي تجمع من خلال استبيانات رضا العميل لتحديد مدى رضاه.

*العمل على تطير المهارات السلوكية للمرد البشري للتعامل الجيد مع المريض ومرافقيه واحترام رغباته.

3):اتخاذ القرارات بناء على المعلومات

وهذا العامل يعطي اكبر يعطي ثاني اكبر نسبة مفسرة بعد العامل الاول،وقد ارتبط به عدد من البنود هي[3]:

-هناك مستوى عال من المشاركة من خلاله يتم اشراك المرضى والممرضين في عمليات التخطيط واتخاذ القرارات.

-يتم الاخبار بأي معلومات جديدة تتعلق بجودة العمل المنجز.

-توفر المعلومات اللازمة لتقديم جودة عالية في عملية التمريض.

-هناك عملية تحسين مستمر لنشاطات الجودة عن طريق استخدام عدد من الادوات مثل:الرسوم البيانية للمتابعة،وخرائط السبب والنتيجة،وعمليات المراقبة الاحصائية الى غير ذلك.

[1] رحيمة ميلود حوالف،مرجع سبق ذكره،ص110.

[2] يوسف بودلة وسيد احمد حاج عيسى،تطبيقات ادارة الجودة الشاملة على مؤسسات الخدمات الصحية العمومية،ملتقى وطني حول ادارة الجودة الشاملة وتنمية اداء المؤسسة،جامعة سعيدة،ديسمبر 2010،ص5.

[3] انساعد رضوان،اثر راس المال الفكري على تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية،مجلة الريادة لاقتصاديات الاعمال،العدد 1،2015،ص57.

4) : القيادة الإدارية :

تأتي أهمية القيادة في المؤسسات لمواجهة التحديات والتغييرات التي تجري في البيئة الخارجية، وكذلك حتى تستطيع أن تتولى إدارة البيئة الداخلية بكفاءة وفاعلية من خلال التأثير على سلوك الأفراد العاملين باتجاه أهداف المؤسسة، وأن نجاح هذه الاخيرة يتوقف إلى حدٍ كبير على كفاءة القيادة و فاعليتها ، فالقيادة من الناحية

العملية تكون ملازمة للمجموعة، إذ لا يمكن لأي مجموعة أن تحقق أهدافها من دون وجود قائد إداري يقودها نحو تحقيق أهدافها، كما لا يمكن لأي قائد إداري أن يؤدي دوره بفاعلية من دون وجود المجموعة.

5):التعاون الجماعي بدلا من المنافسة:

يركز نظام إدارة الجودة الشاملة على أهمية التعاون بين مختلف المستويات الإدارية في المؤسسات بدلا من المنافسة بينهم ، حيث أنه من خلال هذا التعاون تستطيع الأقسام معرفة احتياجات الأقسام الأخرى من الموارد المادية ، المالية و الفنية وغيرها من المستلزمات الأخرى ، و يمكن تحقيق التعاون بين المديرين و العاملين من خلال تقليل الآثار السلبية في نظام المكافآت و تقويم الأداء ، وكذلك تشجيع العمل الجماعي كأداة للتحسين المستمر إضافة إلى احترام الآخرين ، و إعطائهم الثقة بعملهم و الاعتزاز بهم.

6):دعم وتأيد الادارة العليا

من الضروري اقتناع الادارة اولا وقبل كل شئ بضرورة تطبيق منهجية ادارة الجودة الشاملة ويمثل دعم وتأيد الادارة العليا اهم ضمان الذي يعمل على مساندة الكوادر في اتخاذ القرارات اليومية الداعمة لتطبيق الناجح لإدارة الجودة ألشاملة على ان يكون هذا الدعم والتأييد نابعا من اقتناعها وإيمانها بضرورة التحسين المستمر وانطلاقا من ان الادارة العليا هي الجهة المنوط بها اتخاذ قرار تطبيق مدخل ادارة الجودة الشاملة باعتباره قرار استراتجيا، فان ذالك يستلزم وجود رؤية رسالة أهداف واستراتيجيات محددة ومنشورة لجميع المستويات الإدارية كما يعبر ابضا عن هذا الدعم والتأييد بالاقتناع والالتزام بالخطط والبرامج وتوفير الموارد المالية والبشرية الازمة لتطبيق المدخل هذا فضلا عن ضرورة تحديد السلطات والمسئوليات وكفاءة التنسيق تلك هي صورة التعبير عن تأيد ودعم الادارة العليا والتي تملك انشاء البنيا التحتية الادارية لأحداث التغير[1] .

اما عوامل النجاح على المدى الطويل يشترط توفر الضمان دعم القيادة العليا في المؤسسة قبل البدء بمشروع التطوير كما يجب على القيادة العليا ان تقود سياسة التغير عن تغير تطبيق ثقافة جديدة وواضحة للعمل لمناصرة التطوير، والذي يتطلب القدرة على بناء تصميم هيكلي بطريقة نظامية، ضمان التزام ودعم الافراد للمشروع

[1] رحيمة ميلود حوالف،مرجع سبق ذكره، ص109.

باعتبارهم عاملا مهم للنجاح تحويل مسار الادارات المتقدمة في المستشفى لخدمة استراتجية المستشفى تحديد الغايات والأهداف الإجرائية تنسيق التغير في اتجاهات الموظفين في بيئة العمل بما يتماشى بمعايير الجودة، ايجاد اسلوب جديد وواضح للاتصال مع القيادة العليا لمراجعة التطوير.

وقد ارتبط هذا العامل بستة بنود هي[1]:

-متطلبات المرضى معروفة لدى ممرضات المتشفى؛

-يتم حل المشاكل التي تواجه المرضى بشكل سريع؛

-تشارك الادارة العليا في عملية تحسين مبادئ الجودة الشاملة في المستشفى؛

-الادارة العليا ملزمة بتحسين جودة الخدمات المقدمة في هذا المستشفى؛

-هناك تأكيد دائم من الادارة العليا على ان تحقيق معايير الجودة العالية هي مسؤولية شخصية لكل موظف في المستشفى؛

-تعمل الادارة العليا على خلق الشعور القوي لدى العاملين بمسؤولية المستشفى نحو المجتمع.

7): الوقاية بدلا من التفتيش

تنطلق فلسفة إدارة الجودة الشاملة من مبدأ أن الجودة عبارة عن ثمرة العملية الوقائية و ليست العملية التفتيشية ، ففي نظرة الإدارة التقليدية نجد أن مراقبة الجودة أو التفتيش على مستوى الخدمات و السلع يكون بعد عملية التصنيع ، أو تقديم الخدمة ، هذه الطريقة التقليدية تستنزف الكثير من الطاقات البشرية و الموارد المالية من أجل الكشف عن عيوب أو أخطاء العملية الإنتاجية ، أما في حالة تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة فإن ذلك سيؤدي إلى تقليص التكاليف وزيادة الإنتاجية ، لأن هذا النظام يحاول إدخال عنصر الوقاية في العملية الإنتاجية ،ومراقبة الانحرافات نواعها ، سواء كانت لأسباب عامة أو لأسباب خاصة ،كما أن اسلوب إدارة الجودة الشاملة يحث على تطوير فكرة الوقاية لدى العاملين أثناء ممارستهم لأعمالهم اليومية.

8): قياس اداء الجودة والانتاجية:

ان قياس اداء الجودة والانتاجية، يمثل احد المتطلبات تطبيق الجودة الشاملة، وهو ما يستلزم وجود نظام مبني على اساليب احصائية مناسبة قادرة على قياس الدقيق، وتحديد الانحرفات السلبية في الاداء ثم العمل على علاجها بشكل فوري. ولكي تكون المقاييس المعمول بها فعالة يجب ان تكون ملائمة ووثيقة الصلة بالمعلومات

[1] يوسف بودلة وسيد احمد حاج عيسى،مرجع سبق ذكره،ص8.

والمعطيات الحديثة، لذا يجب على المنظمات ان تطور من المقاييس وتجعل من الممكن استعمالها حتى تسمح بتحويل القياس اليدوي الى قياس رقمي، حيث ان الخدمة التي لايمكن قياسها لايمكن تطويرها.

9):الادارة الفعالة للمورد البشرى:

لم تعد قضية تحديد مفهوم الادارة وبيان اهميتها موضوع جدل بين الباحثين والممارسين بقدر ما يتركز الاهتمام حاليا حول مساهمتها في حل المشكلات المعاصرة التي تواجه المنظمة. ومن هنا تطورت نظريات التنمية البشرية التي دعا اليها العديد من المفكرين ومن بينهم فرانس كاركا الذي اكد على انا "تطور ونمو الفرد لايكون من الاسفل الى الاعلى ولن يكون من الداخل الى الخارج.واستناد الى اهمية المورد البشري فان الادارة الفاعلة لهذا المورد تمتثل احد متطلبات تطبيق ادارة الجودة الشاملة، حيث يعتبر ذلك ضمان حقيقيا لاستمرار نجاحه، وان الادارة الفعالة لهذا المورد تستوجب العناية بنضم الاختيار والتعيين، تقييم الاداء، التدريب، التحفيز وتقدير الجهود المتميزة، المشتركة والتعاون لتحديد المشكلات وعلاجها، اضافة الى الاهتمام والتاكيد على اسلوب العمل من خلال الفريق والتخلي عن نظام الاداء الفردي.

10)التعليم والتدريب المستمرين:

ان الاهتمام بالعملية التدريبية يكون من خلال اقتناء كل ماهو حديث في مجال التدريب وتقنياته،وبالتالي فان اختيار المستشفى لأسلوب ادارة الجودة الشاملة يحولها الى مؤسسة تعليمية تقدم خدمات عالية الجودة وفي وقت اقل[1]،وهذا معناه ان جودة العملية التدريبية تنعكس في هيئة منتجات وخدمات عالية الجودة.

11)التغذية العكسية:

إن هذا المبدأ يسمح للمبادئ السابقة أن تحقق النتائج المطلوبة منها ، حيث تلعب الاتصالات في هذا المبدأ الدور الرئيس لأي منتج أو خدمة،فالنجاح في الحصول على التغذية العكسية والتي تتحقق في الوقت الملائم تعتبر من العوامل الأساسية التي تسهم في تمهيد وزيادة فرص النجاح والإبداع[2]،وهذا لا يتم إلا من خلال التغذية العكسية ، التي تفيد المؤسسة بآراء العملاء الداخليين والخارجيين وأفراد المجتمع في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

المطلب الثالث:تقييم تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

[1] ديمنغ وروبرت هاغستروم،مرجع سبق ذكره،ص146

[2] عبد اللطيف مصلح محمد عائض،مرجع سبق ذكره،ص108.

عند شروع اي مؤسسة صحية في البدء بتطبيق جهود ادارة الجودة الشاملة،تحتاج الى تةفير الكثير من الجهود والمتطلبات الرئيسية التي تعد المناخ الملائم لتطبيق هذا المنهج،وسنتناول اهم هذه المتطلبات من خلال مقومات ومعوقات تطبيقه في المؤسسات الصحية.

اولا:مقومات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

وضع د.دونالدو بيروديك Dr.Berwick Donld عشرة نقاط استوحاها من نظريات الرواد في الجودة الصناعية (جوران،كروسبي،ايشيكاوا) لتناسب ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية وهي على النحو التالي[1]:

- المؤسسات الصحية بحاجة الى تعريف اوسع واشمل للجودة من المؤسسات الانتاجية؛
- الادارة العليا في المؤسسة الصحية هي المحرك الرئيسي لتطبيق الجودة؛
- الاستفادة من البيانات الكثيرة المتوافرة في المؤسسات الصحية وتطوير عملية جمع البيانات لتطوير العمل؛
- ان استخدام ادوات ووسائل تحسين الاداء مثل المعايير والتدقيق،ووضع لوائح الفحص والإطلاع على التجارب العملية والتحليل العلمي للعمل اساسي لتطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية؛
- لفرق العمل دور هام عند البدء بتطبيق هذا النظام الاداري من اجل فهم العلاقات بين العمليات وتوضيح التغيرات اللازمة لتبسيط الاجراءات وتحقيق الهدف من العمل بأبسط طريقة ممكنة؛
- تساعد وسائل تحسين الجودة في مجال الخدمات الصحية على تحديد المشكلات ،مما يمكن فريق العمل على تحليل العمليات وفهمها ،وهذا يؤدي بدوره الى اداء افضل؛
- ضرورة اشراك الاطباء في عملية التحسين رغم انشغالهم في عملهم التخصصي لأهمية دورهم المباشر في تقديم الخدمة الصحية؛
- عدم اهمال التكلفة الناتجة عن تدني مستوى الجودة او غيابها(الهدر،اعادة العمل،وعدم الموثوقية،تعقيد الاجراءات،تداخل المهام) والتركيز على الوفر الناتج عن تطبيق برنامج النوعية للجودة؛
- التأكيد على اهمية التدريب لكافة مستويات العاملين،بما في ذلك المديرين وفرق العمل؛
- الاهتمام بتحسين الاجراءات الادارية والخدمات المساعدة بشكل متزامن مع التحسين في الامور الاخرى.

وبالاضافة الى المقومات السابقة ولنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ،فيرى اغلب الباحثين في هذا المجال على ضرورة توفر مجموعة من المقومات الاخرى،و نلخصها فيما يلي[1]:

[1] ديمنغ وروبرت هاغستروم،مرجع سبق ذكره،ص ص 150،151.

-يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المؤسسات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛

- يجب أن تقنع الإدارة العليا جميع العاملين في المؤسسة بفوائد ومزايا إدارة الجودة الشاملة؛

- يجب أن تتوقع إدارة المؤسسة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وكلما تفهم الجميع أهميتها كلما انخفضت حدة المقاومة وحجمها.

- ترتفع تكاليف تطبيق إدارة الجودة الشاملة في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين، وعندها يبدأ النظام في الكشف عما فيه من مزايا وفوائد.

-يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في كثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والإستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المؤسسات الصحية.

-إن إدارة الجودة الشاملة ليست بديلا عن الإدارة التقليدية، ولكنها أداة رئيسية وأساسية للبحث عن الأداء العالي المتميز منذ بداية التشغيل حتى نهايته ومنع وجود أخطاء أو الحد منها إلى أقصى حد.

-ولنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة تحتاج المؤسسة إلى نظم فعالة ومساندة اهمها:

- الترويج لنطام الجودة الشاملة وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المؤسسة او حتى خارجها؛
- نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويدعم مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في المؤسسة الصحية؛
- نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية.

-يمكن للمؤسسة الصحية البدء بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في أحد أنشطتها الفرعية ثم تتدرج بعد ذلك منها إلى باقي الأنشطة.

-تحتاج إدارة الجودة الشاملة قبل تطبيقها إلى دورات تدريبية مكثفة، وأيضا إلى الاستفادة من تجارب المؤسسات التي نجحت في هذا المجال.

ثانيا:معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

[1] سيد جاد الرب،مرجع سبق ذكره،ص ص 188،189.

تواجه جهود إدارة الجودة الشاملة، وهي بصدد ممارستها لعمليات التحسين، مجموعة من المعوقات الإنسانية والثقافية والفنية والتنظيمية التي تؤدي إلى إخفاق هذه الجهود، الأمر الذي يتطلب تحديد هذه المعوقات وتشخيص أسبابها، لإتباع المدخل والمنهج السليم للتعامل معها،نستعرض أهمها فيما يلي[1]:

-ضعف التزام الإدارة العليا بأنظمة إدارة الجودة الشاملة (القيم، الرؤية، السياسات الخطط،.....)؛

-عدم ملائمة الثقافة السائدة في المؤسسات الصحية مع متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛

-عدم وجود معايير وأبعاد جودة الخدمات الصحية؛

-عدم الإستعانة بخبراء الجودة في عقد اللقاءات والإجتماعات الدورية مع العاملين؛

-عدم وجود دورات تدريبية لجميع العاملين في كل المستويات الإدارية للتدريب على مفاهيم وأساليب الجودة؛

-غياب الأساليب والطرق الإحصائية التي يعتمد عليها لقياس أداء المؤسسات الصحية؛

-عدم استخدام الأساليب العلمية والموضوعية في اختيار العاملين، وعدم الاهتمام الكافي بتطوير أدائهم،

-نقص الموارد المالية المتاحة للمؤسسات الصحية، مما يعيق تجهيزها بالشكل المناسب؛

-إن المؤسسات الصحية تميل إلى التركيز بشكل أكبر على احتياجات مقدمي الخدمات الصحية أكثر من التركيز على احتياجات المرضى؛

-يعتقد المديرون من الدرجة الوسطى بأن إدارة الجودة الشاملة سوف تحد من صلاحياتهم مما يؤدي إلى التأثير على مسؤولياتهم، لذلك فإنهم يقاومون إدخالها إلى مؤسستهم؛

-عدم اهتمام معظم الأطباء في المؤسسات الصحية بنشاطات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتقدون بأنها لا تنطبق على وظائفهم؛

-نقص مشاركة الأطباء في جهود إدارة الجودة الشاملة، ويعود السبب إلى وجود قناعة لديهم بأن عملهم ذو جودة عالية، وبأن إدارة الجودة الشاملة هي بالدرجة الأولى آلية لضبط التكلفة ،وتؤكد الدراسات أن أي

[1] فاتن احمد ابو بكر،موضى بنت الزومان،معوقات ومقومات تطبيق ادارة الجودة الكلية في الاجهزة الحكومية بالمملكة العربية االسعودية،بحث تطبيقي على مدينة الرياض ،معهد الادارة العامة الرياض،2007، ص17.

مبادرة لتطبيق مفهوم التحسين المستمر في المؤسسات الصحية دون مشاركة الأطباء تزيد من التكلفة الإجمالية لعملية التغيير، ولا تحقق الأهداف المرجوة منها.

بالإضافة الى ماسبق هناك ايضا من يحدد اهم المعوقات التي تعترض نجاح برامج ادارة الجودة الشاملة في الاتي[1]:

1– الهيكل التنظيمي التقليدي السائد في معظم المؤسسات الصحية والذي يقوم علي التخصص والتخصص الدقيق حيث اعتمدت المؤسسات الصحية وبشكل تقليدي على تنظيم وإدارة أنشطتها وخدماتها على اساسا وظيفي وما ينتج عنه من هياكل هرمية تتصف بعلاقات هرمية حادة بين الرئيس و المرؤوس ،الامر الذي يجعل عملية الاتصال والتعاون بروحية الفريق بين الانشطة المختلفة أمر صعب،

2– انماط القيادة السائدة حيث نجد ان معظم القيادات فى المؤسسات الصحية هم مهنيون صحيون على درجة عالية من المهنية ويتمثلون بسلطة المعرفة الى جانب السلطة الادارية الممنوحة للبعض منهم وهذا يصعب من عملية المشاركة وتقبلهم لآراء مرؤوسيهم وشأن حالهم يقول انا الرئيس هنا .

3–التوجه الداخلي للمؤسسات الصحية:فمن المعروف ان المؤسسات الصحية تعمل على تلبية متطلبات الممارسة الطبية للأطباء والمهنيين العاملين فيها نتيجة للنفوذ الكبير الذي يتمتع به المهنيون الصحيون عموما والأطباء خصوصاً،حيث يمارس الأطباء نفوذهم لتلبية المتطلبات التي تمكنهم من الممارسة الطبية على اساس معايير المهنة وليس علي اساس معايير المؤسسة واحتياجاتها ومصالحها،وهذا يحدث غالبا على حساب ومتطلبات وحاجات المرضي والعملاء الخارجيين ، فالأطباء يتوقعون من المؤسسه الصحية توفير كل ما يحتاجون له لتمكينهم من ممارسة المهنة الطبية ويضغطون في هذا الاتجاه،فالولاء للمهنة ومعاييرها وليس للمؤسسة ومعاييرها.

4– طرق التعويض والدفع المالي والحوافز المادية للأطباء :فمن المعروف ان معظم المؤسسات الصحية تتبني أنظمة حوافز مالية تقوم علي تعويض الأطباء علي اساس الخدمة او النشاط الذي يقوم به،هذا يعني ان الدخل المادي للطبيب يتوقف علي حجم الانشطة والخدمات التي يقدمها،مما ينتج ممارسات طبيه وسلوكيات تركز علي الأداء الكمي لزيادة الدخل وما قد ينتج عن ذلك من أخطاء في الممارسة ومبالغة في استعمال موارد المؤسسة اضافة الى سوء الممارسة الطبية وتدني الجودة، فمن المعروف في الخدمات الصحية وعلى عكس معظم السلع والخدمات الاخرى ان الكم الاكبر من الاستهلاك لا يعني الافضل للمرضي.

[1] هبة سيد احمد حسين علي،ادارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية،بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في فلسفة ادارة الجودة الشاملة،كلية الدراسات العليا،مركز ادارة الجودة الشاملة والامتياز،جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا،2015،ص ص54.55.

ان مجمل هذه المعوقات الرئيسية ينبع من الثقافة التقليدية السائدة التي تميز الهياكل التنظيمية الهرمية التي تقوم علي السلطوية و البيروقراطية، مما يحد من نجاحات تطبيق مبادئ وممارسات إدارة الجودة الشاملة، وعند لجوء بعض المؤسسات الى التطبيق الجزئي لممارسات إدارة الجودة الشاملة في ظل تلك المعوقات، تجد نفسها غير قادرة علي تحقيق التحسين المستمر.

خلاصة الفصل:

تشكل المنظومة الصحية احد اهم الاهتمامات الكبيرة للدولة ذلك لانها تتعلق بقطاع خدماتي حساس ليس كنظيره من الخدمات لعدة اعتبارات لعلى من ابرزها توفير خدمات صحية في مستوى طموحات الفرد والمجتمع والعمل على ترقيتها بشكل مستمر .

وتعد الجودة من المتطلبات الحديثة التي يجب توافرها في الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية من اجل تلبية احتياجات ورغبات المستفيدين من خدماتها،مما يفرض عليها منح الاهمية اللازمة لهذا المفهوم وذلك من خلال استيعاب وفهم معنى الجودة وتعميمه على سائر الموظفين،اذ يختلف مفهوم جودة الخدمة الصحية

باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي،حيث ينظر الى الجودةمن منظور طبي على اساس تقديم افضل الخدمات وفق احدث التطورات والتقنيات العلمية الحديثة،اما من منظور المستفيد فتركز على الطريقة التي يتم الحصول فيها على الخدمة ونتائجها النهائية،في حين تعني الجودة من الناحية الادارية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والمقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

ان تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يساعد في تحديد الامكانيات المادية والبشرية المهدورة ومعالجة طرق تسييرها، اذ يعد اسلوب ادارة الجودة الشاملة من افضل الاساليب الادارية الحديثة التي تدفع بمقدمي الخدمة الى المساهمة في تحقيق نجاح المؤسسات.

الفصل الثالث:

نحو ترسيخ ثقافة الجودة من خلال قيادة التغيير

تمهيـــد

تواجه المؤسسات العمومية الاستشفائية اليوم عراقيل وتحديات متعددة داخلية وخارجية كارتفاع تكلفة الخدمة الصحية،لاسيما مع ارتفاع اسعار المعدات والأجهزة الطبية الحديثة،وزيادة الطلب عليها ،وكذلك التوجه نحو فكرة التخصص الدقيق في الممارسات الطبية؛الامر الذي يجعل القيادات الادارية امام تحد كبير في كيفية تحقيق النجاح والتألق في تقديم الخدمات الصحية وفقا لمتطلبات المستفيدين منها،فجميع المؤسسات العمومية الاستشفائية تقدم الخدمات نفسها،إلا انها تختلف في مستوى جودة الخدمة ،ومدى الالتزام بمعايير الجودة والتي تعد من اهم عوامل نجاح او فشل تلك المؤسسات العمومية الاستشفائية،وهذا ما دفع الكثير منها نحو تبني مفهوم ادارة الجودة الشاملة كأسلوب اداري حديث.

ويتميز العصر الذي نعيشه بسرعة التغيير ، مما يجعل من عملية التغيير أمراً حتمياً في المؤسسات الصحية ، و هذا الوضع يجعل من هذه المؤسسات وقادتها أمام تحد كبير لمواكبة ما يحدث ، وهنا يكمن دور قائد التغيير ليقوم بالدور الريادي الملزم به نحو إحداث التغيرات الصحية.

و سنهدف في هذا الفصل الى تحليل دور القيادة الادارية في نجاح ادارة التغيير نحو تفعيل جودة الخدمة الصحية ، ذلك من خلال التعرض إلى النقاط الآتية:

-مدخل الى قيادة التغيير،

- ادارة التغيير كمدخل لتطبيق ادارة الجودة في المؤسسات الصحية؛

- القيادة في المؤسسات الصحية وانعكاسها على الخدمة الصحية.

المبحث الأول : مدخل الى قيادة التغيير

ان عملية التغيير التنظيمي من اهم التحديات التي تواجه القيادات الادارية في مختلف المؤسسات المعاصرة،بسبب الطبيعة البيئية التي تعيش فيها،والتي تتسم بالحركية وسرعة التغيير ،ولقد ادرك الكتاب والمختصون في مجال الادارة عامة والسلوك التنظيمي خاصة،اهمية عملية التغيير والدور البالغ الاهمية في حياة المؤسسات ومدى تطورها.

ولقد اصبح التغيير وكيفية قيادته بنجاح من اهم المواضيع التي تشغل عقلية القيادات الادارية،وتستدعي الحاجة للتغيير في المؤسسات المعاصرة الاستعانة بمديرين قياديين لهم رؤية مستقبلية ، وخيال يمكنهم من تخيل ما ستؤول إليه الأوضاع بعد إجراء عملية التغيير

المطلب الاول:ماهية إدارة التغيير(الابعاد والمراحل)

يعتبر مفهوم إدارة التغيير من المفاهيم الإدارية السائدة في الوقت الراهن؛ فهي تأتي لتكسب المؤسسة مرونة وسرعة في التغيير وأيضاً القدرة على التكيف مع التغيرات المستمرة في الظروف المحيطة بها.

اولا:مفهوم ومبادئ ادارة التغيير:

1-تعريف ادارة التغيير:

قبل أن نصل إلى مفهوم ادارة التغيير يجب التفريق بين التغيير كظاهرة وبين ادارة التغيير كمنهج علمي تطبيقي له اسس وقواعد ،ومن ثم الانتقال الى رسم مسارات هذا التغيير واتجاهاته واثاره ونوعه،لان الفعالية الادارية هي الاداة التي توفر المتطلبات والأرضية المناسبة للتغيير وعناصره [1]،فالخطورة هنا تكمن في التغيير كظاهرة من دائرة ادارة التغيير،لذلك يعتبر التغيير تحديا رئيسيا للقرن الواحد والعشرين بالنسبة للإدارة لان مؤسستها اصبحت قائدة تغيير.

هناك من يعرف التغيير بأنه التحول من نقطة أو حالة في فترة زمنية معينة إلى نقطة أو حالة أخرى أفضل في المستقبل[2] ،فهو انفصال بين الموجود الذي أصبح قديما لا ينفع و المستقبل الذي يحمل التقدم[3].

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

---

[1] ظاهر محمود كلالدة،الاتجاهات الحديثة في القيادة الادارية،مرجع سبق ذكره،ص384 .

[2] محمد بن يوسف النمران العطيات،إدارة التغيير و التحديات العصرية للمدير :رؤية معاصرة لمدير القرن الحادي و العشرين،دار الحامد للنشر و التوزيع، ،عمان ،الأردن،2006،ص 93.

[3] David Autissier,Jean-Michel Moutot ,méthode de conduite du changement,dunod,paris,2007,p 6.

– هو الاسلوب الاداري الذي يتم بموجبه تحويل المؤسسة من حالتها الراهنة الى حالة اكثر كفاءة من بين حالات تطويرها المتوقعة في المستقبل[1].

– هو إدخال تعديلات مدروسة بعد التعرف على البيئة الخارجية للتعرف على التغييرات التي طرأت على تلك البيئة، كذلك دراسة البيئة الداخلية للمؤسسة للتعرف على المشاكل التي تتطلب التدخل،ويمكن أن يكون التعديل في أي عنصر من عناصر المؤسسة سواء رسالة المؤسسة، الإستراتيجية، الأهداف، الهيكل التنظيمي، التكنولوجيا، الأفراد أو أن يتم التعديل في جميع عناصر المؤسسة ويكون في هذه الحالة تغييرا شاملا[2]

–يعرف التغيير التنظيمي على أنه: " عملية تغيير موجه و مقصود و واع يسعى لتحقيق التكيف البيئي بما يضمن الانتقال الى حالة تنظيمية أكثر قدرة على حل المشكلات" [3]

نستنتج من خلال هذا التعريف أن التغيير التنظيمي هو تحول مقصود و مخطط له ويسعى لتحقيق أهداف محددة.

اما مفهوم إدارة التغيير فقد حظي بإهتمام العديد من الباحثين، ومن بين المفاهيم التي وردت حوله نجد ما يلي:

إدارة التغيير هي: "كافة الأنشطة الإدارية المتعلقة بتبديل سلوك العاملين أو الهيكل التنظيمي، أو التقنيات المستخدمة في المؤسسة. "4

كما عرفت على أنها: "جهد شمولي مخطط يهدف إلى تغيير وتطوير العاملين عن طريق التأثير في قيمهم ومهاراتهم وأنماط سلوكهم، وعن طريق تغيير التكنولوجيا المستعملة، وكذلك العمليات والهياكل التنظيمية وذلك سبيلا لتطوير الموارد المادية والبشرية، أو تحقيق الأهداف التنظيمية، أو الهدفين معا."5

وهناك من يعرفها ايضا على انها:" عملية تحويل المؤسسة من خلال تطبيق منهج شمولي عملي متدرج من الواقع الحالي إلى الواقع المراد الوصول إليه من خلال تطوير الأعمال والسلوك بإتباع أساليب عملية لتعزيز التغيير المراد إحداثه ، كما أن إدارة التغيير هي الاستعداد المسبق من خلال توفير المهارات الفنية والسلوكية والإدارية

[1] اياد حماد و تيسير زاهر،مرجع سبق ذكره،ص386.

[2] عوني فتحي خليل عبيد، واقع إدارة التغيير وأثرها على أداء العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية، مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية غزة، 2009، ص12.

[3] زيد منير عبوي، إدارة التغيير و التطوير، دار كنوز المعرفة، عمان، 2006، ص 21

[4] اياد حامد وتيسير زاهر،مرجع سبق ذكره، ص587 .

[5] هاشم حمدي رضا، إدارة التحول والقيادة الفعالة، دار الراية للنشر والتوزيع،الأردن، 2010، ص 114.

لاستخدام الموارد المتاحة بكفاءة وفعالية[1] للتحول من الواقع الحالي إلى الواقع المستقبلي المنشود خلال فترة محددة بأقل سلبيات ممكنة على الافراد والمؤسسات

ووفقا لمختلف التعريفات فإننا نستخلص اهم الخصائص المتعلقة بهذا المفهوم والمتمثلة في:

-تبني فكرة او سلوك جديد؛

-التكيف مع المتغيرات البيئية؛

-احداث تغييرات او تعديلات .

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول ان ادارة التغيير :هي تحديد وتبني مجموعة من الاستراتيجيات الجديدة والسياسات والهياكل والإجراءات والتكنولوجيات الحديثة الخاصة بالمؤسسات الصحية بهدف التعامل مع المتغيرات في الظروف الخارجية وبيئة الاعمال الحالية،والسعي الى الارتقاء بالخدمات الصحية.

وهناك نوعان من ادارة التغيير 2:التغيير الاستراتيجي وهو يعنى بالقضايا الرئيسية طويلة الاجل التي تشغل المؤسسة ،و هو خطوة للمستقبل ولذلك يمكن تعريفه بصفة عامة بمصطلح الرؤية الاستراتيجية ويشمل هدف المؤسسة ورسالتها وفلسفتها المشتركة عن النمو والجودة والابتكار والقيم الانتاجية،اما التغيير الوظيفي[3] فيرتبط بالنظم الجديدة والإجراءات والهياكل والتقنيات التي لها اثر مباشر على تنظيمات العمل داخل اي قطاع من المؤسسة،وهذه التغييرات قد تكون اثرها قصير المدى واكبر على العاملين من التغييرات الاستراتيجية ولذلك فانه يجب التعامل معها بعناية فائقة.

2-مراحل ادارة التغيير

يعد Kurt Lewin من اشهر من كتب في هذا المجال ،وقد طور نموذجا لاحداث التغيير حظي باهتمام كبير وقبول واسع من قبل معظم الكتاب ،وبحسب اعتقادهم ،فان النموذج الذي قدمه Kurt Lewin والمراحل التي حددها تساعد بشكل كبير على احداث التغيير بفعالية،اذا ما تم تطبيقه بصورة مناسبة سليمة تتناسب مع ظروف المؤسسة وحاجياتها،ضمن تغيير مخطط وواع ،وتتمثل هذه المراحل في[4]:

- مرحلة إذابة الجليد : وتعرف ايضا بمرحلة التهيئة للتغيير و هنا يتم التخلص من الممارسات و الاتجاهات الحالية، و إيجاد الدافعية و الاستعداد لتعلم أشياء جديدة من خلال إيجاد شعور لدى العاملين بالحاجة للتغيير و

[1] محمد بن يوسف النمران ،مرجع سبق ذكره،ص92 .

[2] عدنان العتوم وقاسم كوفي، مرجع سبق ذكره ،ص32.

[3] علي السلمي،ملامح الادارة الجديدة في عصر المتغيرات وانعكاساتها على ادارة التغيير،ورقة عمل مقدمة في الملتقى الاداري الثالث:ادارة التغيير ومتطلبات التغيير في العمل الاداري-نحو ادارة متغيرة فاعلة-،الجمعية السعودية للادارة،جدة،29-30مارس2015 ،ص 145-146.

[4] احمد ماهر،السلوك التنظيمي مدخل بناء المهارات،الدار الجامعية،الاسكندرية،2005،ص437.(بتصرف)

عدم الرضا عن الوضع الحالي، و مما يسهل إذابة الجليد الضغوط البيئية و الإدراك بوجود مشكلة حقيقية أو متوقعة تتطلب إحداث التغيير المطلوب و تلعب هذه المرحلة دورا كبيرا في إنجاح عملية التغيير .

– مرحلة التغيير:وفي هذه المرحلة ينبغي التركيز على ضرورة تعلم الفرد لأفكار وأساليب عمل جديدة ،

و يحذر لوين Lewin من التسرع في الإقدام على هذه المرحلة و إحداث التغيير، إذا لم يتم إلغاء الوضع الحالي بشكل سليم (إذابة الجليد) لأن ذلك يترتب عليه بروز مقاومة شديدة ضد التغيير، لهذا يجب التعامل مع القوى المعارضة للتغيير باهتمام و محاولة تقليلها و من ثم زيادة القوى الدافعة إن لزم الأمر.

– مرحلة إعادة التجميد(التثبيت): عندما يحدث التغيير يتم إحداث التوازن من جديد، أي تثبيت التغيير و مساعدة الأفراد على دمج الاتجاهات و الأفكار و المهارات الجديدة في الممارسات الفعلية، فلا يكفي في هذه المرحلة إحداث التغيير بل المهم جدا هو حماية ما تم انجازه و الحفاظ عليه و على المكاسب الناتجة عنه و ضمان إستمراريتها و ثباتها.

لقد حظي نموذج Lewin باهتمام كبير و يعتقد الكثير من الباحثين أن المراحل التي قدمها لوين تساعد كثيرا على إحداث التغيير بفعالية إذا ما طبق النموذج و مراحله بصورة سليمة، إلا أن هذا النموذج يفتقد إلى تحديد دقيق و تفصيلي للعمليات الواجب القيام بها لإحداث التغيير الناجح في كل مرحلة.

و الشكل الموالي يوضح مراحل التغيير عند Lewin:

الشكل رقم (3–1): نموذج Lewin لمراحل إدارة التغيير التنظيمي



المصدر: احمد ماهر،السلوك التنظيمي مدخل بناء المهارات،الدار الجامعية،الاسكندرية،2005،ص437

يتضح من الشكل أن النموذج له ثلاث مراحل اساسية أولا توجد مرحلة إذابة الجليد و هي المرحلة التي يحدث فيها إدراك أن هناك حاجة ماسة للتغيير و خلالها يتخذ إجراءات تقوية القوى الدافعة و إخفاق المقاومة ،و تتبعها فترة تنفيذ التغيير، يتبع هذه المرحلة إعادة التجميد ليصبح الوضع الجديد جزءا من تفكير و ممارسة الإدارة و العاملين ،و عليه فإن احتمال نجاح التغيير سيكون متدنيا إذا لم يكن الأفراد مستعدين للتغيير أو غير موافقين عليه.

ثانيا: مداخل إدارة التغيير

يمكن للمؤسسة أن تحدث التغيير في مختلف عناصرها الداخلية والتي يمكن تصنيفها إلى المجالات الرئيسية الآتية:

-**المدخل الاستراتيجي** :تسعى اغلب المؤسسات عادة إلى إجراء تعديلات وتغييرات على استراتيجياتها وذلك لتحقيق التوافق مع التغيرات البيئية المحيطة بها، ويحدث التغيير في هذا المجال على استراتيجيات المؤسسة بما فيها الإستراتيجية الكلية لها، استراتيجيات الإدارات الفرعية والاستراتيجيات الوظيفية،حيث أن التغيير الاستراتيجي يعبر عن التغيير في قرارات المؤسسة المتعلقة بعملية تخصيص الموا رد وأيضًا تغيير الأهداف المسطرة ومن أمثلة هذا التغيير تقديم المؤسسة لمنتجات جديدة أو دخول أسواق جديدة[1].

-**المدخل الهيكلي**: يستند هذا النوع من التغيير الى ادخال تعديلات في الهيكل التنظيمي وعلاقات السلطة ،والمسؤولية ،وأنظمة اتخاذ القرارات ...الخ،ويشير التغيير الهيكلي من منظور التغيير التنظيمي الى التصرفات الادارية التي تستهدف تحسين الاداء من خلال تغيير هيكل العلاقات الرسمية لمواقع السلطة والمسؤولية ،ويشمل على تغيير الهيكل التنظيمي للمؤسسة،وايضا هياكل الادارات الفرعية وتوزيع الوظائف ،كما يشمل مصادر اتخاذ القرارات[2]،ويأخذ هذا المجال من التغيير عدة اشكال اهمها:

-تغيير طبيعة الوظيفة وذلك من خلال استخدام اساليب او تكنولوجيات عمل جديدة؛

-التغيير في طبيعة علاقات السلطات التنفيذية والاستشارية؛

-التغيير في الانظمة الاجتماعية الفنية.

-**المدخل التكنولوجي**:تقوم المؤسسة بالتغيير التكنولوجي لمواجهة الأوضاع الجديدة واقتناء التكنولوجيات التي تعود عليها بالفائدة كتخفيض التكاليف، تحسين الجودة، والالتزام أفضل بمواعيد تسليم الإنتاج ويتمثل التغيير التكنولوجي في إدخال وسائل إنتاج حديثة أو تغيير طرق وخطوط الإنتاج،كما أنه يتعدى وظيفة الإنتاج حيث أصبحت المؤسسات اليوم تقوم بتطوير طرق ووسائل الاتصال باقتناء وسائل وتقنيات الاتصال الجديدة وأبعد من ذلك توصل التقدم التكنولوجي إلى تطوير طرق المعاملات منها: طريقة تحويل الأموال والدفع بوسائل الكترونية وأيضًا القيام بالصفقات التجارية عبر شبكة الإنترنت(التجارة الإلكترونية) ، هذه الشبكة التي تخدم جميع المجالات مثل تقديم برامج التعليم والتدريب الالكترونية.

[1] راوية حسن ،مرجع سبق ذكره ،ص313.

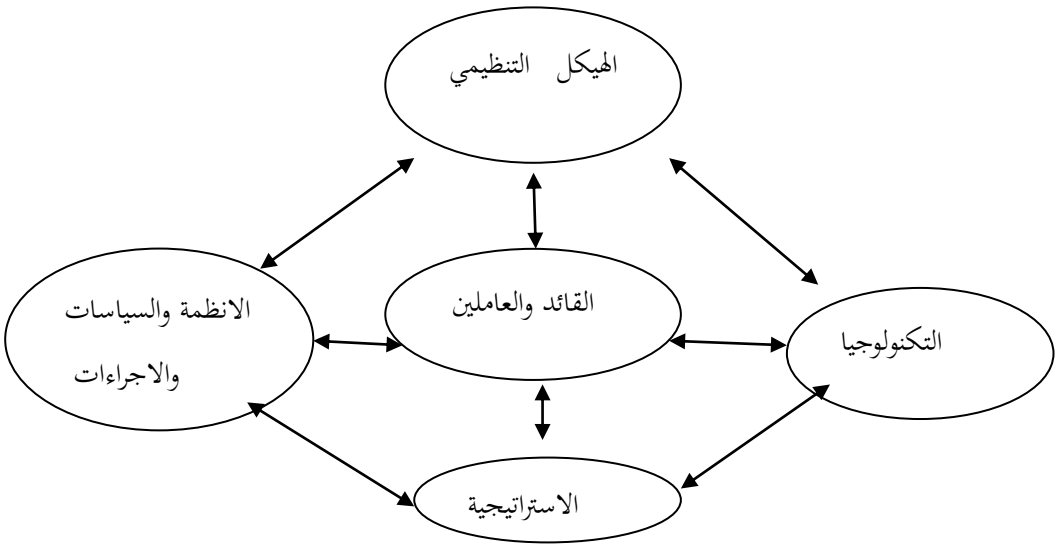
[2] Jean Brilman,Les meilleurs pratiques du management au cœur de performance ,édition d'organisation,3 éme tirage,2000,p363.

-**المدخل الانساني**:يحاول كل من التغيير التكنولوجي والتغيير الهيكلي تحسين الجانب التنظيمي عن طريق تغيير وضعية العمل،ومن جهة اخرى يحاول التغير الانساني تغيير سلوك الافراد [1]،فالمؤسسة تمثل اولا وقبل كل شيء نماذج انسانية.

-**التغيير على مستوى الانماط القيادية المتبعة**: مما لا شك فيه ان نمط القيادة يؤثر في عملية التغيير ويعتبر اهم الوسائل وذلك من خلال التاثير المباشر فيما تقوم به من مهام وادوار تغييرية،او بالتغيير غير المباشر من خلال اثر القدرة التي تتركها القيادة لدى العمال[2]،ويوجد العديد من الانماط القيادية التقليدية في المؤسسة ،غير ان عملية التغيير تتطلب انماط قيادية حديثة كالقيادة التحويلية والقيادة التبادلية لانجاح عملية التغيير وهذا ما سوف نتطرق الى دراسته في الدراسة التطبيقية.

واستنادا الى ما تقدم فان مجالات التغيير تشمل كل من الاستراتيجية ،التكنولوجيا،الهيكلة،الانظمة،الثقافة وطرق وأساليب التسيير،والشكل التالي يوضح تداخل مجالات التغيير

شكل رقم (3-2) :الاجزاء المتداخلة للتغيير



المصدر:من اعداد الباحثة بالاعتماد على :بلكبير بومدين،ادارة التغيير والاداء المتميز في المنظمات العربية،دار العالم العربي للنشر والتوزيع،دبي،الامارات العربية المتحدة،2009،ص31

ثالثا:تعريف مقاومة التغيير

[1] James A.Fstoner and other, Management, Prentice Hall international editions, New Jersey-USA, 6 editions, 1995,p45.

[2] زكريا الدوري،نجم العزاوي واخرون،وظائف وعمليات منظمات الاعمال،دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع،الطبعة العربية،عمان ،الاردن،2010،ص30.

رغم اتفاق كل الدراسات على أن مقاومة التغيير تعتبر من أهم المشاكل التي تواجه القيادة الإدارية، إلا أنه لا يوجد تعريف موحد لمقاومة التغيير، فكل باحث يرى المقاومة من منظور فهمه الخاص للجوانب السلوكية أو التنظيمية أو التكنولوجية المتعلقة بهذا الشأن، وفي هذا الصدد يصف مقاومة العاملين للتغيير بأنها المشكلة الرئيسية الأولى التي تواجه المؤسسات، وذلك لأنها تعرقل قيادة التغيير.

فمقاومة التغيير :هي عبارة عن ردود أفعال رافضة للتغيير يصدرها الأفراد، وذلك نتيجة التخوف من عواقب التغيير التي قد ينتج عنها تغيير الأدوار والمراكز[1]، وعادة تظهر مقاومة التغيير نتيجة لغموض أهدافه وسياساته أو لتجاهله خصائص وقيم التنظيم والأفراد.

و تعرف ايضا بأنها "الامتناع عن التغيير والتمسك بالأوضاع القائمة"[2].

و عموما فمقاومة التغيير تظهر عندما تكون أهداف التغيير غير واضحة للأطراف الذين سيتأثرون به مما يجعلهم يقاومون حدوثه بشتى الطرق متخذين بذلك أشكالا مختلفة، فقد تكون المقاومة علنية أو مستترة فردية أو جماعية، و كل ذلك يساهم دون شك في تعطيل برامج التغيير.

و أمام هذه الظروف و المواقف أصبح التحدي الذي تواجهه هذه المؤسسات هو كيفية إدارة التغيير بنجاح حتى تتمكن من تحقيق أهدافها و بالتالي استمرارها، و هو ما يلقي على عاتق القيادات الإدارية مسؤولية إدارة التغيير التنظيمي و العمل على الحد من مقاومته[3]، و التأثير في العاملين لإستيعاب متطلبات التغيير و التكيف معه . و هناك سلسلة من سبع خطوات واضحة و مترابطة يستطيع المديرون أن يبدأوا بها، و يعتقد اوكلاند أن هذه الخطوات إذا ما تم تطبيقها بعناية ستؤدي إلى ما يعرف بالتعزيز الذاتي لدى العاملين لما أسماه بحلقة الالتزام –الاتصال – الثقافة و هذه الخطوات هي[4]:

* أن الالتزام نحو التغيير في أرجاء المؤسسة يبدأ من القمة

على الإدارة العليا أن توجه وتقودالتغيير بشكل إيجابي وأن تظهر أمثلة ونماذج على التزامها وتحملها المسئولية والثقة بالأفراد والمرونة وإصرارها المتواصل على التشجيع ودفع عملية التغيير،كما أنه من أفضل الطرق لتطوير

[1]MC Crimmon, M, "The Changer Master Managing Adapting To Organizational Change", pitman publishing, London, 2007, p05

[2] Pascal cherpentier ,les formes du management ;la gestion du changement dans les organisation,disponible sur le site :http://www .ladocumentation .fr /var/storaye/libris/330333043211/pdf(8/8/2018)

[3] Jean Pierre et autre,La Boite à Outils Du Leadership,Dunod,Paris,2013,p125

[4] زيد منير عبوي،مرجع سبق ذكره،ص ص23-24.

