جامعة يحي فارس بالمدية

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم علـوم التسيير

الموضوع:

تمكين العاملين وأثره في تحقيق جودة الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية

دراسة تحليلية للفترة (2008-2018)

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علوم التسيير تخصص:

إدارة الأعمال

من إعداد الطالب:

كواديك حمزة

تحت إشراف الأستاذ:

المشرف: أ.د.يرقي حسين

المشرف المساعد: د.بودلة يوسف

أعضاء لجنة المناقشة

أ.د. علوطي لمين	أستاذ	جامعة المدية	رئيساً
أ.د. يرقي حسين	أستاذ	جامعة المدية	مقرراً
د. بودلة يوسف	أستاذ محاضر "أ"	جامعة بومرداس	مشرفاً مساعداً
د. قبطان شوقي	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المدية	عضواً ممتحناً
د. بولصنام محمد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المدية	عضواً ممتحناً
د. جوال محمد السعيد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجلفة	عضواً ممتحناً
د. رياض عبد القادر	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجزائر 3	عضواً ممتحناً

السنة الجامعية: 2020-2021

جامعة يحي فارس بالمدية

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم علـوم التسيير

الموضوع:

تمكين العاملين وأثره في تحقيق جودة الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية

دراسة تحليلية للفترة (2008-2018)

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علوم التسيير تخصص:

إدارة الأعمال

من إعداد الطالب:

كواديك حمزة

تحت إشراف الأستاذ:

المشرف: أ.د.يرقي حسين

المشرف المساعد: د.بودلة يوسف

أعضاء لجنة المناقشة

أ.د. علوطي لمين	أستاذ	جامعة المدية	رئيساً
أ.د. يرقي حسين	أستاذ	جامعة المدية	مقرراً
د. بودلة يوسف	أستاذ محاضر "أ"	جامعة بومرداس	مشرفاً مساعداً
د. قبطان شوقي	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المدية	عضواً ممتحناً
د. بولصنام محمد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المدية	عضواً ممتحناً
د. جوال محمد السعيد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجلفة	عضواً ممتحناً
د. رياض عبد القادر	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجزائر 3	عضواً ممتحناً

السنة الجامعية: 2020-2021

كلمة شكر وعرفان

اللهم لك الحمد والشكر حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه، ملء السماوات وملء الأرض، أحمدك ربي وأشكرك على أن يسرت لي إتمام هذا البحث على الوجه الذي أرجو أن ترضى به عني.

قال سبحانه وتعالى﴿ **وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِن كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ** ﴾.

أتقدم بجزيل الشكر والامتنان العظيم والتقدير العميق إلى أستاذي المحترم الذي تفضل بالإشراف على هذا البحث الأستاذ الدكتور " **يرقي حسين** " على ما منحه لي من وقت وجهد وتوجيه وإرشاد فله مني كل الشكر والتقدير.

كما لا يفوتني أن أتقدم بعظيم الشكر إلى المشرف المساعد الأستاذ المحترم "**بودلة يوسف** "على ما قدمه لي من نصح وإرشاد فله مني أزكى عبارات التحية والسلام.

كما أشكر جميع القائمين على كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير بجامعة المدية ووفقهم الله لكل خير.

وأتوجه بالشكر الخاص مسبقا إلى أعضاء لجنة المناقشة فلهم مني كل الاحترام والتقدير.

ولا يفوتني شكر الإطارات العاملين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية على حسن استقبالهم وتكرمهم على مساعدتنا في انجاز هذا البحث فلهم كل الشكر والاحترام.

كما يشرفني أن أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير إلى الأساتذة الأفاضل محكمي عبارات الاستبيان وكذا الإطارات المهنيين بالمؤسسات محل الدراسة الذين سخروا وقتهم وجهدهم من أجل تحسين محتواه وللتوجيهات السديدة التي لم يبخلوا بها على الطالب.

كما أتوجه بالشكر الخاص إلى الإطارات العاملين بمديرية التخطيط والتطوير بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وكذا الإطارات العاملين بمديرية الصحة والسكان لولاية المدية.

وأسأل المولى عزّ وجّل أن يجزي الجميع خير الجزاء.

إهداء

إلى من لا يمكن للكلمات أن توفي حقها

إلى من لا يمكن للأرقام أن تحصي فضائلها

إلى من ربتني وأنارت دربي وأعانتني بالصلوات والدعوات

إلى أغلى إنسان في هذا الوجود

أمي حفظها الله

إلى من عمل بكد في سبيلي وعلمني معنى الكفاح

إلى من حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم

أبي الكريم أدامه الله لي

إلى روح **أجدادي** رحمهم الله

إلى **أفراد أسرتي** سندي في الدنيا ولا أحصى لهم فضل

إلى كل من **رافقني وسار معي** لينير لي أضواء الحياة

إلى كل **الأصدقاء والأحباب** من دون استثناء.

مستخلص:

يهدف هذا البحث إلى قياس أثر تمكين العاملين في تحقيق جودة الخدمة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية، بالإضافة إلى تشخيص القطاع الصحي بالولاية خلال الفترة (**2008-2018**)، حيث تتمثل عينة البحث في**435** عاملا من مجتمع كلي يقدر بـ: **4765** عاملا في مختلف الفئات المشغولة (إداريين، طبيين، شبه طبيين، أخصائيين نفسانيين، بيولوجيين) بالمؤسسات محل الدراسة والبالغ عددها **13** مؤسسة منها **6** مؤسسات عمومية استشفائية **و7** مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، حيث تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لملاءمته لأهداف البحث، وتم توزيع استبيان باللغتين العربية والفرنسية على العينة المدروسة، كما تم استخدام البرنامج الإحصائي (***SPSS***) النسخة **23** لمعالجة الاستبيان.

وتوصلنا في نهاية هذا البحث إلى أن القطاع الصحي لولاية المدية بفرعيه العام والخاص خلال الفترة (**2008-2018**) لم يستطع أن يحقق التغطية الصحية لكونه يعاني من نقص في الموارد البشرية والأجهزة والمعدات، كما أنه لا يوجد اهتمام كاف من طرف المؤسسات محل الدراسة بمنهج تمكين العاملين، حيث أظهرت النتائج أن كل أبعاد تمكين العاملين جاءت في مستوى متوسط، في حين جاءت أبعاد جودة الخدمات الصحية في مستوى مرتفع ما عدا بعد الملموسية الذي اتفق أفراد عينة البحث على أن هذا البعد ذو مستوى متوسط.

وعليه يوصي الباحث إلى ضرورة الاهتمام بمنهج تمكين العاملين كأحد المداخل الحديثة في التسيير التي تساهم رفع أداء العاملين وتحقيق الرضا الوظيفي، ومنه تحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين.

الكلمات المفتاحية: تمكين العاملين، جودة الخدمات الصحية، المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية.

***Abstract*:**

The aim of the study is trying to measure the impact of the employees empowerment to achieve quality services within public health establishements operating in Medea, additionally we tried to diagnose in depth the of health sector status in medea for the period (2008-2018) based on a sample of 435 employees from a total estimated population of 4765 employee from various groups (administrators, medicals, paramedicals, psychologists, biologicals) working in 13 establishements, 6 of which represents public hospitals, and 7 represents public health nearby establishements, to fulfil the aim of the study a descriptive analysis method was used along, a questionnaire has been developed and distributed in Arabic and French languages to the studied

sample, subsequently the data were analysied using the statistical program (SPSS) version 23.

The study concluded that the health sector in Medea both public and private during the period (2008-2018) was unfortunately unable to achieve Health coverage, due to lack of human resources, materials, equipments, and total absence of will and interest of empowering employees approach within the establishements under study, As the results showed that all dimensions of employee empowerment appeared at an intermediate level, while the dimensions of the quality of health services appeared at a high level except for the dimension of tangibility which the studied sample members agreed that this dimension is of an intermediate level.

Accordingly, we recommend that it is of a high necessaty to pay a huge attention to the empowering employees approach as one of the most new trends and modern approaches of management that contributes to enhancing employee's performance, and boosting job satisfaction, and consequently achieving quality of provided health services.

***Key words**: Employee empowerment, Quality of health services, Medea public health establishements.*

فهرس المحتويات

البيان	الصفحة
كلمة شكر وعرفان	
الإهداء	
مستخلص	I
فهرس المحتويات	III
قائمة الجداول	VII
قائمة الأشكال	III
قائمة الملاحق	XII
قائمة الرموز والمختصرات	XIII
مقدمة	**أ–ف**
الفصل الأول: نحو إطار متكامل لتمكين العاملين في المؤسسات	
تمهيد الفصل	**02**
المبحث الأول: الخلفية النظرية لتمكين العاملين	**03**
المطلب الأول: التطور التاريخي للتمكين	**03**
المطلب الثاني: مفهوم تمكين العاملين وعلاقته ببعض المفاهيم الإدارية الأخرى	**10**
المطلب الثالث: أهمية وأسباب تمكين العاملين وأهدافه	**22**
المبحث الثاني: طبيعة تمكين العاملين	**28**
المطلب الأول: أنواع وأساليب تمكين العاملين وخطوات تنفيذه	**28**
المطلب الثاني: مقومات ومستويات وأبعاد تمكين العاملين	**31**
المطلب الثالث: مداخل ومبادئ ومرتكزات تمكين العاملين	**41**
المبحث الثالث: أساسيات تمكين العاملين	**45**
المطلب الأول: نماذج تمكين العاملين	**45**
المطلب الثاني: نتائج تمكين العاملين	**49**
المطلب الثالث: معوقات تمكين العاملين	**51**
المبحث الرابع: تجارب رائدة لمؤسسات عالمية في تمكين العاملين	**53**
المطلب الأول: تجربة مؤسسة "*كرايزلر*" ومؤسسة "*موتورولا*"	**53**
المطلب الثاني: تجربة مؤسسة "*تويوتا*" ومؤسسة "*برودنتشيال*"	**54**
المطلب الثالث: تجربة مؤسسة معالجة مياه الصرف الصحي في الولايات المتحدة وتجربة فندق ماريوت	**55**

خلاصة الفصل	56
الفصل الثاني: مقاربة نظرية لجودة الخدمات الصحية وعلاقتها بتمكين العاملين	
تمهيد الفصل	58
المبحث الأول: ماهية الخدمات الصحية ومزيجها التسويقي	59
المطلب الأول: مفهوم المؤسسات الاستشفائية ومختلف وظائفها	59
المطلب الثاني: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية	65
المطلب الثالث: مفهوم ومراحل تسويق الخدمات الصحية	75
المبحث الثاني: متطلبات تحقيق جودة الخدمات الصحية في ظل إدارة الجودة الشاملة	82
المطلب الأول: جودة الخدمات الصحية ومدى حاجة المؤسسات الصحية إليها	82
المطلب الثاني: أساسيات جودة الخدمات الصحية	89
المطلب الثالث: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية	97
المبحث الثالث: تأثير تمكين العاملين في تحقيق جودة الخدمات الصحية	107
المطلب الأول: واقع ثقافة تمكين العاملين في قطاع الخدمات	107
المطلب الثاني: مستويات تمكين العاملين في قطاع الخدمات	110
المطلب الثالث: علاقة تمكين العاملين بجودة الخدمات الصحية	111
المبحث الرابع: تجارب رائدة لدول عربية في تطوير الخدمات الصحية	113
المطلب الأول: تجربة دولة قطر	113
المطلب الثاني: تجربة مملكة البحرين	115
المطلب الثالث: تجربة المملكة العربية السعودية	117
خلاصة الفصل	120
الفصل الثالث: دراسة تحليلية للقطاع الصحي العمومي لولاية المدية للفترة (2008-2018)	
تمهيد الفصل	122
المبحث الأول: تقديم عام للمنظومة الصحية الجزائرية	123
المطلب الأول: تطور المؤسسات الصحية بالجزائر للفترة (2008-2018)	123
المطلب الثاني: تطور المعدات والتجهيزات بالقطاع الصحي العمومي الجزائري للفترة (2008-2018)	127
المطلب الثالث: تطور الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي الجزائري للفترة (2008-2018)	129
المبحث الثاني: تقديم المنظومة الصحية لولاية المدية	137
المطلب الأول: تطور عدد المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	137
المطلب الثاني: تطور عدد الأسرة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	141

المطلب الثالث: حالة المعدات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008-2018)	143
المبحث الثالث: تطور الموارد البشرية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008-2018)	149
المطلب الأول: تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	149
المطلب الثاني: تطور التغطية الصحية للممارسين شبه الطبيين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	165
المطلب الثالث: تطور الإداريين والتقنيين وعمال الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	174
المبحث الرابع: تطور النشاطات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008-2018)	179
المطلب الأول: تطور النشاطات الاستعجالية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	179
المطلب الثاني: تطور نشاط الأمومة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	180
المطلب الثالث: تطور نشاطات الفحوصات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	185
المطلب الرابع: تطور نشاطات غسيل الكلى بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	187
خلاصة الفصل	188
الفصل الرابع: دراسة ميدانية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية	
تمهيد الفصل	190
المبحث الأول: الخطوات المنهجية للدراسة الميدانية	191
المطلب الأول: مجتمع وعينة البحث	191
المطلب الثاني: خطوات إعداد وصياغة أداة البحث	193
المطلب الثالث: الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة أداة البحث	196
المبحث الثاني: الاختبارات القبلية في معالجة أداة البحث	198
المطلب الأول: التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة	198
المطلب الثاني: اختبار صدق وثبات أداة البحث	199
المطلب الثالث: الخصائص الشخصية والوظيفية لعينة الدراسة لكل الفئات المدروسة	203
المبحث الثالث: تحليل متغيرات الدراسة للفئات المدروسة	211
المطلب الأول: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو متغيرات تمكين العاملين	211
المطلب الثاني: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو متغيرات جودة الخدمات الصحية	217
المطلب الثالث: اختبار الفرضيات	221
المبحث الرابع: نماذج مقترحة لتطبيق تمكين العاملين وتحسين الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية	232

المطلب الأول: نموذج مقترح لتطبيق تمكين العاملين في المؤسسة العمومية الصحية لولاية المدية	**232**
المطلب الثاني: نموذج مقترح لتحسين الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية	**236**
خلاصة الفصل	**239**
خاتمة	**241**
قائمة المصادر والمراجع	**253**
الملاحق	**276**

قائمة الجداول

الرقم	البيان	الصفحة
(1–1)	بعض الآيات الكريمة التي ورد فيها التمكين	04
(2–1)	الفروقات بين تمكين العاملين والتفويض	16
(3–1)	الفرق بين المؤسسة الهرمية والمؤسسة في ظل التمكين	24
(4–1)	نتائج التمكين	50
(1–3)	قائمة المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر	123
(2–3)	تطور عدد المؤسسات العمومية الصحية بالجزائر خلال الفترة (2008-2018)	124
(3–3)	تطور العيادات وقاعات العلاج بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر للفترة (2008-2018)	125
(4–3)	تطور عيادات القطاع الخاص خلال الفترة (2008-2018)	126
(5–3)	تطور الأسرة بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية للفترة (2008-2018)	127
(6–3)	حالة سيارات الإسعاف بالقطاع الصحي الجزائري للفترة (2008-2018)	128
(7–3)	حالة الشاحنات بالقطاع الصحي العمومي الجزائري للفترة (2008-2018)	129
(8–3)	تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين الأخصائيين بالقطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)	130
(9–3)	تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين العامين بالقطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)	131
(10–3)	تطور التغطية الصحية لجراحي الأسنان بالقطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)	132
(11–3)	تطور التغطية الصحية لأطباء العيون بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)	133
(12–3)	تطور التغطية الصحية للقابلات بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)	134
(13–3)	تطور التغطية الصحية للممرضين العامين بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)	135
(14–3)	تطور التغطية الصحية لممرضي التخدير والإنعاش بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)	136
(15–3)	تقسيم القطاع الصحي في ولاية المدية	137
(16–3)	قائمة المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية ($EPH + EPSP$)	138
(17–3)	تطور عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية (EPH) خلال الفترة (2008-2018)	139
(18–3)	تطور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية ($EPSP$) خلال الفترة (2008-2018)	140
(19–3)	تطور عيادات الأطباء في القطاع الخاص خلال الفترة (2008-2018)	141
(20–3)	تطور عدد الأسرة الحقيقية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008-2018)	142
(21–3)	حالة معدات الجراحة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	143
(22–3)	حالة طاولات التشغيل بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	144
(23–3)	حالة كراسي طب الأسنان بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	145
(24–3)	حالة سيارات الإسعاف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	146
(25–3)	حالة الشاحنات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	147

(3–26)	حالة المركبات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	148
(3–27)	تطور عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	150
(3–28)	تطور عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	151
(3–29)	تطور عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	152
(3–30)	إجمالي عدد الأطباء الأخصائيين المتواجدين في ولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	153
(3–31)	تطور عدد الممارسين الطبيين العامين في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	154
(3–32)	تطور عدد الممارسين الطبيين العامين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	155
(3–33)	تطور عدد الممارسين الطبيين العامين في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	155
(3–34)	تطور عدد الممارسين الطبيين العامين في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	156
(3–35)	إجمالي عدد الأطباء العامين المتواجدين في ولاية المدية للفترة (2008-2018)	157
(3–36)	تطور عدد جراحي الأسنان في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	158
(3–37)	تطور عدد جراحي الأسنان في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	159
(3–38)	تطور عدد جراحي الأسنان في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	160
(3–39)	تطور عدد جراحي الأسنان في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	160
(3–40)	إجمالي جراحي الأسنان المتواجدين في ولاية المدية للفترة (2008-2018)	161
(3–41)	تطور عدد الصيادلة في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	162
(3–42)	تطور عدد الصيادلة في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	163
(3–43)	تطور عدد الصيادلة في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	164
(3–44)	تطور عدد الصيادلة في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	164
(3–45)	إجمالي عدد الصيادلة المتواجدين في ولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	165
(3–46)	تطور التغطية الصحية لمرضي التخدير والإنعاش بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	166
(3–47)	تطور التغطية الصحية لمشغلي أجهزة الأشعة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	167
(3–48)	تطور التغطية الصحية لمرضي جناح العمليات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	168
(3–49)	تطور التغطية الصحية للممرضين العامين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	169
(3–50)	تطور التغطية الصحية للمساعدين الاجتماعيين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008-2018)	170

(3–51)	تطور التغطية الصحية للممرضين في العلاج الطبيعي بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	172
(3–52)	تطور التغطية الصحية للتقنيين في علم الأوبئة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	173
(3–53)	تطور عدد الإداريين في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	174
(3–54)	تطور عدد الإداريين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	175
(3–55)	تطور عدد التقنيين في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	176
(3–56)	تطور عدد التقنيين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	177
(3–57)	تطور عدد عمال الخدمات في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	178
(3–58)	تطور عدد عمال الخدمات في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	179
(3–59)	تطور النشاطات الاستعجالية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	180
(3–60)	تطور عدد الولادات الحية والميتة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	181
(3–61)	تطور عدد الولادات الحية والميتة بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	182
(3–62)	تطور عدد الوفيات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008-2018)	183
(3–63)	تطور عدد الوفيات بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	184
(3–64)	تطور نشاط الفحوصات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	185
(3–65)	تطور نشاط الفحوصات بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية للفترة (2008-2018)	186
(3–66)	تطور نشاط غسيل الكلى بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	187
(4–1)	توزيع مجتمع البحث في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية حسب كل فئة	192
(4–2)	تحديد عينة البحث لكل فئة مدروسة بالتناسب من حجم المجتمع ككل	193
(4–3)	الخصائص الشخصية والوظيفية لعينة الدراسة	194
(4–4)	أبعاد تمكين العاملين	194
(4–5)	أبعاد جودة الخدمات الصحية	195
(4–6)	درجات مقياس ليكرت الخماسي	195
(4–7)	حصيلة الاستبيانات الموزعة والمسترجعة والصالحة للتحليل	196
(4–8)	توزيع عينة البحث على الفئات المدروسة	196
(4–9)	مستويات المتوسط الحسابي	197
(4–10)	مجالات خيارات الإجابة	197
(4–11)	اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة حسب كل فئة	198
(4–12)	الاتساق الداخلي لعبارات تمكين العاملين مع أبعادها	200
(4–13)	الاتساق الداخلي لعبارات جودة الخدمات الصحية مع أبعادها	201

(4–14)	معامل الارتباط سبيرمان يوضح العلاقة بين متغيرات الدراسة والاستبيان ككل	203
(4–15)	معامل ألفاكرونباخ يوضح ثبات متغيرات الدراسة حسب كل فئة مدروسة	204
(4–16)	خاصية الجنس لجميع الفئات المدروسة	205
(4–17)	خاصية العمر لجميع الفئات المدروسة	206
(4–18)	خاصية المؤهل العلمي لجميع الفئات المدروسة	207
(4–19)	خاصية الأقدمية لجميع الفئات المدروسة	209
(4–20)	تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد الاتصال الفعّال	211
(4–21)	تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد فرق العمل	212
(4–22)	تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد التحفيز	213
(4–23)	تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد التدريب	214
(4–24)	تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد تفويض السلطة	216
(4–25)	تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد الاعتمادية	217
(4–26)	تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد الاستجابة	218
(4–27)	تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد الملموسية	218
(4–28)	تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد الأمان	220
(4–29)	تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد التعاطف	220
(4–30)	مستويات العلاقة بين متغيرين أو أكثر	221
(4–31)	معامل الارتباط سبيرمان يوضح العلاقة بين تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية	222
(4–32)	اختبار تحليل الانحدار الخطي البسيط يوضح أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية	223
(4–33)	اختبار تحليل التباين الأحادي لخاصية الجنس للفئات المدروسة	224
(4–34)	اختبار تحليل التباين الأحادي لخاصية العمر للفئات المدروسة	226
(4–35)	نتائج اختبار LSD لتحديد مصدر الفروق في إجابات فئة الأطباء حول محور تمكين العاملين	227
(4–36)	اختبار تحليل التباين الأحادي لخاصية المؤهل العلمي للفئات المدروسة	228
(4–37)	نتائج اختبار LSD لتحديد مصدر الفروق في إجابات فئة الطبيين حول محور تمكين العاملين	229
(4–38)	اختبار تحليل التباين الأحادي لخاصية الأقدمية للفئات المدروسة	230

قائمة الأشكال

الرقم	البيان	الصفحة
01	نموذج البحث	**ظ**
(1-4)	نموذج مقترح لتطبيق تمكين العاملين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية	**235**
(2-4)	نموذج مقترح لتحسين الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية	**238**

قائمة الملاحق

الرقم	البيان
01	الاستبيان قبل التحكيم
02	قائمة الأساتذة المحكمين على الاستبانة
03	الاستبيان بعد التحكيم
04	الاستبيان باللغة الفرنسية
05	حصيلة الاستبيانات الموزعة والمسترجعة والصالحة للتحليل بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية
06	المعالجة الإحصائية باستخدام البرنامج *SPSS*
07	تحليل متغيرات الدراسة للفئات المدروسة

قائمة الرموز والمختصرات

الرمز	البيان باللغة الأجنبية	البيان باللغة العربية	الصفحة
SERVPERF	*Service+ performance*	الأداء+ الخدمة	**89**
SERVQUAL	*Service+ Qualité*	الجودة + الخدمة	**89**
MSPRH	*Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière*	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات	**124**
CHU	*Centre hospitalo-universitaire*	المركز الاستشفائي الجامعي	**123**
EHU	*Etablissement hospitalier universitaire*	المؤسسة الاستشفائية الجامعية	**123**
EHS	*Etablissement hospitalier spécialisé*	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة	**123**
EH	*Etablissement hospitalier*	المؤسسة الاستشفائية	**123**
EPH	*Etablissement public hospitalier*	المؤسسة العمومية الاستشفائية	**123**
EPSP	*Etablissement public de santé de proximité*	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية	**123**
DSP	*Direction de la Santé et de la Population*	مديرية الصحة والسكان	ح
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*	الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية	ح
SIG	*Significant*	القيمة الاحتمالية (الدلالة الإحصائية)	**198**
LSD	*Least Significant Difference*	أقل فرق معنوي	**227**

مقدمة

1. مدخل:

تعتبر الموارد البشرية مصدر الميزة التنافسية وبقاء المؤسسة في عالم الأعمال، خاصة وأن المؤسسات تشهد بيئة عمل غير مستقرة لا مكان فيها إلا للمؤسسات التي تمتلك موارد بشرية متميزة ومبدعة، ولأننا نعيش في عصر المعرفة وأن من يمتلك المعرفة فقد امتلك القوة والسيطرة، لذا فإن الاهتمام بالمورد البشري أمر غاية في الأهمية ومطلب أساسي لتميز المؤسسة، على اعتبار أن المورد البشري هو المولّد للمعرفة، وإذا ما أردنا أن نعرف السبب وراء نجاح المؤسسات وتفوقها، إنما هو المورد البشري لديها الذي يمثل المعيار الفاصل بين المؤسسات الناجحة والفاشلة، فالمورد البشري إذا ما شعر بالاهتمام من قبل المؤسسة التي يعمل بها فإن هذا سيدفعه إلى التفوق وتحقيق الأفضل، ونجد من بين الأساليب التي دعت إلى الاهتمام بالموارد البشرية أسلوب إداري حديث هو تمكين العاملين.

يعد تمكين العاملين أحد أهم الأساليب الإدارية الحديثة التي عزّزت من قيمة ومكانة المورد البشري في المؤسسة، من خلال منحه الحرية والاستقلالية في أداء العمل، وأن تطبيق هذا الأسلوب على الموارد البشرية سينتج عنه مورد بشري مبدع ومنتج للأفكار الجديدة، وللمعرفة التي تعطي للمؤسسة الحافز نحو التميز على المنافسين، وما يؤكد من أهمية المعرفة في عمل المؤسسة نجد بأن التمكين ركز على المورد البشري، من أجل أن يكون هذا الأخير في فرصة مواتية لإنتاج المعرفة، فالتمكين يتيح للمؤسسة الحصول على أقصى ما يستطيع أن يولده العامل من معرفة وأفكار جديدة.

وبما أن التمكين يعطي العامل الحرية والاستقلالية، فإن هذا سيجعل العامل راض عن عمله وسيجعله يشعر بأن المؤسسة أعطته هذه الفرصة لأنها تدرك بأن أفكاره ومعارفه هي السر وراء تفوقها ونجاحها، وهذا ما يجعل العامل يبذل أقصى جهده لخدمة المؤسسة، ويعطيه دفعا قويا لإنجاز كل ما هو أفضل.

يعتبر العنصر البشري المحور الأساسي في تحقيق التنمية الاقتصادية، فهو الذي ينتج وهو الذي يستهلك وهو مصدر كل فكرة أتت بابتكارات وتجديدات، وعلى ضوء ذلك فإن قطاع الخدمات الصحية هو أهم قطاع في الاقتصاد كونه يهتم بحماية صحة هذا العنصر الهام ويعمل على ضمان سلامته.