التزام شخصي هو التأكد من أن الأفراد يعرفون ماذا يجري وإلا فإنهم سيشعرون بأنهم مهمشون، وبالتالي يتولد لديهم قناعات بأن إدارة الجودة الشاملة ليست لهم أو أنهم ليسوا جزءاً منها وهو ما سيؤدي بدوره إلى الاستياء مما يؤدي في النهاية إلى فشل عملية التطبيق.

* تطوير رؤية مشتركة و رسالة للمؤسسة أو للتغيير المطلوب

توضح الرسالة غرض المؤسسة أو الوحدة، كما أنها تجيب على أسئلة من قبيل لماذا نحن هنا؟ أو ما هو غرضنا الرئيسي؟ ما الذي يتوجب علينا تحقيقه؟ لذا فإنها تعرف حدود العمل الذي تعمل فيه المؤسسة،وفي هذا الصدد يرى أوكلاند أن رسالة المؤسسة المثالية لا تزيد عن أربعة أسطر و أن تكون واضحة،و سهلة الوصول إلى جميع العاملين ،وان تكون واقعية،و بنّاءة.

* ترجمة الرسالة إلى عوامل النجاح الأساسية فيها و تطبيقها

و الخطوة الأولى في التحول من الرسالة إلى عوامل النجاح الأساسية هي حصر جميع العوامل التي تؤثر على مهمة المؤسسة، و يمكن تعريف عوامل النجاح الأساسية على أنها" ما يتوجب على المؤسسة إكماله لتحقيق و إنجاز رسالتها".

* تعريف مؤشرات الأداء الرئيسية بحيث تكون قابلة للقياس في ضوء الرسالة و عوامل النجاح الأساسية

تقدم أو توضح الرسالة عوامل النجاح الأساسية" ماذا يجب "و لكنها يجب أن تكون مدعمة بمؤشرات أساسية للأداء و قابلة للقياس، و تستخدم هذه المؤشرات لمراقبة التقدم كدليل على نجاح المؤسسة في جميع الاتجاهات الداخلية و الخارجية.

* فهم العمليات الأساسية والعمل على تبنيها[1]

إن كل عملية من العمليات مرتبطة بعامل من عوامل النجاح الأساسية و يجب أن تعرف بشكل جيد و بالتالي فإنه يجب أن تقابل كل العوامل بعمليات كافية لتحقيقها،كما أن كل عملية يجب أن يتكفل بها من يشرف على إنجازها و يفضل أن يكون عضو من بين أعضاء الإدارة التي حددت ووافقت على عوامل النجاح الأساسية، و العامل البشري مهم جدا في دفع عجلة التغيير في المؤسسات،كما ان له تأثير مهم ايضا في التصدي للتغيير،فالأفراد يميلون الى مقاومة تغيير الوضع الراهن،فالمقاومة ترتبط بالطبيعة البشرية لما قد يسببه هذا التغيير من ارباك وقلق وخوف من فقدان مزايا خاصة كانت متوفرة لديهم ورغبتهم في الحفاظ على الاستقرار والامن.

[1] زيد منير عبوي،مرجع سبق ذكره،ص 25.

المطلب الثاني:ماهية قيادة التغيير

تتطلب ادارة التغيير وجود دور فاعل للقيادات الادارية لإنجاح عملية التغيير المطلوبة،حيث يعد العنصر البشري هو العنصر الرئيسي لنجاح عملية التغيير،ويتوقف مدى تحقيق الاهداف المرجوة منها بالدرجة الاولى على السلوك الذي يقرره الافراد والجماعات تجاه هذا التغيير.

اولا: خصائص قيادة التغيير

قبل البدء بأهم خصائص قادة التغيير ينبغي التطرق الى ابرز التعريفات الخاصة بهذا المفهوم .

1-تعريف قيادة التغيير:

ينظر الى قيادة التغيير على أنها قيادة تحويلية حيث تعرفه بأنها "نمط قيادي له رؤية واضحة عن المستقبل وأهدافه تشجع المرؤوسين على المشاركة في بلورة رؤية طويلة الأجل بتبني أساليب قيادية مرنة تمكن من التأقلم والتكيف مع التطورات والتغيرات العالمية المعاصرة، وتهتم بالعمل الجماعي المنظم والعمل على إيجاد بيئة إدارية صحية تقوم على التفاهم والحوار البناء والمشاركة في المستويات الإدارية جميعا[1].

إذن قيادة التغيير هي محاولة بذل اقصى الجهود وإتباع جميع السبل التي من شأنها توفير الإمكانيات المادية وإتباع الاساليب والتقنيات الحديثة ،بالإضافة الى ادماج قدرات الموارد البشرية (المتعلمة والمدربة)لإحداث التغيير في ظل ما تفرضه بيئة الأعمال وضغوط العمل(توفير المناخ الملائم لإحداث عملية التغيير)من جهة، وامتلاك القدرة على المبادرة والابتكار والمرونة لتنفيذ عملية التغيير واستمرارها باتجاه إيجابي ومنه دفع المنشأة نحو التميز والريادة.

و تعرف ايضا بانها[2]: القيادة التي تتعلق بنشر وهج جديد ،وصياغة رؤية جديدة والدفع بشكل مستمر لتحقيقها لإحداث التغيير.

اما في هذه الدراسة فقيادة التغيير نعني بها قدرة قيادة (المدير العام والمدراء الفرعيين) المؤسسات الاستشفائية بولاية المدية على التوجيه والتأثير الايجابي نحو اتجاه التغيير والمتعلق بمختلف مجالات التغيير،ومن ثم اقتراح استراتيجية مناسبة لإحداث نقلة نوعية في اتجاه الموظفين لتحقيق الاهداف المبتغاة من وراء برامج وانشطة التغيير التنظيمي و العمل على الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية المقدمة.

2:الخصائص الواجب توافرها في القيادة لإنجاح التغيير:

أشار السكارنة انه لابد من توافر خصائص معينة في القيادة كي تنجح عملية التغيير وهذه الخصائص هي[3]:

[1] اياد حماد و تيسير زاهر،مرجع سبق ذكره ،ص386.

[2] بلال خلف السكارنة ،مرجع سبق ذكره،ص338.

[3] بلال خلف السكارنة ،مرجع سبق ذكره،ص 356 ص 357

-القدرة على تحديد الاهداف ،وتحديد السياسات والإجراءات:ان نجاح عملية التغيير يتوقف على قدرة القادة على تحديد الاهداف بوضوح،حيث ان وضوح الاهداف يساعد على توجيه الافراد وحشد الطاقات والإمكانيات المتوفرة؛

-القدرة على الحركة والمبادأة والابتكار : يجب ان تتوافر المهارات ،والقدرات،والدافعية للإبداع والابتكار لدى الافراد القائمين على تنفيذ عملية التغيير؛

-القدرة على مواجهة المواقف المتغيرة: هذه الخاصية تتطلب مهارات عالية للقائد،وهذا من اجل العمل بقوة وحزم بما يتماشى مع التغييرات التنظيمية،والتكنولوجية،او البشرية وكذلك القدرة على مواجهة الازمات؛

-القدرة على احداث التغيير :اذ يجب ان تتوافر لدى القائد القدرة والرغبة على احداث التغيير؛

-القدرة على اتخاذ القرارات الموضوعية :وذلك من خلال انتهاج المعرفة العلمية في اتخاذ القرارات،والابتعاد عن اللاموضوعية والعشوائية ؛

-القدرة على التنفيذ بكفاءة وفعالية:يجب ان القائد ذو قدرة ومهارة على بلورة السياسات وتحديد الاهداف ،مما يساهم في ترجمة السياسات الى واقع عملي وحشد الطاقات والقدرات لتسهيل الوصول الى الاهداف ؛

-القدرة على التنظيم والإبداع والتفويض:يجب ان يتمتع التنظيم الناجح بدرجة عالية من المرونة،وكذلك تفويض الصلاحيات يلعب دورا بارزا في انجاح التغيير.

ثانيا:أبعاد ونماذج قيادة التغيير

1:ابعاد قيادة التغيير

تشمل هذه الابعاد عدة جوانب يجب على القائد ان يأخذها بعين الاعتبار أثناء قيامه بإدارة التغيير، تتمثل في :

- تطوير رؤية عامة مشتركة للمؤسسة: فالقائد عموما يحث على بث رؤية مشتركة لدى العاملين، ويخلق الحماس لديهم من اجل تعزيز الاتجاه نحو التغيير؛
- بناء اتفاق جماعي بخصوص أهداف المؤسسة وأولوياتها[1]: التعاون مع المرؤوسين لصياغة أهداف واضحة؛
- بناء ثقافة مؤسسة مشتركة تعنى بالقيم التنظيمية وتشمل ايضا القواعد السلوكية،و القيم والقناعات الداعمة للتغيير؛
- تقديم نموذج سلوكي لقائد يحتذي به: أن يشكل القائد بسلوكه رمز الهيئة العاملين معه؛

[1] Helin Shipton et all, The impact of leadership and quality climate on hospital performance,iternational journal for quality in health care ;Oxford University ,volume 20,nember 6,2008, p441.

– مراعاة الحاجات الفردية للعاملين والعمل على تلبيتها : كالحاجة إلى النمو المهني والترقية والتحفيز؛

– هيكلة التغيير وترسيخه في ثقافة المؤسسة: يتضمن السلوكيات الهادفة لتوفير فرص مناسبة لأعضاء التنظيم الإداري للمساهمة في عملية صنع القرارات المتعلقة بقضايا تهمهم وتؤثر عليهم، ودفعهم نحو التغيير والتطوير على المستويين الفردي والجماعي.

بالإضافة الى الابعاد التالية[1]:

–أن يقرر القائد الإداري ما إذا كان يجب أن يكون التغيير سريعا أو بطيئا وذلك وفق الظروف التي يعيشها التنظيم والحاجة إلى التغيير؛

–أن يقيم القائد الإداري مدى الحاجة إلى تغيير شاملي أو تغيير جزئي في المؤسسة؛

– أن يحدد القائد الإداري نوع التغيير الذي يريد إحداثه أو التعامل معه، وهل هو تغيير مادي أو تغيير معنوي*.

2–نماذج قيادة التغيير

ان قائد التغيير هو باختصار باعث التغيير ومحرك لسلوكيات الافراد او المجموعات بهدف انجاز ما ينبغي تغييره وتتلخص اهم نماذج قيادة التغيير في:

–التغيير من القمة الى القاعدة:تكون هنا المبادرة الى التغيير من الادارة العليا لأجل التحسين في اداء المؤسسة ،ويدعم هذا التغيير نظرية القيمة الاقتصادية التغييرية والتي تدعو قادة المؤسسات للدخول في استثمارات اقتصادية محفزة وإدخال تغييرات ادارية جديدة على نظام المؤسسة في شكل:اعادة الهيكلة الادارية،تحجيم المؤسسة والتي تؤدي بدورها الى تحسين الاداء.

–التغيير من اسفل الى اعلى:في هذه الحالة يكون التغيير من داخل الوسط التنظيمي من عدد من المديرين من مختلف الاقسام الادارية بدعم وتشجيع الافراد العاملين بحيث يقوم على الابداع والمبادرات الفردية التي تسعى الى تحسين الاوضاع العملية والعلاقات الاجتماعية والتي تؤدي بدورها الى تحسين الاداء،يدعم هذا التغيير نظرية المؤسسة التغييرية2،والتي تدعو الى تعظيم قدرات الاداء بالتركيز على ثقافة المؤسسة وتطوير الموارد البشرية بمشاركتها في القرارات،بالإضافة الى الدور المهم لمدير الادارة الوسطى في الربط ما بين ممثلي التغيير والمكلفين بتنفيذه بالتوفيق ما بين رؤيا المؤسسة والمعارف التشغيلية[3].

---

[1] خدير نسيمة،مرجع سبق ذكره،ص109.

*التغيير المادي نعني به التغيير التقني او الاجرائي،اما التغيير المعنوي هو التغيير في السلوكيات.

[2] حسن ابراهيم بلوط،المبادئ والاتجاهات الحديثة في ادارة المؤسسات،دار النهضة العربية،بيروت،لبنان،2005 ،ص351.

[3] Michel B ,Olivier M, Manageor :Les Meilleurs Pratiques De Management,Dunod,paris,2006, p423.

-التغيير من القمة الى القاعدة الى القمة:يحقق هذا النموذج مزايا النموذجين السابقين اذ يقوم على الاتصال متعدد الاتجاهات في المؤسسة والذي يجمع بين كل الافراد في المستوى الواحد والمستويات المختلفة للتنظيم ،بحيث يضمن العلاقات الاجتماعية في التنظيم،اما عن التغيير فيتم طرح الفكرة من الادارة العليا وعرضها وتوضيحها للعمال في المستويات الدنيا لمناقشتها وإبداء الاراء للاتفاق على بديل مشترك او ان تطرح اقتراحات الافراد على الادارة العليا لمناقشتها والخروج بقرار نهائي يكون لصالح الكل في المؤسسة[1].

مما سبق نستطيع القول انه يجب على القيادة الادارية ان تقود سياسة التغيير بصفة عامة عن طريق [2]:

-تطبيق ثقافة جديدة واضحة للعمل،فالتغيير يتطلب القدرة على بناء تصميم هيكلي بطريقة نظامية؛

-ضمان التزام ودعم الافراد للمشروع باعتبارهم عاملا اساسيا لنجاح احداث التغيير ؛

-تحويل مسار الادارات المتقدمة في المستشفى لخدمة استراتيجياتها؛

-تحديد الغايات والأهداف الاستراتيجية؛

-تنسيق التغيير في اتجاهات الموظفين في بيئة العمل بما يتماشى بمعايير الجودة؛

-ايجاد اسلوب جديد وواضح للاتصال مع القيادة لمراجعة التغيير .

ولاشك ان هناك بعض القيادات ترى ان التغيير هو الاساس في الاعمال لأنها تدرك ان التغيير يأتي من كل مكان حولها وان لم تقبله اليوم طوعا ستقبله غدا فرضا،ولان القيادة المتميزة والفائقة اليوم هي في جانب اساسي منها قيادة التغيير وان جزء مهما من خبراتها هو كيف تقود التغيير وكأنه جزء من المفاهيم والتنظيم والكفاءة والربحية في المؤسسة [3].

المطلب الثالث: القيادة الادارية في ظل ادارة التغيير:

تأسيسا على المفاهيم السابقة نستخلص بان هناك علاقة وطيدة بين القيادة والتغيير،فوظيفة القائد الرئيسية تكمن في تحقيق التغيير الإيجابي للمؤسسة، وفي المقابل إن كل تغيير يتطلب قيادة فعالة لكي يتجسد على أرض الواقع، يمثل التغيير إذن وسيلة أساسية لضمان إدارة عمومية فعالة وإنسانيه كما تعد قيادة التغيير بأدوارها ومفاهيمها مسألة أعمق بكثير من مجرد تحقيق الكفاءة في الأداء نظرا لتكاليفها وزعزعتها لاستقرار الأوضاع إضافة إلى صعوبة ضمان نتائجها.

[1] فريد النجار، التغيير والقيادة والتنمية التنظيمية محاور الاصلاح الاستراتيجي في القرن 21،الدار الجامعية الاسكندرية،بدون طبعة،2007،ص91.

[2] Jean Pierre et autre, Op ,Ct,p124 .

[3] نجم عبود نجم،مرجع سبق ذكره،ص244.

اولا: الادوار القيادية في ضوء ثقافة التغيير:

على القائد ان يمارس ادوار قيادية حديثة تساعد على احداث التغيير المرغوب وإدارته بشكل يضمن مواكبة التقدم الحاصل في علم ادارة التغيير،ومن اهم هذه الادوار مايلي:

1-دور القيادة في مواجهة تحديات التغيير

إن إدارة التغيير كأداة لتحقيق الفعّالية الإدارية، تتطلب من القائد إجراء تغيير في متطلبات عنصر أو أكثر من عناصر الموقف الإداري، مما يستدعي منه وضع إستراتجية للتغيير إذا أراد تحقيقه بكفاءة ولذلك على القائد الإداري التكيف مع متطلبات التغيير ومعالجة ردود الفعل إزاء التغيير، كما هناك فرصا يجب استثمارها، ومخاطر يجب تجنبها وهي:

أ-التكيف مع متطلبات التغيير: [1] يتطلب التغيير التنظيمي من القائد تكييف نفسه لمواجهة تحديات هذا التغيير، لأن درجة القدرة على التكيف تعتمد على الاسلوب القيادي المتبع ودرجة تفاعله مع البيئتين الداخلية والخارجية.

ب-معالجة ردود الفعل إتجاه التغيير[2] :يعتبر القائد فعالا إذا كان يعرف متى وكيف ينفذ برنامج التغيير، وهذا يتطلب منه أن يضع في الحسبان أهمية دور موظفيه كعامل مؤثر في إنجاح التغيير، وأن يعرف مدى قبولهم للتغير، وأن يعرف مدى معارضتهم له.

وعموما فالقائد الناجح هو الذي يسعى جاهدا إلى توفير المناخ الملائم الذي يشجع ويحفز العاملين لاستخدام أقصى طاقاتهم وقدراتهم ، بالإضافة الى تميزه بالإبداع والمبادأة في العمل والرغبة في التغيير،وقد يلجا في هذه الحالة الى مشاركة العاملين في صنع القرار.

ج-رصد الفرص وتجنب المخاطر :تتمثل الفرص التي يجب على القائد استثمارها في التكنولوجيا الجديدة والانفتاح على العالم الخارجي،وكذا الاستثمار في الاصول البشرية[3]، وتوفير مصادر التمويل، وكذلك فتح مجال الشراكة وظهور أفكار الجودة الشاملة، بالإضافة إلى تخفيض القيود والرقابة الحكومية ؛أما فيما يخص المخاطر التي يجب على القائد تجنبها كنقص المعلومات، الثقافة والقيم المعرقلة للتغيير،التغيرات غير المتوقعة في القوانين، كثرة وارتفاع الضريبة واتساع الفجوة التكنولوجية.

---

[1] علاوي عبد الفتاح،القيادة بالكفاءات ودورها في ادارة التغيير التنظيمي والتعامل مع مقاومته،مجلة الاقتصاد الجديد ،جامعة برج بوعريريج،الجزائر،العدد 11،المجلد2 ، 2014،ص36.

[2]Jean Pierre et autre,Op,Ct ,p12 7.

[3] فريد النجار،مرجع سبق ذكره،،ص97.

2-دور القيادة في التعامل مع مقاومة التغيير:

تعتبر المقاومة شكلاً من أشكال الاستجابة الشائعة للتغيير، فعادة ما يُقاوم الناس التغيير في بادئ الأمر؛ لأنهم ينظرون إليه على إنه فقدان شيء هام بالنسبة لهم، فهم يعترضون على التغيير ويسعون إلى تعطيله؛ لأنهم لم يشاركوا في صنع القرار الذي أدى إلى ذلك التغيير، وعموما ينظر الافراد العاملون بالمؤسسة الى التغيير بطريقة مختلفة عما يراه قادة التغيير،ولذلك فمن المفيد فهم سلوك الافراد العاملين من اجل التأثير عليهم لإتمام التغيير ونجاحه[1] .

ان القائد الفعّال هو من يعرف متى وكيف ينفذ برنامج التغيير، وهذا يتطلب منه أن يضع في الحسبان أهمية دور موظفيه كعامل مؤثر في إنجاح التغيير، وأن يعرف مدى قبولهم للتغيير، و مدى معارضتهم له، لذا لابد من إتباع أكثر من أسلوب في آن واحد للتعامل مع مقاومة التغيير، ومن أهم هذه الأساليب ما يلي:

أ-المشاركة في التغيير و الاندماج[2]:وهي من افضل طرق للتغلب على مقاومة التغيير ،فالموظفون الذين يشاركون في تخطيط عملية التغيير وتنفيذها يكونون اكثر استعابا لأسبابه ودواعيه ،هذا ما يقلل لديهم الشك ،وكذا يقلل قلقهم على مصالحهم الشخصية وعلاقاتهم الاجتماعية؛

ب-بناء أنظمة اتصال فعالة :يشترط في نظام الاتصال أن يكون قادرا على نقل المعلومات بين أطراف وأقطاب التنظيم المختلفة بموضوعية وحيادية، فنقص المعلومات أو تشويهها سيبعث الإشاعات بين الأفراد والوحدات التنظيمية المختلفة، وهو ما سيقود إلى تباين وجهات النظر واختلاف تفسير النتائج، لذلك لابد من إيجاد درجة عالية من الاتصال والتنسيق بين جميع الأطراف المشتركة في عملية التغيير؛

ج-تغيير ما هو مألوف :من الأسباب التي يقاوم فيها العاملين عملية التغيير هو أنهم لم يعتادوا عليها، إذ أن شيئا مختلفا يمكن أن يكون فيه نوع من التهديد لأنهم لم يتعودوا عليه، وإذا حدثت تغييرات كثيرة سرعان ما يصبح الشيء غير العادي مقبولا، لكن هذا لا يعني أن يقوم القائد بصنع تغييرات من أجل صنع التغيير فقط، بل إن الجهد موجه للمحافظة على وحدة العمل ومنعه من أن يصبح مملا للعاملين؛

د-العمل من خلال القادة غير الرسميين :إذا استطاعت القيادة الإدارية الحصول على تعاون القادة غير الرسميين، فإن مقاومة التغيير في المؤسسة سوف تنخفض كثيرا، والسؤال هنا هو كيف يمكن أن نحصل على تعاون هؤلاء القادة غير الرسميين؟ الطريقة المفضلة هي إشراكهم في عملية التغيير، فإذا اشترك القائد غير الرسمي فيه سيكون التزامه اتجاه التغيير اكبر،وهذا ما ينبغي ان يكون في المؤسسة الصحية كون ان هذه الاخيرة تعمل في بيئة معقدة

[1] بلال خلف السكارنة، مرجع سبق ذكره،ص97.

[2] Burke,W.Organization change :theory and practice,sage publication,2013,p29.

وبها العديد من المهام الادارية والطبية والتمريضية ،فالمناصب العليا بالمؤسسة تعتبر قيادة غير رسمية كالمدير الفرعي للموارد البشرية ،طبيب رئيس وحدة،منسق النشاطات الشبه طبية ...الخ؛

ي-تحليل الثقافة التنظيمية[1]:وذلك قبل الشروع في التغيير، لابد من دراسة ثقافة المؤسسة بصورة متأنية وعميقة للوقوف على أبعادها ودرجة قوتها، وذلك لمعرفة مواطن القوة والضعف فيها؛

هـ-إقناع الموظفين بأن الوضع القائم يحتاج إلى تغيير وتطوير :ويمكن أن يتم ذلك عن طريق استخدام البعد الإنساني أكثر من غيره من خلال إبراز المشكلات والتحديات الداخلية والخارجية، وأن الفشل في التصدي لمثل هذه التحديات سيكون له أثار وخيمة ليس على المؤسسة لوحدها فحسب، بل الأعضاء العاملين فيها؛

و-دعم ومساندة القيادات الإدارية العليا :وذلك بشكل مستمر لتفادي كل العقبات التي تعترض التغيير، وشرح أبعاده للموظفين بعيدا عن أسلوب التهديد والوعيد واستخدام القوة والنفوذ؛

ي-الإجبار الكامن والظاهر: في بعض المواقف قد لا يوجد أمام القائد إلا استخدام أسلوب الإجبار في تخفيض درجة المقاومة وفرض التغير المطلوب[2]، وقد يكون أسلوب الاجبار أسلوبا صريحا مثل:تهديد الفرد بقبول التغيير أو الفصل، أو قد يكون ضمنيا مثل إسقاط اسم الفرد من كشوف الحوافز، أو تخطيه في الترقية تحت أسباب أخرى غير عدم قبوله للتغيير، وينبغي أن يدرك القائد أن استخدام هذا الأسلوب قد يؤدي إلى زيادة حدة التعارض والصراع في المؤسسة، وعادة ما ينصح باستخدام هذا الأسلوب عندما يكون التغيير مطلوبا على وجه السرعة.

ثانيا)المفاهيم المرتبطة بأدوار القادة في ضوء متطلبات إدارة التغيير:

في ضوء العرض السابق لأدوار القيادة في ضوء عملية التغيير ، وتأكد الحاجة إلى مجموعة من الأدوار التي ينبغي أن يضطلع بها قادة التغيير ، سوف نقوم بتوضيح أهم المفاهيم المرتبطة بهذه الأدوار ، وذلك على النحو التالي[3]:

1-صياغة الرؤية: يتعين على القائد ان يكون قادرا على الافصاح عن رؤية حول الوضع المستقبلي ويحدد توقعات عالية ويخطط لسلوكيات تتلاءم مع تحقيق تلك التوقعات[4] ،وكما اشرنا في فصول سابقة ان الرؤية هي عنصر اساسي من عناصر العملية القيادية ، وهي تمثل الصورة الواضحة عن المستقبل الذي يمكن الوصول إليه من خلال التغيير ، ويعد صياغة وإيصال الرؤية ووضوحها وتطويرها من قبل القادة مطلباً من مطالب نجاح

[1] محفوظ احمد جودة، ادارة الجودة الشاملة(مفاهيم وتطبيقات)،دار وائل للنشر ،عمان،الاردن،ط3،2008 ،ص47.

[2] John P Kotter,change approches ,www. 12manage.com 11/11/2017

[3] عبيد بن عبد الله بن بحيتر السبيعي،الادوار القيادية لمديري التربية والتعليم في ضوء متطلبات ادارة التغيير،دكتوراه في الادارة التربوية والتخطيط،كلية التربية،جامعة ام القرى،المملكة العربية السعودية،2008،ص62.

[4] هدى العلفي ، القيادة التحويلية-مدخل لإعداد قادة التغيير في الجامعات،دار ايتراك للنشر والتوزيع،القاهرة،،ص74.

القيادة في إحداث التغيير المطلوب ،فالقائد الناجح هو الذي لديه تصور واضح يسعى إلى تحقيقه ، ويعمل على نشره وتشجيع الجميع على الالتزام به.

2- الإستراتيجية: اوضحت ادبيات التغيير اهمية اضفاء الطابع الاستراتيجي عند تنفيذ التغيير، فالاستراتيجية عبارة عن اداة لتحقيق الرؤية والرسالة[1] ،وهي ايضا العملية التي يقوم من خلالها قادة المؤسسات بوضع مجموعة من الإجراءات والعمليات اللازمة لتحقيق تصوراتهم عن المستقبل المرغوب الوصول إليه ،وعلى هذا الاساس ففاعلية التغيير ونجاحه تتوقف على وجود إستراتيجية تركز على الوضع الحالي للمؤسسة ، وكيفية الانتقال إلى الوضع المستقبلي المطلوب.

3-التزام وقناعة القيادة يتوقف نجاح التغيير على مدى التزام وقناعة القيادة الادارية في المؤسسة بضرورة الحاجة لتبني برنامج التغيير من اجل تحسين الوضع الحالي لمؤسسته ،وهذه القناعة يجب ان تترجم في شكل دعم و مؤازرة فعالة من خلال توضيح الرؤية وإيصالها لجميع العاملين في المؤسسة[2] ،لأن التزام القائد بالتغيير من شأنه أن يكسبه ثقة الآخرين.

4-الثقافة التنظيمية:ان المقصود بالثقافة التنظيمية كل التقاليد والقيم،والأعراف والخصائص التي تشكل الاجواء العامة للمؤسسة وتؤثر في العاملين،وهي خصائص تكون عميقة التأثير،وتنتقل عبر الاجيال ،ويكون تغييرها بطيء [3]، ويعد سلوك القادة داخل المؤسسة بمثابة حجر الأساس في ثقافة المؤسسة التي تمثل التأثير التراكمي لكل العمليات والأنظمة، والمعلومات والعلاقات والسلوكيات والاتجاهات الخاصة بكل فرد.

5-البيئة التنظيمية:البيئة التنظيمية للمؤسسة هي مجموعة من العوامل المترابطة والمتكاملة التي تساهم في عملية التكيف داخل المؤسسة التي تؤدي الى عملية التغيير مما ينعكس ذلك على ازدهار المؤسسة.

6- التحفيز والإلهام: يعمل القائد الفعال على تحفيز والهام التابعين لانجاز العمل،وفي أي عملية تغيير،لذا يجب ان يكون القائد ذو مصداقية ،وينشا التحفيز والإلهام من خلال ربط اهداف المؤسسة باحتياجات الافراد وقيمهم واهتماماتهم .

7- تمكين العاملين: ينبغي ان يكون القائد التغييري قادرا على ان يمكن الأخرين من خلال دعمهم والتعاطف معهم والتعبير عن الثقة بهم بان يعطيهم الإحساس بأنهم يعاملون كأشخاص متميزين ،ويظهر مما سبق أن

[1] بلال خلف السكارنة:مرجع سبق ذكره،ص343.

[2] نفس المرجع،ص345.

[3] سعاد نايف برنوطي،ادارة الموارد البشرية،دار وائل للطباعة والنشر،عمان،الاردن،2004،ص121.

التمكين يتجاوز تفويض الصلاحيات للعاملين إلى إشعارهم بمزيد من الثقة والمسؤولية الشخصية عن قراراتهم ، مما يعزز لديهم مبدأ الرقابة الذاتية .

وتأسيساً على ما سبق الحديث عنه من المفاهيم المرتبطة بإدارة التغيير نرى أن القيادة الإدارية تمثل العنصر الرئيسي لإدارة التغيير ، وذلك من خلال امتلاكها للرؤية ، ثم قدرتها على تحويل هذه الرؤية إلى واقع عن طريق إشراك العاملين في جميع مراحل التغيير ، وتحفيزهم لتقديم أفضل ما لديهم ، ومنحهم المزيد من الحرية والثقة في ظل هياكل تنظيمية مرنة تساعد على إحداث التغيير الناجح.

ثاثا)نموذج جون كوتر لقيادة التغيير

لقد قدم كوتر في كتابه قلب التغيير نموذج* (منهجية)مكونة من ثماني خطوات لقيادة التغيير بنجاح تعتمد على النموذج القديم والمشهور لكيرت لوين الذي وضع ثلاث مراحل اساسية لإحداث التغيير(اذابة الجليد–التغيير–اعادة التجميد)،بالاضافة الى اعتماده على فرضيات علماء السلوك حول تعامل وردود افعال الافراد نحو التغيير ،وتتمثل هذه الخطوات او المراحل يجب القيام بها في الاتي [1]:

1–ايجاد شعور بان التغيير ضرورة ملحة:اذا لم يتمكن القائد من خلق شعور الحاجة الملحة لإجراء تغيير في المؤسسة،فمن المحتمل ان لا يهتم أي فرد من الافراد بالمساعدة في ذلك،فالإحساس بضرورة التغيير يستدعي الطاقة والمصداقية لاستكمال مشروع التغيير؛

2–اقامة تحالف لقيادة التغيير:ان أي قائد مهما كانت حنكته وخبرته ومهاراته فلن يستطيع ان يحدث التعيير بنفسه ،بل يلزم بناء وتشكيل تحالف قوي من الافراد الذين يتولون مهمة قيادة هذا التغيير ،وهو ما يعرف بقيادة فريق عمل له هدف مشترك و مستوى مناسب من الثقة المتبادلة،ويعد تكوين هذا الفريق جزءا حيويا في المراحل الاولية لاي جهد مبذول لإعادة هيكلة ،او اعادة هندسة العمليات او استخدام مجموعة من الاستراتيجيات؛

3–وضع رؤية وإستراتيجية التغيير: ان أي عمل يتطلب من القائد ان يقوم بخلق الرؤية وبناء الاستراتيجية

* ينسب هذا النموذج في قيادة التغيير الى جون كوتر وهو بروفيسور في كلية هارفارد لادارة الاعمال وقد عمل مستشارا للعديد من المنظمات لتنفيذ مشروعات التغييرر،وخلص من تجاربه الى ان كثير من اوجه القصور الذاتية في المنظمات يتطلب التغلب عليها باكثر من خطوة لإحداث التغيير،والسبب الثاني يعود الى ان عملية التغيير تتطلب قادة وليس مديرين،أي ان عملية التغيير تقاد ولا تدار.

[1] John.p.kotter ,Leading change, Harvad Business School Press ,Boston, Massachusetts ,usa,1996,p21.

المناسبة لاحداث التغيير[1]،وفعالية القائد في وضع استراتيجية التغيير وتنفيذها تعتمد على قدراته على تحليل ردود الفعل لدى موظفيه ،ومعرفة كيفية معالجتها , كما تعتمد على مرونته التي تمكنه من التكيف مع المواقف التي يجد صعوبة في تغييرها ، واستخدام النمط القيادي الذي يتلاءم مع متطلبات التغيير.

4-توصيل هذه الرؤية لكافة افراد المؤسسة:يتم في هذه الخطوة الاستخدام الفعال لكافة وسائل الاتصال اللفضي وغير اللفضي لنشر الرؤية،فالقيادة الادارية الفعالة[2] هي اساسا عملية اتصال انساني تستثمر ما لدى القادة من مهارات فكرية وانسانية وادارية ،ولكنها تعتمد ايضا على مدى قدرتها في التاثير الايجابي في سلوك العاملين.

5-تمكين العاملين لتنفيذ التغيير: والهدف الاساسي من هذه الخطوة هو خلق البيئة المناسبة لتنفيذ الرؤية ويتم فيها:

-ازالة الصعوبات والمعوقات في كافة الجوانب سواء الهيكل التنظيمي او مهارات العاملين او اساليب العمل او حتى ازالة القادة المقاومين للتغيير؛

-تشجيع المخاطرة والابتكار من خلال تشجيع الافكار الجديدة والتعامل البناء مع الفشل والتعلم من الخبرات.

6-تحقيق بعض المكاسب على المدى القصير:تهدف هذه الخطوة الى اثبات ان الاستراتيجية الجيدة سوف تنجح من خلال بعض المكاسب والنجاحات المبكرة لاسيما وان نتائج التغيرات سوف تأخذ وقتا طويلا حتى تظهر ،فكان لابد من تحقيق مكاسب سريعة للحفاظ على الحماس نحو الرؤية.

7-تعزيز المكاسب لبناء قوة دافعة للمضي قدما:تهدف هذه الخطوة للحفاظ على قوة الدفع للتغير وعدم التوقف عن العمل خاصة في ضوء تحقيق بعض المكاسب مما قد يجعل البعض يكتفي يتلك النجاحات

8-ترسيخ وتثبيت التغيير في ثقافة المؤسسة:حسب كوتر فان الثقافة تتغير اذا تغيرت السلوكيات وحققت هذه السلوكيات نتائج ايجابية ،لذلك يرى ان التغيير الثقافي يكون في اخر مراحل ادارة التغيير فبعد تحقق المكاسب ستعزز السلوكيات ،وبالتالي تعزز القيم التي تدعم السلوكيات الجديدة،لهذا يتم في هذه الخطوة:

-توضيح النتائج بشكل ملموس؛

-الانفتاح والمناقشة لجميع القضايا؛

-عدم التمسك بالموظفين الذين لا يتبنون الثقافة الجديدة؛

---

[1] Ameliorer le leadership et la Gestion Sanitaire,2007, http://www.who.int/management /working _paper_10_fr_opt.pdf.متاح على الموقع

[2] سعاد نايف برنوطي،مرجع سبق ذكره،ص124.

-ربط عمليات الترقية بالثقافة الجديدة.

يعتبر نموذج جون كوتر من النماذج العملية والتي اسهمت في توضيح كيفية حدوث التغيير ،ويحظى بقبول كبير في البرامج التدريبية،اذ يعتبر بمثابة دليل استرشادي يقيس فيه المديرون جدوى ما قاموا به من اعمال،وهو انسب نموذج يمكن تطبيقه في المؤسسات الصحية .

المبحث الثاني: إدارة التغيير كمدخل لتطبيق ادارة الجودة في المؤسسات الصحية

يشهد العصر الحالي الكثير من التحديات والتحولات الجذرية والسريعة التي دفعت ولازالت تدفع العديد من المؤسسات العمومية الاستشفائية العامة لتقديم خدمات عالية الجودة ،لذلك اصبح التركيز على الجودة مطلبا اساسيا في مواجهة التحديات والمتغيرات المستقبلية،والتعامل معها بكفاءة وفاعلية ،لذا سنحاول من خلال هذا المبحث الالمام بأهم هذه التحديات بالمفاهيم المرتبطة بإدارة التغيير في المؤسسة الصحية واهم الاستراتيجيات المتبعة.

المطلب الاول: التحديات المعاصرة التي تواجه المجال الصحي ودوافع التغيير

يواجه قطاع الصحة اليوم مناخ عالمي متغير يتميز بظهور اقتصاد عالمي جديد يقوم على اساس المنافسة والجودة والمعرفة ،وأصبحت الانظمة الصحية اليوم اكثر من أي وقت مضى تتحمل مسؤوليات واسعة يأتي في مقدمتها حجز موقع لها على خارطة العالم الجديد.

اولا: التحديات المعاصرة التي تواجه النظام الصحي:

يواجه القطاع الصحي اليوم قائمة طويلة من التحديات والمشاكل، وان الأهمية النسبية لكل من تحديات المستشفى تتباين كثيراً من مستشفى إلى أخر أو من وحدة داخل المستشفى إلى أخرى تبعاً لعوامل كثيرة مثل حجم المستشفى وبيئتها ومجال تخصصها، ويمكن تلخيص التحديات المشتركة التي يواجهها النظام الصحي في كل أنحاء العالم بما يأتي :

1-التغير في البيئة: وتعني التغير في البيئة المادية التي يوجد فيها المستشفى، وتؤثر في المستشفى بصورة مباشرة وغير مباشرة، فمثلاً زيادة التلوث يسبب زيادة في أمراض معينة كالربو مثلاً..من جانب، كما أن ارتفاع تكاليف إدارة البيئة تؤثر في كلفة الرعاية الصحية، وهذا يعني أن الموارد الخاصة بالرعاية المباشرة للمريض ستقل من جانب آخر ،فعلى سبيل المثال فان تنظيم التخلص من نفايات المستشفى بصورة غير ضارة بالبيئة يتطلب تكاليف إضافية،فضلاً عن عوامل بيئية أخرى تتمثل بالتغير في القوانين واللوائح الصحية، بالاضافة الى الضغوط المالية المتنوعة ومحدودية الموارد.

2-التغير في التركيبة العمرية للسكان: ازدياد أعداد المعمرين نتيجة التطور والاستمرار بالبحوث الطبية التي أدت إلى زيادة المعدل والمدى للأمراض التي يمكن معالجتها[1]، والسيطرة إلى حدٍ ما على الأسباب الفسيولوجية للموت المبكر، مما أدى إلى ازدياد أشكال وحالات الأمراض المزمنة كالضغط والسكر..الخ والمتزامنة مع التغير في التركيبة العمرية للمجتمع، مما دفع إلى أن يكون مراجع الخدمة الصحية مستهلكاً للخدمة أكثر من كونه زبوناً، مما يضيف تحدياً آخر لإدارة المستشفى.

3-سرعة المبتكرات والإبداع التكنولوجي: هذا الاتجاه مرتبط بالاتجاه السابق من حيث التقدم الصحي الذي تم في عصرنا الحالي وادى بدوره الى زيادة عمر الانسان لم يكن يتحقق بدون التطور الهائل والمتزايد بوتيرة سريعة في ابداعات وابتكارات تقنية واكتشافات طبية[2]،ويتضح ذلك من خلال مجالات اكتشاف الادوية،وطرق العلاج الجديدة والمبتكرة للسيطرة على الامراض،والأساليب الجراحية المبتكرة كالجراحة بالمنظار، والمعتمدة في التقدم التكنولوجي،وغيرها،كل ذلك ساهم على علاج مشاكل صحية عديدة كان من الصعب التصدي لها في ما مضى،ولكن هذه الانجازات جعلت الرعاية الصحية باهظة التكاليف لدرجة التغيير المحتم الذي فرض التفكير في الاشخاص غير القادرين على مثل هذه التكاليف.

4-تغير توقعات المرضى والجمهور: زيادة الوعي لدى المرضى و الجمهور بطبيعة عمل المؤسسات العمومية الاستشفائية نتيجة لزيادة المعرفة والثقافة العامة للمجتمع، فضلاً عن تعدد مصادر المعرفة مثل المجلات الطبية والصحف وبرامج التلفزيون والانترنت..الخ، كل ذلك أدى إلى زيادة في توقعات الأفراد مصحوبة برغبة في الشكوى والاقتراحات، فهم يريدون المشاركة في القرارات المتعلقة بكيفية علاجهم ومعرفة الخيارات والبدائل المتاحة لخطوات العلاج.

5-زيادة معدلات الإصابة والانتشار لأمراض معينة: زيادة أشكال الأمراض المزمنة المتزامنة مع التغير في التركيبة العمرية للسكان ، وازدياد عادات صحية سيئة كالتدخين أو احتساء الكحول أدى إلى زيادة في الأشكال الحادة للأمراض كأمراض القلب والشرايين،والكوليرا ،وكل هذا يستدعي العمل بكفاءة أكثر لمواجهة هذه الزيادة في الطلب على الخدمة الصحية.

وعليه يمكن القول ان التحديات التي تواجه المؤسسات الصحية تحتاج لنوع جديد من القيادة في بيئة قطاع

[1] الطعامنة محمد،مخيمر عبد العزيز،الاتجاهات الحديثة في ادارة المؤسسات العمومية الاستشفائية،المنظمة العربية للتنمية الادارية،مصر،2008،ص71

[2] طلال بن عايد الاحمدي،التنظيم في المنظمات الصحية،مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر،الرياض ،بدون طبعة ،2011،ص 395.

الصحة المتغيرة ،اذ تتطلب مهارات وإجراءات مختلفة ،كما تستلزم اشرافا على التغييرات الهيكلية بأسلوب مختلف من القيادة التنفيذية ،حيث يكون لدى هؤلاء القادة رغبة في مواكبة التقدم وإحداث التغيير ،وتحمل المخاطر ولديهم احساس قوي من الجرأة والشجاعة والاصرار .

من خلال العرض السابق تتضح العلاقة الوثيقة بين المؤسسات الصحية ومختلف مجالات الحياة،فالتحديات المختلفة التي تواجهها المجتمعات تلقي بمسؤوليات كبيرة على القطاع الصحي وقياداتها[1]،وتجعل التكيف معها امرا حتميا ، مما يقود الى حتمية التحول من المفاهيم والأنماط التقليدية للقيادة الصحية والتي لم تعد بإمكانها مواجهة التغير والتكيف معه بنجاح الى قيادة معاصرة تكون اكثر قدرة على قيادة التغيير في عصر يتسم بالتغيرات المتسارعة.

والتغيير في المؤسسة صحية يعرف بأنه[2]:"استجابة مؤسسة من قبل ادارة المستشفى للتغييرات اليومية التي ترتبط بمعاملات خدمية كثيرة"منها معاملات التحديث والتطوير للاجهزة والمعدات،ومنها معاملات اختلاف الامراض وظهور الجديد منها الذي يستلزم حتمية خدمات طبية جديدة ،ومعاملات الاحتياج الى التأهيل للتخصص والتخصص الدقيق ..ومنها معاملات التنوع والتعددية والصراع والأزمات والحوادث الكبرى ومعاملات الادارة الحديثة للمستشفيات التي كل يوم يظهر فيها الجديد.

تأسيسا على ما سبق يتضح ان التغيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية مجموع التغيرات التي تحدث بالقطاع الصحي عامة،وكذا التغيرات السياسية والاجتماعية والنمو الديموغرافي والوبائي ،والتحديات التي تفرضها التطورات التقنية والعلمية وعليه وجبت حتمية تكيفها مع التغييرات، وبهذا الخصوص لجأت الوزارة الى ادخال اصلاحات على انماط تسييرها وكيفيات تنظيمها من اجل تطوير مستوى الاداء بها والارتقاء بالمستوى المطلوب من الخدمات الصحية وتحقيق الاستمرارية.

---

[1] Maryam Ghiasipour et al,Leadership challenges In Health Care Orrrganizations ;The Case Of Iranian Hospitals,Medecal Journal Of The Islamic Republic Of Iran,2017, http ;//mijiri.ac.ir متاح على الموقع:

تاريخ الاطلاع:2018/8/23)

[2] Cathrine K.et al, Change Management in Quality Improvement: The Softer Skills,curr treat option peds,2015,p http;//link.spring.com/article/10-1007/,2018/08/13تاريخ التحميل

ثانيا:الأهداف العامة لعملية التغيير في المؤسسات الصحية :

إن أهداف عملية التغيير في تنظيم المؤسسات الصحية تمثلت عموما فيما يلي[1]:

-تركيز ومواءمة جهاز توفير الخدمات الصحية والاستشفائية مع الاحتياجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام مع الاحتياجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام معلومات صحي كفؤ؛

-منح مستخدمي الصحة مهما كانت أسلاكهم ومسؤولياتهم كل الوسائل والإمكانيات التي يستطيعون تلبية الاحتياجات الصحية والاجتماعية بفاعلية؛

-إعادة التأكيد على وجوب التأسيس لعلاقات تعاقدية بين جميع المتدخلين في صحة المواطن من مؤسسات وأفراد؛

-تحسين نوعية الخدمات :ان تحسين الخدمات الصحية لا تهدف بالضرورة الى الوصول الى الرفاهية على قدر ما تهدف الى الحفاظ على صحة الانسان،فالتحسين ينبغي ان ينطلق من تحديد الاحتياجات ودراسة المعطيات.

-تأمين الإمكانيات المالية الضرورية للسير الحسن للمؤسسة الصحية.

-تطوير وتنمية الموارد البشرية الاستشفائية،وتشجيع الاتصال.

وبالرغم من أن الأهداف التفصيلية لإدارة التغيير تختلف تبعا لتشخيص مشاكل المؤسسة، إلا أن هناك مجموعة من الأهداف العامة التي تنطبق على جميع الحالات و هي التي دعت إلى عملية التغيير ويمكن تلخيصها هذه الأهداف فيما يلي[2]:

-تحقيق تفاعل الأفراد بالمؤسسة وتنمية قدراتهم واستعداداتهم؛

-توسيع فرص التفكير القادر على تشخيص المشكلات والبحث عن الحلول الجديدة لمواجهتها؛

- خلق جو من الثقة بين العاملين في مختلف مستويات التنظيم؛

-رفع مستوى كفاءة التنظيمات الرسمية وغير الرسمية من خلال تفعيل نظام الادوار واداء المهام وتوزيع الموارد البشرية وتبادل المعلومات؛

-ايجاد مناخ تنظيمي يساعد على مواجهة الصراعات والمشكلات القائمة وحلها.

-زيادة قدرة المؤسسة على التكيف مع البيئة التي تعيش فيها وتعمل بها؛

---

[1]Ministère de la santé , de la population et de la réforme hospitalière, Conseil National de la réforme Hospitalière, (Rapport Préliminaire : Contraintes et Dysfonctionnement), (Résumé), Op Cit, P 2.

2 إبراهيم بومزايد و آخرون ،مهارات التميز الإداري في إدارة التغيير ،المنتدى الوطني الثاني للمؤسسات :تسيير التغيير في المؤسسة الاقتصادية،عنابة،الجزائر ،2004،ص 2

ثالثا:دوافع التغيير نحو الجودة في المؤسسات الصحية:

ان التغيير نحو الجودة في المؤسسات الصحية ضرورة حتمية لاسيما اذا كان هناك دوافع تدعو اليها،فقد تجد المؤسسة نفسها مضطرة الى احداث تغيير في جانب او جوانب عديدة،ومن بين هذه الأسباب تستدعي إحداثه نجد ما يلي:

-1-الاسباب الداخلية:

ان هناك العديد من المشاكل والعراقيل على مستوى البيئة الداخلية للمؤسسات الصحية والتي تدفع بها لاحداث التغيير ،اهمها[1]:

أ- ضعف الخدمات الصحية المقدمة: ان المؤسسات الصحية اليوم تتخبط في مجموعة المشاكل ومن جميع النواحي،كسوء الاستقبال والذي يؤثر سلبا على صورة المؤسسة وهذا ما يدفع بالمريض للتوجه إلى القطاع الخاص، بالإضافة إلى سوء التغطية الصحية (من حيث الاستقبال، الأكل، النظافة، قلة الاختصاصيين الذين يغادرون إلى القطاع الخاص بسبب قلة المداخيل...)،وهذا ما جعل من الخدمات الصحية المقدمة غير كافية بالنظر الى حجم الموارد الصحية المتوفرة والمستوى المطلوب منها ،بالإضافة الى النقاط التالية والتي تساهم بدرجة كبيرة في تدني مستوى هذه الخدمات،وهي:

-عدم توازن الموارد والوسائل والمناطق الموزعة عليها، مما أفرز معه عدم فعالية الهياكل الصحية، إذا ما نزلنا إلى الشمال نجد تركيز معظم المراكز الاستشفائية الجامعية وكبرى المؤسسات العمومية الاستشفائية، بينما في الجنوب والمناطق الداخلية لا نجد تغطية إلا بنسبة ضئيلة، حيث تبقى مهمتهم الرئيسية في اللجوء دائما الى كبرى المؤسسات العمومية الاستشفائية كتحويل مريض من مدن الوسط نحو الشمال من اجل العلاج.

-اغلب الاوقات نجد الأجهزة (كأجهزة الاشعة ،او اجهزة التحاليل ...)معطلة لعدم وجود سياسة صيانة فيها، مما يؤدي إلى انخفاض معدل عمر الأجهزة؛

-انتظار طويل للمريض يفوق ساعات وساعات في قسم الاستعجالات، وسوء التكفل والاستقبال.

ب- صعوبة الظروف العملية: عموما تمثلت أهم الأسباب التي ادت الى هذه الصعوبة في:

-اسلوب تسيير الموارد البشرية يتميز بالجمود نتيجة الروتين المعتمد في تطبيق النصوص القانونية والتنظيمية والاجراءات التي تسير مختلف المسارات المهنية للموظفين وانعدام روح المبادرة ؛بالاضافة الى غياب عملية الاتصال؛

[1]: عدمان مريزق، عدمان مُحَّد، "التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجا"، المؤتمر الدولي حول: الإبداع والتغيير التنظيمي في المؤسسات الحديثة"، جامعة سعد دحلب، البليدة، يومي 18 و19 ماي 2011، ص 4(بتصرف).

-انخفاض الروح المعنوية للعاملين ،وكثرة الغيابات والعطل المرضية،والاستقالات الاختيارية،وطلبات التحويل من مؤسسة الى اخرى بسبب شدة الاجراءات التاديبية.

-غياب المشاركة في اتخاذ القرارات التي تهم موظفي المؤسسة وكثرة الصراعات ؛

-غياب ثقافة المؤسسة أو عدم توافق نظام القيم، مع عدم وجود ثقة متبادلة بين المسؤول والافراد؛

-الأجهزة التنفيذية أصبحت جامدة وغير قادرة على تلبية المطالب التي اتسع حجمها وتغيير جوهر احتياجاتها.

2-الاسباب الخارجية: هناك عدة مؤثرات وضغوطات من البيئة الخارجية التي تعرقل عمل المؤسسات الصحية ،بالإضافة الى التدخلات في مجال التسيير الممارسة من طرف الوزارة و مديرية الصحة والسكان ،وهيئات الرقابة كالوظيف العمومي،ووزارة المالية(المراقب المالي)،ومن اهم المؤثرات الخارجية التي تدفع بالمؤسسات للتغيير نذكر:

-التقدم التقني والتكنولوجي :مما نجم عنه تطور علوم التنظيم وتقنيات التسيير ،بالإضافة الى تطور التقنيات والأجهزة الطبية؛

-التغيير الاجتماعي :او ما يعرف بالعوامل البيئية الاجتماعية الخارجية ،فالبعد الاجتماعي له تأثير بالغ الاهمية على حياة المؤسسات ومن ثم على خدماتها،باعتبار ان الخدمات الصحية توجه الى المجتمع بصفة اساسية،

-التحولات السياسية والقانونية والاقتصادية .

كل التغيرات التي شهدتها المؤسسات الصحية ادت الى اهم اصلاح للمرافق العامة الاستشفائية ،وذلك عام 2007 بصدور المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في 19ماي 2007 والمتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية،تنظيمها وسيرها،والذي جاء لاعادة الخريطة الصحية1 ،وهذا الاصلاح كان له دور فعال في تنظيم تقديم الخدمات الصحية.

المطلب الثاني:انواع التغيير والوسائل المساعدة في انجاحه

اولا:أنواع التغيير في المؤسسات الصحية:

[1] نور الدين حاروش ،مرجع سبق ذكره،ص152.

يمكن تصنيف التغيير الذي تتبناه المنظمات الصحية بثلاثة أنواع كما يلي[1]:

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

_ **تغيير تعديلي**:وهو تغيير في الغايات وليس الوسائل؛ حيث ينصب على أهداف المؤسسة دون تغيير في الوسائل الجوهرية.فقرار المستشفى مثلا بإنشاء برنامج للرعاية الصحية الممتدة للمنازل لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة آو قرار المستشفى بان تصبح مركزا للتعليم الطبي والصحي هما مثالين للتغيير التعديلي حيث إن التكنولوجيا اللازمة لتنفيذ هذين القرارين (الوسائل) موجودة أصلا لدى المؤسسة وكل ما تم تغييره هو إعادة النظر في أهداف المؤسسة وتركيزها وعلى ذلك فالقرار هنا استعمال التكنولوجيا الموجودة في المؤسسة لتقديم خدمة لم تكن موجودة اساسا.

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

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

وعموما فان التغيير في المؤسسات الصحية يغطى ثلاث جوانب اساسية هي [2]:

---

[1] فريد توفيق نصيرات،ادارة منظمات الرعاية الصحية،مرجع سبق ذكره،ص313،314.

[2] https://igtsservice.com/%D8%A7%D8%AF%D8%A7%D8%B1%D8%A9-%D8% %A7 ادارة المؤسسات العمومية الاستشفائية والقيادة الادارية تاريخ الاطلاع:2018/09/12

-التغيرات فى الاتجاهات وهذا بمعنى ضرورة تطوير وتعديل الاتجاهات والمشاعر نحو عمل الفرد ومستوى كفاءته ،وعلاقاته مع الاخرين فى مجال عمله من رؤساء ومرؤسين وحتى زملاء.

-التغيرات فى المعارف وهذا يتضمن تجديد المعلومات والخبرات التى يحتاج اليها لكي يكون اكثر فعالية فى عمله وأكثر توافقا مع التطورات العالمية فى مجال تخصصه.

-التغيرات فى المهارات ويشمل هذا التطور فى المهارات الفكرية وايضا المهارات المهنية او التخصصية ومهارات الاتصال او قدرات التعامل مع الغير من رؤساء وزملاء ومرؤوسين وزائرين ومرضى.

ثانيا:الوسائل المساعدة على نجاح عملية التغيير في المؤسسات الصحية:

ان نجاح عملية التغيير في ظل الاصلاحات المتواصلة من قبل وزارة الصحة يستدعي عدة شروط تساعد متخذي القرارات على تحقيق اهداف العملية التغييرية ،ومن ابرزها نذكر مايلي:

-تحقيق مشاركة فعالة للمرؤوسين:كنا قد اشرنا سابقا الى ضرورة المشاركة في عملية صنع القرارات وخلق المناخ المناسب لتشجيع وإحداث التغيير ،و المؤسسات الصحية واحدة من اهم المؤسسات التي تتطلب من افرادها المشاركة في عملية احداث التغيير من بدايتها،وهذا نظرا لحساسية المجال الصحي وطبيعة العمل فيها [1]ووجود العديد من المهن والتخصصات ،والصراعات المتواصلة؛

-التغيير في المفاهيم الادارية المتبعة من المديرين والقادة:ان نجاح عملية التغيير في المؤسسات الصحية تتطلب التغيير في المفاهيم والثقافة التنظيمية تماشيا مع الفكر الاداري المعاصر ،بالاضافة الى ضرورة التخلي عن الاساليب القيادية التقليدية وإتباع الاساليب الحديثة كالقيادة التحويلية والقيادة التبادلية وقيادة الفريق ؛

-مراجعة نظام ولوائح المكافات والاجور بالمؤسسات الصحية؛

وعليه فعملية التغيير التنظيمي ليست بالأمر السهل في المؤسسات الصحية ، وقد يكون تغيير الأنشطة التنظيمية في محاولة لتحسين الجودة أحد مبادرات التغيير الأكثر تحديًا التي تم إدخالها مؤخرًا في نظام الرعاية الصحية [2]،تتطلب التغييرات التنظيمية في جميع إعدادات الرعاية الصحية وجود قادة أقوياء وسياق ثقافي يمكنهم من خلاله قيادة هذا التغيير.

المطلب الثالث: استراتيجيات ومجالات ادارة التغيير في المؤسسات الصحية

[1] Maryam Ghiaspour et al,Op,Cit.

[2] Cathrine.K,et al,Change Management In Quality Improvement ;The Softer Skills,springer international publishing,U.S.A,2015:متاح على الموقعwww.http://link.springer.com/article/10-1007/s40 746(10/09/2018)

تعتمد جودة الخدمات الصحية التي تقدمها أية مؤسسة صحية على العديد من المتغيرات والعوامل؛ بعض هذه المتغيرات بنيوية وبعضها إجرائية ، العوامل البنيوية هي خصائص المنظومة وتركيبتها وتنظيمها ومناخها الذي يتم تقديم الخدمة الصحية خلالها وتشمل أعداد ومؤهلات وخبرات مختلف الكوادر البشرية في المؤسسة [1]،كما تشمل الموارد المادية كالأجهزة والمعدات والمستلزمات والأدوية وغيرها بالإضافة إلى المخصصات المالية وغيرها، أما العوامل الإجرائية فهي الكيفية والطريقة التي يتم من خلالها تنفيذ وتقديم إجراءات ومداخلات أي عملية علاجية أو إدارية،وانطلاقا من هذه المتغيرات تتحدد مختلف الاستراتيجيات والمجالات التي تتبعها هذه المؤسسات لتبني التغيير

اولا:استراتيجيات التغيير المتبعة في المؤسسات الصحية:

هناك العديد من الاستراتيجيات والأساليب التي يمكن ان يستعملها المدير الصحي لتنفيذ التغيير في مؤسسته،وسنتناول اهم هذه الاستراتيجيات:

1-استراتيجيات اعادة التعليم:

تعتمد هذه الاستراتيجيات على تقديم الحقائق والمعلومات بشكل موضوعي وبدون تحيز للعاملين في التنظيم ،وهي تستخدم في الاصل كمصدر لتوليد النقاش والافكار حول معالجة التضارب او الفجوة بين ما تفعله المؤسسة حاليا وما يتوجب عليها القيام به ،ومن اهم الاستراتيجيات الشائعة في المؤسسات الصحية نذكر اهمها في ما يلي [2]:

-**استراتيجيات التعليم المستمر:** وتستعمل هذه الاستراتيجية بشكل خاص للأطباء والممرضات ،اذ يستدعي المعدل المتسارع للتغيير في التكنولوجيا الطبية والانفجار المعرفي في ميدان العلوم الطبية والصحية عموما التركيز على التعليم المستمر كمدخل هام لتفعيل عملية التغيير،وتقوم على افتراض انه اذا كان العاملون على درجة عالية من التدريب ومواكبتهم للتطور التكنولوجي في تخصصهم سيكونون على الارجح قادرين على ادراك المشاكل في المؤسسة وايجاد الحلول المواتية لذلك ،مما يساهم في تحسين الاداء.

-**استراتيجية التغذية الراجحة للدراسات المسحية:** ان الفكرة الاساسية في هذه الاستراتيجية هي البدء بعملية التغير التنظيمي من خلال جمع البيانات حول انشطة التنظيم باستعمال استقصاءات تفصيلية يتم توزيعها على

[1] ياسين هياجنة،مدراء التمريض في مستشفياتنا الحكومية وضرورة التغيير ،مقال متاح على الموقع: http://hayajneh.org/blog/2008/02-Hospital-CNOs/index.html تاريخ الاطلاع:2018/08/10.

[2] فريد توفيق نصيرات ،مرجع سبق ذكره،ص320.

العمال،ومن ثم يتم تغذية النتائج لمجموعات من الافراد لمنحهم فرصة لاستكشاف وتحليل مضامين هذه النتائج واستخلاص اجراءات تصحيحية اذا ما كان التناقض بين الاداء الفعلي والأداء المرغوب.

2-استراتيجيات الاقناع:

تقوم هذه الاستراتيجيات على اساس ان الحاجز الرئيسي امام التغيير ليس نقص المعلومات او عدم توفرها وإنما عدم اقتناع الاشخاص او المؤسسات بضرورة التغيير او عدم رغبتهم فيه[1] ،وهذه الاستراتيجيات شانها شان استراتجيات اعادة التعليم اكثر ما تكون اهمية في المراحل الاولى لعملية التغيير ،اي مرحلة ادراك المشكلة ومرحلة تحديد مايجب عمله او في المرحلة الاخيرة وهي مرحلة القبول بالتغيير،ففي المراحل المبكرة لعملية التغيير تركز هذه الاستراتيجيات على مواقف الافراد بهدف اقناعهم بالتغيير،وهذا بإتباع احدى الاساليب الرئيسية للاقناع منها:

- ✓ التقريب المتتابع:ان هذا الاسلوب يعكس مدى اختلاف المواقف حول برنامج محدد،والهدف منه هو تغيير مواقف الافراد السلبية حول النواحي التي تكون عدم موافقتهم عليها ضئيلة او عن الحد الادنى على اساس ان كل تغيير ولو كان ضئيل سيؤدي حتما الى تغيير في الموقف الكلي للفرد،وبالتالي فالتغيير البسيط سيؤدي الى تغيير اضافي.
- ✓ اسلوب الضغوط الاجتماعية:من المعروف ان الجماعة تمارس ضغطا كبيرا على افرادها بغرض الانسجام مع مواقف الجماعة ومعايير ونظام قيمها حتى ولو كانت مواقف الجماعة غير صحيحة ،فالكثير من المدراء الصحيين يؤثرون على سلوك الافراد ومواقفهم عند تعاملهم مع اللجان الكثيرة في المؤسسات الصحية ،وكذلك عند تعاملهم مع مجالس هذه المؤسسات(كالمجلس الاداري،المجلس الطبي).
- ✓ اسلوب تشتيت الذهن:ان التصميم الفعال لمحاولة الاقناع ينبغي ان تبدأ ببعض من تشتيت الذهن والانصراف الى انشطة اخرى غير مرتبطة بموضوع المناقشة كأحاديث المجاملات والأنشطة الاجتماعية ،وهذا جزء من المعايير الاجتماعية المقبولة في كل المجتمعات لأنه يوفر نمطا ملائما للتفاعل الانساني.

3-استراتيجيات التيسير: تقوم هذه الاستراتيجيات على افتراض ان المؤسسات قد ادركت المشكلة وحددت خطة العلاج ،بالاضافة الى الاعتماد على الجهود الذاتية للتغيير،ومن الاساليب المتبعة في هذه الاستراتيجية:اسلوب بناء الفريق،واسلوب التدريب،واسلوب الاستشارة المتخصص.

4-استراتيجيات القوة:تقوم هذه الاستراتيجيات على استعمال العقوبات والقسر لضمان تنفيذ التغيير واذعان الفرد للتغيير[2] ،اذ تستعمل استراتيجيات القوة وبشكل خاص عندما تفشل المؤسسة او احدى الوحدات التنظيمية

[1] بلال خلف السكارنة،القيادة الادارية الفعالة،مرجع سبق ذكره،ص357.

[2] محفوظ احمد جودة،مرجع سبق ذكره ،ص42.

فيها في ادراك الفجوة الادائية[1] ،وكمثال عن هذه الاستراتيجيات في المؤسسات الصحية المعايير المفروضة من الجهات الخارجية (كوزارة الصحة،او وزارة المالية....الخ) والتي تجبر هذه المؤسسات الاذعان لها مثل معايير التعويض المالي للمستشفيات والاطباء،ومعايير التدريب والتعليم وتقويم الكلفة الطبية ومراجعة استعمالية الموارد التي يفرضها عادة طرف ثالث،وعلى العموم فالفشل في الاذعان والتقيد بهذه الامور قد ينتج عن اخطاء للمؤسسة ،مما قد يؤدي الى اتخاذ اجراءات قانونية بحقها.

ان تطبيق هذه الاستراتيجيات والأساليب التي تحتويها كل منها على عاملين اساسيين هما:

-نوع التغيير المطلوب؛

-المرحلة المحددة في عملية التغيير.

فاستراتيجيات اعادة التعليم واستراتيجيات الاقناع تعتبر الاكثر ملائمة عند التفكير بإدخال التغييرات التكنولوجية(تعيير فني) والتي تتطلب في الاساس تغيير في الوسائل وليس الغايات،بينما استراتيجيات القوة واستراتيجيات التيسير تعتبر الاكثر ملائمة عندما تتطلب التغييرات ادخال تغيير على مستوى الغايات(الاهداف) او على الاهداف والوسائل(تغيير تكيفي).

ثانيا)مجالات إدارة التغيير المساهمة في تحسين الخدمات الصحية

تتبنى المؤسسة الصحية إدارة التغيير في أحد المجالات أو بعضها أو كلها نتيجة للضغوط والتحديات التي قد تتعرض لها وبهدف تحسين جودة خدماتها، من بينها:

1-في جانب المعلومات :عن طريق القيام نسبيا بنظم المعلومات المتطورة في مختلف المجالات الممكنة، والعمل على تطويرها باستمرار، لتقديم معلومات صحيحة ودورية من خلال توفير الكفاءات اللازمة وتحديد نوعية البيانات ومجالاتها والاستفادة منها بشكل صحيح مثل[2]:

-نظام المعلومات منطقة خدمة المؤسسة الصحية: للتعرف على البيانات الخاصة بالسكان، والبيانات الاجتماعية والاحتياجات الصحية والموارد المتوافرة لمواجهتها،ومعرفة أسعار الخدمات الصحية والتخصصات التعليمية المتوافرة.

-نظام فتح الملفات الطبية وتحديد المواعيد، والتخطيط لإجراءات المرضى، ومتابعة إدخالهم وإخراجهم، لتسهيل الإجراءات وزيادة حجم الاستفادة.

-نظام الملفات الطبية المحسوب وترميز إجراءات التشخيص والعلاج، وعمل الفهارس التي تمكن من الرجوع إلى بيانات الملفات الطبية..

[1] فريد توفيق نصيرات،مرجع سبق ذكره،ص325.

[2] طلال بن عايد الاحمدي،مرجع سبق ذكره،ص ص145-146.

-نظام معلومات القوى العاملة وتقدير متوسطات الخدمة وإجمالي الوقت الكلي اللازم لتأدية مختلف الأعمال الاسترشاد به في تقدير أعداد القوى العاملة المطلوبة وسرعة التصرف للحصول عليها.

-نظام لإدارة الموارد :لمتابعة تأمين المؤسسة من مختلف المواد والمستلزمات حتى لا يحدث أي تأخير في تقديم الخدمة الصحية.

-نظام معلومات الصيدلة والمعلومات الدوائية :لمعرفة مواعيد صلاحيتها، وفي أي نوع يكمن النقص، وما هو مخزون،وما هي البدائل الأدوية الممكنة..

-نظام محاسبي لإنجاز حسابات المرضى والمراجعين وإعداد الفواتير وغيرها، والاستفادة منها في حسابات تكاليف المؤسسة، ووضع تكاليف معيارية تتناسب مع معايير جودة الخدمة المقدمة

ولنظم المعلومات المحوسبة والمتطورة بالمؤسسة الصحية اهمية كبيرة فمن الناحية الطبية يساعد في تخزين المعلومات الخاصة بالمريض وحالته الصحية وما تلقاه من علاج،بالاضافة الى تدوين معلوماته الشخصية من تحاليل مخبرية او تقارير اشعة ومقارنة كل هذا بالسنوات السابقة،وكذلك تبرز اهميته في الناحية الادارية وحتى المالية في حساب مختلف المؤشرات.

2-في جانب الموارد المادية:وتشمل عدة جوانب اهمها:

-وضع خطة تسويقية فعالة لخدمات التشخيص والعلاج بما يؤدي الى زيادة حجم الاستفادة من الامكانيات المتاحة، من خلال زيادة تدفق السيولة النقدية اللازمة لتغطية التكاليف وتطوير الخدمات.

-تطوير نظم الاتصالات الداخلية بين مختلف الاقسام والمصالح والمستويات باستخدام اجهزة وتقنيات حديثة لتسهيل وتسريع تقديم الخدمات بانواعها.

-تطوير اعمال الصيانة بشكل دوري للمحافظة على الاجهزة والمعدات الطبية وباقي التجهيزات لتحقيق رضا المريض.

3-في جانب الموارد الموارد البشرية[1] :ان بيئة الجودة وثقافتها تتحقق عندما لا تنفصل انشطة الجودة عن الانشطة العادية التي يقوم بها العاملون يوميا،وفي اطار مثل هذه الثقافة يبذل الجميع كل جهد ممكن لضمان استبقاء عمليات ضمان الجودة وتحسينها وممارستها بقية تحقيق رسالة المؤسسة المعنية ورؤيتها،ويكون هذا بالاعتماد على التعليم والتدريب المستمرين لتمكين كل الموظفين من مواكبة التطورات في مجال الخدمات لتقديم خدمة ذات جودة،وكذا اتباع اسلوب العمل الجماعي.

[1] نادية خريف،مرجع سبق ذكره،ص100.

4-اقامة علاقات الشراكة:ان تطبيق الجودة وترسيخ ثقافتها يتطلب اقامة علاقات شراكة بين مختلف الاطراف التي لها ارتباط بالصحة،كوزارات التعليم،والمجاس البلدية والقطاع الخاص.....الخ. 5-

الاهتمام بمقدمي الخدمة الصحية والمستفيد منها معا:فمن الاهداف الرئيسية لتحسين الجودة هي تلبية احتياجات وتطلعات الموظفين والمرضى على السواء ،ومن ثم فان نجاح برنامج لتطبيق الجودة يتطلب ضرورة التدريب والتنمية.

6-في جانب الخدمات الفندقية:تعتبر الخدمات الفندقية من اهم الخدمات الصحية التي تسعى المؤسسات الى تحسينها لتحقيق رصا المرضى المقيمين ومرافقيهم ،والمتمثلة اساسا في النظافة والأكل والمعاملة،فكل هذه الامور تساهم في نجاح العلاج.

ثالثا) معيقات تنفيذ التغيير نحو الجودة في المؤسسات الصحية:

تواجه المؤسسات الصحية صعوبات عديدة تعيق تنفيذ التغيير من بينها ما يلي:

-طبيعة مهام الرعاية الطبية: ان مثل هذه المهام تتصف بالغموض وعدم التيقن من النتائج مما يصعب من عملية تحديد اهداف قابلة للقياس لهذه المهام باعتبارها تتعامل مع صحة الانسان أي الموت والحياة،والتي لا تتحمل الخطأ او المخاطرة ، مما ينجم عنها تكلفة مادية ومعنوية عالية،ان هذه الخصائص تحمل مضامين هامة بالنسبة لتنفيذ التغيير[1]، اذ ينظر إلى هذه التغييرات بأنها ذات أثر مباشر على الأفراد المعنيين بإنتاج وتقديم الخدمة الطبية، ومن جهة أخرى فإن منظمات الرعاية الصحية لديها الميل وبشكل مسبق لتقويم كفاءة التغيير المقترح مسبقا فلا مجال للمخاطرة في الممارسة الطبية.

-طبيعة العناصر البشرية العاملة في المؤسسات الصحية: يحكم أداء المهنيين الصحيين العاملين في المؤسسة وخاصة الأطباء مبادئ وأخلاقيات قوية(اخلاقيات المهنة)، كمبدأ عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم، وعليه فإن أي عمل يتضمن تحمل المخاطرة أو استعمال طرق جديدة غير مثبتة في الرعاية يمكن أن ينتج عنه رفض أو انتقاد أعضاء المهنة[2].

-طبيعة البناء التنظيمي للمؤسسات الصحية وتعقيده: وخاصة من حيث مفاهيم السلطة والسيطرة وما يتصف به من تعدد الأقطاب، حيث في التغيير التعديلي و التكيفي لابد من التركيز على الأفراد الرئيسيين في المؤسسة، وحقيقة الأمر أن الكثير من الأفراد ممن هم خارج نقاط السلطة الرسمية يمتلكون قدرا كبيرا من القوة والقدرة على التأثير مثل الأطباء، حيث إن الفشل في استشارة هؤلاء منذ البداية يمكن أن يفشل أو يعرقل جهود التغيير.

[1] فريد توفيق نصيرات،ادارة منظمات الرعاية الصحية،مرجع سبق ذكره،ص326,

[2]: عدمان مريزق، عدمان مُحَّد، مرجع سبق ذكره، ص 9.

-طبيعة التعليم والتدريب للمهنيين الصحيين: والي تركز على الاستقلالية والفردية في اتخاذ القرارات، مما يجعل من الصعب عليهم التكيف مع الأساليب التعاونية والتي تقوم على اساس المشاركة والتي تميز جهود التغيير المخططة، فالمؤسسات الصحية لا تتوفر لديها الخبرة الكافية فيما يتعلق بالتعاون والمشاركة في حل مشاكلها.

-طبيعة العلاقة بين الأطباء ومرضاهم: أو ما يعرف بالنموذج الطبي والذي يتعارض مع معظم التغييرات التعديلية والتكيفية، حيث لا يسمح هذا النموذج بالتدخل في العلاقة المباشرة والخاصة بين الأطباء ومرضاهم من أي طرف آخر، وهذا يتعارض بشكل كامل مع منهج التطوير التنظيمي الذي يتبعه مستشارو التطوير التنظيمي حيث يحاول العمل على حل المشاكل بالتشاور الكامل مع المعنيين الرئيسيين في المؤسسة، وبالتالي فإن فشل استشاري التطوير التنظيمي للاستجابة لخصوصية التطوير النموذج الطبي وتوقعاته يقلل من مصداقية أخصائي التطوير التنظيمي من جهة نظر هؤلاء المهنيين الصحيين.

-تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات المؤسسات الصحية:[1] والتي لابد من التوفيق بين مصالحها واهدافها واهداف المؤسسة،حيث تضع المؤسسات الصحية أهمية واهتمام كبير لتمويل أنشطتها وضمان التدفق المالي لها من الخارج مما يجعل من الصعب عليها تبني تغييرات لا تضمن استمرار التدفق المالي من الجهات الخارجية وخاصة المستهلكة لخدمات المؤسسة الصحية مثل شركات التأمين والضمان الصحي.

المطلب الرابع: القيادة في المؤسسة الصحية في ظل ثقافة التغيير:

ان من اهم التحديات التي تواجه الادارة الصحية في هذا العصر هي كيفية التعامل مع هذا التغيير الحتمي،وفي هذا الاطار اصبحت معظم المؤسسات الصحية مطالبة بقيادة التغيير،وفي هذا الصدد فهناك خمس كفايات اساسية يحتاج اليها القادة من اجل التعامل مع التغيير الحادث ومواجهته،وهي: الهدف الاخلاقي،وفهم التغيير ،وبناء العلاقات،وخلق المعرفة ،وصنع المشاركة ،والتماسك2.

1-الهدف الاخلاقي: ان الهدف الاخلاقي للقائد يمثل قيمة واضحة، تظهر جليا في عمله وتصرفاته، حيث يعتمد عليه في نجاح المؤسسة في تحقيق اهدافها.

2-فهم وإدراك عملية التغيير: حتى يحقق القائد نجاحا في عملية التغيير ينبغي ان يجمع بين التزامه بالهدف الاخلاقي ،وتفهمه للتعقيدات الناشئة عن التغيير،وعليه فعلى القيادة ان تراعي الاعتبارات التالية في ظل ثقافة التغيير:

[1] فريد توفيق نصيرات ،مرجع سبق ذكره،ص328.

[2] خضر مصباح الطيطي،ادارة التغيير-التحديات والاستراتيجيات للمدراء المعاصرين-،دار الحامد للنشر والتوزيع،عمان،الاردن،2010، ص ص 165-166.

-الهدف من التغيير لا يجب ان يكون تغيير كل ما في المؤسسة دفعة واحدة؛

-يجب على القائد الجيد ان يجيد تقدير الصعوبات المبكرة التي قد تواجهه عند محاولة تجريب شيء جديد؛

-يجب على القائد الناجح ان ينظر الى مقاومة التغيير باعتبارها قوة ايجابية دافعة؛

-التغيير يعتمد على القدرة على تغيير الثقافة السائدة؛

-التغيير عملية معقدة تتطلب مجموعة من المهارات القيادية.

3-بناء العلاقات :فان القائد الناجح هو الذي يستطيع بناء علاقات ايجابية بين جميع عناصر العمل،خصوصا مع الافراد والجماعات المختلفة عن بعضها وبالذات المختلفة مع من يقوم بالتغيير ،ومن ثم فانهم يقيمون تفاعلا هادفا يمكنهم من التوصل الى اتفاق عام .

4-انشاء المعرفة ومشاركتها: حيث ان من اهم ادوار القائد الناجح في عملية التغيير و في عصر المعرفة والانفجار المعرفي هو زيادة المعرفة داخل وخارج مؤسسته،وكيفية ربط المعرفة بالعناصر الثلاثة السابقة.

5- خلق التماسك : تعترض عملية التغيير العديد من التعقيدات والغموض وعدم التوازن،بالإضافة الى اختلافات في الاراء،وبهذا فان القيادة الفعالة تسعى الى التماسك والترابط،وكذا التوفيق بين الاختلافات.

وفي ظل هذه المبادئ فلا بد من توافر مجموعة من الخصائص والمهارات القيادية، فالقائد الناجح هو ذلك القائد النشيط المتحمس والذي يحمل التزاما خلقيا ويتفهم عملية التغيير ويبني العلاقات والمعرفة ويسعى للترابط والتماسك وتقوية العلاقات بين كافة الافراد داخل المؤسسة.

وبناءا على الكفايات السابقة الذكر وحتى تتمكن القيادات الإدارية في المؤسسة الصحية من القيام بأدوارها في ضوء متطلبات إدارة التغيير على اكمل وجه ، يتطلب منها ما يلي[1]:

-تقييم مدى استعداد المؤسسة للتغيير،ومدى التكيف مع البيئة المتغيرة ؛

-تكثيف برامج التدريب على الاداء والتحسين المستمر ؛

-تكوين وبناء رؤية مستقبلية شاملة وواضحة ؛

-اشراك الاطباء في نهج القيادة التنظيمية باعتباره احد اهم الجهات الفاعلة في التغيير؛

-التعامل مع مصادر مقاومة التغيير؛

-تكوين فريق تطبيق التغيير يشمل كل الموظفين من الطاقم الاداري والطاقم الطبي ومرورا بالطاقم شبه الطبي(قائد تمريضي وقائد اداري،والقيادة السريرسة)؛

[1] Ngozi Oriaku and Ebere Orkiaku,the effect of total quality management on leadership,cas of nigeria,international business and economics research journnal,volume 7 ,number1,2008.

-الإنصات للآخرين والاتصال بهم لإطلاعهم على رسالة التغيير.

بالاضافة الى النقاط السابقة الذكر وحتى تكون قيادة المؤسسة الصحية فَعَّالة في قيادة التغيرات يجب[1]:

-وضع إطار للتحديات التي تواجهك وتحديد نطاقها ومدى تعقيدها؛

-قيادة التغيرات المؤَسَّسِيةّ؛

-خلق مناخ يشجع على التغيير؛

-دعم التغيير بالأنظمة الإدارية؛

-التوسع ونشر التغيرات داخل مؤسستك وخارجها.

وتتطلب أعمال تحسين الجودة في مجال الرعاية الصحية اليوم فهم ليس فقط منهجية وعلم التحسين، بل يتطلب أيضاً إتقان مفاهيم إدارة التغيير، وتشمل هذه المهارات القيادة وبناء الفريق والثقافة والسياق ومشاركة المريض والأسرة،اذ يقوم القادة والفرق القادرة على تسهيل التحسين و تعزيز ثقافة التحسين من خلال إشراك المرضى والعائلات[2] ،و بدون دمج مفاهيم إدارة التغيير ، لا يمكن تحقيق تحسين جودة مستدام وناجح.

وبناء على ماسبق يمكن القول ان المؤسسات الصحية اليوم يجب ان تتميز بسمات خاصة تجعلها بحاجة الى قيادة قادرة على قيادة التغيير في المؤسسة الصحية بما يواكب التغييرات السريعة في المجتمع المحلي والعالمي ،وذلك من خلال رؤية ورسالة المؤسسة وتحفيز المرؤوسين وتوجيههم في الاتجاه الصحيح،وتأهيل الموارد البشرية[3] لتحقيق هذه الرؤية والرسالة،والسعي الى تحقيق الجودة في الخدمات الصحية .

المبحث الثالث:القيادة في المؤسسة الصحية وانعكاسها على الخدمة الصحية

[1] Maryam Ghiasipour et all,Leadership Challenges in Helth Care Organizations ;The Case Of Iranian Hospitals,Medical Journal Of The Islamic Republic Of Iran ,2017,http ;mijiri,ac,ir تاريخ الاطلاع:2018/11/23

[2] Catherine K,et al,Change Management in Quality Improvement: The Softer Skills,curr treat option peds,2015,p http;//link.spring.com/article/10-1007/,2018/08/13 تاريخ التحميل

[3] Rachid Zammar ,Nourddine Abdelbaki,Conduite de changement organisationnel Dans Le Secteur De Santé Marocain,cas de centre hospitalies regional d'agadir,european scientific journal,edition vol12,n°27,2016.

نظرا لأهمية القيادة ودورها الفاعل في القطاع الصحي فقد اهتم الباحثون بمناقشة متطلبات القيادة الصحية الناجحة وتحديد انماط القيادة التي يمكن ان تحقق اهداف العمل في المجال الصحي[1]،ويؤكد ذلك الاهتمام على اهمية القيادة وضرورتها في الخدمات الصحية وتبرز انعكاسات منظومة القيادة في الادارة الصحية في قدرة القادة على اتباع نمط قيادي يعكس طبيعة الفكر الاداري الذي تتبناه المؤسسات لتحقيق اهدافها وتأثير ذلك الفكر القيادي على استجابة المرؤوسين للقرارات والأوامر التي يتم اصدارها.

المطلب الأول: نحو ضرورة التحول من المدير الصحي الى القائد الصحي

ان ادارة المؤسسات العمومية الاستشفائية لا تزال تتخبط في عدة صراعات ومشاكل تعرقل سيرها وتنظيمها ،خاصة انها اليوم تسعى جاهدة لتحسين جودة خدماتها ورضا المريض مما يتطلب اعادة النظر في اساليبها الادارية المتبعة.

اولا:مشاكل وعراقيل إدارة المؤسسات العمومية الاستشفائية:

يعرف قطاع المؤسسات العمومية الاستشفائية في اغلبية الدول النامية من المشاكل المختلفة ،والتي تعيق السير الحسن وتساهم بشكل او بآخر في تدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة وتتبلور هذه المشاكل في الصعوبات المالية والمادية والعوائق البشرية،وقد اتفقت معظم الدراسات على ان اغلبها يصب في القالب الاداري بسبب تخلفه وعدم مواكبته للتطورات الحالية والمستقبلية ،ويمكن حصر اهم مظاهر التخلف الاداري فيما يلي:

-معظم المؤسسات الصحية تسير من قبل اطباء عاملين فيها في هذه الحالة نجد الطبيب يركز جل اهتماماته على الجوانب الطبية باعتبار انها مجال تخصصه،مما يقلل اوبالاحرى يكاد يهمل من اهمية دور النشاطات الادارية في المستشفى لعدم درايته بالامور الادارية.

-تعقد وبطئ اجراءات ونظم العمل،بالإضافة الى التنوع الكبير لموظفي المستشفى[2] من حيث المستوى التعليمي والمهنة والطبقة الاجتماعية،والدخل ،وكذلك الحاجة الى ادراك هذه الاختلافات لتطبيق تقنيات تحفيزية وقيادية تتناسب مع اشخاص مختلفين؛

-عدم رضا الموظفين عن ظروف اداء عملهم ولا بالمقابل المادي الذي يتقاضونه مقارنة بالقطاع الخاص؛

-تضخم الجهاز الوظيفي متمثلا في كثرة الادارات والأقسام والوحدات الوظيفية،فالعمل في المستشفى يتصف بدرجة عالية من التخصص والتمايز والاختلاف ،وهو مقسم بين عدد كبير من العناصر البشرية العاملة فيه

[1] القيادة والإدارة الصحية-الاكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي متاح على الموقع:https://www.abahe.co.uk - تاريخ الاطلاع:12_09_2018.

[2] Maryam Ghiasir et al,Op,Cit,

والمختلفة في خلفياتها العلمية وخبراتها ومهاراتها وقيمها وتطلعاتها واحتياجاتها ابتداء من الاطباء والمديرين كأهم العناصر البشرية [1]؛

-تعود مسيري المؤسسات الصحية على الاجراءات غير المرنة مما ينجم عنه مقاومة التغيير على التكيف مع التطورات؛

-مركزية السلطة وما ينتج عنها من تراكم الاعمال وتأخير انجازها وانخفاض الروح المعنوية؛

-الاهمال واللامبالاة نتيجة ضعف نظام الحوافز والرقابة ومتابعة الاداء؛

-النمطية في اساليب العمل ،وضعف نظم المتابعة وغياب منهجية تقييم الاداء[2].

ان دعم وتأييد الادارة العليا اهم ضمان الذي يعمل على مساندة الكوادر في اتخاذ القرارات اليومية الداعمة لتطبيق ادارة الجودة الشاملة3،على ان يكون هذا الدعم والتأييد نابعا من قناعتها بضرورة التحسين المستمر وانطلاقا من كون الادارة العليا هي الجهة المسؤولة في اتخاذ قرار تطبيق مدخل ادارة الجودة الشاملة باعتباره قرارا استراتيجيا ،أي وجوب توفر رؤية ،و رسالة،و اهداف واستراتيجيات محددة لجميع المستويات الادارية ،فالإدارة العليا تملك انشاء البنية التحتية الادارية لإحداث التغيير،اما عوامل النجاح على المدى الطويل يشترط توفر دعم القيادة العليا في المؤسسة قبل البدء بمشروع التغيير.

ثانيا: قيادة المؤسسات العمومية الاستشفائية بدلا من إدارة المؤسسات العمومية الاستشفائية

تختلف المؤسسات العمومية الاستشفائية عن غيرها من مؤسسات الخدمات، فعلى مستوى الرعاية الطبية نجد أن المستشفى قد أُعد لاستقبال و إيواء المرضى و علاجهم، و ما يرتبط بذلك من خدمات طبية و فنية و تمريض و مطابخ و مغاسل و غيرها من الأنشطة التي لا بد أن تتعاون و تتكامل معا من أجل تحقيق الهدف المنشود، و تأتي الخدمات الإدارية بفروعها المختلفة من شراء و تخزين و تمويل و غيرها، لتعين أو تعيق الرعاية الطبية، و من ثم فإن أداء العمل بالمؤسسات العمومية الاستشفائية يأخذ شكل منظومة متكاملة يصعب الفصل بين مكوناتها أو عمل بعضها بشكل مستقل أو منفرد عن البعض الآخر[4]، و من هنا يمكننا القول بأن المهمة الأساسية لإدارة المستشفى هي تحقيق

[1] فريد توفيق نصيرات،ادارة المؤسسات العمومية الاستشفائية ،دار المسيرة للنشر والتوزيع،عمان، ط2014،2،ص51.

[2] ERIC DE ROODENBEKE ,PRIVATISATION DES HOPITAUX DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELLOPPENT,P2 ,http://www.cerdi.org /colloque/sante2003/roodenbeke .pdf

[3] سامية جلال سعد،الادارة البيئية المتكاملة للمستشفيات،المؤسسة العربية بتنمية الادارية-بحوث ودراسات-،القاهرة ،2006،ص95.

[4] جهاد قارة وسامية ابريعم، انماط الشخصية وعلاقتها بانواع القيادة لدى مدراء المؤسسات العمومية الاستشفائية (دراسة ميدانية في كل من ولاية ام البواقي ،وقسنطينة)،مجلة ميلاف للبحوث والدراسات،المركز الجامعي ميلة،العدد الرابع،2016،ص 255

النتائج المرغوبة من خلال تنسيق جهود كل من الأطباء و الممرضين و الإداريين و العمال.

و هنا أيضا يجب أن نفرق بين مدخلين لتحقيق النتائج المرغوب فيها:

-المدخل الأول: و يمكننا أن نطلق عليه المدخل التقليدي للإدارة و فيه يتولى مدير المستشفى مهام التخطيط و التنظيم و التوجيه و الرقابة أو المتابعة أي وظائف الادارة المعروفة[1]، و يتولى باقي الأفراد على اختلاف فئاتهم المهنية و مستوياتهم الوظيفية إنجاز أو تنفيذ الأعمال اليومية المطلوبة، و طبقا لهذا النمط في الإدارة غالبا ما يبالغ المدير في ثقته بنفسه و يستهين بقدرات غيره، بمعنى أنه لا يثق في قدرات مساعديه و مرءوسيه في القيام بالأعمال المطلوبة منهم بشكل صحيح في غياب الإشراف المباشر عليهم، و من ثم تكون النتيجة إغراق نفسه في تفاصيل دقيقة حول كيفية أداء العمل الذي قد لا تتوفر لديه معرفة كافية بجوانبه المختلفة.

-المدخل الثاني: و هو مدخل الإدارة المعاصرة و فيه يكون مدير المستشفى واثقا في نفسه ويتمتع بمهارات قيادية تساعده في التاثير على مرءوسيه[2]، و بالتالي فإنه يحدد الإطار العام لما يجب عمله و يمنح مساعديه و مرءوسيه ما يكفيهم من حرية و استقلالية للقيام بالأعمال المطلوبة منهم و تكون المساءلة على أساس نتائج العمل و ليس إجراءاته.

و الفرق الأساسي بين المدخلين هو أن المدخل المعاصر في الإدارة ينظر إلى المدير كقائد لمجموعة أو فريق عمل و ليس كرئيس له يعامل موظفيه على اختلاف فئاتهم كأفراد ناضجين و قادرين على تحمل مسؤولياتهم بشكل مناسب، و أن العلاقة فيما بينهم هي علاقة شراكة ذات أهداف و مصالح مشتركة.

وعليه فان أحد متطلبات نجاح المدير في عمله اكتساب وتنمية المهارات القيادية، و على الجانب الآخر ليس ضروريا أن يمارس من تتوافر فيه مهارات القيادة وظيفة المدير بصفة رسمية، و كثيرا ما نرى أن من بين أعضاء جماعات العمل في مختلف المواقع من يستطيع التأثير في سلوكيات أعضائها بأقوى و أشد من تأثير رئيسها رغم أنه لا يتمتع بالصلاحيات أو السلطات الرسمية أو القانونية التي يتمتع بها الرئيس الرسمي للجماعة، و هنا قد يثار التساؤل حول معايير التفرقة أو أوجه الخلاف بين من يقود المستشفى و من يديرها.

---

[1] القيادة والادارة في منزمات الرعاية الصحية والاجتماعية من الموقع:-www.daralfiker.com/sites/defaut/files/bookes/-first chapter/pdf ; تاريخ لتحميل 2018/08/7.

[2] https ;//www.omicsonline.org/open-access,op ct.

و من الطبيعي أن قائد المستشفى الناجح هو الذي يسعى إلى إحداث التوازن المطلوب بين هذين الدورين (أهداف المستشفى و رسالتها و احتياجات العاملين و معنوياتهم)، و لتحقيق هذا التوازن يتطلب من المدير باعتباره قائدا لعملية التخطيط ان يقوم بما يلي [1]:

-تنظيم عملية التخطيط وجعلها عملية رسمية وذات منهجية مؤسسة ومدروسة وإشراك العناصر الكفؤة والقادرة في التخطيط لوضع تصورات وتوصيات مناسبة بشان مستقبل المستشفى؛

-تحفيز جهود وأنشطة التخطيط في اقسام ووحدات المستشفى المختلفة لوضع وتطوير خطط للأقسام والتكامل بينها وبين الخطة الكلية ؛

-مراجعة البرامج والخدمات الحالية للمستشفى ومدى ملائمتها لحاجات المجتمع ،وعلاقتها مع خدمات وبرامج المؤسسات العمومية الاستشفائية الاخرى التي تخدم نفس المجتمع بغية تحقيق النقص والثغرات في الخدمات الحالية والعمل على تحسينها؛

-قيادة عملية مؤسسة لتحديد وتقييم اهداف المستشفى وتطوير الاستراتيجيات اللازمة لتحقيق هذه الاهداف؛

-متابعة وتقييم التقدم الحاصل في تنفيذ قرارات التخطيط وتبني برنامج دائم وملائم لهذا الغرض.