يواجه قطاع الخدمات الصحية العمومية في الجزائر اليوم العديد من المشاكل والعراقيل، والتي أدت إلى اضطرابات وأزمات تنظيمية كثيرة نتج عنها هجرة العديد من الأطباء والكفاءات البشرية إما نحو الخارج أو

نحو المستشفيات الخاصة، ونظرا لتزايد تلك التحديات أصبح لزاما على المؤسسات العمومية الصحية تبني مداخل وأساليب حديثة في التسيير وإعادة النظر في إدارة مواردها البشرية، ومن بين تلك المداخل نجد تمكين العاملين، حيث يرتبط البناء الإجتماعي في المستشفى بمميزات وخصائص تركيبة الموارد البشرية العاملة بها، وممارسة مختلف العمليات والأدوار، وكذا نسق العلاقات الإنسانية القائمة بداخلها.

يعاني القطاع الصحي في ولاية المدية اليوم العديد من المشاكل والتحديات، خاصة فيما يتعلق بسوء التكفل بالمستفيدين واضطرارهم إلى التنقل نحو المراكز الإستشفائية الجامعية والمستشفيات الكبرى والعيادات الخاصة، كما يعاني ضعف التأطير ونقص في الأطباء المختصين وهجرتهم للعمل نحو المدن الكبرى، كما يعتبر القطاع الصحي بالولاية من بين أهم القطاعات الإستراتيجية التي تسعى المصالح العمومية إلى الاهتمام بها وتخصيص نفقات صحية متزايدة – والتي تبقى غير كافية في ظل نزوح المواطن من الريف إلى المدن، وتزايد الضغط على المؤسسات العمومية الإستشفائية الستة المتواجدة بالولاية، وذلك سعيا منها إلى التكفل بصحة المواطنين وتحسين الخدمات الصحة العمومية المقدمة.

ومع بدء الإصلاحات التي باشرتها الجزائر في قطاع الصحة العمومية سنة 2003، ازدادت الحاجة إلى تبني أساليب إدارية حديثة في تسيير المستشفيات العمومية وإدارة الموارد البشرية بها، ويأتي هذا البحث لبين أهمية تمكين العاملين في إيجاد نوع من التوافق بين أهداف المستشفى وأهداف الأفراد العاملين بها في نفس الوقت، مما يؤدي في النهاية إلى تكفل أفضل بالمستفيد وتحسين الخدمات الصحية المقدمة له.

2. إشكالية البحث:

انطلاقا مما سبق، يمكننا طرح السؤال الرئيسي التالي:

كيف يمكن لتمكين العاملين أن يؤثر في تحقيق جودة الخدمات المقدمة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية؟

لمعالجة هذه الإشكالية نطرح الأسئلة الفرعية التالية:

س1–ما مستوى جودة الخدمات الصحية بالقطاع الصحي لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)؟

س2–هل توجد علاقة إحصائية بين أبعاد تمكين العاملين (مجتمعة) على تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية؟

س3–هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين على تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية؟

س4–هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) حول استجابة الأفراد المبحوثين وفقا لمتغيرات (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، والأقدمية في الميدان الصحي) في المؤسسات العمومية الصحية محل الدراسة؟

3. فرضيات البحث: كإجابة مؤقتة على الأسئلة الفرعية وضعنا الفرضيات التالية:

ف1–بلغت جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف القطاع الصحي لولاية المدية خلال الفترة (2008_2018) مستويات منخفضة مما أثر سلبا على رضا المستفيدين.

ف2–لا توجد علاقة إحصائية بين أبعاد تمكين العاملين (مجتمعة) على تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية.

ف3–لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين على تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية.

ف4–لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) حول استجابة الأفراد المبحوثين وفقا لمتغيرات (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، والأقدمية في الميدان الصحي) في المؤسسات العمومية الصحية محل الدراسة.

4. أهمية البحث:

يعتبر تمكين العاملين من أبرز المفاهيم الإدارية المعاصرة في حقل إدارة الموارد البشرية، كما يعتبر مدخلا لتثمين الموارد والكفاءات البشرية بالمؤسسات ودفعها لتحسين أدائها، وتقديم أقصى ما لديها خدمة للأهداف الشخصية وأهداف المؤسسة في نفس الوقت.

كما تكمن أهمية هذا البحث في محاولة تسليط الضوء على واقع تمكين العاملين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية، ومعرفة مدى أثره في تحسين جودة الخدمات المقدمة للمستفيد، على اعتبار أن جودة الخدمة التي تقدمها المؤسسات العمومية الصحية هي معيار الحكم على رضا المستفيد، هذا الأخير الذي له علاقة واحتكاك مباشر بالعامل المقدم للخدمة، ويتم الوصول إلى جودة الخدمة الصحية من خلال العديد من الأساليب الإدارية من أهمها تمكين العاملين الذي يعطي للعامل حرية وصلاحيات

أكبر في تصرفاته وقراراته، ويحسن من أدائه الوظيفي في المستشفى، وخاصة في ظل تفشي جائحة –كوفيد 19– وتزايد الضغط على المستشفيات.

5. أهداف البحث: يهدف هذا البحث إلى تحقيق جملة من الأهداف نوجزها في النقاط التالية:

- محاولة الإحاطة بالجانب النظري والمفاهيمي لتمكين العاملين باعتباره من أهم المداخل الحديثة في إدارة المؤسسات العمومية الصحية وتسيير مواردها البشرية.
- إعطاء صورة وتحليل لأبعاد تمكين العاملين داخل المؤسسة العمومية الصحية لولاية المدية، ومستوى إسهامه في تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين.
- محاولة تحسيس المسؤولين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية بضرورة تحقيق جودة الخدمة، حتى تعطي للمستفيدين من خدمات المؤسسة صورة جيدة حولها، وتصبح عندهم محل ثقة وذات سمعة طيبة.
- دراسة العلاقة ما بين أبعاد تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية من منظور العاملين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية.
- اقتراح مجموعة من التوصيات على ضوء نتائج الدراسة التطبيقية، والتي من خلالها تستطيع المؤسسات العمومية الصحية محل الدراسة تطبيق تمكين العاملين كأحد الاستراتيجيات الإدارية الحديثة التي تسهم في تحسين جودة الخدمات الصحية، وبالتالي تحسين مؤشرات أداء القطاع الصحي العمومي بولاية المدية.

6. مبررات ودوافع اختيار موضوع البحث: تتمثل مبررات ودوافع اختيارنا لهذا الموضوع فيما يلي:

- يندرج موضوع البحث في تخصصنا ألا وهو إدارة الأعمال، خاصة أنه يتناول أحد أحدث المواضيع الإدارية في حقل السلوك التنظيمي وإدارة الموارد البشرية وهو تمكين العاملين، كما يعتبر من بين المواضيع التي يطمح الباحث في تحليلها ودراستها وإسقاطها على واقع المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية.
- نقص الاهتمام الكافي بالموضوع بشقيه النظري والتطبيقي بالرغم من أهميته في الواقع العملي.
- تطرق الموضوع إلى أساليب ومفاهيم حديثة في التسيير، مثل تمكين العاملين، جودة الخدمات الصحية، الأمر الذي شجعنا بالبحث في الموضوع والتعمق فيه أكثر، وإتاحة مقاربات نظرية تمكن باحثين آخرين من دراسة مواضيع أخرى تهدف إلى تحسين الخدمات الصحية العمومية في الجزائر.

- حاجة المؤسسات العمومية الصحية إلى إصلاح إداري عميق يسهم في تحسين جودة خدماتها الصحية المقدمة، الأمر الذي يدفعها إلى تبني مقاربات ومفاهيم حديثة في التسيير الصحي مثل تمكين العاملين.
- الميل الشخصي لدراسة المواضيع المرتبطة بالأساليب الحديثة في التسيير وإدارة المؤسسات الصحية.
- قلة الدراسات المرتبطة بالموضوع، حيث سنحاول إسقاط الدراسة في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية التي لم تنل كثيرا اهتمامات الباحثين، ولفت أنظار المسؤولين عن القطاع الصحي بالولاية إلى هذا الموضوع الهام.

7. منهج وأدوات البحث:

من أجل دراسة إشكالية الموضوع وتحليل أبعادها، واختبار صحة أو عدم صحة الفرضيات المقدّمة، فإننا سنعتمد في الجانب النظري على المنهج الوصفي التحليلي، الذي يعتمد على وصف وتجميع المعلومات ودراستها ومقارنتها وتحليلها وتفسيرها بغية الوصول إلى تعميمات مقبولة، قصد استيعاب الإطار النظري للموضوع وفهم مُكوناته وتحليل أبعاده.

كما سنعتمد في الجانب التطبيقي على دراسة تحليلية للمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008-2018)، بالإضافة إلى استقصاء ومعرفة آراء الأفراد المبحوثين، من أجل إسقاط الجانب النظري على واقع القطاع الصحي بولاية المدية، أما فيما يتعلق بأدوات الدراسة ومصادر البيانات، فتتمثَّل فيما يلي:

أ- الجانب النظري: الهدف منها الوقوف على ما تناولته المراجع العربية والأجنبية خاصة الحديثة منها في هذا الموضوع، وكذا المؤتمرات العلمية والمقالات والدراسات السابقة.

ب-الجانب التطبيقي: الخاصة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية، وسنستخدم فيها:

- **المقابلات:** سنقوم بإجراء عدد من المقابلات المنتظمة مع مختلف الأطراف المرتبطة بالموضوع، بغرض دراسة متطلبات تمكين العاملين وأثره في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات محل الدراسة، وهذا مع بعض الإطارات ومسؤولي الموارد البشرية والإداريين، بالإضافة إلى بعض إطارات مديرية الصحة والسكان ***DSP*** لولاية المدية.

- **الاستبيان:** اختبارا لصحة أو عدم صحة فرضيات البحث، سنقوم بتوزيع استبيان بغية الإحاطة ببعض الجوانب الدقيقة بشكل أكثر تفصيل، ثم تحليله بواسطة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ***SPSS***-نسخة 23.
- **التقارير والإحصائيات ومختلف الوثائق الداخلية:** والتي سيتم الحصول عليها من مختلف المصالح الموجودة في مديرية الصحة والسكان ***DSP*** لولاية المدية، بالإضافة إلى تقارير الديوان الوطني للإحصاء، وتقارير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات للفترة (2008-2018).

8. حدود البحث:

بهدف التحكم في الموضوع ومعالجة إشكاليته، سوف تكون حدود وأبعاد بحثنا كما يلي:

أ-الحدود البشرية: تتمثل الحدود البشرية لهذه الدراسة في خمس فئات أساسية هي الطبيين وشبه الطبيين والأخصائيين النفسانيين والبيولوجيين والإداريين، العاملين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية، حيث يقدر مجتمع الدراسة بـ **4765** عامل موزعين على الفئات الخمس السابقة الذكر بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية، في حين تمثلت عينة الدراسة في **435** عامل موزعة تناسبيا على الفئات الخمس.

ب-الحدود الزمانية: تمت دراستنا على مستوى المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (ماي 2019-أوت 2019)، حيث قمنا بتوزيع استمارة الاستبيان كأداة للدراسة على عينة عشوائية من العاملين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية، وقد بدأنا في توزيع الاستبيان يوم: 11 ماي 2019 حتى نهاية جوان 2019، في حين كانت عملية استرجاع الاستبيانات ما بين جويلية 2019 وأوت 2019، بالإضافة إلى دراسة تحليلية لواقع القطاع الصحي العمومي ومؤشرات أدائه بالولاية خلال الفترة (2008-2018).

ت-الحدود المكانية: قمنا بإجراء دراسة ميدانية على مستوى **13** مؤسسة عمومية صحية بولاية المدية وهي (**6** مؤسسات عمومية استشفائية) و (**7** مؤسسات عمومية للصحة الجوارية).

9. الدراسات السابقة:

اعتمدنا في معالجة موضوعنا على مجموعة من الدراسات السابقة، حيث قمنا بتقسيمها إلى دراسات مطبقة في الميدان الاقتصادي ودراسات مطبقة في الميدان الصحي كما يلي:

أ-الدراسات المطبقة في الميدان الاقتصادي: حيث قمنا باستعراض بعضها من الأحدث إلى الأقدم، بدءا بالأطروحات الغربية ثم العربية ثم المحلية كما يلي:

❖ **تمكين العاملين ورضا العملاء: دراسة حالة القطاع البنكي الإماراتي**، أطروحة دكتوراه، دون ذكر التخصص، للباحثة: ماهة شديد، جامعة روبرت غوردن، بريطانيا، 2019.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين تمكين العاملين الذي يعملون على احتكاك مباشر مع الزبائن بالقطاع البنكي في دولة الإمارات العربية المتحدة وجودة الخدمة.

توصلت هذه الدراسة إلى أن تمكين العاملين كان له أثر لإيجابي على رضا الموظفين الأمر الذي نتج عنه رضا الزبائن.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة تصميم برامج تدريبية من شأنها التأثير على أداء العاملين في القطاع الخدمي في دولة الإمارات.

❖ **تجربة التمكين: دراسة حالة مؤسستين**، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، للباحث: (***Helen Askey***)، جامعة ليستر، بريطانيا، 2017.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير التمكين النفسي والهيكلي في مؤسستين، حيث ركزت الدراسة على تجربة التمكين من المنظورات النفسية والهيكلية لتقديم فهم أكثر عمقا لتجربة التمكين.

توصلت هذه الدراسة إلى أن آليات التمكين التي يعتقد المدراء أنها تدعم تمكين أعضاء الفريق في الواقع لا تسهم بشكل كبير في تمكينهم، كما أن محادثات المدراء غير الرسمية وكذلك الإجراءات التي يتخذها أعضاء الفريق هي التي تساهم في تجربة تمكين ناجحة من منظور أعضاء الفريق.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة إجراء المزيد من الدراسات للبحث في كيفية تطبيق المدراء للتمكين بالشكل الذي يضمن النجاح وتحقيق الأفضل.

❖ **دور التمكين في خدمة العملاء**، أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، للباحث: (***Stephen Kamanu Ichatha***)، جامعة جورجيا، الولايات المتحدة الأمريكية، 2013.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير تغييرات التمكين الهيكلي، حيث تم إجراء هذه الدراسة فقط على نوع معين من العمال الذين يعملون في مجال العمل الجماعي، ولقد تم دراسة العلاقة السببية بين هياكل التمكين الموضوعة للعاملين واستجابتهم النفسية لتلك الهياكل، وأيضا دراسة تأثير الاستجابات النفسية على نتائج التزام العمل برضا المهام وإجهاد المهمة وجاذبية المهمة.

توصلت الدراسة إلى أن المشاركة في اتخاذ القرار والوصول إلى المعلومات ينتج عنها مستويات أعلى من التمكين النفسي، مما أدى بدوره إلى تحقيق الرضا الوظيفي وتوطيد العلاقة بين العاملين في خدمة العملاء.

أوصت الدراسة إلى ضرورة إنشاء الآليات المختلفة التي من شأنها زيادة التمكين الهيكلي داخل المؤسسة.

❖ **التمكين والأداء في الحكومة المحلية: تأثير استراتيجيات التمكين على تحسين الخدمة**، أطروحة دكتوراه، دون ذكر التخصص، للباحث: (***Tickner Leslie***)، جامعة نورثمبريا، بريطانيا، 2010.

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على تأثير استراتيجية التمكين على أداء موظفي القطاع العام الذين يعملون على احتكاك مباشر مع المستفيدين.

توصلت هذه الدراسة إلى أن الموارد البشرية الممكنّة يمكنها المساهمة إلى حد كبير في تحسين جودة الخدمة المقدّمة وتحقيق رضا المستفيدين.

أوصت هذه الدراسة إلى أن تحسين الخدمة العمومية أمر في غاية الأهمية، وأنه ينبغي صياغة استراتيجية لتمكين العاملين حتى يحدث تغيرا ملحوظا في جودة الخدمات المقدمة.

❖ **التمكين الإداري وعلاقته بالإبداع الإداري لدى القيادات الجامعية في مصر**، أطروحة دكتوراه في التربية، تخصص: إدارة تعليمية، للباحث: ياسر رفعت عبد الرحمن حامد، كلية التربية، جامعة سوهاج، مصر، 2017.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع التمكين الإداري في ضوء علاقته بالإبداع الإداري لدى القيادات الجامعية في مصر، وكذلك محاولة التعرف على المهام الإدارية والتنظيمية التي تقوم بها القيادات الجامعية، وأبرز المشكلات التي تعوق الإدارة الجامعية.

توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: انخفاض الدافعية الذاتية لدى القيادات الجامعية يجعلهم يميلون إلى الانسحاب في المواقف التي تظهر قدراتهم ومهاراتهم، ومواجهة الصعاب، والبعد عن الممارسات الابتكارية في العمل.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة تفعيل التمكين الإداري على ضوء علاقته بالإبداع الإداري لدى القيادات الجامعية في مصر، من خلال التعرف على معوقات تطبيق التمكين ووضع سبل للتغلب عليها.

❖ **دور تمكين العاملين في تحقيق الحوكمة: دراسة مقارنة بين المصارف العاملة في سوريا**، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة الأعمال، للباحثة: الفرخ هبة محمد زرقان، كلية الاقتصاد، جامعة دمشق، سوريا، 2014.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين تمكين العاملين والحوكمة من خلال دراسة علاقة كل منهما مع أخلاقيات العمل والتنمية الإدارية، حيث مثل القطاع المصرفي بشقيه العام والخاص مجتمع الدراسة، وتم تحديد المصرف العقاري، المصرف التجاري، والمصرف التعاوني الزراعي في القطاع المصرفي العام، وتم تحديد البنك الدولي للتجارة والتمويل، البنك العربي، وبنك قطر في القطاع المصرفي الخاص.

توصلت هذه الدراسة إلى أن تطبيق الحوكمة في القطاع المصرفي الخاص كان أكبر مما هو عليه في القطاع المصرفي العام، والعكس بالنسبة للتمكين حيث أن تطبيق التمكين في القطاع المصرفي العام كان أكبر مما هو عليه في القطاع المصرفي الخاص.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة العمل على تزويد مصارف القطاع العام بأحدث المعدات المصرفية، وفصل الملكية عن الإدارة والاهتمام بصورة أكبر في تطبيق مبدأ الشفافية في مصارف القطاع الخاص.

❖ **تمكين العاملين وأثره في جودة الخدمة في المصارف التجارية السودانية**، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة الأعمال، للباحث: نزار خليل عابدين خليل، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2013.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد متطلبات تمكين العاملين، وتوصيف نوع وقوة العلاقة بين الرضا الوظيفي للعاملين وبين جودة الخدمة المصرفية في البنوك التجارية الحكومية والبنوك التجارية المشتركة والأجنبية العاملة في السودان والمشتركة الخاضعة للدارسة.

توصلت هذه الدراسة إلى أن هناك علاقة قوية وذات دلالة إحصائية بين متطلبات تمكين العاملين وبين الرضا الوظيفي للعاملين في البنوك، وعليه فإنه كلما توفرت متطلبات تمكين العاملين وتم العمل بها أدي ذلك إلي زيادة مستوى الرضا للعاملين بتلك البنوك.

أوصت هذه الدراسة بضرورة الاستناد إلى طبيعة التباين في إدراك العاملين لمتطلبات وأبعاد التمكين وفقا للخصائص الديموغرافية، حيث أوصى الباحث بالنسبة لأبعاد التمكين ينبغي التركيز على العاملين ذوي مدة الخدمة (أقل من 15سنوات) لتدريبهم على مختلف أبعاد التمكين.

❖ " **تمكين العاملين وأهميته في فعالية تطبيق إدارة المعرفة بالمؤسسة: دراسة ميدانية لمديرية مؤسسة سوناطراك بحاسي مسعود –ورقلة–**"، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص: إدارة وتسيير المنظمات، للباحثة: فيها خير مريم، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة ورقلة، 2017-2018.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أهمية تمكين العاملين في فعالية تطبيق إدارة المعرفة في مؤسسة سوناطراك بحاسي مسعود، وقد تم استخدام اداة الاستبيان والقيام بالمعالجة الاحصائية عن طريق برنامج *SPSS* لتحليل البيانات، حيث شملت عينة البحث على (415) عامل بالمؤسسة بمختلف المستويات الوظيفية.

توصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقة بين تمكين العاملين وتطبيق إدارة المعرفة، وأن هناك ارتباط قوي بين المتغير المستقل تمكين العاملين والمتغير التابع تطبيق ادارة المعرفة.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة إحداث مصلحة واضحة تهتم بإدارة المعرفة داخل المؤسسة، وتيسير الوصول إلى أصحاب القرار في المؤسسة ليتمكن العاملين من إبداء آرائهم أو شرح مواقفهم بسهولة.

❖ "**تمكين العاملين في قطاع الخدمات: دراسة حالة المصارف الإسلامية**"، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، للباحث: كرمية توفيق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة عمار ثليجي بالأغواط، 2015/2016.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى تمكين العاملين وأثره على تحسين تقديم الخدمة، حيث تم التركيز على مصرف البركة، ومصرف السلام، كأحد أهم المصارف الإسلامية العاملة بالجزائر.

توصلت هذه الدراسة إلى أنه هناك غياب ثقافة تشجع على تبني روح الفريق والتعاون، وعدم الرغبة في إعادة تصميم العمل لجعله جماعيا، ومحدودية مشاركة العمال وغياب ثقتهم في قرارات إدارة المصارف، سواء كانت قرارات مرتبطة بالعمل أم بمستقبلهم الوظيفي.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة تبني إدارة البنك للثقافة الداعمة لتمكين العاملين بأبعاده المختلفة وذلك لأهمية ثقافة المؤسسة في توجيه سلوك العاملين وتعزيز الأداء التنظيمي.

❖ **"دور التمكين الإداري في التميز التنظيمي: دراسة ميدانية على مؤسسة سوناطراك البترولية الجزائرية، المديرية الجهوية للإنتاج بحاسي الرمل"**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص إدارة الأعمال، للباحث: بوسالم أبوبكر، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2015/2014.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد دور التمكين الإداري في تحقيق التميز التنظيمي للمديرية الجهوية للإنتاج لمؤسسة سوناطراك البترولية بحاسي الرمل، والتعرف على الأهمية النسبية لتواجد كل من أبعاد التمكين الإداري وأبعاد التميز التنظيمي بالمؤسسة محل الدراسة.

توصلت هذه الدراسة إلى أن هناك دور للتمكين الإداري بنسبة 56.3% في التميز التنظيمي للمديرية الجهوية للإنتاج لمؤسسة سوناطراك البترولية بحاسي الرمل.

أوصت الدراسة إلى ضرورة الاهتمام بتمكين العاملين وخاصة في المستويات الإدارية الدنيا، من خلال تشجيعهم على تحمل المسؤوليات والنظر إلى أخطائهم كفرص للتعلم من أجل تعزيز التميز التنظيمي.

ب–الدراسات المطبقة في الميدان الصحي: حيث قمنا باستعراض بعضها من الأحدث إلى الأقدم، بدءا بالأطروحات الغربية ثم العربية ثم المحلية كما يلي:

❖ **هل يمكن لإدارة الجودة الشاملة تحسين جودة الرعاية في المستشفيات العربية السعودية؟ وجهة نظر المريض ومقدم الخدمة**، أطروحة دكتوراه في العمل الاجتماعي والعلوم الاجتماعية، للباحث: القاسيمي إبراهيم، كلية التمريض والقبالة، جامعة سالفورد، مانشستر، المملكة المتحدة، 2017.

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على الممارسة الحالية لإدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة في المملكة العربية السعودية بهدف تحسين جودة الرعاية، وتحسين الكفاءة والإنتاجية وتعزيز رضا المستفيد، حيث استعمل الباحث المقابلات واعتبرها بأنها الأداة المفضلة لجمع البيانات من مديري إدارة الجودة الشاملة والممرضات الرئيسيات.

توصلت هذه الدراسة إلى أن التنفيذ الناجح لإدارة الجودة الشاملة يعتمد على عوامل النجاح المهمة مثل التواصل الفعال، التدريب، القيادة التحويلية، التحفيز.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة فهم الممرضين لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، مع ضمان التواصل الفعال بين الممرضين والمرضى، وأن هذا سوف يسهل عملية تنفيذ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات.

❖ " **تقييم مستوى جودة الخدمات الطبية بالمستشفيات السودانية لتحقيق الميزة التنافسية بينها: دراسة حالة مستشفيي كوستي وربك**، أطروحة دكتوراه في إدارة الجودة الشاملة والامتياز، للباحث: دفع الله محمد أحمد إبراهيم، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2017.

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة البحث عن الأساليب الملائمة لتقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفيي كوستي وربك، حيث تكون مجتمع البحث من الإداريين والطبيين والشبه طبيين بالإضافة إلى المستفيدين من الخدمات الصحية.

توصلت هذه الدراسة إلى أن مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفيات كوستي وربك ضعيف إلى حد ما، وأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية عالية بين الأبعاد الخمسة (الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، الملموسية، التعاطف) وتحقيق جودة الخدمات الصحية.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة تحديث العناصر المادية كالمباني والأجهزة والمرافق الصحية ومظهر الموظفين، وتنظيم دورات تدريبية لفائدة العاملين من أجل رفع كفاءتهم في إنجاز العمل.

❖ "**إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية: دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري**"، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، للباحثة: أوشن ريمة، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة 1، 2018/2017.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، ومدى جاهزيتها لتبني إدارة الجودة الشاملة عن طريق تحليل العوامل الحرجة لنجاح التطبيق في ظل الظروف التي تمر بها الجزائر من إصلاحات في المنظومة الصحية.

توصلت هذه الدراسة إلى أن ظروف عمل الموارد البشرية تحقق مستويات مقبولة خصوصا ما تعلق بالتكوين، رغم أن الإدارة لا توفر الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية، حيث تم تقييم جودة هذه الأخيرة على أنها في أدنى مستوياتها، والحاجة إلى تحديث نظام الاتصال والمعلومات الذي أصبح عاجزا عن تحقيق الأهداف المرجوة منه.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة الاهتمام بالتأطير والتكوين الصحي والإداري في القطاع العام خاصة فيما يتعلق بالطبيين وشبه الطبيين، وإشراك الطبيين أكثر في العمليات الإدارية حتى يتحول الطبيين إلى مسيرين في الصحة ويتسنى لهم القيام برقابة حقيقية على تسيير الموارد الموجودة.

❖ **دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية: حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص: مناجمنت المنظمات، للباحث: زديرة شرف الدين، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر "بسكرة"، 2016 – 2017.

هدفت هذه الدراسة إلى إبراز دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية، ولإثبات الحاجة إلى تبني هذا الأسلوب الإداري، اعتمد الباحث على دراسة آراء مقدمي الخدمة (أطباء، ممرضين، إداريين) حول مدى توفر أبعاد الجودة بالمستشفيات محل الدراسة.

توصلت هذه الدراسة إلى أن هناك أرضية تسمح بتطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات محل الدراسة، وبالتالي تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة تبني برامج إدارة الجودة الشاملة من قبل الوزارة الوصية باعتبارها المسئول الأول على القطاع، وهذا بالاعتماد على التجارب الناجحة للدول الرائدة في مجال الصحة.