ثالثا: مفهوم القيادة الصحية :على الرغم من ان للقيادة في مختلف المجالات اسس عامة تقوم عليها،فان قيادة المؤسسات الصحية تختلف عن القيادة في المؤسسات الاخرى،لكون المؤسسات الصحية مرتبطة بالعديد من الميادين ،فضلا عن ان الدور السابق للمدير الصحي كان مقتصرا على ادارة الجانب المكتبي والفندقي في المستشفى وتوفير التسهيلات والمهمات التي يتطلبها الاطباء لممارسة نشاطاتهم ،حيث كان المستشفى ورشة عمل للطبيب،ومع تطور العلوم الطبية والتكنولوجيا وزيادة الضغوط والمؤثرات الخارجية على المستشفى كتنظيم،وكذا زيادة الطلب على الخدمات الصحية،كل هذا ادى الى توسع دور وأهداف المستشفى مما جعل منها مؤسسة اجتماعية نشطة ترتبط بالمجتمع بعلاقات وثيقة وتعمل على تلبية حاجاته الصحية ،وهذا ما ادى الى التحول من دور المدير وزاده اهمية كقائد ومنسق ضروري لتوحيد الجهود والنشاطات المتعددة والمتصارعة احيانا ضمن عملية تنظيمية [2]تضمن الاستعمال الامثل لكل الموارد المتاحة للمستشفى وبشكل يحقق الاهداف المشتركة.

وسنذكر اهم التعريفات الخاصة بمفهوم القيادة في المجال الصحي ،في مايلي:

- وكالة الصحة العامة في كندا تعرف قيادة الصحة العامة على النحو التالي[3]: يشير هذا المصطلح إلى القدرة لشخص واحد للتأثير وتحفيز الآخرين ،مما يجعلهم يساهمون في التنمية وتحقيق الرؤية والأهداف المشتركة والتركيز

[1] Rachid zammar et Nourddine Abedlbaki,ct op,

[2] فريد توفيق نصيرات، ادارة المؤسسات العمومية الاستشفائية ،مرجع سبق ذكره،ص94.

[3]Claire Betker Et Dianne Oickle,Leadership De La Santé Publique Pour Favoriser L'Equite En Santé :Une Revue De La

على العدالة الاجتماعية ، بالإضافة الى القدرة على إحداث التغيير .

-القيادة عملية يومية تخضع لشخصية مدير المستشفى وفقا لمعتقداته وقيمه وثقافته وأسلوب تعامله واتجاهه نحو نفسه والآخرين،1 فهو يسير ويوجه المؤسسة نحو أهدافها،فطبيعة العلاقة ارتباطية كلما اختلفت الشخصية اختلف نوع القيادة.

وهناك من ينظر للقيادة الصحية بأنها القيادة السريرية والتي يعرفها الكثيرون على انها :القيادة التحويلية التي يوفرها الأطباء الممارسون الذين يقودون تحسينات في جودة الرعاية من خلال الابتكار ، إما من خلال المشاركة الرسمية في أنشطة الحوكمة السريرية أو من خلال نمذجة الأدوار غير الرسمية والإرشاد[2].

من هذا التعريف يبرز الدور المهم للاطباء في التعامل مع اسهامات المستشفى في تطبيق منهج ادارة الجودة الشاملة بطريقة مختلفة عن باقي الموظفين في المؤسسة للخصوصية التي يتميزون بها[3]،كدورهم في قيادة الانشطة السريرية واعمال المراجعة الطبية،اي اجراءات التشخيص والعلاج،تدريبهم وخبرتهم في تقديم الخدمات الصحية،كل هذا يجعل منهم صانعي قرار خاص بالخدمة المقدمة للمريض.

والمقصود بالقيادة في دراستنا هذه هي ان يمتلك المدير صفات ومهارات قيادية تجعله قادرا على التاثير في سلوك العاملين وخلق الرغبة لديهم لتحقيق الاهداف ،واشراكهم في عملية تخطيط الجودة وسبل الارتقاء بها.

ومما سبق فان القيادة في المؤسسة الصحية تلعب دورا كبيرا في الاشراف والتنظيم والتوجيه للعمل وتحفيز العاملين نحو التحسين المستمر[4]، بالإضافة لتوظيف الافكار الحديثة والتطبيقات الادارية المعاصرة في الوصول بمستوى الخدمات المقدمة لأفضل المستويات الممكنة.

المطلب الثاني:الادوار القيادية في ظل إدارة الجودة الشاملة:

Litterateur ,Centre De Collaboration Nationale Des Determinants De La Santé ,Université ST.Francis Xavier ,2018,P3.

[1] جهاد قارة وسامية ابريعم، مرجع سبق ذكره،ص 257.

[2] شاكر بن احمد الصالح،القيادة والادارة في المنظمات الصحية،دار الفكر للنشر والتوزيع،عمان،2017,

[3] هيوكش ، ترجمة طلال بن عايد الاحمدي،ادارة الجودة الشاملة-تطبيق ادارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها-مركز البحوث،بدون سنة نشر،ص62.

[4]Claire Betker Et Dianne Oickle,Ob Cit, p5.

ان ادارة الجودة الشاملة كما سبق تعريفها هي اسلوب حديث وفلسفة شاملة يمكن ان تحوي جميع انظمة الجودة السابقة ذكرها وبالتالي فان تبني الادارة العليا (القيادة) لها ودعمها وتذليل العوائق امام تطبيقها والمشاركة في التوعية بالجودة الشاملة ونشرها هو المفتاح الرئيسي لنجاح تطبيقها في المؤسسة.

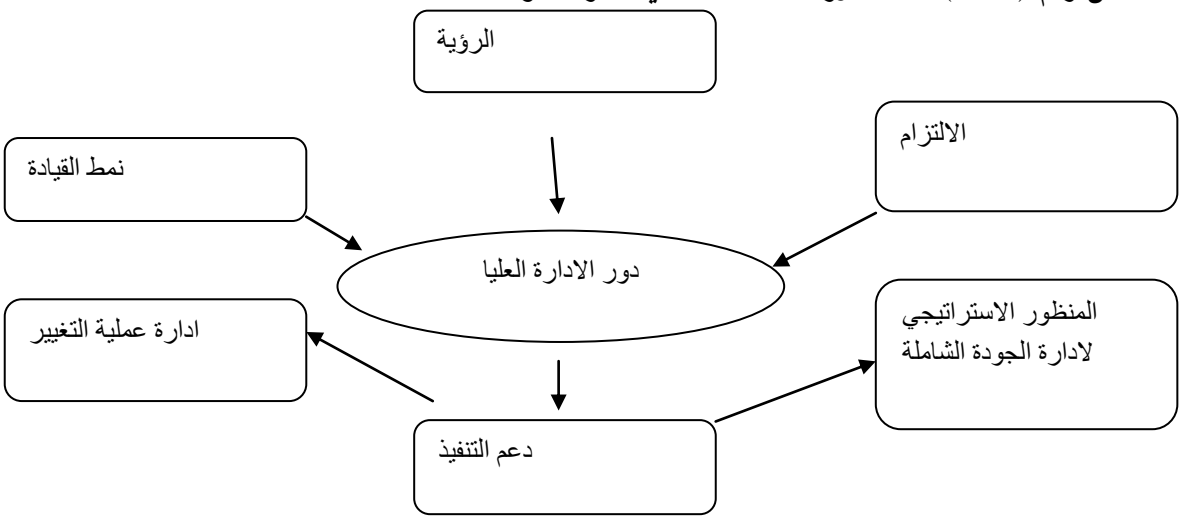
ويتطلب تطبيق هذا الاسلوب في المؤسسات الصحية قيادة فعالة وتوجيها قويا ،ووضع خطة عملية لتطبيقه على النحو الصحيح في جميع مراحله وعلى جميع المستويات التنظيمية،

اولا: الدور الاستراتيجي للقيادة العليا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

تعد القيادة بعدا مهما في تطبيق مدخل ادارة الجودة الشاملة،اذ يعتبر التزام الادارة العليا ودعمها لإجراء التطور والتحسين وعلى المدى الطويل من اهم متطلبات بناء الثقافة التنظيمية[1] الملائمة لتطبيق هذا المدخل .

وللقيادة العليا دور مهم في إدارة وتطوير المؤسسات وتطبيق الممارسات الإدارية على أرض الواقع وبالتالي فإن التزام القيادة العليا تجاه تطبيق إدارة الجودة الشاملة ينبثق من كون هذا المدخل يعد قرارا استراتيجيا تمتلكه الإدارة العليا بصفتها القائد في المؤسسة ، وتعنى قيادة الجودة بتقييم الخيارات الاستراتيجية الواضحة والقواعد الموجهة والتطبيق المنضبط للتحسين المستمر وبذلك تكون قيادة استراتيجية ذات منظور طويل الأمد[2] ، وهذا يمثل حجر الأساس في تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة،ويمكن توضيح ابعاد هذا الدور من خلال الشكل التالي :

الشكل رقم (3-3):ابعاد دور القيادة العليا في ادارة الجودة الشاملة:



المصدر:علي غالب شاتي،مرجع سبق ذكره،ص 30.

[1] قاسم نايف علوان المحياوي،مرجع سبق ذكره،ص332.

[2] علي غالب شاتي،مرجع سبق ذكره،ص29.

ثانيا:مهام القيادة الادارية في ظل ادارة الجودة الشاملة

ان من اهم مهام القيادة في ظل ادارة الجودة الشاملة لابد ان تتجه الى غرس مضامين ادارة الجودة الشاملة لدى المرؤوسين وكذلك الحالة بالنسبة للثقافة التنظيمية الجديدة واستخدامها لتحفيز المرؤوسين لخدمة العملاء وارضائهم وتفعيل اسلوب الاتصال [1].

وفيما يلي عرض لأبرز مهام ومسؤوليات القيادة الادارية:

-غرس مضامين ادارة الجودة الشاملة لدى المرؤوسين بعد شرحها وتفسيرها لهم وبيان الفلسفة العامة التي تقوم عليها.

- تحفيز مرؤوسيه على خدمة العملاء وإرضائهم ، وتدريبهم على كيفية الاهتمام بهم ، وتشجيعهم على الإسهام بمقترحاتهم، من أجل تطوير وسائل فعالة تسهم في تحقيق الرضا لدى عملاء المؤسسة.

- توعية مرؤوسيه لضرورة الاتصال المستمر مع العملاء لمعرفة احتياجاتهم ورغباتهم.

- توزيع المهام والمسؤوليات على مرؤوسيه بشكل واضح ومفهوم بحيث يعرف كل واحد منهم اهو المطلوب منه بوضوح.

- تطوير أداء مرؤوسيه باستمرار، وجعلهم جاهزين لمواجهة التحديات الناجمة عن تطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة[2]، وعدم الاستسلام للمشاكل.

- تفويض السلطة لمرؤوسيه وتشجيعهم وتوجيههم لاستخدامها بشكل فعال.

- جعل قنوات الاتصال مفتوحة وباستمرار بينه وبين مرؤوسيه، فهذا يجعله قريباً منهم.

- إشعار مرؤوسيه بأنه واحداً منهم يضمهم فريق عمل واحد متعاون لتحقيق أهداف مشتركة.

- الاستجابة السريعة لضغوط ومشاكل العمل، والسعي إلى حلها والتكيف معها.

- بناء نظام معلومات خاص به، يساعده على اتخاذ القرارات بشكل جيد، ويسمح لمرؤوسيه باستخدام هذه المعلومات عندما يحتاجونها.

تأسيسا على ما سبق فان منهجية ادارة الجودة الشاملة تحتاج الى قيادة ادارية قادرة على تحقيق التفاعل بينها وبين المرؤوسين،وبناء فريق عمل منسجم ومتعاون ،ويشجعهم على تطبيق هذه المنهجية،فهي تستدعي ايضا تغير

1http;//www.pedagogie-medical.org/articles/pmeo/pdf/2010; Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale 2018/10/23:تاريخ التحميل

[2] قاسم نايف علوان،ادارة الجودة في الخدمات،مرجع سبق ذكره،ص202,

النمط القيادي الحالي السائد في المؤسسة الى نمط قيادي حديث ذي خصائص معينة وأسلوب عمل يتوافق وهذه المنهجية الجديدة وثقافتها،فالقيادة الادارية في ظل ادارة الجودة الشاملة عليها مسؤوليات جسيمة.

وأوضح بتالدين ما ينبغي على القيادات في المجال الصحي تعلمه لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بنجاح فأشار إلى ضرورة اتباع ما يلي[1]:

✓ ينبغي على الإدارة أن تتعلم معنى الجودة وأن يشمل ذلك إدراك وفهم أهمية المستهلك في العملية الإنتاجية وأن هناك مستهلكين متعددين في هذه العملية؛

✓ ينبغي على الإدارة أن تتبنى وتشجع التطوير المستمر للجودة، ويشمل ذلك الاستخدام الأمثل والواعي لفرق العمل التي تعمل على تحسين النظم والعمليات وتطوير مهارات التغيير في المؤسسة؛

✓ ينبغي على الإدارة أن تتعلم معنى التفكير الإحصائي وكيف تتحدث بلغة الأرقام والحقائق وأن تستبعد العمل القائم على التخمين من عملية اتخاذ القرار وكيف تقلل من الانحرافات والتعقيدات التي لا تلزم لعمليات اتخاذ القرار وأن تستخدم الوسائل العلمية (مثل مخطط السبب والنتيجة، ومخطط بيرتو، والمخطط التاريخي ومخطط الانتشار ومخطط تدفق العمليات ومخطط الاتجاه ومخطط الرقابة)، وأن تعرف كيف تستفيد من نتائج استخدام هذه النماذج في اتخاذ القرار الإداري المناسب.

اما ميكلوفلين اوضح أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتطلب من المسئولين الإداريين والصحيين إيجاد مناطق وسطية لتسوية الصراعات، وتتطلب عملية التحول نحو تطبيق الجودة الشاملة على قدرتها في إتباع الإرشادات التالية:2

- إعادة تعريف الأدوار للمتخصصين.
- إعادة تعريف ثقافة المؤسسة.
- إعادة تعريف الأدوار الإدارية.
- مساعدة وتمكين الفريق على أداء التحليل وحل المشاكل.
- تغيير الأهداف التنظيمية.

[1] Batalden P, Quality Improvement :The Role And Application Of Research Methods,the Journal Of Health Administration Education , vol 7,n°3,1989,pp577-583 .

[2] Mclaaughlin,C.P., and Kaluzny, A.D," TQM in Health: Making it Work", Healthcare Management Review, Vol. 15, ., (1990) pp.7-14

- تطوير القدرات الرقابية.
- تعديل نظام المكافأة.
- تطوير واستخدام النماذج القابلة للتطبيق في المجال الصحي والتي أثبتت فعاليتها في مجالات أخرى.
- جعل برنامج إدارة الجودة الشاملة نموذجا للتطوير والتحسين المستمر

ثالثا: تبني انماط قيادية ملائمة لإدارة الجودة الشاملة:

من اهم مبادئ وأسس ادارة الجودة الشاملة وجود القيادة الفاعلة والمؤثرة والمشاركة والداعمة لتطبيق ادارة الجودة الشاملة في جميع القطاعات ،ولا يمكن ان يتحقق النجاح لتطبيق ادارة الجودة الشاملة ولا اي مبادرة اخرى ما لم يتحقق لها دعم ومشاركة الادارة العليا وقيادتها الفاعلة لإنجاح المبادرة.

ويتطلب الفكر الاداري الحديث انماط قيادية حديثة تتماشى مع التوجهات الادارية المعاصرة وذلك من خلال تحويل دور القائد من الاداري المصدر للأوامر الى دور المساند والمحفز[1]،فالقائد في الفكر الاداري المعاصر هو الذي يوجد وينمي فرق العمل الاكفاء والقادرين على تحمل مسؤولياتهم والمبدعين في انجاز اهدافهم من خلال الخبرات والقدرات التي يتمتعون بها.

ويمثل تبني النمط القيادي المناسب لمدخل ادارة الجودة الشاملة احد متطلبات نجاح هذا المدخل،ذلك النمط الذي يعمل بروح الفريق،ويهيئ مناخ العمل الجماعي ،ويوازن بين الاهتمام بالعمل بجانب الاهتمام بالعنصر البشري ويعزز القيم الايجابية في العمل والعلاقات [2]،اضافة الى القيام بالبحث والتقصي عن اعمال المؤسسة كافة والاستماع الى مشكلات العاملين في نفس الوقت ،وتدريبهم على التقنيات الحديثة،وإقامة شبكة اتصالات مع اقسام المؤسسة ككل بما يضمن تحقيق تحسين فعال في اداء العاملين ،كما ان اتباع منهج الادارة على المكشوف الذي يقوم على مبدأ مكاشفة او مصارحة العاملين على اختلاف مستوياتهم بماهية اهداف المؤسسة يعد منهجا في غاية الاهمية لتطبيق فلسفة ادارة الجودة الشاملة**3** .

المطلب الثالث:دور القيادة الادارية في تحسين جودة الخدمة الصحية:

[1] http ;//enjournal .org/article/dowload ;effects of leadership styles on quality of services in healthcare,2014.

[2] ابو ليلى حسن محمد حسن،ادارة الجودة الشاملة–دراسة ميدانية لاتجاهات اصحاب الوظائف الاستشرافية نحو مستوى تطبيق ومعوقات ادارة الجودة الشاملة في شركة الاتصالات الاردنية،رسالة ماجستير غير منشورة،كلية الاقتصاد والعلوم،جامعة اليرموك الاردن،1998،ص30.

[3] محمد عبد الوهاب العزاوي ،ادارة الجودة الشاملة،دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع،عمان،الاردن ،2005،ص64.

إن نجاح القادة في إدارة وتوجيه مؤسساتهم يتحقق بقدرة هؤلاء في إحداث التغيير والاستجابة له، فإن الحاجة لمثل هؤلاء القادة أمر ضروري، باعتبار أنهم من يملكون القدرة على التأثير[1]،هذا التغيير لا يكون إلا بالتوجه نحو العاملين واعتبارهم القوة الحقيقية التي تزخر بها المؤسسة وتهتم بتطوير قدراتها وتحسين أدائها.

لذا وجب التفكير في الواجبات المطلوب ممارستها من طرف القادة حتى يؤثروا ايجابا في مرؤوسيهم ويحثونهم على تعديل سلوكاتهم نحو العملاء(المرضى)،وضرورة العمل كفريق واحد للوصول فعلا إلى أعلى مستوى من جودة الخدمة المقدمة .

اولا :فريق العمل واثره في تحسين الخدمة الصحية

هناك الكثير من الدراسات اكدت على أن العمل الجماعي هو مساهم هام في جودة الرعاية الصحية[2]،اذ تحظى المؤسسات العمومية الاستشفائية في هياكلها الوظيفية بتشكيل فرق متعددة التخصصات من الهيئات العاملة بها على كل المستويات وفي كافة انواع الخدمات،سواء كان من الهيئة الطبية من اطباء عاميين ومتخصصين وجراحين وحتى الصيادلة،وهيئة التمريض غيرهم بالتكامل مع اعضاء من الهيئة الفنية كالمهندسين والكيميائيين الى غير ذلك،وبالتعاون مع اعضاء من الهيئة الادارية .

1)تحسين جودة الخدمة الصحية:

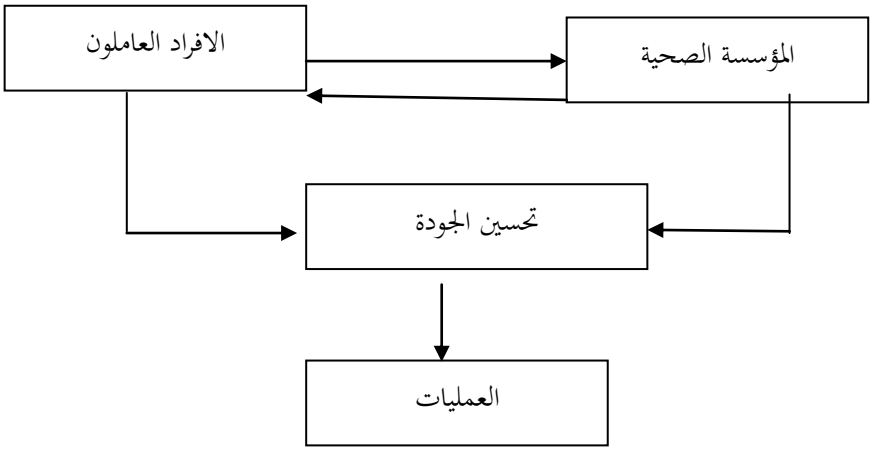
تحسين الجودة الصحية تعني مشاركة جميع العاملين داخل المؤسسة الصحية في تحسين العمليات وتحقيق نتائج مرضية فيما يتعلق بالأداء والرضا ،وللإشارة فقد تم استخدام التحسين في ميدان الخدمة الصحية منذ فترة طويلة ،اما الان فقد اصبح تحسين الجودة اكثر شمولا في جميع اجزاء المؤسسة ،بالإضافة الى ان تحسين الجودة اصبح من العوامل المهمة لتحقيق التميز[3]،فضلا عن ذلك فقد قدم niezink نموذج للتحسين المستمر للخدمة الصحية ،كما هو موضح في الشكل ادناه:

الشكل رقم (3–4): نموذج تحسين جودة الخدمة الصحية

1– براق محمد وحوتية عمر، القيادة وإدارة التغيير بالمؤسسات الاقتصادية،مداخلة مقدمة في الملتقى الوطني حول تسيير التغيير في المؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير ،جامعة باجي مختار عنابة، ، يومي 30 نوفمبر و 1 ديسمبر،2004.

[2] Garcia Rivera et al,the impect of transformational leadership in burnout of nurses and doctors in a public hospital of mexico ,2012 .

[3] هالة حمد ماجد،ايهاب ياسين ذياب،استخدام بعض ادوات الجودة و لتحسين الخدمة ا لصحية –بحث مقارن بين مستشفى بغداد واليرموك التعليميين–،مجلة العلوم الاقتصادية والادارية ،العدد 95،المجلد23، 2017،ص181.



Sources ; niezink,anne G.H(2011) ,BENCHMARKING THEEFFICIENCY OF THE PROCESS OF COLORECTAL SURGERY IN DUTCH HOSPITAL ,MASTER THESIS HEALTH SCIENCES, UNIVERSITY TWENTE

من الشكل اعلاه يتضح ان كل من المؤسسة والأخصائيين الصحيين تعد من العناصر المهمة لتحسن الجودة ،وهذا من خلال المعرفة والخبرة والابتكار وكذا تحسين قدرات العمال في المجال الصحي في كل جزء من اجزاء المؤسسة الصحية،وبعد تعاون الاخصائيين مع هذه الاخيرة الى التأثير على عمليات المستشفى بشكل مباشر.

ويشير هاكبورد إلى أن نظرية تحسين الجودة هي نظرية عالمية بغض النظر عن المؤسسة التي تتبناها وأوضح أن هناك مبادئ أساسية تصلح للتطبيق في كافة المؤسسات الصحية وهي[1]:

-تحسين الجودة؛

-يشمل تعليم المستهلك؛

-تحسين الجودة يحتاج إلى القدرة على التنبؤ بالجودة وهذا يطلب تحديثا مستمرا للنظريات واستخداما مناسبا للبيانات،فتحسين الجودة لا يعني مجرد النظر إلى أحداث الماضي وأحداث الحاضر، بل يطلب التنبؤ بالإجراءات التي تقود إلى مستقبل أفضل، فالممارسات الطبية والإدارة الصحية يجب أن لا تكون قائمة على التخمين أو التجربة والخطأ، بل يجب أن تكون قائمة على التنبؤ المبنى على النظرية والحقائق والتجارب؛

ان تحسين جودة الخدمات الصحية يحتم علينا توقع احتياجات المريض للرعاية والمعلومات والمساعدة من قبل الطاقم الطبي.

يرى كروسبي ان الجودة هي انعكاس لطبيعة القيادة في المؤسسة التي يقع على عاتقها الاقتناع بمدى اهمية الجودة،وهي مصدر اقامة نظام الجودة والمرتكز على فرق تحسين الجودة،وتولي الادارة العليا لديه اهمية كبيرة من

[1] Hacquebord, H," Healthcare From the Perspective of Patient: Theories For Improvement", Quality

Management in the Healthcare, Vol. 2, No.2, (1994) ,pp.68-75

خلال دورها الواسع في زيادة الوعي بالجودة لدى الافراد والعاملين في المؤسسة،والتزامها بإيجاد انسب الطرق لاشراك العاملين والمشرفين،وذلك بتعليمهم وتدريبهم ضمن برامج خاصة بتحسين الجودة ،بالإضافة الى تعزيز انظمة الاتصال.

2)دور قائد فريق العمل في تحسين جودة الخدمة الصحية:

ان حرص الادارة في المؤسسات العمومية الاستشفائية على تواجد فريق عمل نشط يعمل بمعايير صحيحة ومبادئ وقواعد واضحة تكمن في اهمية العمل الجماعي،اذ تشير اغلب الدراسات [1]ان سلامة المرضى ومعدلات الاستشفاء المخفضة مرتبطة بفعالية العمل الجماعي ،فعلى سبيل المثال فريق العمل في جناح العمليات مهمته اجراء جراحة للمريض وانجاز هذه المهمة يتطلب طبيب جراح ومساعديه من الاطباء وهيئة التمريض ،طبيب التخدير والانعاش ،ممرض العمليات، والمسؤول عن التعقيم ومسؤول الامداد بالادوية والمستلزمات الطبية ،وكذا مسؤول التسجيل الطبي، أي ان المسؤولية هنا مسؤولية جماعية يتحملها الفريق بكامله و الصلاحيات هنا لكل عضو من اعضاء الفريق في حدود تخصصه .

إن دور قائد فريق العمل هنا يكمن في توفير المناخ الملائم لتنمية روح الفريق، فهو يحتل مركزا محدداً ضمن هذا الفريق،فبمجرد احتلاله ذلك المركز الوظيفي فهو مطالب بإنجاز واجباتها وفقا لتوقعات المرضى من تلك المستشفى إضافة إلى واجب تحسين جودة الخدمة الصحية[2]، ولذلك يمكن تبيان الصور التي تظهر عليها أدوار قائد فريق العمل بما يأتي[3]:

– أنّه مطالب بتقديم المعلومات الكافية لتوسيع ادراك واضعي السياسة العامة في المؤسسة، فهو في هذه الحالة يقوم بدور الباحث، ودور المستشار رغم انه لا يرتقي إلى مستوى واضع السياسة بحد ذاته؛

–أنّه مطالب ليس فقط بمساعدة السلطات الإدارية في المستشفى في وضع السياسة العامة، وتخطيطها فحسب، وإ انما أيضا مطالب بوضع تلك السياسة في قوالب تنظيمية عملية، الأمر الذي يجعل فريق العمل أكثر تحركاً وتجاوباً لكي يصبح معولاً عليه في تنفيذ السياسة العامة روحاً وشكلا ؛

[1] Helen O'sullivan ,Judy M,Michael J M,leading and working in teams,british journal of hospital medicine, vol 76, n° 5,p264,2015 .

[2] http://www.omicsonline.org/open-access/effects-of-leadership-style-on-health-care-organizational-performance-a-survey-of-selected-tertiary-care-hospital-in-karachi-Pakistan-2016-10000333.php!aidpdf.

[3] البشير العلاق ، الادارة الحديثة ،دار اليازوري للنشر والتوزيع،عمان ،الاردن ،2008،ص203.

-أنّه مطالب باختيار العنصر البشري لدائرته، إذ أن نوعية الموظفين، وكيفية اختيارهم ومعرفة ميولهم واتجاهاتهم تعد من الأمور ذات الأهمية لتحقيق مشروع تحسين الجودة في الخدمات الصحية؛

-أنّه مطالب أن يكون حكيماً في تشخيصه، وصبورا في معالجاته، ومطالباً أيضا بإيجاد نوع من التوازن بين المطالب المتناقضة وتشذيب حدة الاحتكاك، ولا سيما أنه يعمل في بيئة اجتماعية تعيش تحت ضغط دائم، وهي الحالة التي لها تاثيرا مباشرا في فريق العمل ، فتدفع بها إلى حالة من التوتر، وعدم الالتزام بالوقت وعدم التنسيق. واغلب الدراسات تشير الى ان طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الاسلوب الامثل لإحداث التغيير المطلوب في المؤسسة الصحية[1]،ويعد ايضا افضل وسيلة لتحقيق التحسين المستمر في طريقة اداء العمليات ،فالقائد في فريق العمل مطالب بتدريب اعضائه على اساليب العمل الجماعي واتخاذ القرارات الجماعية،و بإنجاز واجبات تعتبر الوجوه الحركية لتوقعات المرضى من تلك المستشفى إضافة إلى واجب تحسين جودة الخدمة الصحية، يمكن إظهار القيادة عن طريق فريق العمل في مختلف مستويات الرعاية الصحية والاجتماعية[2] ولا يجب اعتبارها أمراً يقتصر على الموجودين في مناصب الإشراف والإدارة فقط،فمن المعروف ان المؤسسات الصحية تعتمد الى حد كبير على فرق العمل في اداء مهامها،والتي يجب ان تعمل بتعاون لضمان تقديم خدمات صحية جيدة،كما أن التركيز على احتياجات وتفضيلات المرضى وتحمل المسؤولية الشخصية عند تلبية هذه الاحتياجات يعد أمراً محورياً للقيادة الجيدة وإنجاز الرعاية مما يحقق نتائج عالية الجودة للمريض.

وعموما يعتمد نجاح دفع اسلوب الجودة الشاملة للخدمات الى الارتقاء على اشراك جميع موظفي المؤسسة الصحية ودعمهم لتطبيق استراتيجية الجودة فيها[3] ،وسوف تتولى ادارتها العامة وفريقها الاداري مسؤولية قيادة تطبيق هذه الاستراتيجية،بالاضافة الى تقديم الدعم اللازم لجميع المتخصصين السريريين والمديرين لتحديد نشاطات الجودة الحالية والمستقبلية للخدمات المرتبطين بها[4].

ثانيا:خصائص وواجبات القائد الاداري لنشر ثقافة جودة الخدمة الصحية

1)الخصائص:

[1] عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية،مرجع سبق ذكره،ص60.

[2]Jane Doherty , Strengthening Clinical Leadership In Hospitals The International And South African Literature , Centre for Rural Health, University of the Witwatersrand, South Africa,2013

[3] https ;//www.researchgate.net/publication ;effectsof leadership styles on quality of services in healthcare20/12/2018.

[4] هيوكش ، مرجع سبق ذكره،ص74.

هناك واجب كبير يلقى على عاتق القادة في المؤسسات الصحية وهو ترسيخ ثقافة الجودة،ويتطلب الأمر جهودا كبيرة جدا من القادة ليتمكنوا فعلا من غرس مجموعة القيم الجديدة المبينة على فلسفة الجودة الشاملة، ذلك أنه إذا استطاع القادة التأثير في تغيير قيم الطاقم العامل معهم وتوحيد اتجاه أفكارهم وتمكنوا من تغيير ثقافتهم وتوحيدها، ونجحوا في نشر ثقافة الجودة فإنه من السهل عليهم فيما بعد تطبيق أي برنامج يحسن من نوعية الخدمات المقدمة من طرفهم، بل لن يتطلب الأمر منهم الكثير لتحسين الخدمات لأنه سيصبح أحد ابرز أهدافهم .

ولا بد ان يعكس القائد اليوم مفاهيم الجودة في سلوكه وقراراته وتوجيهاته ومتابعته لمرؤوسيه وذلك من خلال توافر مجموعة عناصر اساسية لابد ان تتواجد في كل قائد،أي في كل متخذ قرار له مسؤولية وسلطة يؤثر في بيئته الداخلية والخارجية ويتأثر بها،عناصر سيكون وجودها مهما لمواجهة ما يترقبه من متطلبات وتحديات وطموحات والتي تتمثل في :

-القدرة على رؤية واستطلاع المستقبل واخذ المبادرة للتعامل مع المشاكل قبل حدوثها وهذا يتعلق بالحاجة الى التخطيط الاستراتيجي لضمان الاستمرارية والنمو للمؤسسة[1].

-توزيع المهام والمسؤوليات على مرؤوسيه بشكل واضح ومفهوم بحيث يعرف كل منهم ما هو مطلوب منه بوضوح.

-تطوير اداء مرؤوسيه باستمرار ،وجعلهم جاهزين لمواجهة التحديات الناجمة عن تطبيق منهجية ادارة الجودة الشاملة وعدم الاستسلام للمشاكل.

-تفويض السلطة لمرؤوسيه وتشجيعهم وتوجيههم لاستخدامها بشكل فعال، اذ يعد دعم إدارة المؤسسات العمومية الاستشفائية على مستوى عال أمرًا حاسمًا لتطوير القيادة السريرية، فالمدير العام يحتاج إلى أن يكون مستعدا لتفويض السلطة والمسؤولية إلى القادة السريريين ورعاية العلاقات المنتجة بين الأطباء والإدارة ، مما يخلق بيئة مواتية للقادة السريريين للعمل بشكل جيد ومساعدة المستشفى في تحقيق أهدافه[2] .

-البحث المستمر عن المشاكل المحتملة الحدوث من اجل التصدي لها قبل وقوعها[3].

[1] هيوكش،ترجمة عايد الاحمدي،ادارة الرعاية الصحية،معهد الادارة العامة،2002،ص109.

[2] https;//www.who.int/management/Améliorer le leadership et la gestion sanitaire-world health organization.,2018/10/10 تاريخ الاطلاع:

[3] فريد توفيق نصيرات،مرجع سبق ذكره ،ص 289.

-جعل قنوات الاتصال مفتوحة وباستمرار بينه وبين مرؤوسيه وإشعارهم بأنه واحد منهم ضمن فريق عمل واحد ومتعاون لتحقيق اهداف مشتركة.

-القدرة على حل المشاكل وحل الصراعات بين العاملين في المؤسسة الصحية.

-تحمل القائد مسؤولية نتائج اعماله وأعمال من يقودهم واستخدام سلطته باتزان وبروح مبادرة[1]

-القدرة على حل المشاكل والصراعات بين العاملين في المؤسسة2،فمن المعروف اننا نجد دائما درجة عالية من النزاعات والخلافات والغموض بين مجموعات العمل داخل هذه المؤسسات .

واغلب الدراسات تشير الى ان اعداد القادة في علم الجودة يعتبر خطة طويلة المدى،ولذلك قسم علم ادارة الجودة الشاملة القيادة الى اربعة محاور اساسية لتسهيل تطبيق فن القيادة كمداخل رئيسية من خلالهم يمكن

قياس "ابداعية القائد للقيادة"،وتختصر تلك المداخل في المحاور الاربعة التالية3:

✓ القيادة التنفيذية العليا: تعتبر القيادة العمود الفقري لأي مؤسسة ،ويبدأ اهم دور لها في قدرة القائد على "انشاء بيان الرسالة والرؤية" ،ومنها وضع سياسة تطبيق الجودة من خلال تأسيس اهداف الجودة.

✓ قيادة الجودة القيمية: يتوقف نجاح المؤسسة على القائد الذي يستطيع تحليل جميع القيم لها وقيادة الفريق للتطبيق مثالا على ذلك تحديد من هم المستفيدين من خدمات المؤسسة؟،وكيف نجذب مستفيدين؟ وماهي مواصفات الخدمة المطلوب تقديمها؟،تحليل امور المستفيدين المستعدين للتعامل مع المؤسسة باستمرار ومدى تفهمهم لخدماتها وإبداء روح التعاون في التطوير.

✓ قيادة ادارة الجودة: يعتمد تطبيق ادارة الجودة على اجراءات قيادية عليا في التخطيط للمؤسسة لتحصل او تحتفظ بقيادة ادارة الجودة وتكمل وتستمر تطوير الجودة على جميع اعمالها،وذلك من خلال التخطيط المستمر وطويل المدى مما يكسبها المزيد من التعرف لوضع الاولويات والاستمرارية في دعم نظم قيادة الجودة.

وفي هذا الصدد نجد ان كل من كروسبي وديمينغ نسبا معظم مشكلات الجودة للإدارة ،فحوالي 80% من مشكلات الجودة تنشا بسبب الادارة[4] ،ولذلك فعلاج تلك المشاكل ينطوي تحت عملية القيادة التي لها دور مهم جدا من وجهة نظرهما.

[1] خضير كاظم حمود،ادارة الجودة وخدمة العملاء،دار المسيرة للنشر والتوزيع ،عمان،الاردن،2002،ص46.

2 فريد توفيق نصيرات،ادارة المؤسسات العمومية الاستشفائية،مرجع سبق ذكره ،ص256.

[3] نفس المرجع ، ص258 .

[4] حجازي جمال طاهر،ادارة الانتاج والعمليات مدخل ادارة الجودة الشاملة ، مكتبة القاهرة للطباعة والتصوير،مصر ،2002،ص 97.

2) واجبات القيادية لتحقيق جودة الخدمة الصحية:

أصبح من الضروري إحداث تغييرات جذرية من خلال خلق استجابات لازمة، والقيادة تحاول الحفاظ على علاقات القادة بمرؤوسيهم وتوجيههم لأفضل السبل بغرض تحقيق الإنجازات،وهناك مجموعة من الممارسات ينبغي على القادة تطبيقها حتى يتحقق الأداء المطلوب والذي من خلاله تقدم الخدمات وتتحسن جودتها، وتتمثل هذه الممارسات في[1]:

- وضع نموذج للأداء:جوهر ذلك قيام القادة أنفسهم بأداء المهام والسلوكيات التي يرغبون في الحصول عليها من المرؤوسين، فإذا أراد القادة التأثير في المرؤوسين فإنه يتوجب عليهم إعطاء المثال الحقيقي للعمل الجاد والفعال، وأن يكونوا قدوة حسنة بالأفعال لا بالأقوال، وإعطاء المثال في حسن التعامل مع المرضى والاهتمام بطلباتهم والسهر على موافقة توقعاتهم؛

- الحث على الرؤية المشتركة: من أهم الممارسات للقادة الفاعلين إعطاء إحساس بمعنى وهدف العمل والحياة داخل التنظيم وتقديم رؤية مستقبلية مثيرة، فالأفراد الذين يمتلكون رؤية واضحة يستطيعون الإدراك حيث يمكنهم تحديد الفرص غير المستغلة في ظل تحديات هذا العصر السريع والرقمي؛

- التحدي:يحوي التحدي جانبا من المغامرة والمخاطرة،لذا يجب على القادة الانتباه لإثارة التعلم بين أعضاء الفرق والعاملين معهم، لعلمهم أنه لا يمكن الحصول على نتائج إيجابية من أول محاولة،فالفشل كما يقال هو الذي يولد النجاح، ولضمان الجودة في الخدمات في المؤسسات العمومية الاستشفائية وجب التأسيس لفكر يتميز بتحد وطاقة وإصرار وإبداع.

- تمكين الآخرين من التصرف:عندما يمكن القادة الآخرين من التصرف فإنهم يزرعون حب العمل والإنجاز وتنمية القدرات على التحدي وصنع القرارات؛ وعليهم إذن أن يعملوا على خلق مناخ للعمل الجماعي و تعزيز الثقة، مع التأكيد على تحديد مسؤوليات كل فرد ،مما يستوجب هذا الأمر أن يمنح القادة السلطة للعاملين ليتمكنوا من التصرف بحرية وإطلاق قدراتهم لمزيد من الإنجاز الذي يمنحهم الإحساس بقدرتهم على التأثير، وكلما تزايد هذا الإحساس ازداد معه الإحساس بالانتماء وبلغ نجاح المؤسسة في تحقيق اهدافها؛

- التحفيز والتشجيع المعنوي: على القادة أن يدركوا أن تقدير عمل الآخرين وخلق بيئة عمل يعترف فيها بإنجازات كل فرد معناه الحصول على نتائج جيدة وتعزيز الأداء الإيجابي والخدمة المتميزة،وهذا بدوره يرفع من

[1]https ;//www.unige.ch/formcont/cours :qualité et sécurité des sions ;dimension managériales-universté de genéve.2018/8/23:تاريخ التحميل

الروح المعنوية للافراد،اذ تبدأ أولى خطوات التشجيع بتوقع الأفضل دائما وحسن الظن في صدق الآخرين واهتمامهم بتحسين الخدمات وتطويرها، حيث أنهم سيتصرفون بطريقة تتوافق مع توقعات رؤسائهم منهم، فالتوقعات العالية تؤدي إلى أداء عال،وثقة القادة في قدرات المرؤوسين تولد أعلى الطاقات عندهم وتعطيهم الإطار الذي يضعون فيه إنجازاتهم.

كل هذه الواجبات لابد عليهم تطبيقها لدفع الأطباء وكل العاملين في المستشفى الى تحسين نوعية أدائهم الذي ينعكس على جودة الخدمة للمرضى وينعكس في تصرفاتهم وسلوكاتهم، فتتحسن معاملتهم وتتهذب سلوكاتهم مع المتعاملين، سواء كانوا مرضى أم أقاربهم أم غيرهم ممن يتعاملون مع هذه المؤسسات، حتى نستطيع التحدث فعلا عن جودة عالية في الخدمات والتي تظهر حتى في طريقة استقبال ومعالجة الملفات ناهيك عن العديد من الخدمات ذات الصلة.

ومما لاشك فيه ان تبني القيادة الادارية لتطبيق مفاهيم اساليب ادارة الجودة الشاملة لها اثر كبير من خلال النقلة والتحول النوعي للعملية المستهدفة بالتحسين من وضع حالي الى وضع مستقبلي افضل[1]،والتحسين المستمر للعمليات تأتي حاجته اساسا تلبية لرغبات وتوقعات العملاء الداخليين والخارجيين باعتبارهم المستفيدين من مخرجات ونتائج هذه العملية.

وفي هذا الصدد اكد خبراء الجودة ومنهم جوران Juran و ديمينغ Deming بان القيادة الفعالة من قبل الادارة العليا في اي مؤسسة هي مفتاح التطبيق الناجح لإدارة الجودة[2]،حيث اشار جوران Juran الى ان اكبر التحديات التي تواجه الادارة في تطبيق الجودة تكمن في مجالات الصناعات الخدمية؛كما ان تعاليم جوران وفلسفة ديمينغ تقترح بان تطبيق جودة عالية يستلزم من القيادة ان تكون فاعلة من خلال تجاوز التوقعات العادية،والسعي لتحقيق مستويات اعلى من الانجاز عن طريق دراسة جميع التوقعات المحتملة،والتركيز على العملاء ،وتفويض العاملين،والتحسين المستمر ،والعمل الجماعي ؛وأكد ديمينغ في كتابه "الاقتصاد الجديد للصناعة" على ضرورة التزام المؤسسة بتطبيق مبادئه الاربعة عشر المعروفة والتي تحدثت معظمها عن ضرورة دعم القيادة والتزامها بشكل مباشر نحو تطبيق ادارة الجودة،بينما تحدث جوران على انه يجب على الادارة ان تتبنى الجودة بالاعتماد على انماط القيادة.

ثالثا:التزام القيادة الادارية بتطبيق ادارة جودة الخدمات الصحية:

[1] صابرين عطية مارسال،الاتجاهات الحديثة في القيدة الادارية،دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر،الاسكندرية،2014،ص120.

[2] فريد النجار ،مرجع سيق ذكره،ص24.

ان التزام قيادات المؤسسات الصحية بمبادئ وأسس الجودة هو امر بالغ الاهمية لدوام التحسين المستمر والمتزايد ،فالقيادات هي القدوة في العمل لباقي العاملين في المؤسسة،وفي هذا الصدد يرى ديمنغ انه لابد للقيادات من قبول جهود التحسين ودعمها،وإلا تضاءلت الى حد بعيد امكانية الحفاظ على الجودة بالمؤسسة المعنية[1]،وينبغي ان يشتمل هذا على المشاركة الفعلية في انشطة التخطيط واتخاذ القرارات.

وتعد جودة الخدمة الصحية اهم محور ترتكز عليه قيادة المؤسسة الصحية لما تتميز به هذه الخدمة من خصائص كونها تؤثر في صحة الفرد ،ولهذا كان لزاما على قيادة المؤسسة الصحية التركيز على مجموعة من القضايا الهامة في ادارة الخدمات الصحية والتي تحتاج بدورها الى قيادة فاعلة ،ومن اهمها نذكر[2]:

-قضايا اخلاقية وفلسفية تتعلق بالقيم،والمبادئ التي تحدد فلسفة المؤسسة الصحية ورسالتها،وتحدث الانسجام بين الاهداف والغايات والمصالح المشروعة للأطراف المختلفة داخل وخارج المؤسسة؛

-قضايا متعلقة بتحديد اولويات المؤسسة وخلق اجماع المشاركين على هذه الاولويات؛

-قضايا متعلقة بالقدرة على رؤية المستقبل من اجل التعامل مع التغيرات الممكنة،والمشاكل قبل وقوعها من خلال التخطيط الاستراتيجي لضمان استمرارية المؤسسة ونموها في بيئة متغيرة وشديدة التعقيد.

-يعد الوقت ذو اهمية تنافسية في ادارة الخدمات الصحية،فيما يتعلق بالوقت المستغرق لتقديم الخدمة الصحية ،وقت الانتظار ،ومدى استجابة لشكاوى ومقترحات المريض.

-الاهتمام الكبير بمفهوم القيمة بجوانبها المختلفة من اجل تجسيد شعار المؤسسة الصحية.

-تحديد الادوار والمسؤوليات فيما يتعلق بتوجه المؤسسة والأداء التنظيمي؛

وعليه فسلوك القادة الصحيين في التعامل مع هذه القضايا بما يتوافق مع ادوارهم كقادة لمؤسساتهم يتوقف عليه مستقبل ونجاح هذه المؤسسات وتميزها، وبعد قيام القيادة الادارية بدراسة كل القضايا السابقة الذكر ،يأتي دور التزامها بتطبيق اسلوب ادارة الجودة والتحسين في خدماتها الصحية،باعتبار ان جوهر القيادة يكمن في امتلاك القائد من خلال موقعه القيادي القدرة التأثيرية على الاخرين وتوجيه سلوكهم نحو تحقيق اهداف المؤسسة ،وبالتالي هذا ينعكس على جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية،ويتطلب ذلك مراعاة العناصر الاربعة التالية:

1- اقتناع الإدارة العليا في المؤسسة الصحية بتبني أسلوب إدارة الجودة والتحسين للخدمات الصحية، والالتزام به في جميع أعمالها، وإلزام الموظفين به بعد تطوير معارفهم ومهاراتهم الخاصة بالجودة.