❖ **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر: دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص: اقتصاد وتسيير المؤسسة، للباحث: الهلة محمد، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح "ورقلة"، 2016-2017.

هدفت هذه الدراسة إلى ايضاح كيفية إدماج مبادئ وأساليب إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسة الصحية كوسيلة لتحسين الخدمة الصحية، والسعي للسيطرة على تلك الزيادة المضطردة في تكاليفها بشكل يضمن حصول المستفيد على قيمة تتناسب والمبالغ التي يدفعها ثمنا لهذه الخدمة، بما ينتج عنه تقليص الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقعة للوصول إلى الخدمة الأفضل.

توصلت هذه الدراسة إلى أن أغلب المؤسسات الاستشفائية الجزائرية لا تطبق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وأن هناك فروقات كبيرة في جودة الخدمات الصحية المقدمة في العيادات الخاصة مقارنة بالمستشفيات العمومية، مما يجعل المستفيد يفضل العلاج في العيادات الخاصة.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة تبني المؤسسات الاستشفائية الجزائرية لمنهج إدارة الجودة الشاملة كأسلوب إداري معاصر، وذلك بعد إقناع الإدارة العليا للمستشفى أولا والتزامها ودعمها ثانيا لمنهج الجودة، من خلال إنشاء وحدات تعنى بذلك في المستشفيات بغية تنفيذ برامج إدارة الجودة الشاملة بصورة مثلى.

❖ **أثر جودة الخدمة الصحية على رضا المستهلك: دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الاستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة (2015 –2016)**، أطروحة دكتوراه، تخصص: تسويق، للباحثة: عياد ليلي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد "تلمسان"، 2015 – 2016.

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة تفسير أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستفيد، وكان الهدف الرئيسي منها هو قياس درجة تأثير الخدمة الصحية المقدمة على الرضا عند المستفيد من خلال استخدام مقياس الخصائص الموضوعية، وباستخدام نموذج المعادلات الهيكلية.

توصلت هذه الدراسة أنه لجودة الخدمة الصحية أثر ذو دلالة معنوية عند مستوى معنوية (0.5) على الرضا بشكل عام عند أفراد عينة الدراسة، وذلك من خلال نتائج الأساليب الإحصائية المستخدمة.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة تعميق العلاقة والتواصل بين إدارة المؤسسات الصحية والمستهلك للخدمة الصحية المقدمة.

❖ **تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها: دراسة ميدانية بولاية باتنة**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص تسيير المنظمات، للباحثة: سلطاني وفاء، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة1، 2015-2016.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية بولاية باتنة، ومحاولة تقييمها والمساهمة في تحسينها، من خلال الكشف عن ظروف عمل مقدمي الخدمات الصحية (الطبيين والشبه طبيين والإداريين) ومختلف العراقيل التي تواجههم.

توصلت هذه الدراسة إلى أنه يمكن تطبيق نموذج (***Servqual***) لتقييم جودة الخدمات الصحية باعتباره أداة أساسية في تحسين الخدمات المقدمة للمستفيدين، وأن عملية تقييم جودة الخدمات الصحية لا يمثل هدفا في حد ذاته، بل وسيلة تهدف إلى تحديد مكامن الخلل ومحاولة تصحيحها باستخدام آليات مختلفة.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة تحديث الأجهزة والمعدات الطبية المستخدمة بما يلائم التطور الحاصل في ميدان الخدمات الصحية، وكما هو معمول به في دول العالم وضمن الإمكانيات المتاحة.

❖ **"تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية وعلاقته بجودة الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، للباحثة: قبة فاطمة، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة لونيسي علي البليدة2، 2015/2014.

هدفت هذه الدراسة إلى توضيح العلاقة بين عصرنة تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية وجودة الخدمات الصحية، وإعطاء صورة واضحة عن آليات التسيير المعتمدة في المؤسسات الاستشفائية وتقديم واقع الخدمات الصحية بها، وتقديم أوجه القصور في النظام الصحي بالجزائر، ثم محاولة الوصول للأسباب التي تحول دون تطبيق الإصلاحات في تسيير المؤسسات الاستشفائية الجزائرية.

توصلت هذه الدراسة إلى أن نظام التسيير المعتمد في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك لا يتصف بمميزات الحداثة، وأنه توجد علاقة بين جودة الخدمات الصحية ونظام التسيير المعتمد، حيث كلما تميز نظام التسيير بالعصرنة كلما كان لذلك أثر إيجابي على جودة الخدمات الصحية، ولكن بالرغم من ذلك هناك جهود معتبرة من أجل إدخال التغييرات حتى يستطيع مواكبة التطورات في الميدان الصحي.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة الاستعانة بالتقنيات التنظيمية المعتمدة بالمؤسسات الحديثة وتبنيها في المؤسسات الاستشفائية من خلال هيكل تنظيمي مرن يبين أهمية كل وحدة تنظيمية بالمستشفى.

❖ **" أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية: حالة عينة من المستشفيات الجزائرية"**، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، تخصص: تسويق، للباحث: حاج عيسى سيد أحمد، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر3، 2011-2012.

هدفت هذه الدراسة إلى إلى تحليل أثر التدريب في تحسين الجودة الشاملة الصحية بالمستشفيات على مستوى ولاية البليدة، حيث تم إعداد استبيان وتوزيعه على عينة من العاملين بالمستشفيات محل الدراسة (أطباء، شبه طبيين، إداريين).

توصلت الدراسة إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى ($\mathbf{P \leq 0.05}$) بين التدريب والجودة الشاملة الصحية بالمؤسسات محل الدراسة.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة ترسيخ القناعة لدى إدارة المستشفى والعاملين في كافة المستويات التنظيمية بأهمية التدريب، العمل على توفير الموارد البشرية المؤهلة والقادرة على تطبيق العملية التدريبية، وتوفير البرامج التدريبية والتعليمية الخاصة بإدارة الجودة الشاملة لكافة العاملين والمعنيين بالجودة.

❖ "**واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة**"، أطروحة الدكتوراه في علوم التسيير، للباحث: عدمان مريزق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007.

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة، وإبراز أهم العراقيل التي تقف أمام الطاقم الطبي والطاقم شبه الطبي من أجل تقديم خدمات ذات جودة، وعرض أوجه القصور في النظام الصحي بالجزائر واقتراح حلول لمعالجتها.

توصلت هذه الدراسة إلى أن النظام الصحي في الجزائر يواجه العديد من العراقيل التي تحد من فعاليته كغياب الاستقلالية في التسيير، وعدم رضا العاملين على الأجور المقدمة مقارنة بالقطاع الخاص.

أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقا للموارد المتاحة حاليا لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية.

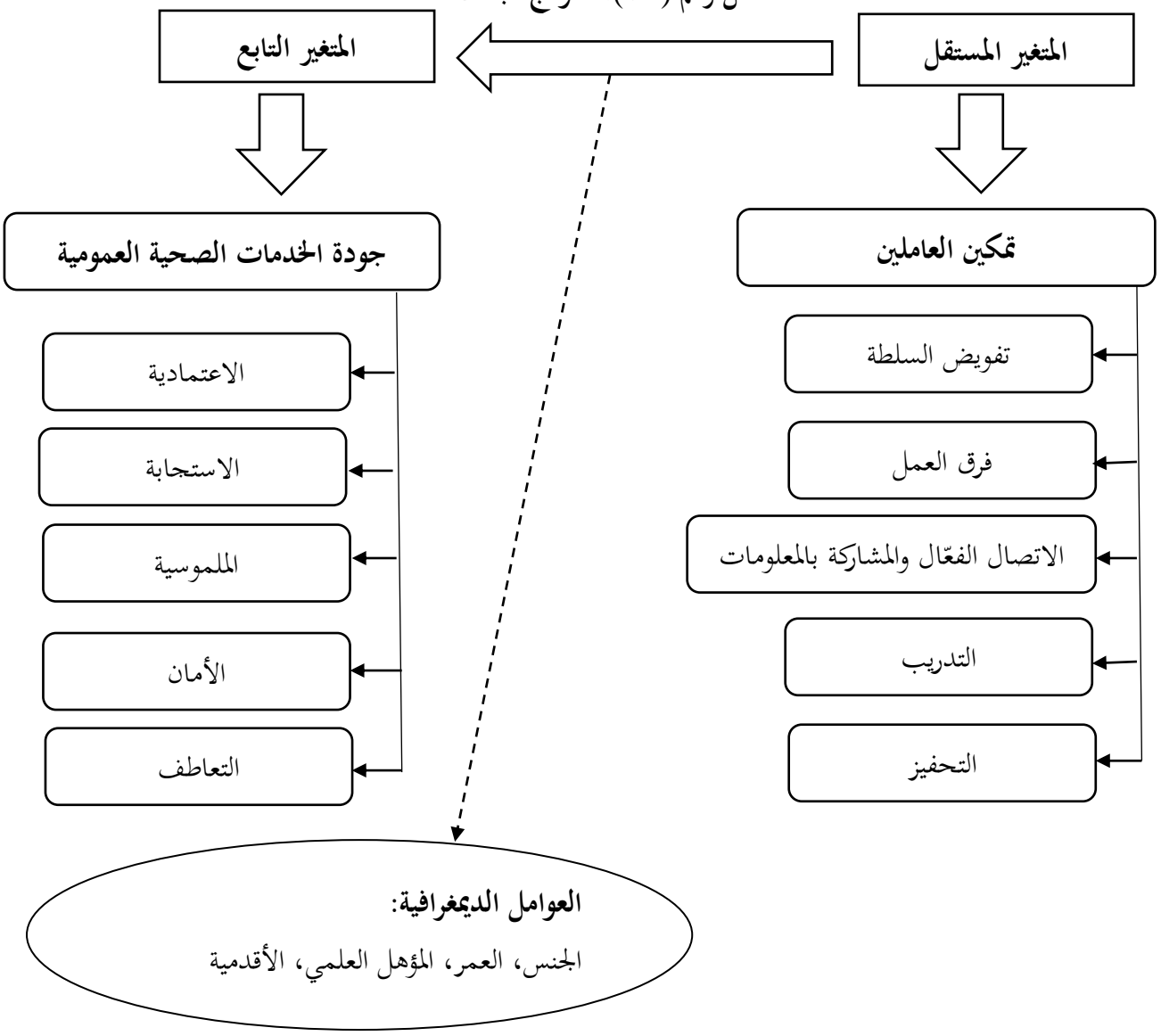
ج–ما يميز هذا البحث عن الدراسات السابقة (القيمة المضافة المستهدفة):

ما يميز بحثنا عن الدراسات السابقة حسب علم الباحث أنه أول دراسة تحليلية تسعى إلى تشخيص واقع القطاع الصحي بولاية المدية وأهم العراقيل والصعوبات التي تواجهه، مع تحليل المؤشرات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية خلال الفترة (2008-2018)، وأيضا قلة الدراسات التي تناولت تمكين العاملين في الحقل الصحي، لذا تأتي هذه الأطروحة كمساهمة في تطبيق أحد الأساليب الإدارية الحديثة في تحسين جودة الخدمات العمومية الصحية ألا وهو تمكين العاملين.

10. نموذج البحث:

يهدف هذا البحث إلى التعرف على مدى تأثير المتغير المستقل (تمكين العاملين) على المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية العمومية)، بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية، كما هو موضح في النموذج الموالي:

الشكل رقم (01): "نموذج البحث"



المصدر: من إعداد الطالب بناء على الدراسات السابقة.

11. التعريف بأهم المصطلحات والمفاهيم الواردة في البحث:

– تمكين العاملين: يقصد به منح العاملين في المؤسسة القوة والحرية في أداء الأنشطة والوظائف، ومختلف المعلومات المساعدة على صنع القرارات، والمشاركة في اتخاذها.

– المستشفى: هي مكان لعلاج المرضى وتأهيلهم، تكون مجهزة بعيادات للأطباء وغرف للعمليات وغرف للإنعاش، وغرف للمرضى عامة وخاصة، وهي نظام كلي يتكون من مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة (نظام الخدمات الطبية، نظام الخدمات الفندقية، نظام الخدمات الإدارية)، بحيث تتفاعل تلك النظم معا

بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمستفيد، وتلبية الحاجات الصحية للمجتمع، وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والبحثية للدارسين والعاملين في الميدان الصحي.

– **الجودة:** تعني الوفاء بمتطلبات العميل الخارجي، والاستجابة لحاجاته ورغباته وتوقعاته.

– **الخدمة:** هي النشاطات أو المنافع التي تقدم للبيع، أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة.

– **جودة الخدمة:** هي درجة الرضا التي تحققها الخدمة للعميل الخارجي، وذلك من خلال تلبية حاجاتهم ورغباتهم وتوقعاتهم.

– **الخدمات الصحية العمومية:** تعتبر من أهم الخدمات التي تقع على عاتق كافة البلدان، وينبغي توفيرها نظرا لضرورتها لصحة المجتمع، ولأن توفرها بدرجة مناسبة يؤدي إلى حماية أغلب السكان من الأمراض والأوبئة، وذلك عن طريق أنشطة الوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الصحية الأولية.

– **جودة الخدمات الصحية:** هي درجة الالتزام بالمعايير الصحية المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة، ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أي مشكلة طبية.