[1] نادية خريف،مرجع سبق ذكره،ص99.

[2] Ngozi Oriaku, op ct,

2- وضع إستراتيجية للجودة خاصة بالمؤسسة الصحية تهدف إلى تحسين الأداء التنظيمي للجودة بها؛ ومن أهم الأمور التي ينبغي التركيز عليها عند وضع هذه الإستراتيجية ما يلي[1]:

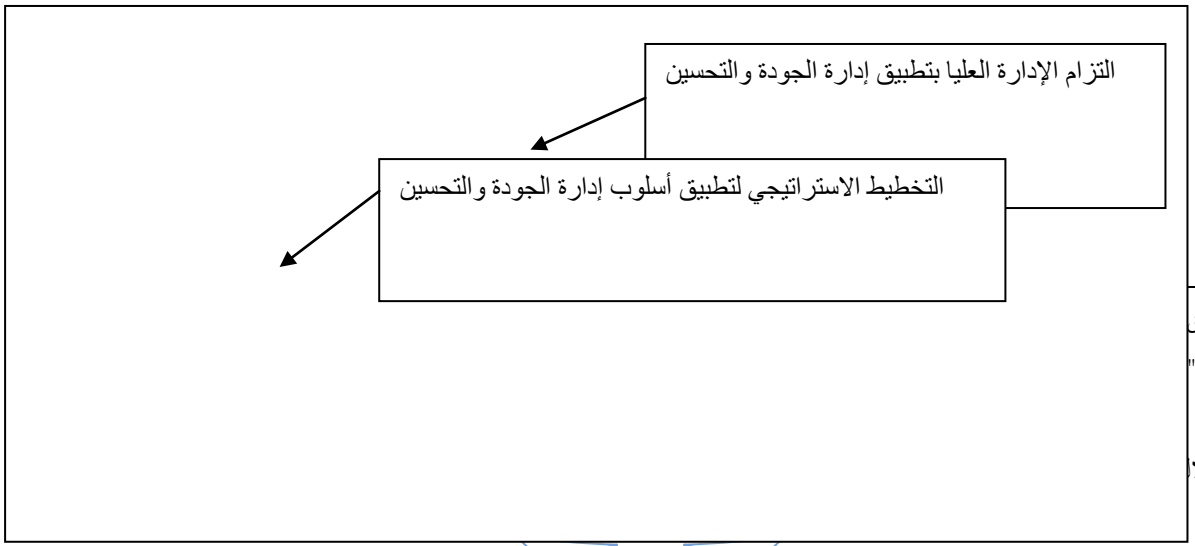
- تطوير نموذج إدارة الجودة الخاص بالمؤسسة الصحية الذي يتوافق مع ثقافتها ومع الخصوصيات التنظيمية ؛
- ربط إستراتيجية الجودة المقترحة للمؤسسة الصحية بالمشكلات الحالية التي تواجه الجودة فيها؛
- العمل على تحسيس الموظفين بأهمية مشاركتهم في وضع هذه الإستراتيجية وتطويرها،مما يساهم في التزام الموظفين بهذه الإستراتيجية.

3- وضع خطة عملية لتطبيق الجودة في جميع المستويات التنظيمية مع المشاركة من قبل جميع الموظفين، وهذا من خلال القيام بعمليات التوعية العامة على جميع المستويات[2]، لأن جودة الخدمة الصحية هي النتيجة النهائية لتفاعل مشترك لجميع الجهود.

4- تدريب الموظفين حول كيفية تطبيق هذا الأسلوب في المؤسسة الصحية باعتباره وسيلة فعالة للارتقاء بعمل المؤسسة وجودة انتاجها وخدماتها، وذلك بالاعتماد على المحاضرات من اجل فهم هذا المسعى، بالإضافة إلى برامج التدريب التي تؤدي إلى تمكين الموظفين من إتقان الممارسات المتعلقة بتحسين جودة الخدمة الصحية.

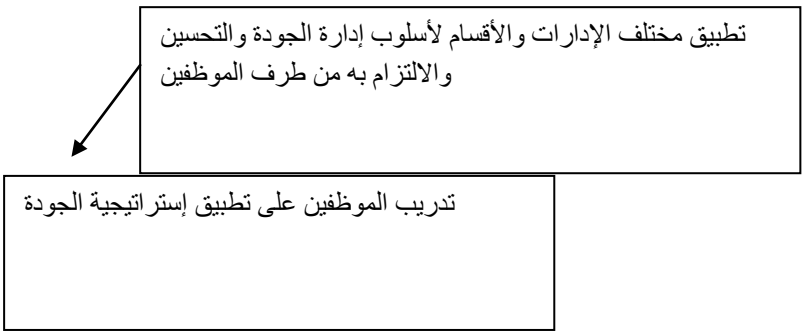
والشكل الموالي يوضح لنا مخطط تدفق تطبيق القيادة الادارية في المؤسسات الصحية من اعلى التنظيم فيها الى ادناه.

الشكل رقم(3-5): مخطط تدفق لأسلوب إدارة الجودة والتحسين في المؤسسات الصحية.



[1] طارق
دمشق"

[2] طلا



المصدر: طلال بن عايد الأحمدي، إدارة الرعاية الصحية، الرياض، مركز البحوث، 2004، ص308.

من خلال الشكل اعلاه يتضح ان بعدما يتم التزام القيادة الإدارية بتطبيق إدارة جودة الخدمات الصحية، فان القائد الإداري يجب عليه متابعة كل مرحلة من مراحل تطبيق هذا المسعى ويكون ذلك من خلال:

بالنسبة للمرحلة الأولى يكون دور القائد الإداري تعريفيا فهو يهدف إلى أن يكون جميع الأتباع على اطلاع بهذا المسعى الذي تبنته المؤسسة الصحية، بالإضافة إلى فهم الأبعاد الجديدة التي تأخذها الجودة داخل المؤسسة الصحية، من خلال توضيح العوائد التي ستعود على المؤسسة الصحية ككل وعلى الأتباع بصفة خاصة من إتباع هذه المنهج، وبالنتيجة سيكون الأتباع ملتزمين بتطبيق هذا المسعى. أما المرحلة الثانية فتتضمن التخطيط الاستراتيجي للجودة الذي يتطلب تحديد المجالات المختلفة للعمليات التي تحتاج للتحسين، ويتم ربط هذه المجالات بأهداف المؤسسة الصحية الرئيسية وهي: إرضاء كل من الزبائن، ملاك المؤسسة الصحية، والموظفين من خلال القائد. ويكون دور القائد أيضا إيصال وجهات النظر المختلفة إلى الإدارة العليا التي تُعنى بوضع هذه الإستراتيجية؛ بينما المرحلتين الثالثة والرابعة فتتضمن قيام القيادة الإدارية بالتعليم والتدريب لكل شخص في المؤسسة الصحية ابتداء من القيادة العليا وحتى جميع الموظفين،حيث يكون القائد الإداري هو القدوة للإتباع لهذا يجب أن تكون الانطلاقة منه، كما يجب أن يكون التدريب متواصلا، من اجل تحقيق التحسين المستمر فيما يخص جودة الخدمة الصحية.

وبناءا على ما تقدم نرى ان التزام القيادة الإدارية بتطبيق إدارة الجودة والتحسين في المؤسسة الصحية من أهم عوامل نجاح عملية الالتزام ككل، التي تعد الخطوة الأهم في تطبيق مسعى إدارة الخدمات الصحية، مما ينعكس على جودة الخدمات الصحية المقدمة .

ويمكن تلخيص دور القائد الإداري في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال النقاط التالية[1]:

[1] مضر زهران، إدارة المؤسسات العمومية الاستشفائية والرعاية الصحية، 2007، ص 20.

- اتخاذ كافة الإجراءات الضرورية للتأكد من المستوى العالي للخدمات الصحية.
- التأكد من أن الإجراءات الملائمة في مكانها الصحيح للإدخال الكفء للمرضى، والعناية بهم، وخروجهم من المستشفى.
- مراقبة أداء المستشفى وعائداته وكفاءته وفاعلية وجودة العناية الطبية والتمريض الذي توفره.
- التأكد من أن المباني والأجهزة متوفرة وبصورة ملائمة لتقديم الخدمة الصحية الجيدة والسريعة للمرضى.
- تطبيق نظام المراجعة الدورية وتحسين التنافس المهني للموظفين من خلال تأكيد الجودة والتدريب الوظيفي والمتواصل بالتعليم المستمر والنشاطات العلمية والأبحاث .

خلاصة الفصل

تتكامل القيادة مع وظائف الادارة بشكل اساسي في كثير من القطاعات ومن ابرزها القطاع الصحي ،حيث تعتبر القيادة الناجحة من العوامل الاساسية المؤثرة في نجاحه في تحقيق الاهداف ورفع مستوى الخدمات وزيادة مستويات الكفاءة في الاداء بشكل عام يتناسب مع تطلعات الحاصلين على الخدمات الصحية المقدمة وتتمثل اهمية منظومة القيادة المتكاملة في قطاع الخدمات الصحية لدورها الكبير في تحسين الخدمات المقدمة

ورفع مستوى تلك الخدمات لتتناسب مع متغيرات العصر الحديث.

ان فهم وإتقان مهارة إدارة التغيير يعتبر من أساسيات التعامل مع العصر، وخاصة عند إحداث التغييرات التي تمس المؤسسة أو الأفراد، وذلك لمواجهة التحديات الكبيرة في هذا العصر الذ يتميز بسرعة الحركة وذلك لضمان استمرارية البقاء والنجاح في ظل ما يسود هذا العالم من منافسة شرسة، مما يتطلب فهما خاصا لعملية التغيير وأسبابها وعناصرها والمبادئ السليمة التي تقوم عليها.

ولأن العمل داخل أي مؤسسة صحية يقتضي في المقام الأول أن تكون هناك قيادة فاعلة تستطيع توجيه مسار العمل بداخل تلك المؤسسات ، وتستطيع أيضاً أن تقود العاملين إلى تحقيق أهدافهم المشتركة،وكذا التحسين من مستوى الخدمات المقدمة ،فقد أصبحت مهمة قيادة التغيير مهمة عسيرة تحتاج إلى بيئة مناسبة ، وإلى إستراتيجيات ملاءمة ، وإلى إمكانيات متكاملة ،ففي ضوء ما سبق فان الأمر يتطلب من القيادات الادارية في المؤسسات العمومية الاستشفائية تعديل الاوضاع بما يواكب التغيرات التي تمس القطاع الصحي واعتماد انماط حديثة للقيادة وأحدث المفاهيم الادارية، وفي مقدمتها مفهوم ادارة الجودة الشاملة والذي يتطلب تطبيقه قيادة ذات قدرة ادارية عالية بغية تحسين جودة الخدمات الصحية.

الفصل الرابع:
دراسة العلاقة بين النمط القيادي و
جودة الخدمات الصحية
في المؤسسات العموميةالإستشفائية بالمدية

تمهيد :

ان ما تطرقنا اليه سابقا يعتبر خلاصة ما توصلنا اليه من خلال البحث والتحري عن موضوع الدراسة في ادبيات ادارة الاعمال والتسويق،لكنه يعتبر غير كافيا اذا ما لم يتم دعمه بإسقاطه على الواقع العملي ، فهناك علاقة تكاملية ومتبادلة بين الجانب النظري والجانب التطبيقي ،اذ تعتبر نتائج البحوث التطبيقية ضرورية لاستقراء فرضية بحثية منها لتكون بداية لدراسات ومشاريع بحثية نظرية،فالعمليات والعلاقات الاستنباطية والاستقرائية في كلا الجانبين يمكن ان يلعب دورا اساسيا في تطوير المعارف في أي حقل من الحقول.

وسيتم في هذا الفصل تحليل استمارات استبيان موزعة على مقدمي الخدمات الصحية من المناصب العليا في جميع المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية التي تكونت منها عينة الدراسة ،بغية معرفة اثر القيادة الادارية بحسب انماطها على تحسين جودة الخدمات الصحية في ضوء التغييرات والإصلاحات التي شهدتها ولا تزال تشهدها المؤسسات العمومية الإستشفائية الجزائرية بصفة عامة.

وفي اطار هذا السياق سنتناول في هذا الفصل ثلاث مباحث، سنتطرق فيها الى الاطار العام للدراسة التطبيقية التي اجريت على هذه المؤسسات حسب النقاط التالية:

- الاجراءات المنهجية للدراسة
- اختبارات الصلاحية والنتائج
- تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

المبحث الأول :الاجراءات المنهجية للدراسة

ان اسقاط الاطار النظري لموضوع الدراسة على ارض الواقع من خلال دراسة اثر الانماط القيادية في تحسين جودة الخدمة المقدمة في المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية المدية،يتطلب كخطوة اولى توفر اطار منهجي واضح يحدد الملامح والقواعد الاساسية التي ستجري من خلالها الدراسة التطبيقية،وذلك من خلال اختيار نموذج وأداة مناسبين يتوافقان مع هدف البحث وظروف الباحث،والاعتماد على الموضوعية وعلى اسس متينة للوصول الى نتائج ذات مصداقية تقدم على اساسها التوصيات المناسبة.

المطلب الأول: الاطار المنهجي للدراسة الميدانية

ان مناهج البحث في العلوم الانسانية والإدارية بصفة خاصة متعددة ،ولا يمكن الحكم ابدا بان احدها افضل من الاخر،بل طبيعة الموضوع هي التي تفرض على الباحث اختيار المنهج الملائم والأدوات التي تساعد في ذلك.

اولا: منهجية الدراسة والادوات المستخدمة فيها:

للقيام بأي دراسة لابد من الاعتماد على قواعد وأسس تمثل المنهج الذي يعرف على انع الطريق المؤدي الى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد العمة التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل الى نتيجة معلومة؛فالمنهج ضروري للبحث وهو ينير الطريق،ويساعد الباحث في ضبط ابعاد ومساعي وأسئلة وفروض البحث.

وفي دراستنا هذه سنعتمد على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على دراسة الواقع ويهتم بوصف الظاهرة وصفا دقيقا وتحليلها وتفسيرها واستخلاص التعميمات والاستنباطات منها،ويعرف على انه:"محاولة الوصول الى المعرفة الدقيقة والتفصيلية لعناصر المشكلة والاجراءات المستقبلية الخاصة بها،ويهدف هذا المنهج الى توفير البيانات والحقائق عن المشكلة موضوع الدراسة لتفسيرها والوقوف على دلائلها"[1] .

ومن اجل جمع البيانات الضرورية لدراستنا اعتمدنا على الادوات التالية:

[1] احمد حسين الرفاعي،مناهج البحث العلمي تطبيقات ادارية واقتصادية،دار وائل للنشر ،عمان،1998،ص122.

1)المقابلة : تعتبر المقابلة من الادوات الرئيسية لجمع البيانات والمعلومات اللازمة ،فهي من اكثر وسائل جمع المعلومات شيوعا وفعالية في الحصول على البيانات الضرورية لاي دراسة،اذ تعرف المقابلة على انها:'التبادل اللفظي الذي يتم وجها لوجه بين القائم بالمقابلة وبين شخص اخر او عدة اشخاص" [1] .

وقد قمنا بمقابلة مع بعض المدراء للحصول على بعض المعلومات المتعلقة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

3) الاستبيان:

بالاضافة الى المقابلة تمت الاستعانة ايضا بقائمة الاستبيان او ما يعرف بالاستمارة لجمع البيانات(انظر الملحق رقم 2) ،نظرا لطبيعة الدراسة الميدانية ،بالإضافة الى خصائص مجتمع الدراسة والذين يعرف عنهم انشغالهم المستمر بسبب كثرة مسؤولياتهم،حيث من الصعب اجراء مقابلات شاملة ومطولة معهم،او حتى ملاحظة تصرفاتهم.

والاستبيان عبارة عن مجموعة اسئلة مصممة خصيصا للتوصل من خلالها الى حقائق يهدف اليها البحث ،وتعتبر من اكثر ادوات البحث العلمي استخداما في ميدان البحوث الاجتماعية والإنسانية بسبب تعدد مجالات استخدامها وفعاليتها الكبيرة في تحصيل البيانات،بشرط ان تعد بطريقة علمية وموضوعية وتتوافق مع ابحاث البحث وخصائص مجتمع الدراسة.

ثانيا:مجتمع وعينة الدراسة :

ان القطاع الصحي بولاية المدية يشمل حاليا على: 06 مؤسسات عمومية استشفائية(المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية – المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبرواقية– المؤسسة العمومية الاستشفائية بتابلاط– المؤسسة العمومية الاستشفائية ببني سليمان– المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين بوسيف– المؤسسة العمومية الاستشفائية بقصر البخاري)،و 07 مؤسسات عمومية للصحة الجوارية(بالمدية–بالبرواقية–بتابلاط–بالشهبونية–بشلالة العذاورة–ببني سليمان–قصر البخاري)[2] ومعهد (01) للتكوين الشبه الطبي، بحيث تغطي صحيا كلّ مؤسسة صحية جوارية والبالغ عددها 64 مصحّة ما معدله 09 بلديات بتعداد 130000 نسمة، في حين فإنّ المؤسسات العمومية الاستشفائية تصل طاقة استيعابها إلى 1286 سرير بحيث تلبي ما معدّل 270 استشفاء مريض جديد و 69 ولادة كل اليوم، و يقدّر عدد المصالح بها 75 مصلحة طبية أما غرف العمليات

[1] عبد الباسط مُحَمَّد حسن،اصول البحث الاجتماعي،مكتب وهبة ،القاهرة،ط2، 1988،ص330.

[2] بطاقة تقنية من مديرية الصحة والسكان لولاية المدية.

فيصل إلى 30 غرفة مجهزة بجميع المستلزمات الطبية والجراحية، أما القطاع الخاص فيه 138 طبيب مختص و2016 طبيب عام وجراح أسنان و 170صيدلة موزعين عبر الولاية، وفيما يخص الصحّة المدرسية فيقدّر عدد وحدات الكشف والمتابعة للمتمدرسين 33 وحدة يؤمنها 47 طبيب عام و37 جراح أسنان، أما عدد المؤطرين بها قد وصل إلى 42 أخصائي نفساني و 46 شبه طبيين[1].

كما أنّ المصالح الصحية للولاية دأبت على تنظيم حملات تحسيسية بمواضيع صحية وقائية جوارية وموضعية بالاشتراك مع عدّة قطاعات كالحماية المدنية، التجارة، الجامعة، التربية عن طريق تنظيم أبواب مفتوحة، أيام دراسية وعبر وسائل الإعلام خاصة وعن طريق أثير إذاعة المدية... كما تمّ خلال عام 2015 فتح مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية وإنشاء وحدة الاستعجالات الأمراض القلبية وفتح وحدة العلاج الكيماوي (Oncologie) بمستشفى البرواقية، وكذا فتح مصلحة العمليات الجراحية المتكونة من 02 غرف ومصلحة طب الأطفال و حديثي الولادة بمستشفى عين بوسيف، ، وفي ذات الخصوص تم عقد اتفاقيات توامة بين مستشفى قصر البخاري والمستشفى الجامعي مصطفى باشا بالجزائر العاصمة وكذلك الامر بالنسبة لمستشفى المدية مع المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بشلالة العذاورة ،والهدف منها السعي لجلب الأطباء وخاصة الأخصائيين وتنظيم لجنة مختصة للتكفل بجميع المرضى على مستوى مستشفيات الولاية والحد من التحويلات خارج الولاية اذ تم ارسال اطباء اخصائيين في مختلف الاختصاصات من طرف مستشفى مُحَّد بوضياف بالمدية لإجراء فحوصات وتشخيص لمرضى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لشلالة العذاورة وكان عبر زيارتين الاولى تمت عام 2017 والثانية تمت عام 2018[2].

وبالنسبة لدراستنا هذه فقد اجريت على جميع المؤسسات العمومية الاستشفائية الموجودة على مستوى تراب الولاية وعددها ستة وهي:

- المؤسسة العمومية الاستشفائية مُحَّد بوضياف المدية.
- المؤسسة العمومية الاستشفائية بن يوسف بن خدة البرواقية.
- المؤسسة العمومية الاستشفائية عين بوسيف.
- المؤسسة العمومية الاستشفائية تابلاط.
- المؤسسة العمومية الاستشفائية بني سليمان.

[1] وثائق ادارية من مديرية الصحة والسكان لولاية المدية.

[2] مقابلة مع المديرة الفرعية للموارد البشرية بمستشفى مُحَّد بوضياف بالمدية،افريل 2019.

- المؤسسة العمومية الاستشفائية قصر البخاري.

فمجتمع الدراسة يعرف بأنه جميع مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث،وبناء على مشكلة الدراسة وأهدافها فان المجتمع المستهدف يتكون من جميع الاطارات (المناصب العليا)الموجودة على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية (رؤساء المكاتب_طبيب رئيس وحدة-طبيب منسق-اطار شبه طبي_منسق النشاطات الطبية-رئيس مخبر-عون طبي في التخدير والإنعاش اطار-قابلة منسقة،نفساني منسق للصحة العمومية،منسق وحدة البيولوجيا) .

كذلك تم توجيه الاستبيان الى مقدمي الخدمات من الاطارات (اطباء،اداريين،شبه طبيين)لهذه المؤسسات لاستقصاء اراءهم حول دور الانماط القيادية في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة .

بعد تصميم الاستبيان وتحكيمه من طرف اساتذة محكمين(انظر الملحق رقم 1)،قمنا بتوزيعه على عينة الدراسة في بداية شهر مارس 2019 ،وتم استرجاعها في نهاية شهر جوان 2019.

الجدول رقم (4-1):عينة الدراسة من المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة

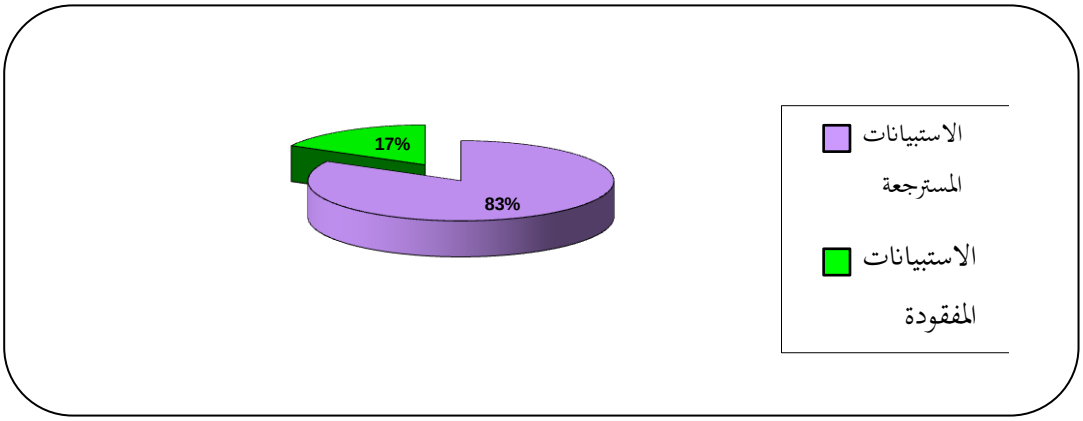
الرقم	اسم المستشفى	اداريين	طبيين	شبه طبيين
1	المؤسسة العمومية الاستشفائية مُحَمَّد بوضياف المدية	9	25	43
2	المؤسسة العمومية الاستشفائية بن يوسف بن خدة البرواقية	5	4	36
3	المؤسسة العمومية الاستشفائية قصر البخاري	5	3	21
4	المؤسسة العمومية الاستشفائية تابلاط	7	3	16
5	المؤسسة العمومية الاستشفائية بني سليمان	5	4	23
6	المؤسسة العمومية الاستشفائية عين بوسيف	6	2	7
الجموع		37	41	146

المصدر:من اعداد الباحثة بالاعتماد على وثائق ادارية من المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة.

وفي دراستنا هذه قمنا باستخدام اسلوب المعاينة غير الاحتمالية[1]،فالعينة المستخدمة هي قصدية ،حيث تم توزيع الاستبانة على افراد المجتمع كافة والبالغ عددهم 224 اطار و تم استرجاع 186 استبيان من اصل 224 استبيان موزع بنسبة 83,03%،في حين اننا لم نتمكن من استرجاع 38 استبيان،أي ان نسبة الاستبيانات المفقودة بلغت 16,97 % ، وهذا ما يمكن تمثيله من خلال الشكل التالي:

[1] عبد المجيد قدي ،اسس البحث العلمي في العلوم الاقتصادية والادارية:الرسائل والاطروحات،دار الابحاث للترجمة والنشر ،الجزائر 2009،ص85.

شكل (4-1):الاستبيانات المسترجعة والمفقودة



المصدر : من اعداد الطالبة

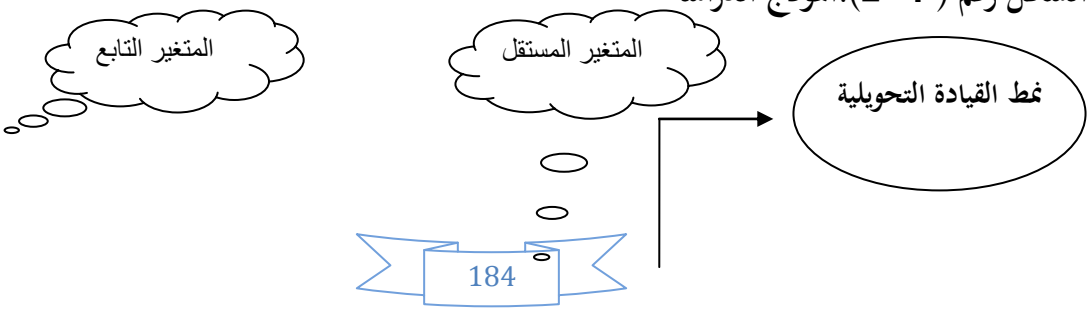
من خلال الشكل اعلاه يمكننا القول ان الاستجابة مع اداة الدراسة كانت كبيرة جدا بنسبة بلغت 83,03% ، والسبب في نظرنا راجع الى عدم ذكر الاسم واللقب ،وكذلك بساطة ووضوح عبارات الاستبيان ،بالإضافة الى اهم نقطة وهي تولي مدير الموارد البشرية في اغلب المؤسسات بالتوزيع .

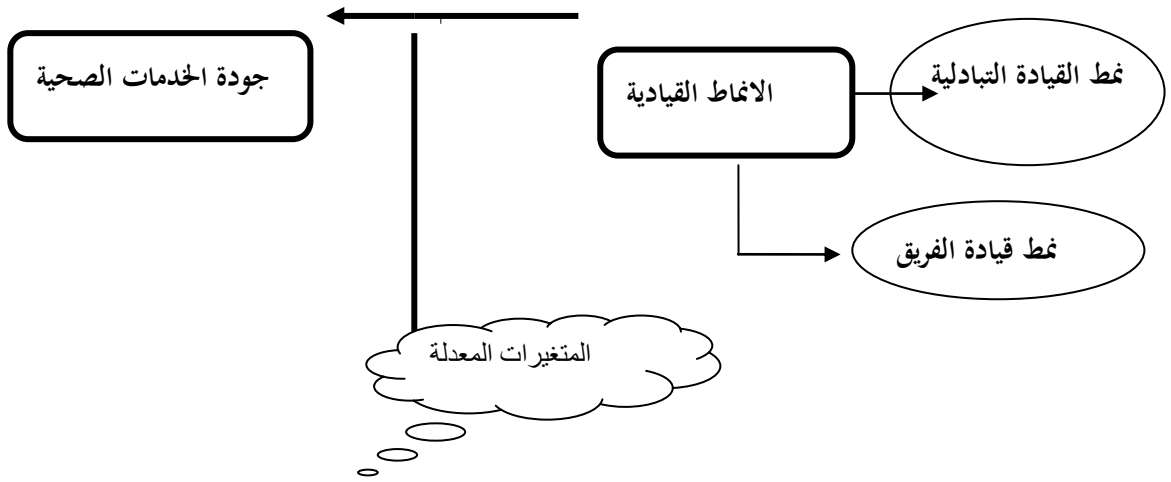
وبعد فحصنا للاستبيانات المسترجعة وجدنا ان الصالح منها للتحليل هو 176 استبيان،حيث قمنا بتفريغ محتوياتها في برنامج spss النسخة24 للمعالجة الاحصائية،في حين وجدنا 10 استبيانات غير صالحة للتحليل بسبب ترك اصحابها العديد من الاسئلة دون اجابة محددة،ولهذا قمنا بإقصائها في عملية التفريغ النهائي.

ثالثا:انموذج الدراسة

يقصد بأنموذج الدراسة إعطاء تصور واضح للمتغيرات المكونة للبحث، ودراستنا هذه تتشكل من متغيرين، الأول مستقل هو الانماط القيادية والثاني تابع هو جودة الخدمة الصحية، بالإضافة إلى العوامل الوسيطية والمتمثلة في المتغيرات الشخصية والوظيفية (وهي: الجنس، العمر، المستوى التعليمي،المستوى الوظيفي،الخبرة)، والهدف من هذه الدراسة هو التعرف على مدى تأثير المتغير المستقل الانماط القيادية بابعاده(النمط التحويلي ، النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق) على جودة الخدمة الصحية كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (4-2):انموذج الدراسة





(الجنس،العمر،المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي ،الخبرة)

المصدر :من اعداد الطالبة

المطلب الثاني:اساليب التحليل الاحصائي المستخدمة في الدراسة

لتحقيق اهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها اعتمدنا على مجموعة من الاساليب الاحصائية وهذا بالاستعانة بحزمة البرامج التطبيقية في مجال العلوم الاجتماعية والمعروفة تجاريا باسم spss win (statistical package for social science)version 24

اولا:المعالجة الاحصائية

للإجابة على اسئلة الدراسة واختبار صحة فرضياتها تم استخدام اساليب الاحصاء الوصفي والتحليلي وهي:

1-1 المؤشرات الاحصائية الوصفية:وتتمثل في :

أ-التكرارات والنسب المئوية:للتعرف التفصيلي على الخصائص الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة من اجل القيام بتحليلها.

ب-المتوسط الحسابي:وذلك لمعرفة اتجاهات افراد الدراسة نحو كل فقرة او بعد،مع العلم انه يساعد في ترتيب الفقرات حسب اعلى متوسط[1].

ج-الانحراف المعياري:وذلك من اجل التعرف على مدى انحراف استجابات افراد الدراسة نحو كل فقرة،ويلاحظ ايضا ان الانحراف المعياري يوضح ايضا تشتت استجابات افراد الدراسة،فكلما اقتربت قيمته من

[1] محمد شامل فهمي،الاحصاء بلا معاناة:مفاهيم وتطبيقات باستخدامspss،معهد الادارة العامة،الرياض،2005،ص186.

الصفر ،فهذا دل على تركز اجابات الافراد وعدم تشتتها،في حين اذا كانت قيمته تساوي الواحد او اكبر ،فذلك يعني عدم تركز الاجابات وتشتتها[1].

2-1التحليلات الاحصائية التحليلية:

أ-معامل الثبات كرونباخ الفا للتاكد من صدق الاستبيان ،حيث يأخذ هذا المعامل قيمة بين الصفر والواحد،وكلما اقترب من الواحد فخذا يعني ثباتا اكبر للدراسة.

وفي هذا الصدد هناك قاعدة عامة للتعامل مع هذا المعامل مفادها الاتي[2]:

- اذا كان معامل كرونباخ الفا اقل من (0,6) فهذا يعني ان الدراسة تتمتع بثبات ضعيف،الامر الذي يستلزم اعادة النظر في بناء اداة الدراسة؛
- اذا كان معامل كرونباخ الفا يتراوح بين(0,6-0,7) فهذا يعني ان الدراسة تتمتع بثبات مقبول؛
- اذا كان معامل كرونباخ الفا يتراوح بين(0,7-0,8) فهذا يعني ان الدراسة تتمتع بثبات جيد؛
- اذا كان معامل كرونباخ الفا اكبر من(0,8) فهذا يعني ان الدراسة تتمتع بثبات ممتاز.

ب-مصفوفة ارتباط بيرسون pearson لاختبار العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة للدراسة.

ج-تحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد وذلك لتحديد تأثير وشكل العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع،و اي عناصر المتغير المستقل هي اكثر تأثيرا من غيرها على المتغير التابع: ويعتمد تحليل الانحدار الخطي على قياس المعلمات التالية:

* R^2 لتحديد القوة التفسيرية اي نسبة ما يفسره المتغير المستقل من المتغير التابع؛

* T لتحديد درجة تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع،

د- تحليل التباين احادي الاتجاه One Way Anova لاختبار الفروقات الديموغرافية في اراء المستجوبين نحو المتغيرات المستقلة والتابعة وأبعادها بين المتوسطات.

ثانيا:الطريقة المستخدمة للقياس

[1] امتثال حسن عبد الرزاق واخرون،مبادئ الاحصاء الوصفي،الدار الجامعية،الاسكندرية،2002،ص115.

[2] عز عبد الفتاح،مقدمة في الاحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام spss،خوارزم العلمية للنشر والتوزيع ، جدة، 2008،ص542

بما ان من بين اهداف دراستنا قياس اتجاهات عينة افرادالدراسة حول متغيرات الدراسة ،استخدمنا استمارة استبانة احتوت فقرات مغلقة ومصممة وفقا لمقياس (**Likert**) **ليكرت الخماسي** والذي يعد الانسب لمثل هذه الدراسات،وقد كانت الخيارات المتاحة امام كل عبارة كما يلي:(غير موافق تماما،غير موافق،محايد،موافق،موافق بشدة)،وقد اكدنا لأفراد عينة البحث على ضرورة اختيار اجابة واحدة فقط امام كل عبارة،ومن اجل تحديد الاتجاه اعطينا لاحتمالات الاجابات الخمسة السابقة اوزان محددة كما هو موضح في الجدول الاتي:

الجدول رقم(4-2):درجات مقياس ليكرت الخماسي

الاستجابة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
الدرجة	1	2	3	4	5

المصدر :من اعداد الطالبة

وقد تم تحليل المقياس وفقا للمعادلة التالية:

طول الفئة =(القيمة العليا للبديل –القيمة الدنيا للبدلي)/ عدد المستويات

المصدر:عز عبد الفتاح، مرجع سبق ذكره،ص540.

تم اضافة هذه القيمة الى اقل قيمة في المقياس وهي قيمة الواحد الصحيح"1" وذلك لتحديد الحد الاعلى لهذه الفئة،وهكذا اصبح طول كل فئة كالتالي:

- قيم المتوسط التي تتراوح مابين (**1 الى اقل من 1,80**) دال على مستوى منخفض جدا .
- قيم المتوسط التي تتراوح مابين (**1.80الى اقل من 2,60**) دال على مستوى منخفض .
- قيم المتوسط التي تتراوح مابين (**2,60 الى اقل من 3,40**) دال على مستوى متوسط.
- قيم المتوسط التي تتراوح مابين (**3,40 الى اقل من 4,20**) دال على مستوى مرتفع.
- قيم المتوسط التي تتراوح مابين (**4,20 الى اقل 5**) دال على مستوى مرتفع جدا.

فقد تم استخدام هذه الاوساط المرجحة عند تقييم الاوساط الحسابية للمتغير المستقل ،والمتغير التابع،والابعاد المكونة لها.

المطلب الثالث:اداة الدراسة

انطلاقا من أنموذج الدراسة المعتمد واعتمادا على الدراسات السابقة والأدب النظري كتبا ومقالات ذات علاقة بموضوع الدراسة، قمنا بتصميم استبانة الهدف الأساسي منها أن تكون شاملة لكافة متغيرات وأبعاد الدراسة، وذات دلالة لتعطي صورة واقعية عن حقيقة الممارسات المرتبطة بموضوع الدراسة.

اولا:بناء اداة الدراسة

قمنا بتصميم قائمة الاستبيان خاصة ذات علاقة ابعاد المتغير المستقل والمتغير التابع،وبعد تلقي الملاحظات والنصائح من قبل الاساتذة المحكمين،قمنا بالالتزام بها في تعديل الاستبيان الذي جاء في شكله النهائي والمكون من الاجزاء التالية:

الجزء الاول:

يتعلق بالبيانات الشخصية والوظيفية للمبحوثين،اذ تعتبر المتغيرات الشخصية ذات اهمية كبيرة في التعرف على خصائص العينة والوقوف على مدى تاثيرها على نتائج الدراسة ،وهي تمثل المتغيرات المعدلة،وتشمل كل من(الجنس،العمر،المستوى التعليمي،الخبرة،المركز الوظيفي).

الجزء الثاني:

ويركز على المقاييس الخاصة بالمتغير المستقل (انماط القيادة)،اذ تناول ثلاثة ابعاد وهي (القيادة التحويلية،القيادة التبادلية،قيادة الفريق).وبموجب ذلك تم وضع اسئلة لكل منها.

جدول رقم (4-3):توزيع الفقرات على ابعاد المتغير المستقل

	ابعاد المتغير المستقل(الانماط القيادية)	الفقرات(العبارات)
01	نمط القيادة التحويلية	8-1
02	نمط القيادة التبادلية	15-9
03	نمط قيادة الفريق	20-16

المصدر:من اعداد الطالبة

الجزء الثالث:

يركز على المقاييس الخاصة بالمتغير التابع(جودة الخدمة الصحية)،اذ تناول خمسة ابعاد وهي (الاعتمادية، الملموسية،الضمان،الاستجابة،التعاطف).وبموجب ذلك تم وضع اسئلة لكل منها.

جدول رقم (4–4):توزيع الفقرات على ابعاد المتغير التابع

	ابعاد المتغير التابع(جودة الخدمة الصحية)	الفقرات(العبارات)
01	الاعتمادية	24-21
02	الملموسية	29-25
03	الضمان	33-30
04	الاستجابة	38-34
05	التعاطف	41-39

المصدر:من اعداد الطالبة

ثانيا: اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات:

حسب نظرية النهاية المركزية فانه كلما زاد عدد العينة كلما اقترب تباينها من تباين المجتمع ويمكن اعتبار ان التوزيع يكون طبيعيا بصورة تقريبية عندما يصبح حجم العينة(30) فما فوق[1]، ويعلق على هذا الشرط بكونه متعلق بقياس تباين العينة الى تباين المجتمع،اذ وجد انه كلما اقترب حجم العينة من (30) وصعودا فان تباينه سيقارب تباين حجم العينات الكبيرة(المئات والالاف) ،ومن هنا وضع الحد الفاصل(30) في التعامل مع بعض الوسائل الاحصائية من قبيل اختيار (ت) وتم التعامل معه كونه من المسلمات وعمم من خلاله فكرة انه اذا كان عدد العينات او المشاهدات اقل من (30) فان شرط اعتدالية التوزيع (التوزيع الطبيعي)قد اختل وبالتالي وجب الانتقال الى الاحصاء البديل(اللامعلمي)

ثالثا:صدق الاستبيان:

نعني به التأكد من ان قائمة الاستبيان سوف تقيس ما اعدت لقياسه،كما يقصد بالصدق"شمول الاستبيان لكل العناصر لتي يجب ان تدخل في التحليل من ناحية ،ووضوح فقراتها من ناحية اخرى ،بحيث تكون واضحة ومفهومة لكل افراد العينة،وقد تم التاكد من صدق قائمة الاستبيان من خلال:

[1] Mathieu Rouaud,probability –statistics and estimation(propagation of uncertainties in experimental measurement,short edition,2013,p7-p10 .

1-الصدق الظاهري: او ما يعرف بصدق المحكمين اي قمنا بعرض القائمة التي صممناها على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والعلم والكفاءة من الاساتذة في مجال البحث العلمي وكذا بعض المسؤولين المؤهلين،وطلبنا منهم ابداء رايهم في فقرات قائمة الاستبيان من حيث :

-سلامة وصحة الصياغة اللغوية لجميع فقرات الاستبيان؛

-شمولية الفقرات ومناسبتها لمجالات الدراسة؛

-مدى انتماء الفقرة للبعد الذي تندرج تحته؛بالإضافة الى تعديلات او اضافات اخرى .

2-الاتساق الداخلي:

بعد التأكد من الصدق الظاهري للاستبانة عن طريق التحكيم كما اشرنا الى ذلك سابقا،لابد من اختيار صدقها البنائي او اتساقها الداخلي،ومن اجل القيام بهذا الاختبار قمنا بحساب معامل الارتباط لبيرسون بين درجة كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية لجميع فقرات هذا البعد،وذلك لكل متغيرات الدراسة،وقد تحصلنا على النتائج الملخصة في الجداول الاتية:

أ-الاتساق الداخلي لفقرات محور الانماط القيادية :نوضح ذلك من خلال عرض الجدول الموالي

الجدول رقم(4-5):معاملات الارتباط بين درجات عبارات المتغير المستقل مع الدرجة الكلية لكل بعد

القيادة التحويلية		القيادة التبادلية		قيادة الفريق	
رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	0 ,789**	9	0,671**	16	0,692**
2	0,833**	10	0,525**	17	0,582**
3	0,827**	11	0,521**	18	0,829**
4	0 ,793**	12	0,615**	19	0,757**
5	0,707**	13	0,536**	20	0,705**
6	0,606**	14	0,627**	/	
7	0,750**	15	0,659**		
8	0,780**	/		/	
دال احصائيا عند مستوى معنوية (0،01) **					

يتضح من خلال الجدول اعلاه ان جميع معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة(عبارة) والدرجة الكلية لجميع فقرات المحور (البعد)الخاص بنمط القيادة التحويلية موجبة،حيث تراوحت بين (0.833) في حدها الاعلى امام العبارة رقم (2)وبين (0.606) في حدها الادنى امام العبارة رقم (6)،وان جميع عبارات بعد النمط التحويلي دالة احصائيا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.01$).اما بعد النمط التبادلي فقد جاءت عباراته موجبة وتراوحت بين (671)في حدها الاعلى امام العبارة رقم (9)وبين (521) في حدها الادنى امام العبارة (11) ،وان جميع عبارات هذا البعد جاءت دالة احصائيا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.01$)،كما جاءت فقرات بعد نمط قيادة الفريق موجبة وتراوحت بين (829)في حدها الاعلى امام العبارة رقم (18)وبين (582) في حدها الادنى امام العبارة (17) ،وان جميع عبارات هذا البعد جاءت دالة احصائيا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.01$) . مما يعني تمتع عبارات المحور الخاص بالأنماط القيادية بالاتساق وعليه لا نستثني اي عبارة من التحليل.

ب–الاتساق الداخلي لمحور ابعاد جودة الخدمات الصحية: نوضح ذلك من خلال عرض الجدول الموالي:

الجدول رقم (4–6): معاملات الارتباط بين عبارات محور ابعاد المتغير التابع مع الدرجة الكلية لكل بعد

الاعتمادية		الملموسية		الضمان	
رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
21	0,750**	25	0,506**	30	0,604**
22	0,781**	26	0,663**	31	0,650**
23	0,780**	27	0,400**	32	0,650**
24	0,668**	28	0,643**	33	0,758**
/	/	29	0,594**	/	/
الاستجابة		التعاطف			
رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط		
34	0,702**	39	0,673**		
35	0,627**	40	0,771**		
36	0,735**	41	0,715**		
37	0,458**	/	/		
38	0,757**	/	/		
دال احصائيا عند مستوى معنوية (0،01) **					

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

يتضح من خلال الجدول اعلاه ان جميع معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة(عبارة) والدرجة الكلية لجميع فقرات المحور (البعد)الخاص ببعد الاعتمادية موجبة،حيث تراوحت بين (0.781) في حدها الاعلى امام العبارة رقم (22)وبين (0.668) في حدها الادنى امام العبارة رقم (24)،وان جميع عبارات بعد الاعتمادية دالة احصائيا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.01$).اما بعد الملموسية فقد جاءت عباراته موجبة وتراوحت بين (0.663)في حدها الاعلى امام العبارة رقم (26)وبين (0.400) في حدها الادنى امام العبارة (27) ،وان جميع عبارات هذا البعد جاءت دالة احصائيا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.01$).كما جاءت فقرات بعد الضمان موجبة وتراوحت بين (0.758)في حدها الاعلى امام العبارة رقم (33)وبين (0.604) في حدها الادنى امام العبارة (30) ،وان جميع عبارات هذا البعد جاءت دالة احصائيا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.01$) ، وتراوحت فقرات بعد الاستجابة بين (0.757) في حدها الاعلى امام العبارة رقم (38) وبين(0.458) في حدها الادنى امام العبارة رقم(37)،وان جميع عبارات هذا البعد جاءت دالة احصائيا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.01$)، كما جاءت فقرات بعد التعاطف موجبة وتراوحت بين(0.771)في حدها الاعلى امام العبارة رقم (40)وبين (0.637) في حدها الادنى امام العبارة (39) ،وان جميع عبارات هذا البعد جاءت دالة احصائيا عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.01$) . مما يعني تمتع عبارات المحور الخاص بجودة الخدمات الصحية بالاتساق وعليه لا نستثني اي عبارة منه من التحليل. .

رابعا–ثبات اداة الدراسة

يقصد بثبات اداة الدراسة مدى خلوها من الاخطاء غير المنتظمة التي تشوب القياس، وقد اعتمدنا لتقدير ثبات الدراسة حساب معامل الفا كرونباخ(Cronbach Alpha) ،وذلك للدراسة ككل وللمحاور المشكلة لها،والجدول الاتي يوضح معاملات الفا كرونباخ:

الجدول رقم (4–7): معامل الفا كرونباخ لكل محور من محاور الاستبيان والاستبيان ككل

المحور	عدد العبارات	معامل الفا كرونباخ
الانماط القيادية	20	0.891
ابعاد جودة الخدمة الصحية	21	0.873
الاستبيان ككل	41	0.929

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

يتضح من الجدول اعلاه قيم معاملات الثبات لمحوري الاستبيان والاستبيان ككل ،ويتضح من خلال قيمة الفا كرونباخ للمحور المتمثل في الانماط القيادية وهي (0.891) انها قيمة جيدة وهذا ما يؤكد على ثبات عال لهذا المحور ،كما تدل قيمة الفا كرونباخ للمحور الثاني ابعاد جودة الخدمة الصحية وهي (0.873)وهي قيمة جيدة ايضا مما يؤكد على ثبات جيد لهذا المحور.

اما فيما يتعلق بثبات الاستبيان ككل فكانت قيمته(0.929) وهي قيمة عالية ،وهذا ما يؤكد على امكانية الاعتماد على نتائج الاستبيان والاستفادة من نتائجها في التفسير.

من خلال ما تم التوصل اليه من نتائج والخاصة بقياس الاتساق الداخلي وثبات الاستبيان،نكون قد تأكدنا من صحته وثباته مما يجعلنا على ثقة بصحة وصلاحية الاستبيان للتحليل والاجابة على مختلف تساؤلات الدراسة واختبار الفرضيات ،وبذلك يكون الاستبيان النهائي كما هو موضح في الملحق رقم (2).

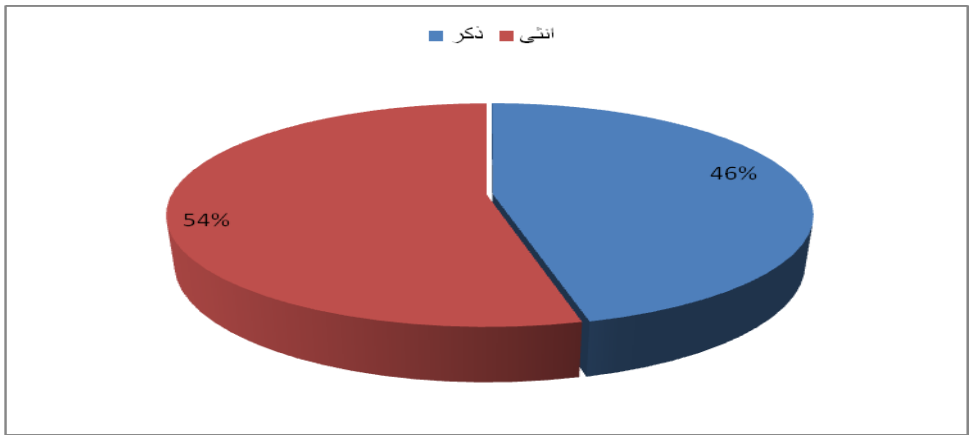
المطلب الرابع :البيانات الشخصية لعينة الدراسة

ان السعي نحو الالمام بجوانب موضوع الدراسة يتطلب منا عرضا تفصيليا لأهم الخصائص الشخصية والوظيفية التي تتميز بها عينة الدراسة:

اولا–توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس

يمثل الشكل الموالي تلخيصا للنتائج المتوصل اليها بخصوص عينة الدراسة حسب العمر

شكل رقم (4-3) :توزيع عينة الدراسة حسب الجنس



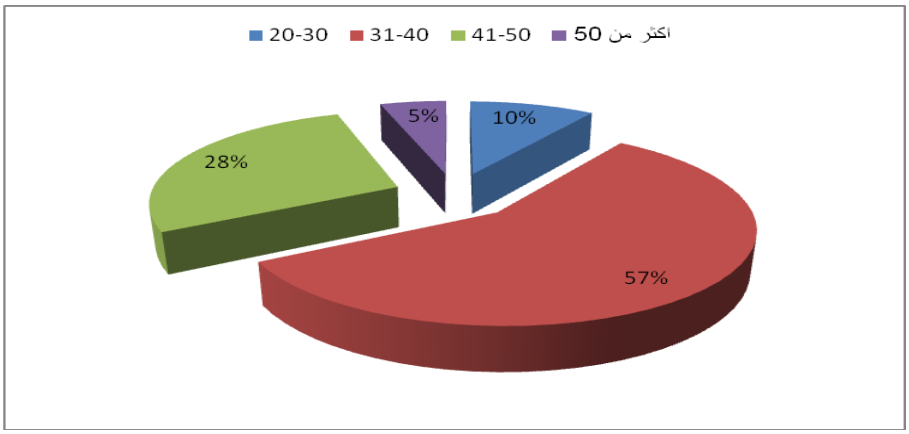
المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

من خلال الشكل اعلاه يمكننا القول ان افراد العينة اغلبهم اناث بنسبة بلغت **54%**،في حين بلغت نسبة الذكور **46%** ،،ويمكن تفسير هذا التفاوت بين الجنسين بطبيعة عمل المرأة في المجال التمريضي والطبي اكثر منها من الذكر.

ثانيا- توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر

يمثل الشكل الموالي تلخيصا للنتائج المتوصل اليها بخصوص عينة الدراسة حسب العمر

شكل رقم (4-4) :توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

تبين النتائج ارتفاع الفئة الشابة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة ،حيث حصلت الفئة العمرية من خلال الشكل اعلاه 31-40 سنة على اعلى نسبة بلغت57% ،تليها الفئة العمرية 41-50 سنة في

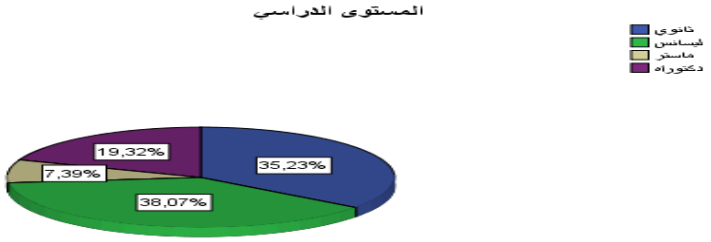
المرتبة الثانية بنسبة 28%،وجاءت الفئة العمرية 20-30 سنة في المرتبة الثالثة بنسبة 10%،اما المرتبة الرابعة والأخيرة كانت للفئة العمرية اكثر من 50% بنسبة قدرها 5%.

وهذا ما يشير الى ان مجتمع الدراسة يعد مجتمعا شبابيا حيث ان 67% من العينة من فئة الشباب الذين تقل اعمارهم عن 41 سنة،وهذا يعني ان المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة تملك تنوعا في فئات العمر وهي مؤشرات ايجابية بالنسبة لها،بالإضافة الى امتلاكها معارف حديثة حول الاساليب الحديثة والعصرية للممارسات الادارية والطبية.

ثالثا: توزيع عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي

يمثل الشكل الموالي تلخيصا للنتائج المتوصل اليها بخصوص عينة الدراسة حسب متغير المستوى الدراسي

شكل رقم (4-5) :توزيع عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

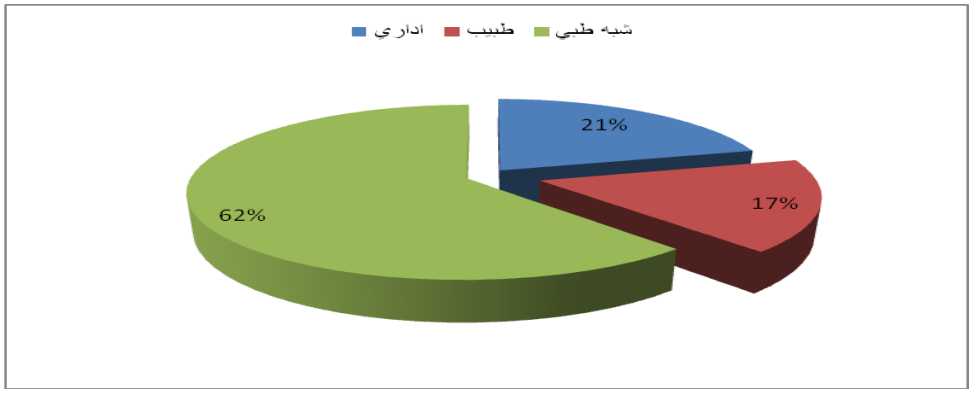
اما فيما يتعلق بتوزيع افراد العينة حسب المستوى الدراسي ،فتزصح النتائج ان نسبة الموظفين الحاصلين على ليسانس احتلت المرتبة الاولى حيث بلغت 07،38% ،تليها المستوى الثانوي بنسبة 35,23% ،اما نسبة الحاصلين على دكتوراه كانت 19,32% ،اما اقل نسبة كانت للحاصلين على ماستر بنسبة 7,39 %.

أي ان غالبية افراد العينة ذو شهادات جامعية .

رابعا: توزيع عينة الدراسة حسب متغير التصنيف الوظيفي

يمثل الشكل الموالي تلخيصا للنتائج المتوصل اليها بخصوص عينة الدراسة حسب متغير التصنيف الوظيفي

شكل رقم (4-6) :توزيع عينة الدراسة حسب متغير الوظيفة



المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

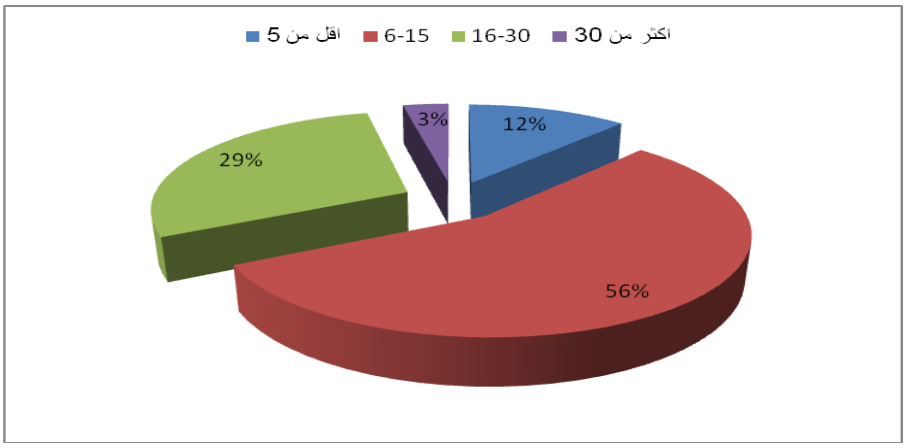
تبين النتائج بان شبه الطبيين احتلوا المرتبة الاولى بنسبة60% ،يليهم الاداريين بنسبة 21% ،ليأتي الاطباء في المرتبة الاخيرة بنسبة 17%.

وهذا لكثرة وتنوع المهن التمريضية من ممرضين ومساعدي تمريض وقابلات ومشغلي اجهزة التصوير الطبي،مخبريين،واعوان التخذير والانعاش.

خامسا: توزيع عينة الدراسة حسب متغير الخبرة

يمثل الشكل الموالي تلخيصا للنتائج المتوصل اليها بخصوص عينة الدراسة حسب متغير الخبرة

شكل رقم (4-7) :توزيع عينة الدراسة حسب الخبرة



المصدر من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24) .

يتضح من خلال الشكل اعلاه فان مستوى الخبرة الاكثر انتشارا في عينة الدراسة هي الفئة (من 6 الى 15 سنة) بنسبة 56% ،تليها الفئة مابين (16 الى 30 سنة)بنسبة 29%،ثم تليها الفئة الاقل من 5 سنوات بنسبة 12%،في حين كانت نسبة الفئة (من 30 فاكثر) 3%، وهذا يتناسب مع مستويات اعمارهم

،ومستويات تعليمهم الجامعي ، مما يخدم موضوعنا لإدراكهم المفاهيم الادارية الحديثة (القيادة التبادلية، التحويلية،فريق العمل ،.....) والمطلوبة في ظل ادارة التغيير.

المبحث الثاني: تحليل اتجاهات اراء افراد العينة حول متغيرات الدراسة

بعد التأكد من صدق وثبات اداة القياس المتمثلة في الاستبيان اجريت الدراسة على العينة العمدية وبعد عرض الخصائص الشخصية والوظيفية للعينة،سنحاول من خلال هذا البحث عرض نتائج اختبار فرضيات الدراسة بعد معالجة البيانات ببرنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعيةspss.

المطلب الاول:نتائج اتجاهات الافراد حول الانماط القيادية الادارية:

حاولنا قياس انماط القيادة الادارية (التحويلية،التبادلية ،قيادة الفريق) بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة ،من خلال المحور الثاني من الاستبانة الذي يضم 20 عبارة،فبعد رصد درجات كل مرؤوس لكل نمط من انماط القيادة تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأنماط القيادية.

اولا: نتائج اتجاهات الافراد حول الانماط القيادية مجتمعة

للإجابة على التساؤل الاول للدراسة وهو: **ما هو النمط القيادي الاكثر ممارسة من وجهة نظر الاطارات في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لولاية المدية؟**

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لكل نمط من الانماط القيادة(التحويلية ، التبادلية ،قيادة الفريق)، ،وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم(4-8) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستويات الموافقة لأنماط القيادة:

الانماط القيادية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الموافقة
نمط القيادة التحويلية	3,4680	0,8487	1	مرتفع
نمط القيادة التبادلية	3,3912	0,6341	2	متوسط
نمط قيادة الفريق	3,2273	0,8089	3	متوسط
الانماط القيادية	**3.3622**	**0.7639**		**متوسط**

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

يتضح من الجدول اعلاه ان درجة ممارسة الانماط القيادية على العاملين بالمؤسسات المبحوثة كان متوسطا وهذا ما ينفي صحة الفرضية الاولى ،اذ بلغ المتوسط الحسابي المرجح له(3,3622) بانحراف معياري مقداره

(0,7639)،ومن حيث ترتيب ابعادها،جاء النمط التحويلي في المرتبة الاولى،يليه البعد التبادلي،وفي المرتبة الاخيرة بعد نمط قيادة فريق العمل.

وعموما يمكن القول ان القادة الاداريين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يمارسون كل من النمط القيادي التحويلي والتبادلي في ان واحد بسبب تقارب قيم متوسطاتهم الحسابية ،اكثر من ممارستهم لنمط قيادة الفريق، ومن اجل التفصيل اكثر سنحاول تحليل كل بعد من ابعاد الانماط القيادية على حدى.

ثانيا:نتائج الاحصاء الوصفي لكل نمط من الانماط القيادية: توضح الجداول الموالية عرضا لنتائج الاحصاء الوصفي المتعلقة بكل عبارة من عبارات ابعاد انماط القيادة:التحويلية ،التبادلية،قيادة الفريق،حيث تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف اجابات العاملين ،للتعرف على مستوى ممارسة القادة الاداريين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لمختلف انماط القيادة المدروسة كما يلي:

1):تحليل عبارات بعد نمط القائد التحويلي:

يتكون هذا البعد من ثمانية عبارات كانت موزعة في الاستبيان وفقا للترتيب الاتي(1، 2 ،3، 4، 5، 6، 7، 8)،ومن اجل تحليلها سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية،وذلك لمعرفة درجة موافقة العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لولاية المدية تجاه كل عبارة من عباراتها ،والجدول الاتي يوضح ذلك:

جدول رقم (4–9):استجابات افراد الدراسة على عبارات محور نمط القائد التحويلي :

رقم العبارة	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الموافقة
1	يتمتع رئيسي المباشر بمهارات قيادية تعزز الثقة به	3,6818	1,0959	1	مرتفعة
2	يوفر رئيسي المباشر مناخا يشعر الموظفين بالارتياح لعملهم معه	3,5739	1,0824	3	مرتفعة
3	يحرص رئيسي المباشر على خلق دافعية للموظفين من اجل تحسين الاداء	3,4261	1,1539	5	مرتفعة
4	يعمل رئيسي المباشر على تشجيع الموظفين على تغيير اساليب العمل نحو الاحسن	3,6420	1,0541	2	مترتفعة
5	يقترح رئيسي المباشر افكار وطرقا جديدة عند النظر في كيفية تأدية المهام المطلوبة	3,4830	1,0252	4	مرتفعة
6	يقوم رئيسي بإشراكي في اي عملية تغيير او اصلاح داخل المستشفى ضمن نطاق عملي	3,3523	1,0906	7	متوسطة
7	يحرص رئيسي المباشر على تدريب وتنمية قدرات الموظفين بشكل مستمر	3,2159	1,1656	8	متوسطة
8	يولي رئيسي المباشر اهتماما كبيرا لآرائي	3,3693	1,1135	6	متوسطة
المحور	**نمط القائد التحويلي**	**3,4680**	**0,8487**		**مرتفعة**

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

من خلال النتائج الموضحة اعلاه يتضح ان قيمة متوسط اجابات العاملين على عبارات القيادة التحويلية قد بلغ **3,4680**وهي قيمة تقع في الدرجة المرتفعة(3.40 الى اقل من 4.20)بناء على مقياس التحليل المعتمد في الدراسة،وهذا يدل على ان الاطارات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يرون ان نمط القيادة التحويلية النمط المفضل لدى العديد من القادة كونها تسهل عليهم عملية التعامل مع التغيير الذي تتعرض له المؤسسات الصحية،فهذا النمط من خصائصه امتلاك القادة الاداريين لرؤية مستقبلية ملهمة وقدرتهم على اتخاذ القرارات .

وانطلاقا من النتائج الواردة في الجدول اعلاه يمكننا ترتيب العبارات المشكلة للبعد الخاص بنمط القائد التحويلي تنازليا حسب موافقة افراد الدراسة عليها ،وذلك بناء على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري كما يلي:

1-جاءت العبارة رقم "1"التي تضمنت :" يتمتع رئيسي المباشر بمهارات قيادية تعزز الثقة به" في المرتبة الاولى من حيث موافقة افراد الدراسة عليها بمتوسط (3,6818) وبانحراف معياري 1,0959.

وعليه يمكننا القول ان افراد العينة في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يقرون بالموافقة على ان اغلب المدراء يتسمون بامتلاكهم لمهارات قيادية وهذا ما يميز هذا النمط الذي له القدرة على الهام الثقة واحترام الموظفين من خلال رؤية مشتركة،مما يؤدي الى تعزيز معنوياتهم ورفع وروحهم المعنوية .

2-جاءت العبارة رقم "4"التي تضمنت "يعمل رئيسي المباشر على تشجيع الموظفين على تغيير اساليب العمل نحو الأحسن" في المرتبة الثانية من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,6420) وبانحراف معياري مقداره 1,0541.

وعليه يمكننا القول ان افراد الدراسة يقرون بالموافقة على ان المدراء يعملون على تشجيع الموظفين وتدريبهم على اساليب عمل جديدة.

3-جاءت العبارة رقم "2"التي تضمنت" يوفر رئيسي المباشر مناخا يشعر الموظفين بالارتياح لعملهم معه"في المرتبة الثالثة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي (3,5739) وبانحراف معياري مقداره 1,0824

4-جاءت العبارة رقم "5"التي تضمنت" يقترح رئيسي المباشر افكار وطرقا جديدة عند النظر في كيفية تأدية المهام المطلوبة "في المرتبة الرابعة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,4830) وبانحراف معياري مقداره 1,0252

5-جاءت العبارة رقم "3"التي تضمنت" يحرص رئيسي المباشر على خلق دافعية للموظفين من اجل تحسين الاداء "في المرتبة الخامسة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,4261) وبانحراف معياري مقداره 1,1539

6-جاءت العبارة رقم "8"التي تضمنت" يولي رئيسي المباشر اهتماما كبيرا لآرائي "في المرتبة السادسة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,3693) وبانحراف معياري مقداره 1,1135

7-جاءت العبارة رقم "6"التي تضمنت" يقوم رئيسي باشراكي في اي عملية تغيير او اصلاح داخل المستشفى ضمن نطاق عملي "في المرتبة السابعة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,3523) وبانحراف معياري مقداره 1,0906

8-جاءت العبارة رقم "7"التي تضمنت "يحرص رئيسي المباشر على تدريب وتنمية قدرات الموظفين بشكل مستمر" في المرتبة الثامنة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,2159) وبانحراف معياري مقداره 1,1656

2):تحليل عبارات بعد نمط القائد التبادلي:

يتكون هذا البعد من سبعة عبارات كانت موزعة في الاستبيان وفقا للترتيب الاتي(9، 10 ،11، 12، 13، 14، 15)،ومن اجل تحليلها سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية،وذلك لمعرفة درجة موافقة العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لولاية المدية تجاه كل عبارة من عباراتها :

جدول رقم (4–10):استجابات افراد الدراسة على عبارات محور نمط القائد التبادلي

رقم العبارة	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
9	يعبر رئيسي المباشر عن تقديره لي عند اداء عملي بشكل جيد	3,4773	1,0899	4	مرتفعة
10	يوفر رئيسي المباشر ويخصص مكافآت جيدة لي عندما انهي مهامي في وقت قصير	2,5114	1,1211	7	منخفضة
11	لا يتدخل رئيسي المباشر في العمل طالما انه ينجز في الوقت المطلوب	3,8182	0,9803	1	مرتفعة
12	لا يتدخل رئيسي المباشر في الجوانب غير الضرورية في العمل الا عندما يكون مجبرا	3,6477	1,0313	3	مرتفعة
13	تحدد ادارة المستشفى المهام وتوزعها بين الموظفين بشكل واضح	3,0682	1,1788	6	متوسطة
14	تعاملات مسؤولي المباشر معي قائمة على الثقة المتبادلة	3,7784	,9512	2	مرتفعة
15	يحفز رئيسي المباشر الموظفين على اتقان العمل لإحداث الاصلاح والتغيير المطلوب	3,4375	1,04557	5	مرتفعة
البعد	**نمط القائد التبادلي**	**3,3912**	**,6341**		**متوسطة**

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

من خلال النتائج الموضحة اعلاه يتضح ان قيمة متوسط اجابات العاملين على عبارات القيادة التبادلية قد بلغ **3,3912** وهي قيمة تقع في الدرجة المتوسطة(2.60 الى اقل من3.40)بناء على مقياس التحليل المعتمد في الدراسة،وهذا يدل على ان العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يرون ان قادتهم يمارسون ايضا نمط القيادة التبادلية بالإضافة الى النمط التحويلي.

وانطلاقا من النتائج الواردة في الجدول اعلاه يمكننا ترتيب العبارات المشكلة للبعد الخاص بنمط القائد التبادلي تنازليا حسب موافقة افراد الدراسة عليها ،وذلك بناء على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري كما يلي:

1-جاءت العبارة رقم "11"التي تضمنت :" لا يتدخل رئيسي المباشر في العمل طالما انه ينجز في الوقت المطلوب " في المرتبة الاولى من حيث موافقة افراد الدراسة عليها بمتوسط (3,8182) وبانحراف معياري مقداره 9803, .

2-جاءت العبارة رقم "14"التي تضمنت " تعاملات مسؤولي المباشر معي قائمة على الثقة المتبادلة " في المرتبة الثانية من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,7784) وبانحراف معياري مقداره 9512,

3-جاءت العبارة رقم "12"التي تضمنت" لا يتدخل رئيسي المباشر في الجوانب غير الضرورية في العمل الا عندما يكون مجبرا "في المرتبة الثالثة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي (3,6477) وبانحراف معياري مقداره 1,0313.

4-جاءت العبارة رقم "9"التي تضمنت" يعبر رئيسي المباشر عن تقديره لي عند اداء عملي بشكل جيد "في المرتبة الرابعة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,4773) وبانحراف معياري مقداره 1,0899

5-جاءت العبارة رقم "15"التي تضمنت" يحفز رئيسي المباشر الموظفين على اتقان العمل لإحداث الاصلاح والتغيير المطلوب "في المرتبة الخامسة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,4375) وبانحراف معياري مقداره 1,04557

6-جاءت العبارة رقم "13"التي تضمنت" تحدد ادارة المستشفى المهام وتوزعها بين الموظفين بشكل واضح "في المرتبة السادسة من حيث المتوسط الحسابي الذي بلغ(3,0682) وبانحراف معياري مقداره 1,1788 ،

7-جاءت العبارة رقم "10"التي تضمنت" يوفر رئيسي المباشر ويخصص مكافآت جيدة لي عندما انهي مهامي في وقت قصير "في المرتبة السابعة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(2,5114) وبانحراف معياري مقداره 1,1211

3) تحليل عبارات بعد نمط قيادة الفريق:

يتكون هذا البعد من خمسة عبارات كانت موزعة في الاستبيان وفقا للترتيب الاتي(16، 17 ،18، 19، 20)،ومن اجل تحليلها سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية،وذلك لمعرفة درجة موافقة العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لولاية المدية تجاه كل عبارة من عباراتها ،والجدول الاتي يوضح ذلك:

جدول رقم (4–11) :استجابات افراد الدراسة على عبارات محور نمط قيادة الفريق

رقم العبارة	العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى
16	لدى المستشفى قناعة بأهمية العمل الجماعي القائم على روح الفريق في اداء مهامها	3,6705	1,0820	1	**مرتفعة**
17	وجود برنامج للتدريب على اساليب العمل الجماعي	2,3920	1,1758	5	**منخفضة**
18	يركز المستشفى على تعزيز العمل الجماعي للوصول الى الاهداف المشتركة لكل من الادارة والعاملين من جهة والمرضى من جهة اخرى	3,2614	1,1160	4	**متوسطة**
19	تركز ادارة المستشفى على مشاركة العمال والعمل بروح الفريق الواحد من اجل تنفيذ عملية التغيير(الاصلاح) بنجاح	3,2841	1,0844	3	**متوسطة**
20	يساعد فريق العمل في سهولة تدفق الاتصالات بين مختلف مصالح والأقسام داخل المستشفى	3,5284	1,0470	2	**مرتفعة**
المحور	نمط قيادة الفريق	**3,2273**	**,8089**		**متوسطة**

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

من خلال النتائج الموضحة اعلاه يتضح ان قيمة متوسط اجابات العاملين على عبارات قيادة الفريق قد بلغ **3,2273**وهي قيمة تقع في الدرجة المتوسطة(2.60-3.40)بناء على مقياس التحليل المعتمد في الدراسة،وهذا يدل على ان العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يرون ان قادتهم يمارسون ايضا نمط قيادة الفريق بالإضافة الى النمطين السابقين لكن بدرجات متفاوتة.

وانطلاقا من النتائج الواردة في الجدول اعلاه يمكننا ترتيب العبارات المشكلة للبعد الخاص بنمط القائد التبادلي تنازليا حسب موافقة افراد الدراسة عليها ،وذلك بناء على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري كما يلي:

1-جاءت العبارة رقم "16"التي تضمنت :" لدى المستشفى قناعة بأهمية العمل الجماعي القائم على روح الفريق في اداء مهامها " في المرتبة الاولى من حيث موافقة افراد الدراسة عليها بمتوسط (3,6705) وبانحراف معياري مقداره 1,0820.

وعليه يمكننا القول ان افراد العينة في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يقرون بالموافقة على تعزيز نمط القيادة الجماعية لان العمل الجماعي وروح الفريق هو افضل وسيلة لتحقيق التحسين في طريقة اداء العمليات .

2-جاءت العبارة رقم "20"التي تضمنت " يساعد فريق العمل في سهولة تدفق الاتصالات بين مختلف مصالح والأقسام داخل المستشفى " في المرتبة الثانية من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,5284) وبانحراف معياري مقداره1,0470 .

وعليه يمكننا القول ان افراد الدراسة يقرون بضرورة الاهتمام اكثر بعملية الاتصال بين مختلف مستويات المؤسسة(اداريين —طبيين-شبه اداريين-عمال متعاقدين) وضمان المشاركة الفعالة لجميع افرادها في تحسين الأداء، وهذا باعتبار ان المؤسسة الصحية هي شبكة معقدة ومتكونة من مجموعات مهنية ومن الضروري تقاسم المعرفة والمشاركة فيها.

3-جاءت العبارة رقم "19"التي تضمنت" يركز المستشفى على تعزيز العمل الجماعي للوصول الى الاهداف المشتركة لكل من الادارة والعاملين من جهة والمرضى من جهة اخرى "في المرتبة الثالثة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي (3,2841) وبانحراف معياري مقداره 1,0844.

4-جاءت العبارة رقم "18"التي تضمنت" تركز ادارة المستشفى على مشاركة العمال والعمل بروح الفريق الواحد من اجل تنفيذ عملية التغيير(الاصلاح) بنجاح "في المرتبة الرابعة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,2614) وبانحراف معياري مقداره 1,1160،وهذا باعتبار ان العمل بروح الفريق يخلق جوا من التنافس الايجابي والتي تنعكس مظاهره في تحقيق الاهداف الجماعية والفردية واهداف المؤسسة ككل .

5-جاءت العبارة رقم "17"التي تضمنت" وجود برنامج للتدريب على اساليب العمل الجماعي "في المرتبة الخامسة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة بمستوى موافقة منخفض ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(2,3920) وبانحراف معياري مقداره1,1758،فحسب المتوسط الحسابي فان المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لا تشجع على القيام بدورات تدريبية جماعية خاصة وان هناك بعض الالات والتجهيزات

الطبية التي تحتاج الى تدريب جماعي في كيفية استخدامها وكذلك ادخال تكنولوجيات جديدة يتطلب إجراء دورات تدريبية متواصلة.

المطلب الثاني: نتائج اتجاهات الافراد حول ابعاد جودة الخدمات الصحية

اولا:التعرف على اتجاهات ابعاد جودة الخدمات الصحية مجتمعة (الاعتمادية ،الملموسية ،الضمان ،الاستجابة ،التعاطف):

للاجابة على السؤال الثاني للدراسة وهو: **ما هو مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر اطارات المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة؟**

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لكل بعد من ابعاد الجودة مجتمعة (الاعتمادية ، الملموسية ،الضمان،الاستجابة،التعاطف) ،وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (4-12) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستويات الموافقة لأبعاد جودة الخدمات الصحية:

رقم البعد	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مستوى الموافقة
1	بعد الاعتمادية	3,4290	0,7995	4	مرتفعة
2	بعد الملموسية	3,2250	0,6487	5	متوسطة
3	بعد الضمان	3,4991	0,6666	2	مرتفعة
4	بعد الاستجابة	3,5932	0,6349	1	مرتفعة
5	بعد التعاطف	3,4830	0,8558	3	مرتفعة
المحور	**جودة الخدمات الصحية**	**3.4468**	**0.7211**		**مرتفعة**

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

يتضح من الجدول اعلاه ان مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات المبحوثة جاء بدرجة مترتفعة بمتوسط حسابي(**3.4468**) وبانحراف معياري مقداره (**0.7211**)، وهو يشير الى عدم تشتت في اجابات مفردات الدراسة ،وقد بلغ المتوسط الحسابي المرجح من حيث ترتيب ابعادها كما يلي :جاء بعد الاستجابة في

المرتبة الاولى،يليه بعد الضمان في المرتبة الثانية،وفي المرتبة الثالثة بعد التعاطف،اما المرتبة الرابعة بعد الاعتمادية،وكمرتبة اخيرة بعد الملموسية.

وعموما يمكن القول ان المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة تهتم بسرعة الانجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مقدمي الخدمة من اداريين واطباء وشبه طبيين،ليليه بعد الضمان والذي يتمثل اساس في قدرة القائمين على تقديم الخدمة على استلهام ثقة وائتمان متلقي الخدمة، وبدرجة متقاربة مع بعد التعاطف حسب قيم متوسطاتهم الحسابية بمعنى ان هناك اهتمام وعناية للمستفيد من الخدمة،في حين بعد الاعتمادية والملموسية كانا ذا اهتمام ضئيل نوعا ما.ومن اجل التفصيل اكثر سنحاول تحليل كل بعد من ابعاد جودة الخدمات الصحية على حدى.

ثانيا:نتائج الاحصاء الوصفي لكل بعد من ابعاد جودة الخدمات الصحية

توضح الجداول الموالية عرضا لنتائج الاحصاء الوصفي المتعلقة بكل عبارة من عبارات ابعاد جودة الخدمات الصحية:الاعتمادية،الملموسية،الضمان،الاستجابة، التعاطف،حيث تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف اجابات العاملين للتعرف على مستوى توافر ابعاد الجودة كما يلي:

1):تحليل عبارات بعد الاعتمادية: يتكون هذا البعد من اربعة عبارات كانت موزعة في الاستبيان وفقا للترتيب الاتي(21، 22 ،23، 24)،ومن اجل تحليلها سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية،وذلك لمعرفة درجة موافقة العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لولاية المدية تجاه كل عبارة من عباراتها .

جدول رقم (4–13) :استجابات افراد الدراسة على عبارات محور بعد الاعتمادية:

العبارة	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مستوى الموافقة
21	تعتمد المستشفى خطة لتحسين جودة خدماتها	3,2955	1,0491	4	متوسطة
22	هناك حرص من قبل المستشفى على التنسيق بين خدمة المرضى وكافة اقسام المستشفى	3,5909	0,95183	1	مرتفعة
23	هناك اهتمام من قبل ادارة المستشفى بمشاكل واستفسارات المرضى	3,4602	1,0357	2	مرتفعة
24	يتم تقديم الخدمات المساندة (الاشعة ،التحاليل ،الصيدلية) بالشكل المناسب	3,3693	1,1338	3	متوسطة
البعد	**الاعتمادية**	**3,4290**	**0,7995**		**مرتفعة**

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

من خلال النتائج الموضحة اعلاه يتضح ان قيمة متوسط اجابات العاملين على عبارات بعد الاعتمادية قد بلغ **3,4290**وهي قيمة تقع في الدرجة المرتفعة(3.40-4.20)بناء على مقياس التحليل المعتمد في الدراسة،وهذا يدل على ان العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يرون ان درجة الاعتماد عل مقدمي الخدمة ودقة انجازهم للخدمات المطلوبة كانت متوسطة.

وانطلاقا من النتائج الواردة في الجدول اعلاه يمكننا ترتيب العبارات المشكلة للبعد الخاص بالاعتمادية تنازليا حسب موافقة افراد الدراسة عليها ،وذلك بناء على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري كما يلي:

1-جاءت العبارة رقم "22"التي تضمنت :" هناك حرص من قبل المستشفى على التنسيق بين خدمة المرضى وكافة اقسام المستشفى " في المرتبة الاولى من حيث موافقة افراد الدراسة عليها بمتوسط (3,5909) وبانحراف معياري مقداره 0,95183 .

وعليه يمكننا القول ان افراد العينة في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يقرون بالموافقة على ان هناك تنسيق بين خدمات المرضى واقسامها من قسم الاستعجالات الى قسم الاضعة الى المخبر ..الى غير ذلك من الاقسام التي من الضروري للمريض ان يمر بها لتلقي علاجه.

2-جاءت العبارة رقم "23"التي تضمنت " هناك اهتمام من قبل ادارة المستشفى بمشاكل واستفسارات المرضى " في المرتبة الثانية من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,4602) وبانحراف معياري مقداره 1,0357.

وعليه يمكننا القول ان افراد الدراسة يقرون بان الادراة تاخذ بالحسبان شكاوى المرضى فمن خلال مقابلتنا لبعض الاطارات خاصة مديري المصالح الصحية فاكدوا لنا على وجود سجل خاص بشكاوى المرضى وذويهم.

3-جاءت العبارة رقم "24"التي تضمنت" يتم تقديم الخدمات المساندة (الاشعة ،التحاليل ،الصيدلية) بالشكل المناسب "في المرتبة الثالثة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي (3,3693) وبانحراف معياري مقداره 1,1338.اي ان مستوى تقديم هذه الخدمات كان متوسطا وقد يرجع هذا لقدم اجهزة الاشعة واحيانا يكون هناك عطل في اجهزة التحاليل الطبية،بالاضافة الى تاخر طلبيات بعض الادوية من مجمع صيدال او مجمعات اخرى للادوية.

4-جاءت العبارة رقم "21"التي تضمنت" تعتمد المستشفى خطة لتحسين جودة خدماتها "في المرتبة الرابعة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,2955) وبانحراف معياري مقداره 1,0491.،وقد جاءت بدرجة متوسطة اي ان اغلب المؤسسات العمومية الاستشفائية لا تعتمد دوما على خطة لتحسين جودة خدماتها.

2):تحليل عبارات بعد الملموسية:

يتكون هذا البعد من اربعة عبارات كانت موزعة في الاستبيان وفقا للترتيب الاتي(25، 26، 27، 28، 29)،ومن اجل تحليلها سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية،وذلك لمعرفة درجة موافقة العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لولاية المدية تجاه كل عبارة من عباراتها ،والجدول الاتي يوضح ذلك:

جدول رقم (4-14):استجابات افراد الدراسة على عبارات محور بعد الملموسية:

رقم العبارة	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مستوى الموافقة
25	ان موقع المستشفى ملائم لتحقيق الجودة في الخدمات المقدمة	3,3636	1.116	2	متوسطة
26	تمتلك المستشفى التجهيزات والمعدات التقنية الحديثة اللازمة لتحسين جودة خدماتها	2,7102	1.186	5	متوسطة
27	تضع المستشفى لوحات وعلامات ارشادية تسهل الوصول الى كافة الاقسام	3,8807	0.838	1	مرتفعة
28	يتوفر في المستشفى تجهيزات فندقية جيدة لإقامة المرضى	2,8807	1.304	4	متوسطة
29	يحرص مقدم الخدمة في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن الهندام والمظهر والالتزام بالبطاقة المهنية	3,2898	1.136	3	متوسطة
البعد	**الملموسية**	**3,2250**	**,6487**		**متوسطة**

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

من خلال النتائج الموضحة اعلاه يتضح ان قيمة متوسط اجابات العاملين على عبارات بعد الملموسية قد بلغ **3,2250** وهي قيمة تقع في الدرجة المتوسطة(2.60 الى اقل من 3.40)بناء على مقياس التحليل المعتمد في الدراسة،وهذا يدل على ان العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يوافقون على مكونات هذا البعد.

وانطلاقا من النتائج الواردة في الجدول اعلاه يمكننا ترتيب العبارات المشكلة للبعد الخاص الملموسية تنازليا حسب موافقة افراد الدراسة عليها ،وذلك بناء على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري كما يلي:

1-جاءت العبارة رقم "27"التي تضمنت :" تضع المستشفى لوحات وعلامات ارشادية تسهل الوصول الى كافة الاقسام " في المرتبة الاولى من حيث موافقة افراد الدراسة عليها بمتوسط (3,8807) وبانحراف معياري مقداره 0.838.

وعليه يمكننا القول ان افراد العينة في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يقرون بالموافقة على توفر ووضوح اللوحات الاعلامية والارشادية والتي تسهل على العامل والمريض عملية البحث عن قسم او مصلحة استشفائية او ادارية وتوفر الوقت لذلك.

2-جاءت العبارة رقم "25"التي تضمنت " ان موقع المستشفى ملائم لتحقيق الجودة في الخدمات المقدمة " في المرتبة الثانية من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,3636) وبانحراف معياري مقداره 1.116.

وعليه يمكننا القول ان افراد الدراسة يقرون بان اغلب المؤسسات العمومية الاستشفائية تقع في مكان يساعد في تحسين مستوى الخدمات و سهولة وصول المرضى والمستفيدين من الخدمات المقدمة من طرف هذه المؤسسات العمومية الاستشفائية،وهذا ما لمسناه عند زيارتنا لهذه المؤسسات العمومية الاستشفائية.

3-جاءت العبارة رقم "29"التي تضمنت" يحرص مقدم الخدمة في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن الهندام والمظهر والالتزام بالبطاقة المهنية "في المرتبة الثالثة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي (3,2898) وبانحراف معياري مقداره 1.136.

4-جاءت العبارة رقم "28"التي تضمنت" يتوفر في المستشفى تجهيزات فندقية جيدة لإقامة المرضى "في المرتبة الرابعة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(2,8807) وبانحراف معياري مقداره 1.304.

فحسب المتوسط الحسابي فان المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لا تتوفر على تجهيزات فندقية جيدة بل هي متوسطة وهي ما تؤدي الى سخط واستياء المرضى المقيمين وعدم رضاهم عن الخدمات المقدمة لهم.

5-جاءت العبارة رقم "26"التي تضمنت"تمتلك المستشفى التجهيزات والمعدات التقنية الحديثة اللازمة لتحسين جودة خدماتها" في المرتبة الخامسة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(2,7102) وبانحراف معياري مقداره1.186.

وعليه يمكن القول ان اغلب المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة تفتقد للتجهيزات والمعدات الحديثة ،فمن خلال المقابلة التي تمت مع بعض المدراء الفرعيين لصيانة العتاد والأجهزة الطبية اكدوا لنا انه في غالب الاحيان يتم صيانة الاجهزة وتصليحها لعدم اقتناء اجهزة جديدة.

3):تحليل عبارات بعد الضمان:

يتكون هذا البعد من اربعة عبارات كانت موزعة في الاستبيان وفقا للترتيب الاتي(30، 31،32،33)،ومن اجل تحليلها سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية،وذلك لمعرفة درجة موافقة العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لولاية المدية تجاه كل عبارة من عباراتها ،والجدول الاتي يوضح ذلك:

جدول رقم (4-15) :استجابات افراد الدراسة على عبارات محور بعد الضمان:

رقم العبارة	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	مستوى الموافقة
30	يتم تدريب الموظفين على استيعاب مراحل تقديم الخدمة العلاجية	3,2443	1,0650	4	متوسطة
31	يحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى	3,7714	,8334	1	مرتفعة
32	للقائمين على تقديم الخدمة في المستشفى قدرة كبيرة على استلهام ثقة وائتمان المرضى	3,6080	1,0140	2	مرتفعة
33	توفر المعرفة الكافية لدى الموظفون للإجابة على تساؤلات المرضى	3,3750	1,0120	3	متوسطة
البعد	**الضمان**	**3,4991**	**,6666**		**مرتفعة**

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

من خلال النتائج الموضحة اعلاه يتضح ان قيمة متوسط اجابات العاملين على عبارات بعد الضمان قد بلغ **3,4991**وهي قيمة تقع في الدرجة المرتفعة(3.40-4.20)بناء على مقياس التحليل المعتمد في الدراسة،وهذا يدل على ان العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يقرون بالموافقة على مكونات هذا البعد.

وانطلاقا من النتائج الواردة في الجدول اعلاه يمكننا ترتيب العبارات المشكلة للبعد الخاص بالضمان تنازليا حسب موافقة افراد الدراسة عليها ،وذلك بناء على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري كما يلي:

1-جاءت العبارة رقم "31"التي تضمنت :" يحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى " في المرتبة الاولى من حيث موافقة افراد الدراسة عليها بمتوسط (3,7714) وبانحراف معياري مقداره 8334,

وعليه يمكننا القول ان افراد العينة في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يقرون بالموافقة على الالتزام بالسر المهني خاصة سرية المعلومات الخاصة بالمرضى وهي من اخلاقيات المهنة .

2-جاءت العبارة رقم "32"التي تضمنت " للقائمين على تقديم الخدمة في المستشفى قدرة كبيرة على استلهام ثقة وائتمان المرضى " في المرتبة الثانية من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,6080) وبانحراف معياري مقداره 1,0140.

3-جاءت العبارة رقم "33"التي تضمنت" توفر المعرفة الكافية لدى الموظفون للإجابة على تساؤلات المرضى "في المرتبة الثالثة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي (3,3750) وبانحراف معياري مقداره 1,0120.

4-جاءت العبارة رقم "30"التي تضمنت" يتم تدريب الموظفين على استيعاب مراحل تقديم الخدمة العلاجية "في المرتبة الرابعة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,2443) وبانحراف معياري مقداره 1,0650.واغلب هذه التدريبات تخص مساعدي التمريض ومشغلي اجهزة التصوير الطبي.

4):تحليل عبارات بعد الاستجابة:

يتكون هذا البعد من اربعة عبارات كانت موزعة في الاستبيان وفقا للترتيب الاتي(34، 35، 36 ،37، 38)،ومن اجل تحليلها سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية،وذلك لمعرفة درجة موافقة العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لولاية المدية تجاه كل عبارة من عباراتها ،والجدول الاتي يوضح ذلك:

جدول رقم (4-16):استجابات افراد الدراسة على عبارات محور بعد الاستجابة:

رقم	العبارات	المتوسط	الانحراف	الترتيب	مستوى

العبارة		الحسابي	المعياري		الموافقة
34	تتعاون الكوادر العاملة في المستشفى جيدا لتقديم خدمات بجودة عالية	3,3636	1,1025	5	متوسطة
35	تقوم المستشفى باتخاذ التدابير الفورية لحل المشاكل التي تواجه المرضى	3,4545	1,0519	4	مرتفعة
36	يبسط الموظفون اجراءات العمل قدر الامكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية	3,5625	,9359	3	مرتفعة
37	تتم متابعة اداء العاملين بكاميرات مراقبة	3,7614	,9913	2	مرتفعة
38	تسعى المستشفى لتحقيق رضا المرضى والذي يعتبر من اساسيات الحكم الجودة	3,8239	,7839	1	مرتفعة
البعد	**الاستجابة**	**3,5932**	**,6349**		**مرتفعة**

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

من خلال النتائج الموضحة اعلاه يتضح ان قيمة متوسط اجابات العاملين على عبارات بعد الاستجابة قد بلغ **3,5932**وهي قيمة تقع في الدرجة المرتفعة(3.40-4.20)بناء على مقياس التحليل المعتمد في الدراسة،وهذا يدل على ان العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يوافقون على مكونات هذا البعد خاصة على مدى استجابة العاملين بالمستشفى لاحتياجات المريض مهما كانت درجة انشغالهم.

وانطلاقا من النتائج الواردة في الجدول اعلاه يمكننا ترتيب العبارات المشكلة للبعد الخاص بالاستجابة تنازليا حسب موافقة افراد الدراسة عليها ،وذلك بناء على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري كما يلي:

1-جاءت العبارة رقم "38"التي تضمنت :" تسعى المستشفى لتحقيق رضا المرضى والذي يعتبر من اساسيات الحكم على الجودة " في المرتبة الاولى من حيث موافقة افراد الدراسة عليها بمتوسط (3,8239) وبانحراف معياري مقداره 0,7839 .

وعليه يمكننا القول ان افراد العينة في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يقرون بالموافقة على ان اهم هدف تسعى المستشفى لتحقيقه هو رضا المستفيدين من الخدمات المقدمة.

2-جاءت العبارة رقم "37"التي تضمنت " تتم متابعة اداء العاملين بكاميرات مراقبة " في المرتبة الثانية من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,7614) وبانحراف معياري يقدر ب 0,9913

وعليه يمكننا القول ان افراد الدراسة يقرون بان الرقابة على العاملين من خلال كاميرات المراقبة تساعد في الاستجابة الفورية لخدمة المرضى والالتزام بالمهام المنوطة بهم وكانت نسبة موافقتهم على هذه الفقرة مرتفعة.

3-جاءت العبارة رقم "36"التي تضمنت" يبسط الموظفون اجراءات العمل قدر الامكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية "في المرتبة الثالثة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي (3,5625) وبانحراف معياري مقداره 0,9359

4-جاءت العبارة رقم "35"التي تضمنت"تقوم المستشفى باتخاذ التدابير الفورية لحل المشاكل التي تواجه المرضى "في المرتبة الرابعة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,4545) وبانحراف معياري مقداره 1,0519 .وهذا لزيادة الوعي لدى اغلب المرضى بالاجراءات الادارية فبحكم وظيفتي في هذا القطاع فان اغلب المرضى الذين يشتكون يهددون بانه اذا لم يتم حل المشكل فانه يرفع شكواه لمديرية الصحة والسكان للولاية وهذا ما يستلزم اجراء التدابير وحل المشاكل في اقصى وقت ممكن.