– **إدارة الجودة الشاملة:** هي فلسفة إدارية حديثة ومدخل فكري وثقافي لتأمين الجودة في المؤسسة في جميع مراحلها ومستوياتها التنظيمية، بدءا بالمواصفات التي تقابل متطلبات المستهلك، مرورا بالتصميم والتكنولوجيا وعمليات الإنتاج، معتمدة في ذلك على منهج تكامل الأنشطة ومشاركة جميع الأفراد في ذلك قصد الوصول إلى التحسين والتطوير المستمر.

12. صعوبات البحث:

لقد واجهتنا خلال القيام بالدراسة التطبيقية بعض الصعوبات التي نذكر منها:

- صعوبة الحصول على بعض المعطيات من مديرية الصحة والسكان لولاية المدية؛ وعدم التعاون الجاد من طرف بعض المسؤولين بالقطاع الصحي للولاية في إفادتنا ببعض المعلومات الخاصة بموضوع البحث؛
- عدم تمكننا من إجراء بعض المقابلات المتأخرة التي كنا ننوي القيام بها مع بعض المسؤولين العاملين بمديرية الصحة والسكان لولاية المدية بسبب جائحة –كوفيد 19–، ما أحدث أثرا على السير الحسن للدراسة التطبيقية؛
- مشكل الفجوة بين سنة صدور التقرير من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وسنة معطياته ألا وهي عامين؛
- صعوبات في استرجاع استمارات الاستبيان، وكذلك عدم تعاون بعض المبحوثين في ملأ فقراته.

13. هيكل البحث:

من أجل معالجة هذا الموضوع، قمنا بتقسيمه إلى أربعة فصول كما يلي:

الفصل الأول: جاء هذا الفصل تحت عنوان نحو إطار متكامل لتمكين العاملين في المؤسسة حيث تم تقسيمه إلى أربعة مباحث، تناولنا في المبحث الأول التطور التاريخي لتمكين العاملين، مفهومه وخصائصه، أهميته وأهدافه، أما المبحث الثاني فتناولنا فيه طبيعة تمكين العاملين، حيث تطرقنا فيه إلى مقومات ومبادئ تمكين العاملين، مداخله وأبعاده ومستوياته، أما المبحث الثالث فتناولنا فيه نتائج تمكين العاملين وأهم النماذج والمعوقات التي تحول دون تطبيقه ونجاحه، أما في المبحث الرابع فقمنا بعرض تجارب رائدة وناجحة لمؤسسات عالمية في تمكين العاملين.

الفصل الثاني: جاء هذا الفصل تحت عنوان نحو مقاربة نظرية لجودة الخدمات الصحية وعلاقتها بتمكين العاملين، حيث تم تقسيمه إلى أربعة مباحث، تناولنا في المبحث الأول الخدمات الصحية من خلال التطرق إلى طبيعة المستشفيات باعتبارها منتج الخدمة الصحية ثم تطرقنا إلى ماهية الخدمات الصحية من خلال التطرق إلى تطورها التاريخي، مفهومها، مزيجها التسويقي وكيفية تسويقها، أما المبحث الثاني فتناولنا فيه جودة الخدمات الصحية، مفهومها وأبعادها، وتطرقنا إلى إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، وكيفية تطبيقها في قطاع الخدمات الصحية، أما المبحث الثالث فتناولنا فيه أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية، من خلال معرفة نتائج التمكين على المستفيد من الخدمة الصحية، أما في المبحث الرابع فقمنا بعرض تجارب دولية رائدة في تطوير الخدمات الصحية.

الفصل الثالث: جاء هذا الفصل تحت عنوان دراسة تحليلية للقطاع الصحي العمومي بولاية المدية للفترة (2008-2018)، حيث تم تقسيمه إلى أربعة مباحث، تناولنا في المبحث الأول تقديم نظرة عامة على القطاع الصحي العمومي الجزائري خلال الفترة (2008-2018)، أما المبحث الثاني فتناولنا فيه البنية التحتية للمنظومة العمومية الصحية لولاية المدية من خلال تحليل تطور عدد المؤسسات الصحية في الولاية، عدد الأسرة... الخ، أما المبحث الثالث فتناولنا فيه تطور الموارد البشرية الصحية في القطاع الصحي لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، أما المبحث الرابع فتناولنا فيه تحليل النشاطات الصحية للقطاع الصحي العمومي لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018).

الفصل الرابع: جاء هذا الفصل تحت عنوان دراسة ميدانية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية، حيث تم تقسيمه إلى أربعة مباحث، تناولنا في المبحث الأول الخطوات المنهجية للدراسة الميدانية، أما

المبحث الثاني فتناولنا فيه أهم الاختبارات القبلية في معالجة أداة الدراسة مثل اختبار الصدق، الثبات ... الخ، أما المبحث الثالث فتناولنا فيه تحليل متغيرات الدراسة لكل فئة مدروسة على حدى وكذلك اختبار الفرضيات، أما المبحث الرابع قمنا بعرض نموذج مقترح لتطبيق التمكين في المؤسسة العمومية الصحية لولاية المدية ونموذج مقترح لتحسين الخدمات الصحية بالمؤسسات محل الدراسة.

وسيختم هذا البحث بخاتمة نستعرض فيها جملة من النتائج المتوصل إليها بشقيها النظرية والتطبيقية، وكذلك جملة من التوصيات والمقترحات واختبار الفرضيات وأفاق البحث.

الفصل الأول:

نحو إطار متكامل لتمكين العاملين في المؤسسات

تمهيد الفصل:

يعد التمكين سمة أساسية ومطلب أساسي في حياة البشرية، وما يدل على ذلك هو وروده في القرآن الكريم في آيات عديدة تؤكد على أهمية التمكين ومدى حاجة البشرية إلى هذا المطلب الهام، فالتمكين يعتمد على نوع شخصية القائد، أي أن التمكين يتطلب قائدا ديمقراطيا يشارك الآخرين في اتخاذ القرارات وفي إنجاز الأعمال ولا ينفرد بالتسيير، فالقائد الديمقراطي يؤمن بإمكانيات وقدرات الآخرين، ومن أجل ذلك نجده يمارس التمكين، على عكس القائد الأوتوقراطي الذي لا يعترف أبدا بإمكانيات الآخرين ولا يعترف أبدا بالتمكين، فشخصية القائد هي أهم مطلب لتطبيق التمكين من عدمه.

يعتبر تمكين العاملين أحد المفاهيم والفلسفات الإدارية الحديثة التي لاقت اهتماما واسعا من طرف المفكّرين والباحثين في حقل إدارة الأعمال، فالتمكين بطبيعته يركز على أهم مورد داخل المؤسسة ألا وهو المورد البشري الذي يعد مصدر الإبداع والابتكار ومصدر التميز، خاصة وأن المؤسسات المعاصرة أصبحت تعمل في بيئة غير مستقرة ودائمة التعقد والعنصر الوحيد الثابت فيها هو التغير، حيث أنه لا مكان في هذه البيئة إلا المؤسسات المبدعة والمتفوقة.

بما أن التمكين يركز على المورد البشري من خلال إعطائه المزيد من الصلاحيات وإشراكه في اتخاذ القرارات، فهذا يعني أن التمكين يهدف إلى الاستثمار في معارف ومهارات المورد البشري ويعطيه فرصة للظهور وإظهار قدراته وإمكانياته، فالتمكين يعد من أهم الفلسفات الحديثة التي أعطت الاهتمام الكافي بالمورد البشري، وسبب هذا الاهتمام هو إيمان التمكين بقدرات المورد البشري، خاصة إذا تم إعطاءه الحرية والاستقلالية فسيتحول إلى مورد منتج ويساهم في تحقيق القيمة المضافة، وعلى ضوء ذلك سيشعر المورد البشري بأن له دور كبير في المؤسسة، وأن أفكاره هي مصدر بقاء المؤسسة وتفوقها على المنافسين.

وعلى ضوء ذلك، قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى أربعة مباحث نسعى من خلالها إلى الإحاطة بماهية التمكين هي:

المبحث الأول: الخلفية النظرية لتمكين العاملين.

المبحث الثاني: طبيعة تمكين العاملين.

المبحث الثالث: أساسيات تمكين العاملين.

المبحث الرابع: تجارب رائدة لمؤسسات عالمية في تمكين العاملين.

المبحث الأول: الخلفية النظرية لتمكين العاملين

يعد تمكين العاملين أحد المفاهيم والفلسفات الإدارية الحديثة التي لاقت رواجا واسعا في عالم الأعمال، لكونه ينصب أساسا على الموارد البشرية داخل المؤسسة، فالمورد البشري إذا ما شعر بأنه عنصر مهم في المؤسسة وأنه محور اهتمام الإدارة العليا، خاصة إذا تم تمكينه وإعطائه المزيد من الصلاحيات والحرية في أداء المهام، فإنه سيصبح فردا مبدعا ومصدر الميزة التنافسية للمؤسسة.

المطلب الأول: التطور التاريخي للتمكين

مر مصطلح التمكين بمراحل تطور تاريخية شهدتها البشرية، فقد ظهر في الفكر الإسلامي من خلال ما ورد في القرآن الكريم من خلال آيات عديدة تكلمت عن التمكين، ثم انتقل إلى الفكر الإداري وإلى عالم الأعمال، وعلى ضوء ذلك سنقسم نشأة التمكين إلى شقين أساسيين هما التمكين في الفكر الإسلامي والتمكين في الفكر الإداري أي في مجال الأعمال.

أولا: التمكين في الفكر الإسلامي: ورد مصطلح التمكين في الثقافة العربية الإسلامية في القرآن الكريم، فقد ذكرت كلمة التمكين في القرآن الكريم في أكثر من عشرين آية، اثنتا عشر منها مدلولها دار حول مفهوم التمكين في الثقافة العربية الإسلامية، وهو أن جعل الله سبحانه وتعالى الممكّن لهم خلفاء في الأرض، أي أئمة الناس والولاة عليهم، وبهم تصلح البلاد وتخضع لهم العباد وتصلح في حال تولي المؤمنين[1].

وجاء لفظ التمكين في القرآن الكريم على وجهين لغويين[2]:

أ. الوجه الأول: بمعنى الملك والسلطان: جاء في سورة الكهف قوله تعالى مخبرا عن ذي القرنين ﴿**إِنَّا مَكَّنَّا لَهُ فِي الأَرْضِ وَءاتَيْنَاهُ مِنْ كُلِّ شَيْءٍ سَبَبًا**﴾* أي أتيناه ملكا عظيما، إنا مكنا له وأتيناه من كل شيء سببا وطرقا، يتوصل بها إلى ما يريد من فتح المدائن وقهر المدائن وغير ذلك.

ب. الوجه الثاني: بمعنى المنزلة عند السلطان: قال تعالى مخبرا عن سيدنا يوسف عليه السلام ﴿ **وَكَذَلِكَ مَكَّنَّا لِيُوسُفَ فِي الأَرْضِ** ﴾** أي صيرناه إلى الكرامة والمنزلة الرفيعة عند عزيز مصر.

---

[1]- جلاب إحسان دهش، الحسيني كمال طاهر، **إدارة التمكين والاندماج**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص 15.

[2]- بضياف عادل، العايب رابح، **التمكين الإداري وعلاقته بتنمية القدرات القيادية في المؤسسات الجامعية**، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد: 03، العدد: 47، جامعة قسنطينة2، 2017، ص 14.

*- الآية: 84، سورة الكهف، رواية ورش عن نافع.

**- الآية: 21، سورة يوسف، رواية ورش عن نافع.

وعليه يمكن استعراض بعض ما ورد في القرآن الكريم من الآيات التي أشارت إلى التمكين في الجدول التالي:

جدول رقم (1-1): بعض الآيات الكريمة التي ورد فيها التمكين

السورة: الآية	نص الآية الكريمة برواية "ورش عن نافع"*
يوسف: (21)	﴿ وَكَذَلِكَ مَكَّنَّا لِيُوسُفَ فِي الاَرْضِ وَلِنُعَلِّمَهُ مِنْ تَاوِيلِ الاَحَادِيثِ وَاللَّهُ غَالِبٌ عَلَى أَمْرِهِ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ ﴾
الأعراف: (69)	﴿ وَاذْكُرُوا إِذْ جَعَلَكُمْ خُلَفَاءَ مِنْ بَعْدِ قَوْمِ نُوحٍ ﴾
ص: (26)	﴿ يَا دَاوُودُ إِنَّا جَعَلْنَاكَ خَلِيفَةً فِي الْأَرْضِ فَاحْكُم بَيْنَ النَّاسِ بِالْحَقِّ ﴾
الحج: (41)	﴿ الَّذِينَ إِن مَّكَّنَّاهُمْ فِي الْأَرْضِ أَقَامُواْ الصَّلَاةَ وَءاتَوُا الزَّكَاةَ وَأَمَرُواْ بِالْمَعْرُوفِ وَنَهَوْا عَنِ الْمُنْكَرِ وَلِلَّهِ عَاقِبَةُ الْأُمُورِ ﴾
الأحقاف: (26)	﴿ وَلَقَدْ مَكَّنَّاهُمْ فِيمَا إِن مَّكَّنَّاكُمْ فِيهِ وَجَعَلْنَا لَهُمْ سَمْعًا وَأَبْصَارًا وَأَفْئِدَةً ﴾
القصص: (57)	﴿ وَقَالُوٓاْ إِن نَّتَّبِعِ ٱلْهُدَىٰ مَعَكَ نُتَخَطَّفْ مِنَ اَرْضِنَا أَوَلَمْ نُمَكِّن لَّهُمْ حَرَمًا –امِنًا تُجْبَى إِلَيْهِ ثَمَرَاتُ كُلِّ شَيْءٍ رِّزْقًا مِنْ لَّدُنَّا وَلَكِنَّ أَكْثَرَهُمْ لا يَعْلَمُونَ ﴾
القصص: (06)	﴿ وَنُمَكِّنَّ لَهُمْ فِي الاَرْضِ وَنُرِىَ فِرْعَوْنَ وَهَامَانَ وَجُنُودَهُمَا مِنْهُم مَّا كَانُوا يَحْذَرُونَ ﴾
النمل: (16)	﴿ وَوَرِثَ سُلَيْمَانُ دَاوُودَ وَقَالَ يَا أَيُّهَا النَّاسُ عُلِّمْنَا مَنْطِقَ الطَّيْرِ وَأُوتِينَا مِنْ كُلِّ شَيْءٍ إِنَّ هَذَا لَهُوَ الْفَضْلُ الْمُبِينُ ﴾
الأنفال: (26)	﴿ وَاذْكُرُوا إِذَ اَنْتُمْ قَلِيلٌ مُسْتَضْعَفُونَ فِي الْأَرْضِ تَخَافُونَ أَنْ يَتَخَطَّفَكُمُ النَّاسُ فَآوَاكُمْ وَأَيَّدَكُمْ بِنَصْرِهِ وَرَزَقَكُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ ﴾

المصدر: من إعداد الطالب.