5-جاءت العبارة رقم "34"التي تضمنت" تتعاون الكوادر العاملة في المستشفى جيدا لتقديم خدمات بجودة عالية " في المرتبة الخامسة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,3636) وبانحراف معياري مقداره 1,1025 .

وهذه النتيجة منطقية نظرا لتعدد المهن واختلافها مما يتطلب تعاون وتظافر جهود الموظفين في كل المستويات والاقسام لتقديم خدمات صحية ذات جودة.

5):تحليل عبارات بعد التعاطف:

يتكون هذا البعد من اربعة عبارات كانت موزعة في الاستبيان وفقا للترتيب الاتي(39، 40، 41)،ومن اجل تحليلها سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية،وذلك لمعرفة درجة موافقة العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لولاية المدية تجاه كل عبارة من عباراتها ،والجدول الاتي يوضح ذلك:

جدول رقم(4-17):استجابات افراد الدراسة على عبارات محور بعد التعاطف:

رقم	العبارات	المتوسط	الانحراف	الترتيب	مستوى

العبارة		الحسابي	المعياري		الموافقة
39	تمثل مصالح المريض ابرز اولويات اهتمامات ادارة المستشفى والموظفين	3,7727	,9766	1	مرتفعة
40	تراعي المستشفى العدالة في تقديم الخدمة للمرضى	3,2727	1,2257	3	متوسطة
41	يتم تقسيم المناوبات بشكل مرضي وملائم للموظفين مما يجعلهم قادرين على تلبية احتياجات ورغبات المرضى بالشكل المطلوب	3,4034	1,1816	2	مرتفعة
البعد	**التعاطف**	**3,4830**	**,8558**		**مرتفعة**

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

من خلال النتائج الموضحة اعلاه يتضح ان قيمة متوسط اجابات العاملين على عبارات بعد التعاطف قد بلغ **3,4830** وهي قيمة تقع في الدرجة المرتفعة(3.40-4.20)بناء على مقياس التحليل المعتمد في الدراسة،وهذا يدل على ان العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة موافقون على مكونات هذا البعد خاصة على مدى تقدير مقدمي الخدمة لظروف المريض والتعاطف معه.

وانطلاقا من النتائج الواردة في الجدول اعلاه يمكننا ترتيب العبارات المشكلة للبعد الخاص التعاطف تنازليا حسب موافقة افراد الدراسة عليها ،وذلك بناء على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري كما يلي:

1-جاءت العبارة رقم "39"التي تضمنت :" تمثل مصالح المريض ابرز اولويات اهتمامات ادارة المستشفى والموظفين " في المرتبة الاولى من حيث موافقة افراد الدراسة عليها بمتوسط (3,7727) وبانحراف معياري مقداره ,9766 .

وعليه يمكننا القول ان افراد العينة في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يقرون بالموافقة على مصلحة المريض فوق اي اعتبار وهي من اهم اهداف قيام المؤسسات العمومية الاستشفائية.

2-جاءت العبارة رقم "41"التي تضمنت " يتم تقسيم المناوبات بشكل مرضي وملائم للموظفين مما يجعلهم قادرين على تلبية احتياجات ورغبات المرضى بالشكل المطلوب " في المرتبة الثانية من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي(3,4034) وبانحراف معياري مقداره 1,1816.

وعليه يمكننا القول ان افراد الدراسة يقرون بان تقسيم المناوبات عليهم لا يكون بشكل الزامي بل بشكل مرضي ،مما يؤدي الى خدمة المريض والتعاطف معه.

3-جاءت العبارة رقم "40"التي تضمنت" تراعي المستشفى العدالة في تقديم الخدمة للمرضى "في المرتبة الثالثة من حيث درجة الموافقة عليها لدى افراد الدراسة ،حيث بلغ المتوسط الحسابي (3,2727) وبانحراف معياري مقداره 1,2257.وقد كانت نسبة الموافقة متوسطة لان اغلب امستشفيات لا تراعي العدالة في تقديم مختلف الخدمات بل تعتمد على المحسوبية والدليل على ذلك اغلب الاشخاص الاغنياء وذو مكانة اجتماعية هم من يعالجون في المؤسسات العمومية الاستشفائية نظرا لمجانية العلاج.

المبحث الثالث:نتائج اختبار فرضيات الدراسة

للإجابة على الفرضيات واختبار العلاقة والأثر بين انماط القيادة (النمط التحويلي ،النمط التبادلي،قيادة الفريق) و جودة الخدمات الصحية،قامت الباحثة بدراسة معامل الارتباط وكذا استخدام تحليل الانحدار وتحليل (ANOVA) لقياس تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع .

المطلب الاول:اختبار الفرضية الرئيسية الاولى

قبل اختبار الفرضية الاولى والمتمثلة في الأثر بين انماط القيادة الادارية وجودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة علينا اولا الاجابة عن التساؤل الثالث حول العلاقة بين متغيرات الدراسة اولا.

اولا:نتائج العلاقة بين انماط القيادة وجودة الخدمات الصحية

قصد الاجابة على السؤال الثالث للدراسة وهو:**هل هناك علاقة ارتباطية ببين انماط القيادة الادارية (التحويلية،التبادلية،قيادة الفريق) وجودة الخدمات الصحية حسب اراء مقدمي الخدمة ؟**

تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين مختلف انماط القيادة الادارية وجودة الخدمات الصحية ككل كما يوضحه الجدول الموالي:

الجدول رقم(4-18):علاقة الانماط القيادية ومستوى جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة

(n=176)

	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	القرار
القيادة التحويلية	0.516	0.000	**دال**
القيادة التبادلية	0.572	0.000	**دال**
قيادة الفريق	0.688	0.000	**دال**

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

يلاحظ من الجدول اعلاه الذي يوضح نتائج تحليل قوة واتجاه العلاقة بين متغيرات الدراسة ومن خلال استخدام معامل الارتباط بيرسون،ان هناك علاقة ارتباطية طردية موجبة بين النمط القيادي وجودة الخدمات الصحية ،حيث بلغت قيمة معامل الارتباط للنمط التحويلي 0.516 ،اما النمط التبادلي فقد بلغت 0.572،في حين بلغت قيمة معامل الارتباط في نمط قيادة الفريق 0.688 ،وهي قيم دالة احصائيا،من هنا يمكننا القول ان هناك علاقة ارتباطية طردية بين النمط القيادي وجودة الخدمة الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة.

والملاحظ ان اقوى علاقة ارتباط كانت لصالح قيادة الفريق اذ بلغ معامل الارتباط0.688 ،وهي نتيجة منطقية لما من هذا النمط من دور حاسم في المشاركة في اتخاذ القرارات خاصة في قطاع يكثر ويختلف فيه الفئات العاملة كقطاع الصحة ،فالقادة الذين ينتمون الى هذا النمط الاداري يولون اهتمام فائق لكل من بعدي الافراد والإنتاج اذ يعمل القائد في هذه الحالة على تحقيق النجاعة للفريق وكذا بناء علاقات من الثقة والاحترام المتبادل بين اعضاء الفريق لتنمية وتطوير ادائهم لمواجهة الظروف المستقبلية ،وبما ان القادة الاداريين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة يمارسون نمط قيادة الفريق والتحويلية والتبادلية بدرجات متفاوتة،فان ارتباط هذه الانماط بجودة الخدمات الصحية جاء ايضا بدرجات متقاربة وهذا ما يشير ايه قيم معامل الارتباط بيرسون ،وقد يعود ذلك الى اهتمام القادة الاداريين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالفرد البشري وتفعيل المشاركة وتفويض السلطة والاتصال الجيد بين مختلف الاطراف الفاعلة،الامر الذي كان وراء الاتجاه نحو تحسين مستوى الخدمات المقدمة ،خاصة في ظل التغييرات المستمرة التي يشهدها قطاع الصحة عامة والمؤسسات العمومية الإستشفائية خاصة.

ثانيا: قياس اثر القيادة الادارية بحسب انماطها في تحسين جودة الخدمة الصحة

لاختبار صحة الفرضية االرئيسية الاولى :**لا يوجد اثر ذو دلالة احصائية للانماط القيادية على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات المدية** تم استخدام الانحدار الخطي البسيط والمتعدد لمعرفة اثر الانماط القيادية المدروسة (النمط التحويلي x_1 ،النمط التبادليx_2،نمط قيادة الفريق x_3) على جودة الخدمات الصحية على مستوى مستشفيات ولاية المدية،وجاءت النتائج كالاتي:

1-الانحدار الخطي البسيط

- **النمط التحويلي ومستوى جودة الخدمات الصحية**

الفرضية الفرعية الاولى: لا يوجد اثر ذو دلالة احصائية لنمط القيادة التحويلية على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات المدية

جدول رقم(4-19):تحليل الانحدار البسيط بين النمط القيادي التحويلي(x_1) ومستوى جودة الخدمات الصحية (y)

معامل الارتباط	معامل	Fالمحسوبة	B	T	مستوى الدلالة
	التحديد		b_1 b0	Tb_1 Tb0	b_1 b0
0.51	0.26	63.01	0.33 2.26	7 .93 14.88	0.00 0.00

المصدر :من اعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج (SPSS V24)

اشارت البيانات الواردة في الجدول اعلاه ان قيمة ارتباط بيرسون تساوي 0.51 وان قيمة معامل تفسير بلغت 0.26ما يعني ان متغير النمط القيادي التحويلي يفسر 26% من التباين الحاصل في المتغير التابع مستوى جودة الخدمة الصحية،ونظرا للقيمة الموجبة لاختبار t لمعامل النموذج b1 (7.93=Tb_1) ما يفسر اثر المتغير المستقل (x_1) النمط التحويلي على المتغير التابع (y)مستوى جودة الخدمة الصحية ،اي اذا زاد النمط القيادي بدرجة فان مستوى جودة الخدمة الصحية يزداد ب(0.33) ، في حين قيمة F المحسوبة بلغت 63.01 وهي ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (α=0.05) ما يفسر معنوية العلاقة ووجود تأثير للنمط القيادي التحويلي(x_1) ومستوى جودة الخدمة الصحية(y).

وعليه يتم رفض الفرضية الصفرية و قبول الفرضية البديلة وهي: **يوجد اثر ذو دلالة احصائية لنمط القيادة التحويلية على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات المدية عند مستوى دلالة (0.05)**.

ويمكن بناء معادلة خط الانحدار على الشكل التالي:

$$Y=2.26+0.33x_1$$

- **النمط التبادلي ومستوى جودة الخدمات الصحية**

الفرضية الفرعية الثانية: لا يوجد اثر ذو دلالة احصائية لنمط القيادة التبادلية على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة

جدول رقم(4-20):تحليل الانحدار البسيط بين النمط القيادي التبادلي (x_2) ومستوى جودة الخدمات الصحية (y)

معامل الارتباط	معامل	Fالمحسوبة	B	T	مستوى الدلالة
	التحديد		b_1 b0	Tb_1	b_1
				Tb0	b0
0.57	0.32	84.67	0.50	9 .20 9.20	0.00
			1.73		0.00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

تفيد البيانات الواردة في الجدول اعلاه ان قيمة ارتباط بيرسون تساوي 0.57 وان قيمة معامل التفسير بلغت 0.32ما يعني ان متغير النمط القيادي التبادلي يفسر 32% من التباين الحاصل في المتغير التابع مستوى جودة الخدمة الصحية،ونظرا للقيمة الموجبة لاختبار t لمعامل النموذج b1 (**9 .20 =Tb_1**) ما يفسر اثر المتغير المستقل (x_1) النمط التبادلي على المتغير التابع (y)مستوى جودة الخدمة الصحية ،اي اذا زاد النمط القيادي بدرجة فان مستوى جودة الخدمة الصحية يزداد ب(0.50) ، في حين قيمة F المحسوبة بلغت 84.67وهي ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (α=0.05) ما يفسر معنوية العلاقة ووجود تأثير للنمط القيادي التبادلي(x_2) ومستوى جودة الخدمة الصحية(y)

وعليه يتم رفض الفرضية الصفرية و قبول الفرضية البديلة وهي: **يوجد اثر ذو دلالة احصائية لنمط القيادة التبادلية على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات المدية عند مستوى دلالة (0.05)**.

ويمكن بناء معادلة خط الانحدار على الشكل التالي:

$$Y=1.73+0.50\ x_2$$

- **نمط قيادة الفريق ومستوى جودة الخدمات الصحية**

الفرضية الفرعية الثالثة: لا يوجد اثر ذو دلالة احصائية لنمط قيادة الفريق على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة

جدول رقم(4-21):تحليل الانحدار البسيط بين نمط قيادة الفريق(x_3) ومستوى جودة الخدمات (y)

معامل الارتباط	معامل	Fالمحسوبة	B	T	مستوى الدلالة
	التحديد		b_1 b0	Tb_1 Tb0	b_1 b0
0.68	0.47	156.32	0.47 1.91	12.50 15.14	0.00 0.00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

توضح النتائج المبينة اعلاه ان قيمة ارتباط بيرسون تساوي 0.68 وان قيمة معامل التفسير بلغت 0.47 ما يعني ان متغير النمط قيادة الفريق يفسر 47% من التباين الحاصل في المتغير التابع ألا وهو مستوى جودة الخدمة الصحية،ونظرا للقيمة الموجبة لاختبار t لمعامل النموذج b1 (**Tb_1= 12.50**) ما يفسر اثر المتغير المستقل (x_3) نمط قيادة الفريق على المتغير التابع (y)مستوى جودة الخدمة الصحية ،اي اذا زاد النمط القيادي بدرجة فان مستوى جودة الخدمة الصحية يزداد ب(0.47) ، في حين قيمة F المحسوبة بلغت 156.32و هي ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة (α=0.05) ما يفسر معنوية العلاقة ووجود تأثير لنمط قيادة الفريق(x_3) ومستوى جودة الخدمة الصحية(y)

وعليه يتم رفض الفرضية الصفرية و قبول الفرضية البديلة وهي: **يوجد اثر ذو دلالة احصائية لنمط قيادة الفريق على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات المدية عند مستوى دلالة (0.05)**..

ويمكن بناء معادلة خط الانحدار على الشكل التالي:

$$Y=1.91+0.47\ x_3$$

2-تحليل الانحدار المتعدد

وعليه تكون العلاقة بين القيادة الادارية بحسب انماطها ومستوى جودة الخدمات الصحية(الفرضية الرئيسية الاولى) من وجهة نظر المرؤوسين كما توضحها نتائج الجدول التالي:

جدول رقم (4-22): تحليل الانحدار المتعدد لتأثير الانماط القيادية (مجتمعة) على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية المدية

معامل الارتباط	معامل التحديد	F المحسوبة	B	T	مستوى الدلالة
			b_1 b2 b_3 b0	Tb2 Tb_3 Tb0Tb1	b_1 b_2 b_3 b0
0.76	0.58	80.75	1.18 0.13 0.18 0.35	3.35 3.33 9.30 7.44	0.00 0.00 0.00 0.00

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

اعتمادا على نتائج تحليل الانحدار المتعدد المبينة في الجدول اعلاه فان المتغير المستقل القيادة الادارية بحسب انماطها تفسر ما نسبته 58% من التباين الحاصل في المتغير التابع جودة الخدمات الصحية ،وبالاعتماد على قيمةF المحسوبة والتي تساوي (80,75) وهي دالة احصائيا،حيث ان القيمة الاحتمالية (sig=0.00) اقل من مستوى الدلالة(α=0.05) ما يدل على معنوية النموذج ،وعليه يتم رفض الفرضية الرئيسية الصفرية و قبول الفرضية البديلة وهي: **يوجد اثر ذو دلالة احصائية لانماط القيادة الادارية على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات المدية عند مستوى دلالة (0.05)**.

ويمكن بناء معادلة خط الانحدار المتعدد على الشكل التالي:

$$Y=0.35+1.18\ x_1+0.13x_2+0.18x_3$$

وكنتيجة جوهرية يمكن القول ان كل من النمط التحويلي والنمط التبادلي ونمط قيادة الفريق تعتبر متغيرات مهمة في تحديد وتفسير مستوى جودة الخدمات الصحية التي يقدمها كل من الطاقم الطبي والتمريضي وحتى الطاقم الاداري في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة لولاية المدية،فكل هذه الانماط ضرورية في ظل التغييرات والإصلاحات المفروضة من قبل وزارة الصحة او حتى الوزارات الاخرى والتي تؤدي ممارستها الى تحسين مستويات الخدمات الصحية بانواعها.

المطلب الثاني:اختبار الفرضية الرئيسية الثانية

تضمنت الفرضية الرئيسية الثانية مايلي:

" لا توجد فروق ذات دلالة احصائية لاراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة (النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية)تعزى للعوامل الشخصية والوظيفية (الجنس ،العمر ،المستوى التعليمي،الوظيفة،سنوات الخبرة)عند مستوى معنوية($\alpha \leq 0,05$) "

وتتفرع هاته الفرضية الى خمسة فرضيات فرعية،وهي:

- **الفرضية الفرعية الاولى:**"لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) لآراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة (النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية) تعزى للجنس"

- **الفرضية الفرعية الثانية:**"لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) لآراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة (النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية) تعزى للعمر"

- **الفرضية الفرعية الثالثة:**"لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) لآراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة (النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية) تعزى للمستوى التعليمي"

- **الفرضية الفرعية الرابعة:**"لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) لآراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة (النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية) تعزى للتصنيف الوظيفي"

● **الفرضية الفرعية الخامسة:**"لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) لآراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة (النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية) تعزى لسنوات الخبرة"

اولا:اثر عامل الجنس على اراء الموظفين المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة:

ومن اجل التأكد من هاته الفرضية سنعتمد اختبار(Independent-samples T-test) ،وذلك لان عامل الجنس يحتوي على فئتين فقط هما(ذكور ،اناث)، والجدول الموالي يبين نتائج هذه الاختبارات:

الجدول رقم (4-23):نتائج اختبار فرق المتوسطين لآراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة تبعا للجنس

المتغير	الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة(F) المحسوبة	مستوى دلالة(F)
النمط التحويلي	ذكر	81	3,5710	,8955	2.22	0.13
	انثى	95	3,3803	,8010		
النمط التبادلي	ذكر	81	3,4374	,6520	0.79	0.37
	انثى	95	3,3519	,6191		
نمط قيادة الفريق	ذكر	81	3,3432	,8014	3.12	0.07
	انثى	95	3,1284	,8063		
جودة الخدمة الصحية	ذكر	81	3,5180	,5222	2.93	0.08
	انثى	95	3,3744	,5802		

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

ومن خلال تتبع البيانات الواردة في الجدول اعلاه يمكننا تسجيل الملاحظات الاتية:

● **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **النمط التحويلي** تبعا لعامل **الجنس** ،وذلك استنادا الى ان قيمة مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0.13**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .

● **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **النمط التبادلي** تبعا لعامل **الجنس** ،وذلك استنادا الى ان قيمة مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0.37**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ

. (α=0.05)

● **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **نمط قيادة الفريق** تبعا لعامل **الجنس** ،وذلك استنادا الى ان قيمة مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0.07**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ . (α=0.05)

● **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **جودة الخدمة الصحية** تبعا لعامل **الجنس** ،وذلك استنادا الى ان قيمة مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0.08**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ . (α=0.05)

وتأسيسا على ما سبق **نقبل الفرضية الصفرية الفرعية الاولى** التي تنص على انه :"**لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند لآراء الافراد المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة(النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية) تعزى للجنس مستوى معنوية** ($\alpha \leq 0,05$) " .بمعنى ان العاملين في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة بولاية المدية حسب عينة الدراسة ،لا تختلف اراءهم باختلاف الجنس ،اي ان العاملين من كلا الجنسين سواء كانوا ذكورا او اناثا فهم يحملون نفس التصورات والاتجاهات تجاه كل من القيادة الادارية بحسب انماطها(النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق) وجودة الخدمة الصحية ،خاصة وان العينة المبحوثة هي اطارات في جميع التخصصات(الطبية والادارية ،والتمريضية).

ثانيا:اثر عامل العمر على اراء العمال المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة :

ومن اجل اختبار هاته الفرضية سنعتمد على تحليل التباين الاحادي (**one-way ANOVA**)،وذلك لان عامل العمر يحتوي على اربعة فئات ،وهي(**اقل من 30 سنة،بين 31و40 سنة،بين 41و50 سنة،اكثر من 50 سنة**). والجدول الموالي يبين نتائج هذه الاختبارات:

الجدول رقم(4–24):نتائج تحليل التبادل الاحادي لاراء العمال المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة تبعا للعمر

المتغير	الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة(F) المحسوبة	مستوى دلالة(F)
النمط التحويلي	اقل من 30 سنة	17	3,2279	,90273	(3،172)	1 .352	0 .259
	بين 31و40 سنة	101	3,5446	,78134			
	بين41و50 سنة	49	3,4643	,87945			
	اكثر من 50 سنة	9	3,0833	1,22155			
	المجموع	176	3,4680	,84871			
النمط التبادلي	اقل من 30 سنة	17	3,1765	,51885	(3،172)	1,557	,202
	بين 31و40 سنة	101	3,4611	,66697			
	بين41و50 سنة	49	3,3673	,57514			
	اكثر من 50 سنة	9	3,1429	,69253			
	المجموع	176	3,3912	,63411			
نمط قيادة	اقل من 30 سنة	17	3,1647	,74577	(3،172)	1,031	,380
	بين 31و40 سنة	101	3,1881	,81820			

الفريق	بين41و50 سنة	49	3,3796	,81878			
	اكثر من 50 سنة	9	2,9556	,74685			
	المجموع	176	3,2273	,80891			
جودة الخدمة الصحية	اقل من 30 سنة	17	3,4286	,53769	(3،172)	2,199	,090
	بين 31و40 سنة	101	3,4262	,58342			
	بين41و50 سنة	49	3,5473	,49619			
	اكثر من 50 سنة	9	3,0423	,48530			
	المجموع	176	3,4405	,55741			

قيمة(F) المجدولة عند مستوى الدلالة (α=0.05) ودرجات الحرية(3،172)=2.60

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

ومن خلال تتبع البيانات الواردة في الجدول اعلاه يمكننا تسجيل الملاحظات الآتية

- **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **النمط التحويلي** تبعا لعامل **العمر** ،وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**1.352**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0 .259**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .
- **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **النمط التبادلي** تبعا لعامل **العمر** ، وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**1,557**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0 .202**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .
- **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **نمط قيادة الفريق** تبعا لعامل **العمر** ، وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**1,031**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى

المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0 .380**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .

● **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **جودة الخدمة الصحية** تبعا لعامل **العمر** ، وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**2,199**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0 .090**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .

وبناء على ما سبق **نقبل الفرضية الصفرية الفرعية الثانية** التي تنص على انه :"**لا توجد فروق ذات دلالة احصائية لآراء الافراد المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة(النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية) تعزى للعمر عند مستوى معنوية** (**$\alpha \leq 0,05$**) " .بمعنى ان العاملين في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة بولاية المدية حسب عينة الدراسة ،لا تختلف اراءهم باختلاف العمر ،اي ان العاملين من جميع الفئات العمرية يحملون نفس التصورات والاتجاهات تجاه كل من الانماط القيادية وجودة الخدمة الصحية .

ثالثا:اثر عامل المستوى التعليمي على اراء العمال المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة :

ومن اجل اختبار هاته الفرضية سنعتمد على تحليل التباين الاحادي (**one-way ANOVA**)،وذلك لان عامل العمر يحتوي على اربعة فئات ،وهي(**ثانوي،ليسانس ،ماستر ،دكتوراه**).

والجدول الاتي يبين نتائج هذه الاختبارات:

الجدول رقم(4–25):نتائج تحليل التبادل الاحادي لاراء العمال المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة تبعا للمستوى التعليمي

المتغير	الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة(F) المحسوبة	مستوى دلالة(F)
النمط التحويلي	ثانوي	62	3,4274	0,9718	(3،172)	0.984	0 .402
	ليسانس	67	3,3918	0,8997			
	ماستر	13	3,7788	0,5547			
	دكتوراه	34	3,5735	0,5277			
	المجموع	176	3,4680	0,8487			
النمط التبادلي	ثانوي	62	3,3756	0,6095	(3،172)	1.916	0.129
	ليسانس	67	3,3454	0,6552			
	ماستر	13	3,7912	0,5138			
	دكتوراه	34	3,3571	0,6496			
	المجموع	176	3,3912	0,6341			
نمط قيادة الفريق	ثانوي	62	3,1903	0,9056	(3،172)	0.398	0.754
	ليسانس	67	3,2418	0,7447			
	ماستر	13	3,4462	0,6488			
	دكتوراه	34	3,1824	0,8170			
	المجموع	176	3,2273	0,8089			
جودة الخدمة الصحية	ثانوي	62	3,4140	0,5705	(3،172)	0.511	0.675
	ليسانس	67	3,4329	0,6214			
	ماستر	13	3,6227	0,4490			
	دكتوراه	34	3,4342	0,43101			
	المجموع	176	3,4405	0,55741			
قيمة(F) المجدولة عند مستوى الدلالة (α=0.05) ودرجات الحرية(3،172)=2.60							

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

ومن خلال تتبع البيانات الواردة في الجدول اعلاه يمكننا تسجيل الملاحظات الآتية

● **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **النمط التحويلي** تبعا لعامل **المستوى التعليمي** ،وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**0.984**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0 .402**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .

● **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **النمط التبادلي** تبعا لعامل **المستوى التعليمي** ، وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**1.916**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0.129**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .

● **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **نمط قيادة الفريق** تبعا لعامل **المستوى التعليمي** ، وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**0.398**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0.754**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .

● **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **جودة الخدمة الصحية** تبعا لعامل **المستوى التعليمي** ، وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**0.511**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0.675**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .

وبناء على ما سبق **نقبل الفرضية الصفرية الفرعية الثالثة** التي تنص على انه :"**لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية (α ≤ 0,05) لآراء الافراد المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة(النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية) تعزى للمستوى التعليمي**" .بمعنى ان العاملين في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة بولاية المدية حسب عينة الدراسة ،لا تختلف اراءهم باختلاف مستواهم التعليمي ،اي ان العاملين من جميع المستويات يحملون نفس التصورات والاتجاهات تجاه كل من الانماط القيادية وجودة الخدمة الصحية .

رابعا:اثر عامل التصنيف الوظيفي على اراء العمال المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة :

ومن اجل اختبار هاته الفرضية سنعتمد على تحليل التباين الاحادي (**one-way ANOVA**)،وذلك لان عامل العمر يحتوي على ثلاثة فئات ،وهي(**اداري،شبه طبي،طبيب**).

والجدول الاتي يبين نتائج هذه الاختبارات:

الجدول رقم(4-26) :نتائج تحليل التبادل الاحادي لآراء العمال المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة تبعا للتصنيف الوظيفي

المتغير	الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة(F) المحسوبة	مستوى دلالة(F)
النمط	اداري	37	3,6791	,74800	(**173،2**)	1.629	0.199
التحويلي	طبيب	30	3,4917	,40720			
	شبه طبي	109	3,3899	,95630			
	المجموع	176	3,4680	,84870			
النمط	اداري	37	3,5367	,71460	(**173،2**)	1.452	0.237
التبادلي	طبيب	30	3,2857	,57750			
	شبه طبي	109	3,3709	,61720			
	المجموع	176	3,3912	,63410			
نمط	اداري	37	3,3135	,81450	(**173،2**)	0.340	0.712
قيادة	طبيب	30	3,1533	,62290			
الفريق	شبه طبي	109	3,2183	,85480			
	المجموع	176	3,2273	,80890			
جودة	اداري	37	3,5148	,48150	(**173،2**)	0.426	0.654

الخدمة	طبيب	30	3,4063	,43720			
الصحية	شبه طبي	109	3,4247	,61020			
	المجموع	176	3,4405	,55740			

قيمة(**F**) المجدولة عند مستوى الدلالة (**α=0.05**) **ودرجات الحرية (173،2)=2.99**

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

ومن خلال تتبع البيانات الواردة في الجدول رقم (32)يمكننا تسجيل الملاحظات الآتية

- **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير النمط التحويلي تبعا لعامل التصنيف الوظيفي ،وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**1.629**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2.99**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0.199**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .
- **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير النمط التبادلي تبعا لعامل التصنيف الوظيفي ، وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**1.452**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0.237**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .
- **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير نمط قيادة الفريق تبعا لعامل التصنيف الوظيفي ، وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**0.340**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0.712**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) . .
- **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير جودة الخدمة الصحية تبعا لعامل التصنيف الوظيفي ، وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**0.426**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0.654**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .

وبناء على ما سبق **نقبل الفرضية الصفرية الفرعية الرابعة** التي تنص على انه :"**لا توجد فروق ذات دلالة**

احصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) لآراء الافراد المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة(النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية) تعزى للتصنيف الوظيفي" .بمعنى ان العاملين في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة بولاية المدية حسب عينة الدراسة ،لا تختلف اراءهم باختلاف تصنيفهم الوظيفي ،اي ان العاملين سواء كانوا اداريين او طبيين او حتى شبه طبيين يحملون نفس التصورات والاتجاهات تجاه كل من الانماط القيادية وجودة الخدمة الصحية .

خامسا:اثر عامل الخبرة على اراء العمال المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة :

ومن اجل اختبار هاته الفرضية سنعتمد على تحليل التباين الاحادي (**one-way ANOVA**)،وذلك لان عامل العمر يحتوي على اربعة فئات ،وهي(**اقل من 6سنوات،بين 6و15 سنة،بين 16و30 سنة،اكثر من 30 سنة**).

والجدول الاتي يبين نتائج هذه الاختبارات:

الجدول رقم(4–27):نتائج تحليل التبادل الاحادي لاراء العمال المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة تبعا للخبرة

المتغير	الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة(F) المحسوبة	مستوى دلالة(F)
النمط	اقل من 6سنوات	21	3,5476	,81440	(3،172)	0.356	0.785
التحويلي	بين 6و15 سنة	98	3,4783	,85440			
	بين 16و30 سنة	51	3,4534	,86420			
	اكثر من 30 سنة	6	3,1458	,87820			
	المجموع	176	3,4680	,84870			
النمط	اقل من 6سنوات	21	3,4354	,57400	(3،172)	0.544	0.653
التبادلي	بين 6و15 سنة	98	3,3994	,68770			
	بين 16و30 سنة	51	3,3950	,56320			
	اكثر من 30 سنة	6	3,0714	,52480			
	المجموع	176	3,3912	,63410			
نمط	اقل من 6سنوات	21	3,0476	,75070	(3،172)	0 .843	0.472
قيادة	بين 6و15 سنة	98	3,1939	,81650			
الفريق	بين 16و30 سنة	51	3,3490	,84270			

	اكثر من 30 سنة	6	3,3667	,52780			
	المجموع	176	3,2273	,80890			
جودة الخدمة الصحية	اقل من 6سنوات	21	3,3946	,45600	(3،172)	0.294	0.829
	بين 6و15 سنة	98	3,4286	,59200			
	بين 16و30 سنة	51	3,4949	,55400			
	اكثر من 30 سنة	6	3,3333	,34200			
	المجموع	176	3,4405	,55740			
قيمة(F) المجدولة عند مستوى الدلالة (α=0.05) ودرجات الحرية(3،172)=2.60							

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج برنامج (SPSS V24)

ومن خلال تتبع البيانات الواردة في الجدول اعلاه يمكننا تسجيل الملاحظات الآتية

- **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **النمط التحويلي** تبعا لعامل **العمر** ،وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**1.352**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0 .259**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .
- **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **النمط التبادلي** تبعا لعامل **العمر** ، وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**1,557**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0 .202**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .
- **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **نمط قيادة الفريق** تبعا لعامل **العمر** ، وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**1,031**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0 .380**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .

.

● **لا يوجد تباين** في اراء الافراد المستجوبين تجاه متغير **جودة الخدمة الصحية** تبعا لعامل **العمر** ، وذلك استنادا الى ان قيمة (**F**) المحسوبة والبالغة (**2,199**) اقل من قيمتها المجدولة والبالغة (**2,60**)، بالإضافة الى ان مستوى المعنوية المحسوب له والذي يبلغ (**0 .090**) اكبر من مستوى المعنوية المفروض والذي يبلغ (**α=0.05**) .

وبناء على ما سبق **نقبل الفرضية الصفرية الفرعية الخامسة** التي تنص على انه :"**لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) لآراء الافراد المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة(النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية) تعزى للعمر**" .بمعنى ان العاملين في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة بولاية المدية حسب عينة الدراسة ،لا تختلف اراءهم باختلاف العمر ،اي ان العاملين من جميع الفئات العمرية يحملون نفس التصورات والاتجاهات تجاه كل من الانماط القيادية وجودة الخدمة الصحية .

سادسا:مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة:

انطلاقا من النتائج السابقة الذكر يمكننا ان نلخص اراء وتصورات الافراد المستجوبين حول متغيرات الدراسة من خلال النقاط الاتية:

-لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) **لآراء الافراد المستجوبين تجاه النمط القيادي التحويلي تعزى للعوامل الشخصية والوظيفية**(الجنس ،العمر،المستوى التعليمي،التصنيف الوظيفي،سنوات الخبرة).

-لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) **لآراء الافراد المستجوبين تجاه النمط القيادي التبادلي تعزى للعوامل الشخصية والوظيفية**(الجنس ،العمر،المستوى التعليمي،التصنيف الوظيفي،سنوات الخبرة).

-لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) **لآراء الافراد المستجوبين تجاه نمط قيادة الفريق تعزى للعوامل الشخصية والوظيفية**(الجنس ،العمر،المستوى التعليمي،الوظيفة،سنوات الخبرة).

-لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) **لآراء الافراد المستجوبين تجاه جودة الخدمة الصحية تعزى للعوامل الشخصية والوظيفية**(الجنس ،العمر،المستوى التعليمي،التصنيف الوظيفي،سنوات الخبرة).

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل الى عرض اهم نتائج الدراسة الميدانية ومناقشتها ،اذ حاولنا فيها معرفة اثر الانماط القيادة الادارية على تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر اطارات المؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية المدية ،وقد تم الاعتماد على الاستمارة التي قسمت الى ثلاث اقسام قسم خاص بالمتغيرات الشخصية والوظيفية،وقسم الانماط القيادية المتمثلة في النمط التحويلي والتبادلي وكذا نمط قيادة الفريق ،اما بالنسبة لمحور جودة الخدمات الصحية فقد تم تقسيمه الى خمسة ابعاد هي

:الاعتماديةوالملموسية،والاستجابة،والتعاطف،والضمان ،وقد تم اثبات ان كل مقاييس الدراسة ذات معامل ثبات وصدق عاليين،حيث بلغ معامل الفا كرونباخ لجميع فقرات الاستبيان (0,929) .

بالاضافة الى ذلك تمت الاجابة على اسئلة الدراسة حيث كان النمط القيادي الأكثر ممارسة هو نمط القيادية التحويلية ثم يليه نمط القيادة التبادلية،وفي اخر مرتبة جاء نمط قيادة الفريق،في حين مستوى جودة الخدمات الصحية في هذه المؤسسات العمومية الاستشفائية كان مرتفعا ، كما تم اختبار الفرضيات وتم قبول الفرضية الرئيسية البديلة الاولى والتي تنص على ان هناك اثر ذو دلالة احصائية للقيادة بحسب انماطها (التحويلية – التبادلية–قيادة الفريق) في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مفردات العينة.عند مستوى معنوية($\alpha \leq 0,05$)، بينما تم رفض الفرضية الرئيسية البديلة الثانية وقبول الفرضية الصفرية والتي تنص على انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في اتجاهات مفردات الدراسة حول الانماط القيادية وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية المبحوثة تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية(الجنس،السن،المستوى التعليمي،المستوى الوظيفي،الخبرة).

خاتمة عامة

ان من اكبر التحديات التي تواجه المؤسسات الصحية اليوم هي اشكالية الارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة،فقد اصبحت ضرورة لازمة ،اذ تبرز اهميتها بقدرتها على تقليص الفجوة بين الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة من طرف متلقي الخدمة.

وعلى غرار باقي المؤسسات الصحية ، عرفت المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية هي الأخرى جملة من التحديات والتغييرات، وانطلاقا من هذا ظهرت اهمية إدارة التغيير كسلاح المؤسسة الحالي والمستقبلي لإثبات الوجود في هذه البيئة المعقدة والسريعة التطور ،و يمكن القول أن إدارة التغيير هي حركة أو فعل إرادي واعي الغرض منه التكيف والاستمرار في بيئة عمل متغيرة، تقوم به إدارة المؤسسة من خلال إجراءات وعمليات تخلق لها الفوضى وعدم الاستقرار وهما خاصيتان أساسيتان للتغيير، هذه العملية تكون إما دورية أو مرحلية في حياة أي مؤسسة وفق مداخل مختلفة منها التحسين المستمر، الجودة الشاملة.

ان فاعلية القائد في تحقيق مهمات منصبه اصبحت تعتمد بشكل اساسي على فاعليته في ادارة التغيير،فإدارة التغيير باعتبارها اداة لتحقيق الفعالية الادارية تتطلب من القائد اجراء تغييرات في متطلبات عنصر او اكثر من عناصر الموقف الاداري ،كإعادة تحديد الواجبات ،او تصحيح طرق العمل ،او تغيير اختصاصات بعض الادارات ،او اعادة بناء هيكل التنظيم ،وهذا يتطلب ان يكون لدى القائد القدرة على وضع استراتيجية للتغيير اذا اريد تحقيقه بكفاءة.

وانطلاقا من ان الهدف الاساسي لكل قائد ناجح في عصرنا هذا عصر التغير المتسارع في شتى ميادين الحياة هو التعرف على المعارف والمهارات والاستراتيجيات الضرورية لإحداث التغيير الايجابي وتطبيقها بنجاح في مؤسسته ،وباعتبار ان النمط القيادي المتبع في قيادة المؤسسة يؤثر بدرجة كبيرة على مخرجات النظام الصحي والمتمثل في الخدمة الصحية المقدمة للمستفيدين،فلقد ركزنا في دراستنا هذه على اهم الأنماط القيادية الحديثة ممثلة في القيادة التحويلية التي تلعب دورا حاسما في احداث تغييرات ايجابية في طريقة اداء العمل ، من خلال التحفيز وإثارة حماس المرؤوسين ،اما القيادة التبادلية فهي التي تسمح بتحقيق الاداء الجيد والوصول الى الاهداف،بالاعتماد على منح المكافآت والتحفيز الذي يعد المحك الرئيسي لاستثارة الافكار لديهم،هذا اضافة الى قيادة الفريق التي تعد الاساس الذي يبنى عليه التغيير الناجح خاصة في ظل تواجد فرق متعددة التخصصات في تركيبة المؤسسات العمومية الاستشفائية والتي تستدعي المشاركة في المعلومات والعمل بأسلوب جماعي لتحسين جودة الخدمة المقدمة.

وشملت دراستنا التطبيقية في هذا البحث جميع الاطارات من مقدمي الخدمة الصحية في كل المؤسسات الاستشفائية التابعة لولاية المدية وهي:المؤسسة العمومية الاستشفائية مُحَّد بوضياف بالمدية، المؤسسة العمومية الاستشفائية يوسف بن خدة بالبرواقية، المؤسسة العمومية الاستشفائية مُحَّد متريني بقصر البخاري، المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين بوسيف، المؤسسة العمومية الاستشفائية تابلاط، المؤسسة العمومية الاستشفائية ببني سليمان،وتم تحليل الاستمارات المسترجعة اعتمادا على برنامج spss 24 والذي يعتبر من البرامج الواسعة الاستخدام في تحليل البيانات المستخرجة من الاستبيانات. و نذكر أهم النتائج المتوصل إليها في ما يلي:

نتائج الدراسة :

اعتمادا على التحليل النظري لأثر الانماط القيادية في تحسين جودة الخدمات الصحية في ظل مدخل ادارة التغيير –دراسة تطبيقية للمؤسسات العمومية الإستشفائية لولاية المدية– و انطلاقا من التحليل الميداني للعلاقة بينهما لاختبار الفرضيات. يمكن استنتاج جملة من النتائج نبرزها في ما يلي:

أولا:أهم نتائج القسم النظري:

اظهرت نتائج الدراسة النظرية مايلي:

1. تعددت تعاريف القيادة بتعدد مداخلها ونظرياتها واغلبها تتفق على وجود عناصر للقيادة تتمثل في :وجود قائد،وجود جماعة من الافراد،تقوم القيادة في التأثير على الاخرين،ووجود هدف .

2. القيادة الادارية هي العملية التي يقوم من خلالها القائد على التأثير على العاملين لتحقيق اهداف الجماعة و المؤسسة.

3. اسفرت الدراسات عن تطور اساليب وممارسات القيادة بتطور النظريات الاساسية للقيادة ،والتي صنفت ضمن مداخل أهمها : المداخل المرتكزة على القائد ،المداخل المرتكزة على الموقف،و المدخل التوفيقي،وفي الاخير المداخل المرتكزة على المرؤوس.

4. النمط القيادي هو الاسلوب القيادي الذي يعكس اتجاهات وسلوكيات القائد بالعلاقة مع الاخرين،وقد تم الاشارة الى الانماط القيادية من حيث اسلوب القائد وطريقته في ممارسة التأثير وهي الانماط التقليدية ،اما الانماط الحديثة والتي تم تناولها في الجانب الميداني هي القيادة التحويلية ،والقيادة التبادلية،وقيادة الفريق.

5. القيادة التحويلية تعبر عن التغير في مفهوم التأثير اذ تعمل على تحويل المرؤوسين الى قادة تغيير،بينما القيادة التبادلية تتضمن علاقة تبادل اجتماعي بين القائد ومرؤوسيه ،في حين قيادة الفريق تعتبر الاساس الذي تبنى المشاريع الناجحة وعلى اساسه يحدث التغيير المنشود.

6. ان مفهوم جودة الخدمات الصحية يتضمن مجموعة الاجراءات والأساليب التي تستخدمها المؤسسات الصحية لتحقيق التميز من خلال القدرة على تقديم افضل الخدمات الصحية للمستفيدين،اذ يعتبر تحقيق جودة الخدمات الصحية تعبير عن التحسين الدائم للخدمات المقدمة في هذه المؤسسات،وهذا مما يتناسب مع مستوى طموح المستفيدين من هذه الخدمات،ويحقق لهم متطلبات الخدمة الصحية الجيدة.

7. لقد تعددت مفاهيم الجودة في المجال الصحي بتعدد روادها ،فقد كان لهم اسهامات كبيرة في عملية تحسين الجودة في العديد من المؤسسات.

8. تعتبر جودة الخدمات الصحية نقطة الارتكاز التي لا تغفل أي مؤسسة عنها، لأنها تعمل على ضبط الاداء الداخلي للمستشفى ،اذ ان ربط العلاقة بين الانماط القيادية والجودة ضرورة لا غنى عنها عند تنفيذ العمليات الادارية الخاصة بنوعية الاداء.

9. ادارة الجودة الشاملة الصحية عرفت على انها:الاستراتجية الشاملة التي تهدف من وراءها المؤسسة الصحية الى تحقيق التغيرات في الخصائص والصفات التي تجعل الافراد جميعهم (المهنيون وهم الاطباء وكوادر التمريض والفنيون.....الخ) يستخدمون طرق وأساليب الجودة بالشكل الذي يحقق الوفرة بالكلف، بالإضافة الى تلبية متطلبات المرضى والعملاء الاخرين الدين يطالبون الرعاية الصحية

10. تعد ادارة التغيير في المؤسسات الصحية احدى اهم المسؤوليات الادارية للمدير الصحي ،مما يتوجب عليه امتلاك مهارات اساسية لقيادة التغيير والتي تساعده على اختيار الاستراتيجية الملائمة لتنفيذ التغيير في مؤسسته وكذا القدرة على مواجهة الصعوبات التي تحول دون تطبيق هذا التغيير ،اذ لابد من تحليل وتقويم البيئة الخارجية بكافة ابعادها بهدف التكيف معها وضمان استمراريتها.

ثانيا :اهم نتائج القسم التطبيقي

1. كانت جميع فقرات الاستبانه على علاقة طردية كبيرة مع المحاور التي تنتمي إليها،و هو ما يعكس مصداقية أداة الدراسة و صلاحيتها للتطبيق الميداني،و هو ما أثبته معامل ألفا كرونباخ **Alpha Cronbach 's** الذي بلغ (0.929)و هي قيمة ممتازة تدل على ثبات عال،و هو ما يعني أننا متأكدون بنسبة (9,92%) من الحصول على نفس النتائج في حالة إعادة توزيع أداة الدراسة على نفس مجتمع البحث.

2. كتحليل لأهم الخصائص الشخصية لعينة الدراسة يمكننا القول أن الغالب على عينة الدراسة هم الاناث بنسبة (54%)، أما متغير العمر فقد كانت نسبة (57%) من العاملين في عينة الدراسة ممن يتراوح سنهم بين31 سنة إلى 40سنة، أما بالنسبة للمستوى التعليمي فقد شكل مستوى الليسانس ما نسبته

(07,38%) من عينة الدراسة كأعلى نسبة، والبقية كانت بشهادات ومستويات متنوعة، أما بالنسبة للتصنيف الوظيفي فقد كانت للشبه الطبيين اعلى نسبة اذ بلغت (60%) ،ثم الاداريين ،ليليهم الاطباء، في حين سنوات الخبرة فإن ما نسبته (56%) تراوحت مدة عملهم بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة بين 6 إلى 15سنة ؛

3. إن اتجاه أفراد عينة الدراسة كان متوسطا حول ممارسة الانماط القيادية في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة ،

وقد جاءت ابعاد الانماط القيادة متفاوتة من حيث الممارسة ترتيبية حسب الاعلى ممارسة على النحو التالي:

- ممارسة النمط التحويلي لدى القادة في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة حسب اتجاهات افراد عينة الدراسة كان مرتفعا بمتوسط حسابي3,4680 ؛
- ممارسة النمط التبادلي لدى القادة في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة حسب اتجاهات افراد عينة الدراسة كان متوسطا بمتوسط حسابي3,3912 ؛
- ممارسة نمط قيادة الفريق لدى القادة في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة حسب اتجاهات افراد عينة الدراسة كان متوسطا بمتوسط حسابي 3,2273 .
- أي ان النمط الاكثر ممارسة من وجهة نظر مفردات الدراسة في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة هو نمط القيادة التحويلية ،ثم يليه نمط القيادة التبادلية،وأخيرا نمط قيادة الفريق.