وفيما يلي أهم التفسيرات لبعض الآيات السابقة من بعض مراجع علم تفسير القرآن الكريم:

جاء في تفسير الإمام الطبري في تفسير قوله تعالى:﴿ **وَكَذَلِكَ مَكَّنَّا لِيُوسُفَ فِي الاَرْضِ وَلِنُعَلِّمَهُ مِنْ تَاوِيلِ الاَحَادِيثِ وَاللَّهُ غَالِبٌ عَلَى أَمْرِهِ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ** ﴾ أي كما أنقذنا يوسف من أيدي إخوته وقد هموا بقتله وأخرجناه من الجبّ بعد أن ألقي فيه، فصيرناه إلى الكرامة والمنزلة الرفيعة عند عزيز مصر[1].

وجاء في تفسير الإمام أبي حيّان الأندلسي في تفسير قوله تعالى: ﴿ **وَاذْكُرُوا إِذْ جَعَلَكُمْ خُلَفَاءَ مِنْ بَعْدِ قَوْمِ نُوحٍ** ﴾ أي سكان الأرض بعدهم، أي جعلكم ملوكا في الأرض استخلفكم فيها[2].

---

*- (**ورش عن نافع**): ولد الإمام ورش سنة 110 للهجرة وتوفي سنة 197 للهجرة بمصر، هو أبو سعيد عثمان بن سعيد بن عبد الله بن عمرو بن سليمان، ولقبه الذي اشتهر به ورش، شيخه هو الإمام نافع وهو الذي لقبه بورش، ويقال أن نافع لقبه بالورشان وهو طائر معروف، والورش هو شيء يصنع من اللبن، ويقال أنه لقب به لبياضه، ويعد ورش شيخ القراء المحققين وانتهت إليه في زمانه رئاسة الإقراء في الأراضي المصرية، وتتفرع قراءة ورش إلى طريق الأزرق وطريق الأصبهاني، وطريق الأزرق هو الطريق الذي يقرأ به في الجزائر.

[1]- الطبري محمد بن جرير، **تفسير الطبري "جامع البيان عن تأويل آي القرآن"**، الطبعة الأولى، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1994، ص: 20.

[2]- محمد بن يوسف الشهير بأبي حيّان الأندلسي، **تفسير البحر المحيط**، الطبعة الأولى، دار الكتب العلمية، لبنان، 1993، ص ص: 327-328.

وجاء في تفسير الإمام السعدي في تفسير قوله تعالى: ﴿ **يَا دَاوُودُ إِنَّا جَعَلْنَاكَ خَلِيفَةً فِي الأَرْضِ فَاحْكُم بَيْنَ النَّاسِ بِالْحَقِّ** ﴾ أي تنفذ فيها القضايا الدينية والدنيوية، وأن تحكم بالعدل، وهذا لا يتمكّن منه إلا علم بالواجب وبالواقع وقدرة على تنفيذ الحق[1].

وجاء في تفسير الإمام البغوي في تفسير قوله تعالى: ﴿ **الَّذِينَ إِن مَّكَّنَّاهُمْ فِي الأَرْضِ أَقَامُواْ الصَّلَاةَ وَءاتَوُا الزَّكَاةَ وَأَمَرُواْ بِالْمَعْرُوفِ وَنَهَوْا عَنِ الْمُنْكَرِ وَلِلَّهِ عَاقِبَةُ الْأُمُورِ** ﴾ أي نصرناهم على عدوهم[2].

وجاء في تفسير الإمام محمد الرازي في تفسير قوله تعالى: ﴿ **أَوَلَمْ نُمَكِّن لَّهُمْ حَرَمًا –امِنًا تُجْبَى إِلَيْهِ ثَمَرَاتُ كُلِّ شَيْءٍ رِّزْقًا مِنْ لَّدُنَّا وَلَكِنَّ أَكْثَرَهُمْ لا يَعْلَمُونَ** ﴾ أي أعطيناكم مسكنا لا خوف لكم فيه[3].

وجاء في تفسير ابن كثير في تفسير قوله تعالى: ﴿ **وَاذْكُرُوا إِذَ اَنْتُمْ قَلِيلٌ مُسْتَضْعَفُونَ فِي الأَرْضِ تَخَافُونَ أَنْ يَتَخَطَّفَكُمُ النَّاسُ فَآوَاكُمْ وَأَيَّدَكُمْ بِنَصْرِهِ وَرَزَقَكُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ** ﴾ أي أنهم كانوا قليلين فكثّرهم، ومستضعفين خائفين فقواهم ونصرهم، وفقراء فرزقهم من الطيبات[4].

نستنتج من خلال ما سبق بأن أول ظهور لمصطلح التمكين كان في الفكر الإسلامي من خلال ما جاء في القرآن الكريم في العديد من الآيات التي أشارت إلى التمكين، ولقد أعطى الله عزّ وجّل التمكين لأمم مسلمة ولأمم كافرة، فالتمكين كان يأتي ليؤيد وينصر ويقوي المؤمنين ويبين أنهم على حق ويزيدهم قوة على قوة، وكذلك فإن التمكين أعطي للأمم الكافرة حتى يذكروا فضل الله عليهم، ولكنهم كفروا بأنعم الله فأهلكهم الله بذنوبهم، وعليه فإن التمكين له أهمية كبيرة في الإسلام لأنه يعطي القوة والمكانة العالية.

ثانيا: التمكين في الفكر الإداري: بدأ مفهوم التمكين يتبلور في الفكر الإداري بعد التسعينات من القرن العشرين ولم يظهر فجأة، وإنما ظهر نتيجة تطورات تراكمية في الفكر الإداري بمفاهيمه المختلفة بشكل عام وبالمفاهيم التي تتعلق بإدارة الموارد البشرية بشكل خاص، حيث بدأ التركيز سنة 1920 على الجوانب

---

[1]- السعدي عبد الرحمن بن ناصر، **تيسير الكريم الرّحمن في تفسير كلام المنّان**، الطبعة الثانية، دار السلام للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، 2002، ص: 837.

[2]- البغوي أبي محمد الحسين بن مسعود، **معالم التنزيل**، المجلّد الخامس، دون طبعة، دار طيبة للنشر والتوزيع، الرياض، 1990، ص ص: 389-390.

[3]- محمد الرّازي فخر الدين، **تفسير الفخر الرّازي**، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، لبنان، 1981، ص:4.

[4]- أبي الفداء إسماعيل بن عمر بن كثير القرشي الدمشقي، **تفسير القرآن العظيم**، الطبعة الأولى، دار ابن حزم، لبنان، 2000، ص: 832.

الإنسانية في العمل (ليس بهدف الإنسان وتلبية رغباته وحل مشاكله، وإنما بهدف زيادة الكفاءة والإنتاجية)، ثم بدأت نظريات أخرى تركز على الجوانب المعنوية (المشاركة، الحرية وتقدير الفرد واحترامه) [1].

وفي الولايات المتحدة الأمريكية يعود تاريخ أول دراسة رسمية للتمكين لـ *"***ماري باركر فوليت***"*، حيث ميزت فيها بين مفهومين (القوة مع) و (القوة على)، واقترحت الباحثة هنا تعزيز وزيادة مفهوم (القوة مع) وتخفيض مفهوم (القوة على) [2].

كما ظهر مفهوم تمكين العاملين باعتباره مدخلا معاصرا يمثل بجد صيحة ترددت وبقوة في مجال العمل الإداري الحديث، بعد أن تحول الاهتمام من نموذج مؤسسة الرقابة والأوامر، إلى ما يسمى الآن بالمؤسسة الممكّنة (***Empowered Organization***) وما يتبع ذلك من تغييرات وتحولات[3].

والتمكين في اللغة الإنجليزية *Empowerment* هي كلمة مركبة من ثلاثة أقسام[4]:

- القسم الأول: *Em*: يعني إعطاء أو أخذ القوة؛
- القسم الثاني: *Power*: ويعني السلطة أو القوة؛
- القسم الثالث: *ment*: ويعني وجود نتائج ملموسة نتيجة لزيادة القوة.

ولتوضيح نشأة التمكين أكثر في الفكر الإداري، لابد أن نتعرض إلى أهم نظريات الفكر الإداري التي أشارت إلى التمكين كما يلي:

- **نظرية العلاقات الإنسانية:** يمكن إرجاع جذور نظرية التمكين إلى أفكار نظرية العلاقات الإنسانية، التي برزت كرد فعل لإهمال الجانب الإنساني في معدلات العمل التي تبنتها مدرسة الإدارة العلمية التي قادها

---

[1]– دبلة عبد العالي، العمري وفاء، **آلية التمكين الإداري في الفكر التنظيمي الحديث**، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، المجلد: 05، العدد: 18، جامعة بسكرة، 2016، ص: 56.

*– (***ماري باركر فوليت***): ولدت في ولاية ماساشيوسيبس بالولايات المتحدة الأمريكية سنة 1868، كانت تعمل بالخدمة الاجتماعية، ومستشارة في الشؤون الإدارية ورائدة في المجالات النظرية والتنظيمية والسلوك التنظيمي، كانت واحدة من اثنتين من كبرى زعيمات الإدارة النسائية في الأيام الأولى للنظرية الكلاسيكية للإدارة، وألفت العديد من الكتب والمقالات عن الديمقراطية، والعلاقات الإنسانية، والفلسفة السياسية، علم النفس، والسلوك التنظيمي وتسوية النزاعات.

[2]- *Siami Sara, Gorji Mohamed,* ***Assessement of effect of Empowerment on Employees performance (case study)****, Business and Management Review, Vol: 01, N: 08, 2011, p p 20- 21.*

[3] – النعمة عادل ذاكر، آمال سرحال سليمان، **دور تمكين العاملين في دعم أهداف التحسين المستمر: دراسة ميدانية في المؤسسة العامة لصناعة الأدوية والمستلزمات الطبية في نينوى**، مجلة تنمية الرافدين، المجلد: 34، العدد: 108، جامعة الموصل، العراق، 2012، ص: 170.

[4]– دغرير فتحي، **دراسة متطلبات التحول إلى المنظمة المتعلمة من خلال مدخل التمكين: دراسة ميدانية على القطاع البنكي في الجزائر**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة البليدة2، 2017-2018، ص ص: 85-86.

"***فريدريك تايلور***"* في نهايات القرن التاسع عشر ميلادي وبدايات القرن العشرين، أي أن نظرية تمكين العاملين عن طريق تفويضهم المزيد من الصلاحيات وإشراكهم في صنع قرارات، إنما هي مرحلة متقدمة من أفكار المدرسة الإنسانية، فيما عرف بمشاركة العاملين في الخمسينيات والستينيات من القرن العشرين[1].

- **نظرية الحاجات لـ "*إبراهام ماسلو*"***: قسم صاحب هذه النظرية الحاجات إلى قسمين رئيسيين هما حاجات النقص التي تتمثل في الحاجات الفيزيولوجية والشعور بالأمن، وحاجات النمو التي تتمثل في الحاجات الاجتماعية واحترام الذات وتحقيق الذات، ويتضح اهتمام هذه النظرية بالتمكين من خلال حاجات النمو، أي من خلال حب الفرد لانتمائه مع الآخرين كالعمل في فريق واحد، وكذلك من خلال شعور الفرد بأهميته وقيمته في المؤسسة، ولا يظهر ذلك إلا من خلال تعاون الرئيس مع المرؤوسين وإعطائهم السلطة والمسؤولية حتى يشعر الأفراد بتحقيق ذاتهم[2].
- **نظرية *x و y* لـ "*دوغلاس ماكريجور*"***: يعتبر "***دوغلاس ماكريجور***" من بين المؤثرين الرئيسيين في عملية التمكين الذي افترض بأن هناك نهجين لإدارة العاملين، وكيف يساهم العاملين في إدارة وضع عملهم الخاص[3]، كما أن هذه النظرية مثلت خطوة مهمة اتجاه التمكين، حيث تأثر صاحبها بكل من "***ألتون مايو***"* و"***ماسلو***"، فقدم إضافة جديدة من خلال أن X تنظر إلى العامل على أنه كسول ويفتقد لروح

---

*- (**فريديريك تايلور: 20 مارس 1856–21 مارس 1915**): ولد سنة 1856 بالولايات المتحدة الأمريكية، وهو مهندس ميكانيكي سعى لتحسين الكفاءة الصناعية، يعد أبا لعلم الإدارة، كما كان من أوائل المستشارين الإداريين، ويعد واحدا من قادة الفكر في حركة الكفاءة، وأفكاره تعد عالميا شديدة التأثير في الحقبة التقدمية.