4. تفسر نتائج الدراسة ايضا ان ابعاد جودة الخدمات الصحية جاءت اغلبها مرتفعة (الاستجابة ،الاعتمادية،الضمان،التعاطف) وهي الابعاد غير الملموسة،وهذا دلالة على وجود اهتمام من قبل العاملين بالمستفيدين من الخدمات الصحية؛ في حين بعد الملموسية جاء بمستوى متوسط وهذا ما يفسر عدم امتلاك مستشفيات محل الدراسة لأجهزة ومعدات حديثة .

5.تبين من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون بين مختلف انماط القيادة الادارية وجودة الخدمات الصحية ان هناك علاقة ارتباطية طردية موجبة بين النمط القيادي وجودة الخدمات الصحية ،وكانت اقوى علاقة لصالح قيادة الفريق اذ بلغ معامل الارتباط 0,688.

6. أشارت نتائج تحليل الانحدار المتعدد لتأثير الانماط القيادية على جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات محل الدراسة أن الانماط القيادية فسرت ما نسبته (58%) من التباين الحاصل في المتغير التابع المتعلق بجودة الخدمات الصحية. مما يعني أنه يوجد تأثير متوسط للنمط القيادي على جودة الخدمات الصحية ،**وهذا ما**

ينفي صحة الفرضية الصفرية الرئيسية الاولى وقبول الفرضية البديلة والتي تشير انه "يوجد اثر ذو دلالة احصائية للأنماط القيادية على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية المدية عند مستوى دلالة (0.05)."

7.**اما الفرضية الرئيسية الثانية** فقد تم قبولها ،والتي تشير انه" لا توجد فروق ذات دلالة احصائية لآراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة (النمط التحويلي،النمط التبادلي،نمط قيادة الفريق،جودة الخدمة الصحية)تعزى للعوامل الشخصية والوظيفية (الجنس ،العمر ،المستوى التعليمي،الوظيفة،سنوات الخبرة)عند مستوى معنوية($\alpha \leq 0,05$) "

الاقتراحات:

في ضوء النتائج النظرية و التطبيقية التي أسفرت عنها الدراسة،يمكن أن ندرج مجموعة من الاقتراحات كما يلي:

1. ان السرعة الهائلة في انتقال المعلومات والمناقشات القادمة من العالم الافتراضي ،والحاجة الى ادخال تكنولوجيات وتقنيات حديثة،كلها تحديات تضع قادة المؤسسات الصحية امام مسؤولية تطوير رؤية جديدة وتقتضي من رؤساء المصالح او ما يعرفوا بالإطارات التعرف على انماط قيادية حديثة لما لها من اثر على جودة الخدمة الصحية،وهذا من خلال عقد دورات تدريبية لهم بصفة دورية على مستوى مديرية الصحة والسكان لولاية المدية.

2. اعطاء رؤساء المصالح المسؤولية القيادية لتسهيل عملية اتخاذ القرارات الخاصة بالقرارات الفورية في حالة الطوارئ.

3. ضرورة وجود فرق عمل فاعلة لتسهيل قيادة عملية التغيير والتفاعل مع المقاومة التي يخلقها التغيير.

4. ضرورة الاهتمام المتزايد بتحسين جودة الخدمات الصحية من خلال التشارك في المعارف.

5. الحرص على التقييم المستمر لجودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى،وذلك من خلال الاهتمام باقتراحاتهم والعمل على حل مشاكلهم وشكاويهم ،بالاضافة الى ضرورة انشاء لجنة تقييم الجودة في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية.

6. نشر ثقافة الجودة بين العاملين ،وضرورة اجراء دورات تدريبية لجميع الكوادر(الطبية والشبه الطبية،والادارية).

7. تشجيع العمل الجماعي و كذا تبادل المعلومات بين مختلف الاقسام والمصالح والعاملين في المؤسسات العمومية الاستشفائية بشكل مستمر.

8. من الضروري ان تعمل المؤسسات العمومية الاستشفائية المدية على زيادة تفعيل نمط قيادة الفريق،خاصة ظل التغييرات التي مست ولا تزال تمس المجال الصحي ،

9. السعي الى توظيف التكنولوجيات الحديثة والتقنيات المتطورة في المجال الطبي خاصة في ظل التغييرات والتحديات التي يشهدها قطاع الصحة عامة.

آفاق الدراسة:

لقد حاولنا من خلال ما تم عرضه معالجة الموضوع حسب المعلومات والمعطيات المتوفرة والتي أمكن الحصول عليها، والحقيقة التي توصلنا إليها أنه جد متشعب ويحتاج إلى تفصيل كبير، لذا فإننا نعتبر دراستنا هذه كقاعدة يمكن الانطلاق منها لبناء مواضيع أخرى ذات علاقة بها يمكن أن تسهم أكثر في إثراء البحث العلمي فيما يتعلق بالمواضيع ذات الصلة بالأنماط القيادية وكذا جودة الخدمات الصحية .وفي ما يلي سنقدم بعض المواضيع المقترحة للبحث على أمل أن نلفت أنظار الباحثين لمعالجتها:

1. دور فرق العمل في تحسين جودة الخدمات الصحية.

2. أثر القيادة بالتمكين في الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية.

3. قيادة التغيير وعلاقتها بإدارة الجودة الشاملة الصحية

4. دور القيادة الادارية في تحسين جودة الاداء الصحي.

قائمة المراجع

I. قائمة المراجع باللغة العربية

اولا: الكتب

1. إبراهيم طلعت ،التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية،دار الكتاب الحديث،الجزائر 2009 .
2. ابن منظور، لسان العرب، دار صادر، بيروت، المجلد 12، 2001.
3. احمد حسين الرفاعي،مناهج البحث العلمي تطبيقات ادارية واقتصادية،دار وائل للنشر ،عمان،1998 .
4. أحمد سيد مصطفى، ادارة السلوك التنظيمي رؤية معاصرة،الدار الجامعية للطبع والنشر،القاهرة،2000،
5. احمد ماهر،السلوك التنظيمي مدخل بناء المهارات،الدار الجامعية،الاسكندرية،2005 .
6. اسامة خيري ،الجديد في القيادة الادارية ، دار الراية للنشر والتوزيع ، عمان ،الاردن ،2013.
7. امتثال حسن عبد الرزاق واخرون،مبادئ الاحصاء الوصفي،الدار الجامعية،الاسكندرية،2002 .
8. البشير العلاق ، الادارة الحديثة ،دار اليازوري للنشر والتوزيع،عمان ،الاردن ،2008.
9. بشير عباس محمود العلاق،قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر فعال على الاداء الناجح للقيادة الادارية في المنظمات الخدمية–حالة المختبرات الطبية ومراكز الاشعة في الاردن–،المنظمة العربية للتنمية الادارية ،القاهرة،2006.
10. بلال خلف السكارنة، القيادة الادارية الفعالة ،دار المسيرة للنشر والتوزيع،عمان،2010.
11. بواعنة عبد المهدي،ادارة الخدمات والمؤسسات الصحية"مفاهيم ،نظريات وأساسيات في الادارة الصحية ،دار حامد للنشر والتوزيع،عمان ، 2004.
12. ثامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ، عمان،2005.
13. حجازي جمال طاهر،ادارة الانتاج والعمليات مدخل ادارة الجودة الشاملة ، مكتبة القاهرة للطباعة والتصوير،مصر ،2002 .
14. حسن ابراهيم بلوط،المبادئ والاتجاهات الحديثة في ادارة المؤسسات،دار النهضة العربية، بيروت ،لبنان ،2005 .
15. حسين عبد الحميد رشوان،القيادة"دراسة في علم الاجتماع النفسي والاداري والتنظيمي"،مؤسسة شباب الجامعة،الاسكندرية،مصر ،ب ط، 2010 .
16. خالد عبد الوهاب ،القيادة الادارية وتطوير منظمات التعليم العالي، دار الايام للنشر والتوزيع، الاردن ،2013.

17. خضر مصباح الطيطي،ادارة التغيير-التحديات والاستراتيجيات للمدراء المعاصرين-،دار الحامد للنشر والتوزيع،عمان،الاردن،2010.

18. خضير كاظم حمود،ادارة الجودة وخدمة العملاء،دار المسيرة للنشر والتوزيع ،عمان،الاردن، 2002 .

19. راوية حسن، السلوك في المنظمات، ادارة الموارد البشرية،الدار الجامعية،الاسكندرية2000.

20. زكريا الدوري،نجم العزاوي واخرون،وظائف وعمليات منظمات الاعمال،دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع،الطبعة العربية،عمان ،الاردن،2010

21. زيد منير عبوي،القيادة ودورها في العملية الادارية،دار البداية للنشر،الاردن،2008 .

22. زين الدين فريد عبد الفتاح،تخطيط ومراقبة الانتاج مدخل ادارة الجودة،القاهرة،1997.

23. سامية جلال سعد،الادارة البيئية المتكاملة للمستشفيات،المؤسسة العربية بتنمية الادارية-بحوث ودراسات- ،القاهرة ،2006 .

24. سعاد نايف برنوطي،ادارة الموارد البشرية،دار وائل للطباعة والنشر،عمان،الاردن،2004 .

25. سيد جاد الرب ،الاتجاهات الحديثة في ادارة المنظمات الصحية،مطبعة العشري،مصر،2008.

26. سيد هواري،القائد التحويلي:للعبور بالمنظمات الى القرن ال 21،مكتبة عين شمس ،القاهرة، 1999 .

27. شاكر بن احمد الصالح،القيادة والإدارة في المنظمات الصحية،دار الفكر للنشر والتوزيع،عمان،2017.

28. شوقي ناجي جواد،هيثم حجازي،دراسات خاصة في ادارة الاعمال،الاهلية للنشر والتوزيع ،عمان ،2006.

29. صابرين عطية مارسال،الاتجاهات الحديثة في القيدة الادارية،دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الاسكندرية ،2014 .

30. صلاح الدين عبد الباقي، السلوك التنظيمي: مدخل تطبيقي معاصر ، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003 .

31. صلاح الدين مُحَمَّد عبد الباقي،السلوك الفعال في المنظمات،الدار الجامعية الجديدة ،الاسكندرية،د ط،2002 .

32. صلاح محمود ذياب،ادارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة،دار الفكر ،عمان،2009 .

33. طارق السويدان ،مُحَمَّد اكرم واخرون،القيادة في القرن الواحد والعشرين،قرطبة للانتاج الفني ،الرياض ،2000.

34. طارق عبد الحميد البدري، الاساليب القيادية والادارية في المؤسسات التعليمية،دار الفكر ،الاردن ،2001.

35. طاهري حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العمومية، دار هومه للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر،2000 .

36. الطعامنة مُحَمَّد،مخيمر عبد العزيز،الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات،المنظمة العربية للتنمية الادارية، مصر،2008 .

37. طلال بن عايد الاحمدي،التنظيم في المنظمات الصحية،مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر،الرياض ،بدون طبعة ،2011 .

38. طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمة الصحية، الطبعة الثانية، مكتبة القدس،مصر، 2006 .

39. عادل مُحَمَّد عبد الله،ادارة جودة الخدمات،مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع،عمان،الاردن،2013.

40. عبد الباسط مُحَمَّد حسن،اصول البحث الاجتماعي،مكتب وهبة ،القاهرة،ط2، 1988 .

41. عبد المجيد قدي ،اسس البحث العلمي في العلوم الاقتصادية والادارية:الرسائل والاطروحات،دار الابحاث للترجمة والنشر والتوزيع،الجزائر ،2009 .

42. العجمي،مُحَمَّد حسنين،الادارة المدرسية ومتطلبات العصر،الدار العالمية للنشر والتوزيع،القاهرة،بدون سنة نشر.

43. عدنان العتوم، قاسم كوفحي،القيادة والتغيير "الطريق نحو النجاح"،دار اثراء للنشر والتوزيع،الاردن،2011 .

44. عز عبد الفتاح،مقدمة في الاحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام spss،خوارزم العلمية للنشر والتوزيع ، جدة، 2008 .

45. علي عبد الوهاب، "مقدمة في الإدارة" ،معهد الادارة العامة ،السعودية ،1982 .

46. عمر محمود غباين ،القيادة الفاعلة والقائد الفعال ،دار اثراء للنشر والتوزيع،عمان الاردن ،2009 .

47. فاتن احمد ابو بكر،موضى بنت الزومان،معوقات ومقومات تطبيق ادارة الجودة الكلية في الاجهزة الحكومية بالمملكة العربية االسعودية،بحث تطبيقي على مدينة الرياض ،معهد الادارة العامة الرياض، 2007 .

48. فريد النجار، التغيير والقيادة والتنمية التنظيمية محاور الاصلاح الاستراتيجي في القرن 21،الدار الجامعية الاسكندرية،بدون طبعة،2007 .

49. فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية " تكامل العلاج والدواء، الدار الجامعية ، الإسكندرية، 2007، ص157 .

50. فريد توفيق نصيرات،ادارة المستشفيات،اثراء للنشر والتوزيع،الاردن،2008.

51. فريد توفيق نصيرات،ادارة المستشفيات،اثراء للنشر والتوزيع،الاردن،ط2،2014 ,

52. فريد كورتل، سويق الخدمات،دار الكنوز المعرفية العلمية لنشر و التوزيع،الاردن ،2008.

53. قاسم نايف المحياوي،ادارة الجودة في الخدمات–مفاهيم وعمليات وتطبيقات –،دار الشروق للنشر والتوزيع،عمان،2006.

54. القحطاني سالم بن سعيد،القيادة الادارية –التحول نحو النموذج القيادي العالمي،مكتبة الملك فهد الوطنية،الرياض،2008.

55. كيث جرينت،ترجمة حسين التلاوي،القيادة،دار كلمات عربية للترجمة والنشر،القاهرة،2013.

56. ماجدة العطية،سلوك المنظمة–سلوك الفرد والجماعة–،دار الثروق للنشر والتوزيع،الاردن، 2003.

57. محفوظ جودة، ادارة الجودة الشاملة(مفاهيم وتطبيقات)،دار وائل للنشر ،عمان ،الاردن ،ط 3،2008.

58. مُحَمَّد أبو الفضل عبد الشافي،القيادة الإدارية في الإسلام،المعهد العالمي للفكر الإسلامي ،القاهرة،مصر،1996 .

59. مُحَمَّد السيد البدوي الدسوقي،ادارة المستشفيات والمراكز الطبية،دار العلوم للنشر والتوزيع، 2017.

60. مُحَمَّد الطماعنة،عبد العزيز مخيمر،الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات–المفاهيم والتطبيقات–،المنظمة العربية للتنمية الادارية،مصر الجديدة ،2003.

61. مُحَمَّد بن يوسف النمران العطيات،إدارة التغيير و التحديات العصرية للمدير :رؤية معاصرة لمدير القرن الحادي و العشرين،دار الحامد للنشر و التوزيع، ،عمان ،الأردن،2006 .

62. مُحَمَّد شامل فهمي،الاحصاء بلا معاناة:مفاهيم وتطبيقات باستخدامspss،معهد الادارة العامة،الرياض ،2005.

63. مُحَمَّد عبد الوهاب العزاوي ،ادارة الجودة الشاملة،دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع،عمان،الاردن ،2005 .

64. محمود عياصرة ،مروان مُحَمَّد،القيادة والرقابة والاتصال الاداري،دار حامد للنشر والتوزيع ،عمان ،2008 .

65. مراد زعيمي واخرون ،دراسات في تسيير الموارد البشرية–ادارة الافراد–،دار قرطبة للنشر والتوزيع،الجزائر ،2008.

66. نايف قاسم عدوان المحياوي،ادارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو،دار النشر والتوزيع،الاردن،2005 .

67. نجم عبود نجم، القيادة الادارية في القرن الواحد والعشرين، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع،2011.

68. نواف كنعان،القيادة الإدارية،دار الزهران،عمان،الأردن ،2007.

69. هاشم حمدي رضا، إدارة التحول والقيادة الفعالة، دار الراية للنشر والتوزيع،الأردن، 2010 .

70. هايس،نيكي ترجمة سرور علي ابراهيم سرور،،ادارة الفريق:استراتيجية النجاح،دار المريخ،الرياض،ب د سنة نشر.

71. هدى العلفي ، القيادة التحويلية–مدخل لإعداد قادة التغيير في الجامعات،دار ايتراك للنشر والتوزيع ،القاهرة .

72. هيوكش ، ترجمة طلال بن عايد الاحمدي،ادارة الجودة الشاملة–تطبيق ادارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها–مركز البحوث،بدون سنة نشر.

73. هيوكش،ترجمة عايد الاحمدي،ادارة الرعاية الصحية،معهد الادارة العامة،2002.

ثانيا: الأطروحات والرسائل

74. ابو ليلى حسن مُحَّد حسن،ادارة الجودة الشاملة–دراسة ميدانية لاتجاهات اصحاب الوظائف الاستشرافية نحو مستوى تطبيق ومعوقات ادارة الجودة الشاملة في شركة الاتصالات الاردنية،رسالة ماجستير غير منشورة،كلية الاقتصاد والعلوم،جامعة اليرموك الاردن،1998،

75. برهان الدين السامرائي،دور القيادة في تطبيق اسس ومبادئ ادارة الجودة الشاملة،رسالة ماجستير في ادارة الاعمال،الاكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي،2012.

76. بوعلاق نوال،دور القيادة في ادارة التغيير وطرق تفعيلها،أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير ،ادارة اعمال،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير،جامعة مُحَّد بوضياف المسيلة،2015 .

77. توفيق حامد طوالبة،اثر الانماط القيادية على ادارة الصراع التنظيمي لدى المديرين،اطروحة مقدمة استكمالا لمتطلبات الحصول على دكتوراه الفلسفة في تخصص ادارة الاعمال ،كلية العلوم المالية والمصرفية،الاكاديمية العربية للعلوم المالية والمصرفية،الاردن ،2008 .

78. حسن محمود حسن ناصر،الانماط القيادية وعلاقتها بالأداء الوظيفي في المنظمات الاهلية الفلسطينية،مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في ادارة الاعمال،تخصص ادارة الموارد البشرية،الجامعة الاسلامية ،غزة،2010.

79. خدير نسيمة ،مساهمة اخلاقيات القيادة الادارية في ريادة المنظمات الاقتصادية الجزائرية،اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير،تخصص تسيير المؤسسات،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير،جامعة بومرداس، 2015 .

80. ربيع المسعود،متطلبات تطبيق ادارة الجودة الشاملة في ظل قيادة ابداعية ،اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية،تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير،جامعة بسكرة،2014.

81. سيد احمد حاج عيسى،اثر التدريب على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية،اطروحة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة دكتوراه في العلوم التجارية،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير،جامعة الجزائر 3،2011-2012.

82. شرف الدين زديرة،دور ادارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية-دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية-،اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير،جامعة مُحَّد خيضر بسكرة، 2016-2017.

83. طارق الاسدي،تأثير ابعاد المناخ التنظيمي في جودة الخدمات الصحية"دراسة ميدانية على بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق"،بحث مقدم لنيل درجة الماجستير في التسويق،كلية الاقتصاد،جامعة دمشق،2015

84. عبد العزيز براك محسن،اثر نمطي القيادة التشاركية والتحويلية في تحسين الاداء الوظيفي:دراسة مقارنة في المستشفيات الاردنية،اطروحة دكتوراه الفلسفة في الادارة(غير منشورة)،كلية الاعمال،جامعة عمان العربية،الاردن،2012.

85. عبيد بن عبد الله بن بحيتر السبيعي،الادوار القيادية لمديري التربية والتعليم في ضوء متطلبات ادارة التغيير،دكتوراه في الادارة التربوية والتخطيط،كلية التربية،جامعة ام القرى،المملكة العربية السعودية،2008.

86. عدمان مريزق،واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية:دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة،اطروحة دكتوراه في علوم التسيير،جامعة الجزائر،2008.

87. عصماني سفيان،دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها،مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير في علوم التسيير،كلية العلوم الاقتصاد وعلوم التسيير ،جامعة المسيلة،2005

88. عوني فتحي خليل عبيد، واقع إدارة التغيير وأثرها على أداء العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية، مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية غزة، 2009.

89. فاطنة قهيري،اثر الانماط القيادية الحديثة على جودة الحياة الوظيفية من خلال توسيط العدالة التنظيمية- دراسة حالة مديرية توزيع الكهرباء والغاز بولاية الجلفة،اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث،علوم التسيير،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير جامعة الجلفة،2019.

90. فيروز شين ،تأثير الانماط القيادية في تنمية المهارات في المؤسسة:دراسة حالة مؤسسة صناعة الكوابل ببسكرة،اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير ،جامعة مُحَّد خيضر بسكرة،2014.

91. كحيلة نبيلة،تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية،مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير تخصص تسيير الموارد البشرية،كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ،مدرسة الدكتوراه جامعة قسنطينة،2009

92. نادية خريف، تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية ،مذكرة ماجستير، كلية العلوم الإقتصادية والتسيير، جامعة مُحَّد خيضر بسكرة، الجزائر،2007.

93. هبة سيد احمد حسين علي،ادارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية،بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في فلسفة ادارة الجودة الشاملة،كلية الدراسات العليا،مركز ادارة الجودة الشاملة والامتياز،جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا،2015.

94. وسيلة واعر،دور الانماط القيادية في تنمية الابداع الاداري، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية ،تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة،2015

ثالثا: الملتقيات والمؤتمرات

1. إبراهيم بومزايد و آخرون ،مهارات التميز الإداري في إدارة التغيير ،المنتدى الوطني الثاني للمؤسسات :تسيير التغيير في المؤسسة الاقتصادية،عنابة،الجزائر ،2004

2. براق محمد وحوتية عمر، القيادة وإدارة التغيير بالمؤسسات الاقتصادية،مداخلة مقدمة في الملتقى الوطني حول تسيير التغيير في المؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير ،جامعة باجي مختار عنابة، ، يومي 30 نوفمبر و 1 ديسمبر،2004

3. زويوش بلال وبديسي فهيمة،جودة الخدمات الصحية-الخصائص،الابعاد والمؤشرات-،مداخلة مقدمة للملتقى الدولي :ادارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات،كلية الاقتصاد وعلوم التسيير،جامعة قسنطينة،ديسمبر 2010 .

4. سعد بن مرزوق العتيبي،القيادة التحويلية والتمكينية ودورها في تحقيق التكين النفسي للعاملين في بيئة الاعمال العربية في ظل التحديات المعاصرة،ملتقى دور القائد في بناء وتمكين الصف الثاني من القيادات،تونس ،2009.

5. عدمان مريزق، عدمان مُحَّد، "التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجا"، المؤتمر الدولي حول: الإبداع والتغيير التنظيمي في المؤسسات الحديثة"، جامعة سعد دحلب، البليدة، يومي 18 و19 ماي 2011.

6. علي السلمي،ملامح الادارة الجديدة في عصر المتغيرات وانعكاساتها على ادارة التغيير،ورقة عمل مقدمة في الملتقى الاداري الثالث:ادارة التغيير ومتطلبات التغيير في العمل الاداري-نحو ادارة متغيرة فاعلة-،الجمعية السعودية للادارة،جدة،29-30مارس2015.

7. مُحَّد حاجي،تفعيل الاداء المتميز للمؤسسة الاقتصادية من خلال عملية القيادة في ظل التحديات والرهانات التي تفرضها العولمة ،الملتقى الدولي الاول حول التسيير الفعال في المؤسسة الاقتصادية ،كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية ،جامعة مُحَّد بوضياف المسيلة،2005 .

8. وفيق حلمي الاغا،دور القيادات الادارية في التطوير والتنمية الادارية،المؤتمر السنوي الرابع في الادارة،القيادات الابداعية لتطوير وتنمية المؤسسات في الوطن العربي،سوريا،13-16اكتوبر،2003.

9. يوسف بودلة وسيد احمد حاج عيسى،تطبيقات ادارة الجودة الشاملة على مؤسسات الخدمات الصحية العمومية،ملتقى وطني حول ادارة الجودة الشاملة وتنمية اداء المؤسسة،جامعة سعيدة،ديسمبر 2010.

رابعا: المجلات

1. اكرم احمد الطويل وآخرون،امكانية تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية-دراسة استطلاعية لآراء المدراء في مستشفى ابن الاثير التعليمي في الموصل-،مجلة تنمية الرافدين ،جامعة الموصل،العدد 100،المجلد32 ، 2010.
2. انساعد رضوان،اثر راس المال الفكري على تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية،مجلة الريادة لاقتصاديات الاعمال،العدد1، 2015.
3. اياد حامد وتيسير زاهر،اثر القيادة التحويلية في ادارة التغيير التنظيمي،مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية،جامعة دمشق،المجلد 27 ،العدد الرابع،2011.
4. جهاد قارة وسامية ابرهم، انماط الشخصية وعلاقتها بانواع القيادة لدى مدراء المستشفيات (دراسة ميدانية في كل من ولاية ام البواقي ،وقسنطينة)،مجلة ميلاف للبحوث والدراسات،المركز الجامعي ميلة،العدد الرابع،2016.
5. زيد صادق ماجد ،عبد الرضا بدراوي،الانماط القيادية وأثرها في الالتزام التنظيمي من خلال تمكين العاملين-دراسة استطلاعية في عينة من منظمات الاعمال العراقية،مجلة العلوم الاقتصادية،العدد34،المجلد التاسع،العراق،2013 .
6. زين العابدين ، الاطار الفكري والفلسفي لمدخل ادارة الجودة الشاملة، مجلة الادارة، المجلد 30 ، العدد الاول،2007.
7. شهرزاد مُحَّد شهاب،القيادة الادارية ودورها في تقوية روابط العلاقات العامة،دراسات تربوية ،العدد 11 ،2010.
8. صفاء مُحَّد هادي الجزائري وآخرون،قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية-دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء بالبصرة-،مجلة كلية بغداد الاقتصادية،العدد39، 2014.
9. صلاح محمود ذياب ،قياس ابعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الاردنية،مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات الاقتصادية والادارية،المجلد 20،العدد1، 2012.
10. عبد اللطيف مصلح مُحَّد عائض،دور القيادة الادارية في مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية في تطبيق ادارة الجودة الشاملة فيه،المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي،،المجلد السادس،العدد 11، 2013 .

11. عفاف حسن هادي ،محمود عايد حسن ،اثر سمات القيادة التحويلية في تطبيق ادارة الجودة الشاملة ،مجلة جامعة بابل ،العلوم الصرفة والتطبيقية،جامعة بغداد ،العراق،المجلد 63،العدد 3، 2015.

12. علاوي عبد الفتاح،القيادة بالكفاءات ودورها في ادارة التغيير التنظيمي والتعامل مع مقاومته،مجلة الاقتصاد الجديد ،جامعة برج بوعريريج،الجزائر،العدد 11،المجلد2 ، 2014.

13. مُحَمَّد نور الطاهر احمد،قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين،المجلة الاردنية في ادارة الاعمال،المجلد11،العدد4، 2015 .

14. محمود حسن ،حيدر شاكر،تأثير القيادة الادارية الناجحة في تحقيق الإبداع ،مجلة الادارة والاقتصاد ، بغداد ،السنة 34،العدد 90، 2011 .

15. هالة حمد ماجد،ايهاب ياسين ذياب،استخدام بعض ادوات الجودة و لتحسين الخدمة ا لصحية – بحث مقارن بين مستشفى بغداد واليرموك التعليميين-،مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية ،العدد 95،المجلد23، 2017.

خامسا: الروابط الالكترونية

1. ا لقيادة والإدارة الصحية-الاكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي متاح على الموقع:
https://www.abahe.co.uk

2. احمد بن عبد المحسن العساف،مهارات القيادة وصفات القائد ،المفكرة الدعوية،وثيقة الكترونية،بدون سنة،متاح على الموقع :www.dawahmeno .cdom تاريخ الاطلاع :2016/5/17

3. .ادارة المستشفيات والقيادة الادارية،متاح على الموقع:
https://igtsservice.com/%D8%A7%D8%AF%D8%A7%D8%B1%D8%A9

4. اللجنة الاقليمية للشرق الاوسط،جدول الاعمال المبدئي-ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولاسيما في الرعاية الصحية الاولية مسؤولية مشتركة-،اضفاء الطابع المؤسساتي على ضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية الاولية مسؤولية مشتركة،القاهرة،اكتوبر 2000،متاح على :
.http://www .emro.who.int/rc47

5. بدر بن خلف الضمادي،مكونات القيادة التحويلية، ،موجود على
الرابط http://saudileadership.org تاريخ الاطلاع: 11/5/ 2016

6. طارق السويدان ،القيادة فطرة ام مكتسبة،ساعة مع قيادة (على الخط) ، متاح على: http://. www.saudileadership/org تاريخ الاطلاع: 11/10/ 2016

7. عبد الرحمن تيشوري ،العوائق والصعوبات التي تحد من كفاءة وفعالية الادارة ،منتديات مجموعة ادارة الموارد البشرية.اطلع عليه من الموقع: http:// www.hrm.group.com.. post_.htm

8. ياسين هياجنة،مدراء التمريض في مستشفياتنا الحكومية وضرورة التغيير ،مقال متاح على الموقع: http://hayajneh.org/blog/2008/02-Hospital-CNOs/index.html

II. قائمة المراجع باللغة الاجنبية

اولا:الكتب

1. Alain duluc,leadership et confiance-développer le capital humain pour des organization performantes ,dunod,paris,2 édition,2008.
2. Béatrice Bréchignac, Roubaud ,"marketing sévices du prolation plan marketing" ،5 tirage، édition d'organisation، paris 2001
3. Burke,W.Organization change :theory and practice,sage publication, 2013
4. C L LE Boyer et autres,RH:les apports de la sociologie du travail, ed organization ,paris ,2001 .
5. Carlos Noronha,the theory of culture-specific total quality management-,palgrave,new york ,2002
6. Claude vilcot ,hervet leclet,indicateurs qualité en santé ;certification et evaluation des pratiques professionnelles,France,2006
7. David Autissier,Jean-Michel Moutot ,méthode de conduite du changement,dunod,paris,2007
8. F.Fredler et Contingeroy," Theory Of Leadership", Management Developement Journal , 1979.
9. France, K. R. and Grover, R. "What is the Health Care Product?", Journal of Health Care marketing, Vol. 12, No. 2, 1992
10. Garcia Rivera et al,the impect of transformational leadership in burnout of nurses and doctors in a public hospital of mexico ,2012
11. James A.Fstoner and other, Management, Prentice Hall international editions, New Jersey-USA, 6 editions, 1995

12. Jean Abbad ,organisation et management hospitalier,edition berger levrault ,2001
13. Jean Brilman,Les meilleurs pratiques du management au cœur de performance ,édition d'organisation,3 éme tirage,2000
14. Jean-pierre,la boite à outils du leadership , paris: dunod ,2013
15. John.p.kotter ,Leading change, Harvad Business School Press ,Boston, Massachusetts ,usa,1996
16. Kotler, Philip, Marketing Management, 8th ed , Prentice – Hall International Inc,1997
17. Logothetis,N., " Managing for Total Quality", 1st ed., New Delhi, prentice-Hall of India , 1997
18. MC Crimmon, M, The Changer Master Managing Adapting To Organizational Change, pitman publishing, London, 2007
19. Michel B ,Olivier M, Manageor :Les Meilleurs Pratiques De Management,Dunod,paris,2006
20. Myriam hubinon ,management des unites de soins :de l'analyse systématique à l'evaluation de la qualité,de boeck,bruxelles,2004
21. Richard L.Daft, leadership theory and practice, Harcourt,Inc,USA,1999.
22. Robert B,Julian russel, Alpha leadership,editions de boeck université ,bruxelles,2009
23. Samir Trigui , management et leadership-le savior_faire de la gestion moderne. Tunis، centre de publication universitaire,2004

ثانيا :الاطروحات والرسائل

1. Claire Betker Et Dianne Oickle,Leadership De La Santé Publique Pour Favoriser L'Equite En Santé :Une Revue De La Litterateur ,Centre De Collaboration Nationale Des Determinants De La Santé ,Université ST.Francis Xavier ,2018
2. Doris B .collins,the effectiveness of manageriel leadership developement programs, partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy,the school of human resource education and workforce development,west virginia university,2002
3. Jane Doherty , Strengthening Clinical Leadership In Hospitals The International And South African Literature , Centre for Rural Health, University of the Witwatersrand, South Africa,2013

4. Salma maroon ,limpact du leadership dans les organisatins confessionnelles :le cas de l'eglise maronite,thése pour obtenir le grade de docteur de l'université de grenoble,spécialité sciences de gestion ,2013.

ثالثا :المجلات

1. Aliakbar Shahri Mejarslim,Hossein Bodaghi Khajehnoubar,the role of intellectual capitalmanagement on the empowerment of organizations ,european online journal of natural and social sciences .vol2,No(s). 2013
2. Asan vernyuy wirbaa And Abdulwahab Shmailan,leadership style of managers in universities in saudi arabia,merit research journal of education and review,vol 3,n°4,april,2015
3. Batalden P, Quality Improvement :The Role And Application Of Research Methods,the Journal Of Health Administration Education , vol 7,n°3,1989
4. Edward L,Deci, James P, Connell, & Richard M, Ryan., Self Determination in Work Organization, Journal of Applied Psychology, Vol 74,N4 ,1989.
5. Fiol& Lyles.,Organizational learning academy of management review.4(10)، 1985.
6. fiol.C and M.Lyles, Organizational learning, Academy of Management Review, Oct, 89p, Vol(10), N°(4) ,1985.
7. Gaisar albas and Sara Yaqoob,effect of leadership devlemont on performance in Pakistan , Economic and social review, vol , 47 ,no,02,2009 .
8. Hartline, H. &Ferrel, O. C. (1996). The Management of Customer Contract Service Employees, An Empirical Instigation, Journal Of Markting, Vol.60, No.4, 1996.
9. Helen O'sullivan ,Judy M,Michael J M,leading and working in teams,british journal of hospital medicine, vol 76, n° 5 ,2015
10. Helin Shipton et all, The impact of leadership and quality climate on hospital performance,iternational journal for quality in health care ;Oxford University ,vol 20,n° 6,2008
11. Mclaughlin,C.P., and Kaluzny, A.D," TQM in Health: Making it Work", Healthcare Management Review, Vol. 15, 1990
12. Ngozi Oriaku and Ebere Orkiaku,the effect of total quality management on leadership,cas of NIGERIA,international business and economics research journnal,vol 7 , No 1,2008.

13. Rachid Zammar ,Nourddine Abdelbaki,Conduite de changement organisationnel Dans Le Secteur De Santé Marocain,cas de centre hospitalies regional d'AGADIR,european scientific journal,edition vol12,n°27,2016

رابعا:الروابط الالكترونية

1. https ;//www.researchgate.net/publication ;effectsof leadership styles on quality of services in healthcare20/12/2018.
2. https;//www.who.int/management/Améliorer le leadership et la gestion sanitaire-world health organization
3. https ;//www.unige.ch/formcont/cours :qualité et sécurité des sions ;dimension managériales-universté de genéve
4. http://www.omicsonline.org/open-access/effects-of-leadership-style-on-health-care-organizational-performance-a-survey-of-selected-tertiary-care-hospital-in-karachi-Pakistan-2016-10000333.php!aidpdf
5. http;//www.pedagogie-medical.org/articles/pmeo/pdf/2010;Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale
6. http ;//enjournal .org/article/dowload ;effects of leadership styles on quality of services in healthcare,2014
7. Eric de roodenbeke, privatization des hopitaux dans les pays en voie de development , http://www.cerdi.org /colloque/sante2003/roodenbeke .pdf
8. Cathrine.K,et al,Change Management In Quality Improvement ;The Softer Skills,springer international publishing, U.S.A,2015: www.http://link.springer.com/article/10-1007/s40 746
9. Maryam Ghiasipour et al,Leadership challenges In Health Care Orrrganizations ;The Case Of Iranian Hospitals,Medecal Journal Of The Islamic Republic Of Iran,2017, http ;//mijiri.ac.ir
10. Cathrine K.et al, Change Management in Quality Improvement: The Softer Skills,curr treat option peds,2015 :http;//link.spring.com/article/10-1007
11. Centre for public leadership us :national leadership index 2005,available at :www .usnews.com
12. Pascal cherpentier ,les formes du management ;la gestion du changement dans les organisation,disponible sur le

site :http://www .ladocumentation .fr /var/storaye/libris /330333043211 /pdf(8/8/2018)

13. John P Kotter,change approches ,www. 12manage.com 11/11/2017
14. Ameliorer le leadership et la Gestion Sanitaire,2007, http://www.who.int/management /working _paper_10_fr_opt.pdf

الملاحق

الملحق رقم 1قائمة المحكمين

الاسم الكامل	الرتبة العلمية	مكان العمل	الدولة
بشيشي وليد	أستاذ محاضر أ	جامعة قالمة	الجزائر
شوقي قبطان	أستاذ محاضر أ	جامعة المدية	الجزائر
يحياوي فاطمة	أستاذ محاضر ب	جامعة المدية	الجزائر
طهراوي حياة	أستاذ محاضر ب	جامعة المدية	الجزائر
حبيبة العيداني	أستاذ محاضر ب	جامعة المدية	الجزائر

الملحق رقم 2 الاستبيان في شكله النهائي

جامعة يحي فارس المدية

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم:علوم التسيير

استقصاء موجه للاطارات

سيد(ت)ي الفاضل(ة):تحية طيبة وبعد،

يسعدنا ان تكون هذه القائمة بين ايديكم،ونود اعلامكم بأننا بصدد اعداد دراسة ميدانية حول: **اثر الانماط القيادية في تحسين جودة الخدمات الصحية في ظل مدخل ادارة التغيير–دراسة تطبيقية على المؤسسات الاستشفائية لولاية المدية–**"،تأتي هذه الدراسة استكمالا لمتطلبات الحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير .

وتهدف هذه الدراسة لمعرفة إلى أي مدى يساهم النمط القيادي الحديث في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمة من الاطارات (**الطاقم الطبي ،والطاقم شبه الطبي،والطاقم الاداري**).

وكمساهمة منكم في اعداد هذا البحث الاكاديمي يسعدني ان اقدم لكم مجموعة الاسئلة المتضمنة في هذا الاستبيان،راجية منكم التكرم بالإجابة عنها بدقة، وهذا بملء الاستبيان بوضع العلامة (X) في الموقع الذي يعبر عن رأيكم ،علما أن المعلومات التي سيتم الإدلاء بها تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط وستعامل بسرية تامة .

وتقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير ولكم جزيل الشكر مسبقا لتعاونكم معنا.

الطالبة : يسبع الضاوية

اولا:البيانات الشخصية والوظيفية

1)الجنس: - ذكر ☐ - أنثى ☐

2)السن : من 20الى 30 سنة ☐ من 31 الى40 سنة ☐

من 41 الى50 سنة ☐ 51سنة فأكثر ☐

3)المستوى الدراسي:

متوسط ☐ تكوين مهني ☐ ثانوي ☐

ليسانس ☐ ماجستير ☐ دكتوراه ☐

4)الوظيفة: اداري ☐ طبيب ☐ شبه طبي ☐

5)عدد سنوات الخبرة في المستشفى:

اقل من 5 سنوات ☐ من 6 الى15 سنة ☐

من 16 الى30 سنة ☐ 31 سنة فأكثر ☐

ثانيا:النمط القيادي السائد لمدير المستشفى : يهدف هذا الجزء الى معرفة رأيك الشخصي حول الاساليب القيادية السائدة في مؤسستكم،لذا أرجو منك سيدي التكرم بقراءة العبارات الآتية جميعها بدقة و اختيار الإجابة التي تمثل وجهة نظرك و ذلك بوضع العلامة(X)

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
1-القيادة التحويلية						
1	يتمتع رئيسي المباشر بمهارات قيادية تعزز الثقة به					
2	يوفر رئيسي المباشر مناخا يشعر الموظفين بالارتياح لعملهم معه					
3	يحرص رئيسي المباشر على خلق دافعية للموظفين من اجل تحسين الاداء					
4	يعمل رئيسي المباشر على تشجيع الموظفين على تغيير اساليب العمل نحو الاحسن					
5	يقترح رئيسي المباشر افكار وطرقا جديدة عند النظر في كيفية تأدية المهام المطلوبة					
6	يقوم رئيسي بإشراكي في اي عملية تغيير او اصلاح داخل المستشفى ضمن نطاق عملي					
7	يحرص رئيسي المباشر على تدريب وتنمية قدرات الموظفين بشكل مستمر					
8	يولي رئيسي المباشر اهتماما كبيرا لآرائي					
2-القيادة التبادلية						
9	يعبر رئيسي المباشر عن تقديره لي عند اداء عملي بشكل جيد					
10	يوفر رئيسي المباشر ويخصص مكافآت جيدة لي عندما انهي مهامي في وقت قصير					
11	لا يتدخل رئيسي المباشر في العمل طالما انه ينجز وفق المطلوب					
12	لا يتدخل رئيسي المباشر في الجوانب غير الضرورية في العمل الا عندما يكون مجبرا					
13	تحدد ادارة المستشفى المهام وتوزعها بين الموظفين بشكل واضح					
14	تعاملات مسؤولي المباشر معي قائمة على الثقة المتبادلة					
15	يحفز رئيسي المباشر الموظفين على اتقان العمل لإحداث الاصلاح والتغيير المطلوب					
3-قيادة الفريق						
16	لدى المستشفى قناعة بأهمية العمل الجماعي القائم على روح الفريق في اداء مهامها					
17	وجود برنامج للتدريب على اساليب العمل الجماعي					
18	يركز المستشفى على تعزيز العمل الجماعي للوصول الى الاهداف المشتركة لكل من الادارة والعاملين من جهة والمرضى من جهة اخرى					
19	تركز ادارة المستشفى على مشاركة العمال والعمل بروح الفريق الواحد من اجل تنفيذ عملية التغيير(الاصلاح) بنجاح					
20	يساعد فريق العمل في سهولة تدفق الاتصالات بين مختلف مصالح والأقسام داخل المستشفى					

ثالثا:ابعاد جودة الخدمة الصحية: يهدف هذا الجزء الى معرفة رأيك الشخصي حول أبعاد جودة الخدمات الصحية,لذا أرجو منك سيدي التكرم بقراءة العبارات الآتية جميعها بدقة و اختيار الإجابة التي تمثل وجهة نظرك و ذلك بوضع العلامة(X) أمام الاجابة الموافقة لرأيك.

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
	بعد الاعتمادية					
21	تعتمد المستشفى خطة لتحسين جودة خدماتها					
22	هناك حرص من قبل المستشفى على التنسيق بين خدمة المرضى وكافة اقسام المستشفى					
23	هناك اهتمام من قبل ادارة المستشفى بمشاكل واستفسارات المرضى					
24	يتم تقديم الخدمات المساندة(الاشعة،التحاليل،الصيدلية)بالشكل المناسب					
	بعد الملموسية					
25	ان موقع المستشفى ملائم لتحقيق الجودة في الخدمات المقدمة					
26	تمتلك المستشفى التجهيزات والمعدات التقنية الحديثة اللازمة لتحسين جودة خدماتها					
27	تضع المستشفى لوحات وعلامات ارشادية تسهل الوصول الى كافة الاقسام					
28	يتوفر في المستشفى تجهيزات فندقية جيدة لإقامة المرضى					
29	يحرص مقدم الخدمة في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن الهندام والمظهر والالتزام بالبطاقة المهنية					
	بعد الضمان					
30	يتم تدريب الموظفين على استيعاب مراحل تقديم الخدمة العلاجية					
31	يحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى					
32	للقائمين على تقديم الخدمة في المستشفى قدرة كبيرة على استلهام ثقة وائتمان المرضى					
33	توفر المعرفة الكافية لدى الموظفون للإجابة على تساؤلات المرضى					
	بعد الاستجابة					
34	تتعاون الكوادر العاملة في المستشفى جيدا لتقديم خدمات بجودة عالية					

35	تقوم المستشفى باتخاذ التدابير الفورية لحل المشاكل التي تواجه المرضى					
36	يبسط الموظفون اجراءات العمل قدر الامكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية					
37	تتم متابعة اداء العاملين بكاميرات مراقبة					
38	تسعى المستشفى لتحقيق رضا المرضى والذي يعتبر من اساسيات الحكم الجودة					
بعد التعاطف						
39	تمثل مصالح المريض ابرز اولويات اهتمامات ادارة المستشفى والموظفين					
40	تراعي المستشفى العدالة في تقديم الخدمة للمرضى					
41	يتم تقسيم المناوبات بشكل مرضي وملائم للموظفين مما يجعلهم قادرين على تلبية احتياجات ورغبات المرضى بالشكل المطلوب					

أرجو الإجابة على هذه الأسئلة وإرجاع الإجابة في اقرب وقت ممكن وجزآكم الله خيرا على تعاونكم.

الملحق رقم 3 نتائج spss

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,929	41

Statistiques de fiabilité

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,516[a]	,266	,262	,47897

a. Prédicteurs : (Constante), التحويلي النمط

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	Ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	14,457	1	14,457	63,018	,000[b]
	Résidu	39,918	174	,229		
	Total	54,374	175			

a. Variable dépendante : الجودة

b. Prédicteurs : (Constante), التحويلي النمط

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,572[a]	,327	,323	,45848

a. Prédicteurs : (Constante), التبادلي النمط

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	Ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	17,798	1	17,798	84,670	,000[b]
	Résidu	36,576	174	,210		
	Total	54,374	175			

a. Variable dépendante : الجودة

b. Prédicteurs : (Constante), التبادلي النمط

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,688[a]	,473	,470	,40572

a. Prédicteurs : (Constante), الفريق قيادة نمط

ANOVAa

Modèle		Somme des carrés	Ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	25,733	1	25,733	156,325	,000[b]
	Résidu	28,642	174	,165		
	Total	54,374	175			

a. Variable dépendante : الجودة

b. Prédicteurs : (Constante), الفريق قيادة نمط

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	1,181	,159		7,446	,000
	التحويلي النمط	,135	,040	,206	3,357	,001
	التبادلي النمط	,189	,057	,215	3,338	,001
	الفريق قيادة نمط	,356	,038	,517	9,302	,000

a. Variable dépendante : الجودة