[1]- اندرواس رامي جمال، معايعة عادل سالم، **الإدارة بالثقة والتمكين**، الطبعة الأولى، عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع، إربد، الأردن، 2008، ص: 129.

- (ابراهام ماسلو: 1 أبريل 1908– 8 يونيو 1970**): هو عالم نفس أمريكي، ولد في بروكلين بنيويورك، اشتهر بنظريته تدرج الحاجات، حصل على بكالوريوس في علم النفس(1930) ، وحصل على الماجستير في علم النفس سنة 1931 ودكتوراه في الفلسفة سنة 1934.

[2]- جنان شريفة، **عقود العمل ودورها في إشباع حاجات خريجي الجامعة حسب هرم ماسلو: دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الخدماتية والتربوية بمدينة بسكرة**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاجتماعية: تخصص علم النفس عمل وتنظيم، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة بسكرة، 2015-2016، ص ص: 79-80.

*** -(**دوغلاس ماكريجور: 06 سبتمبر 1906–1 أكتوبر 1964**): هو أستاذ الإدارة في كلية سلون للإدارة بمعهد ماساتشوستس للتكنولوجيا (MIT) من 1937 إلى 1964، حاصل على دكتوراه في علم النفس من جامعة هارفارد ، وتخرج سنة 1935 بعد أن عمل في عدد من المؤسسات، بما في ذلك كمدير لمؤسسة توزيع البنزين في ديترويت من 1926 إلى 1930.

[3]- *ASKEY HELEN, **THE EMPOWERMENT EXPERIENCE: A STUDY OF TWO ORGANISATIONS**, PhD thesis, University of Leicester, 2017, p: 25.*

****- (**ألتون مايو: 26 ديسمبر 1880–07 سبتمبر 1949**): ولد بمدينة أديلايد بأستراليا سنة 1880 وتوفي سنة 1949 في جيلفورد ببريطانيا، عمل كأستاذ مُحاضر بجامعة كوينزلاد من 1911 إلى 1923 ثم في جامعة بنسلفانيا، لكنه قضى معظم حياته المهنية في مدرسة هارفاد للأعمال (1923-1947) حيث عمل كأستاذ في البحث الصناعي.

المبادرة ولا يتحمل المسؤولية وهذا لا يؤدي إلى التمكين، بينما y يرى في مرؤوسيه حب العمل وروح المبادرة والرقابة الداخلية، وعلى هذا الأساس فإن المدراء يسعون إلى ممارسة أساليب التمكين بمنح العمال مجالا أوسع للمشاركة وحرية التصرف، مما يؤدي إلى الإبداع والتفوق وتحقيق الذات[1]، كما ذكر "***دوغلاس ماكريجور***" أن الإدارة الذاتية للعاملين والمشاركة في عمليات صنع القرار من شأنها أن تساعد في تمكين العاملين[2].

- **نظرية Z لـ "*ويليام أوشي*"***: تعتبر نظرية Z اليابانية من أهم النظريات التي أعطت اهتمام كافيا بالتمكين، حين وضعت عملية المشاركة في اتخاذ القرار من المبادئ الأساسية التي تقوم عليها النظرية، كما أكدت على روح الجماعة والعمل في فريق واحد وهذا ما يعزّز نجاح عملية التمكين[3].
- **نظرية الشخصية البالغة لـ "*كريس أرجريس*"****: وجه "***كريس أرجريس***" انتقادا شديدا للنظريات الكلاسيكية من خلال كتابه "المؤسسة والشخصية"، لاعتقاده بأن تلك النظريات تتعامل مع الإنسان كأنه طفل يحتاج إلى توجيه وإشراف ومساعدة، ويرى ضرورة التعامل معه على أنه إنسان ناضج ينبغي منحه الصلاحيات، وحرية التصرف، وحق المشاركة في اتخاذ القرارات، وتحمل المسؤولية[4].

---

[1]- بوسالم أبوبكر، **دور سياسة تمكين العاملين في تحقيق الميزة التنافسية المستدامة: دراسة ميدانية على مؤسسة سوناطراك البترولية**، مذكرة الماجستير في علوم التسيير: تخصص إدارة الأعمال الاستراتيجية للتنمية المستدامة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف 1، 2012-2013، ص: 11.

[2]- *UZUNBACAK Hasan Hüseyin,* ***THE IMPACTS OF EMPLOYEE EMPOWERMENT ON INNOVATION: A SURVEY ON ISPARTA AND BURDUR ORGANIZED INDUSTRIAL ZONES****, The Journal of International Social Research, Vol: 8, N: 37, 2015, p: 2.*

*- (**ويليام أوشي: 1943**): ولد سنة 1943 في هونولولو بهاواي، حصل على الدكتوراه من جامعة شيكاغو عام 1972، عمل مدرسا وكذلك أستاذا مشاركا في كلية الدراسات العليا لإدارة الأعمال بستانفورد في الفترة من 1971-1979، يعتبر أوشي مستشارا منتظما في 500 مؤسسة ناجحة، ويشتهر بصياغته لنظرية Z الإدارية.

[3]- عبد الحق علي ابراهيم، **دور السلوك التنظيمي في أداء منظمات الأعمال: بيئة المنظمة الداخلية كمتغير معدل: دراسة على عينة من البنوك التجارية في ولاية الخرطوم**، أطروحة دكتوراه: تخصص إدارة الأعمال، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2015، ص ص: 62-63.

- (كريس أرجريس: 16 يوليو 1923-16 نوفمبر 2013**): ولد سنة 1923 في نيوارك بولاية نيوجرسي، ونشأ في إرفينغتون بولاية نيوجرسي، حصل على درجة الماجستير في علم النفس والاقتصاد من جامعة كانساس، ودكتوراه في مجال السلوك التنظيمي، شغل منصب أستاذ للعلوم الإدارية، وأستاذ التربية والسلوك التنظيمي في جامعة هارفارد.

[4]- خلفة سارة، عيساوي فلة، **التمكين الإداري كثقافة جديدة في مؤسسات الأعمال**، مجلة المنتدى للدراسات والأبحاث الاقتصادية، المجلد: 02، العدد: 01، جامعة الجلفة، 2018، ص: 359.

- **نظرية الإدارة بالأهداف:** ظهرت نظرية الإدارة بالأهداف على يد "***بيتر دراكر***"* في خمسينيات القرن العشرين في كتابه "ممارسة الإدارة"، حيث تقوم فكرة الإدارة بالأهداف على أساس اشتراك جميع العاملين في المؤسسة بتحديد أهداف المؤسسة، وبالتالي فهي أسلوب إداري يقوم على الإدارة التشاركية وينشئ روح الفريق، وهذا ما زاد من أهمية التمكين[1].
- **نظرية إدارة الموارد البشرية:** إن إدارة الموارد البشرية كانت تسمى إدارة الأفراد، والسبب الذي كان وراء انتقال التسمية من إدارة الأفراد إلى إدارة الموارد البشرية، هو تغير النظرة للمورد البشري والنظر إليه على أنه طاقة ذهنية وقدرة فكرية ومصدر للمعلومات والاقتراحات والابتكارات، وعنصر فاعل وقادر على المشاركة الإيجابية بالفكر والرأي، وهذا ما عزّز من بزوغ فكرة التمكين[2].
- **نظرية إدارة الجودة الشاملة:** تعتبر نظرية إدارة الجودة الشاملة من أهم نظريات الفكر الإداري التي اهتمت بتمكين العاملين، من خلال مشاركة جميع العاملين في اتخاذ القرارات بشكل جماعي، خاصة وأنها جعلت التمكين أحد المبادئ الأساسية التي تعتمد عليها[3].
- **نظرية إدارة المعرفة:** تهدف إدارة المعرفة على تنمية ثقافة التعلم، حيث يقوم أعضاء المؤسسة بجمع المعرفة بشكل منهجي ومشاركتها مع الآخرين في المؤسسة لتحقيق أداء أفضل، وهذا ما عزّز من فكرة تمكين العاملين للعمل في فريق واحد من أجل إنتاج المعرفة وتقاسمها[4].

---

*- (**بيتر دراكر**: **19 نوفمبر 1909–11 نوفمبر 2005**): ولد في فيينا عاصمة النمسا في 1909 وهو كاتب اقتصادي أميركي من أصل نمساوي يهودي عاش معظم حياته في الولايات المتحدة الأمريكية حيث عاش في الفترة بين أجمع الكل أنه الأب الروحي للإدارة، فهو الذي حدّد مفهوم المؤسسة في تحليله الرائع لمؤسسة جنرال موتورز.

[1]- القرني نورة عوض عبد الله، **درجة تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في مدارس محافظة بلقرن للمرحلة الثانوية من وجهة نظر المعلمين والمعلمات**، المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية، سلسلة العلوم الإنسانية، المجلد: 18، العدد: 01، جامعة اليرموك، الأردن، 2016، ص: 54.

[2]- بوزورين فيروز، **أثر ممارسات إدارة الموارد البشرية على بناء المزايا التنافسية للمؤسسات المتوسطة الجزائرية: دراسة ميدانية في بعض المؤسسات بولاية سطيف**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، دون ذكر التخصص، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف1، 2016-2017، ص: 11.

[3]- بوخلوة باديس، **أثر تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة المنتجات النفطية: دراسة ميدانية في مؤسسة سوناطراك –قسم التكرير–**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة ورقلة، 2015-2016، ص: 8.

[4]- *ANTON ROBERT ANTON SABELLA, **STRATEGIC MANAGEMENT TRAINING AND DEVELOPMENT: AN EXPLORATION INTO THE EXTENT AND NATURE OF SENIOR AND MIDDLE MANAGERS' DEVELOPMENT IN THE PALESTINIAN TELECOMMUNICATION SECTOR**, PhD thesis, School of Social and International Studies, University of Bradford, 2013, p: 28.*

- **نظرية المؤسسة المتعلمة:** إن المؤسسات المتعلمة تعد من أهم المفاهيم الإدارية المعاصرة، التي تعزز موضوع التمكين وتستثمره من أجل التجديد والتطوير المستمر، والمؤسسات المتعلمة تستوجب معلمين ومتعلمين، الطالبين للمعلومة والمعرفة والمهارة بصفة مستمرة، وبالتالي فإن التعلم والتعليم مقومات أساسية لمن يريد أن يكون ممكّنا، أو متسلحا بروح المبادرة والمرونة والتكيف[1].

نستنتج من خلال ما سبق بأن نشأة التمكين في الفكر الإداري يعود إلى نظرية العلاقات الإنسانية، هذه النظرية التي وجهت انتقادا شديدا لنظريات المدرسة الكلاسيكية التي أهملت العامل واهتمت بالعمل، وقد جاءت هذه النظرية لتبرز أهمية العامل في المؤسسة، وقد نتج عن ذلك العديد من الأشياء كالتحفيز والتدريب وكل ما له علاقة بالموارد البشرية، ومن بينها التمكين الذي تطورت أهميته من نظرية لأخرى، إلى أن جاءت إدارة الجودة الشاملة وأظهرت الصورة الحقيقية للتمكين، وبينت الأهمية الكبرى لهذا المفهوم ومدى حاجة المؤسسات إلى أن تمارس مثل هذه الممارسات، التي ترتقي بها إلى الريادة وتحقيق مكانة مرموقة أمام المنافسين.

المطلب الثاني: مفهوم تمكين العاملين وعلاقته ببعض المفاهيم الإدارية الأخرى

سنحاول في هذا المطلب التعريف بتمكين العاملين لغة واصطلاحا، من خلال عرض أهم المفاهيم التي تناولتها أدبيات الفكر الإداري، بالإضافة إلى التعرض إلى مختلف المفاهيم التي لها علاقة بتمكين العاملين، وإظهار الفرق الجوهري بينها وبين التمكين.

أولا: مفهوم التمكين لغة: يقصد بالتمكين مكّن من الشيء، أي جعل له سلطانا ومقدرة، أي أمكن فلانا أي سهل له فعله وأدائه[2]، وفي اللغة العربية فقدت وردت كلمة مكّن بمعنى جعله قادرا على فعل شيء معين، ويقال استمكن الرجل من الشيء أي صار أكثر قدرة عليه، كما يقال متمكن من العلم أو من مهارة تأدية معينة بمعنى مثقفا للعلم أو للمهنة[3]، والتمكين هو مصدر لفعل مكّن، أي جعل له مكانة، والمكانة هي المنزلة،

---

[1]- رزق الله حنان، **أثر التمكين على تحسين جودة الخدمة التعليمية بالجامعة: دراسة ميدانية لعينة من كليات جامعة منتوري بقسنطينة**، مذكرة الماجستير في تسيير المؤسسات: تخصص تسيير الموارد البشرية، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة، 2009-2010، ص: 48.

[2]- فاطمة جاسم محمد، **أثر التمكين على التكامل المهني مابين المحاسب والمدقق**، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، المجلد: 04، العدد: 02، جامعة أم البواقي، 2017، ص: 38.

[3]- نافع وجيه عبد الستار، **التمكين الوظيفي وأثره على أداء العاملين في جامعة الطائف**، المجلة العلمية للإدارة، العدد: 32، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 2010، ص: 359.

وبذلك يكون مكّنه أي جعل له مكانة ومنزلة[1]، وبالعودة إلى المعجمات يلاحظ أن الأصل اللغوي لمادة الفعل مكن تعني المنزلة الرفيعة والقدرة، فيقال مكن فلان عند الناس فهو يمكن مكانة أي عظم عندهم فهو مكين، والجمع مكناء، وتمكن عند الناس أي علا شأنه وصارت له منزلة وتقول العرب إن فلان لذو مكنة من السلطان أي ذو تمكن وذو منزلة ورفعة الشأن، ومكنه تمكينا أي ثبته ووطده، ويقال مكن فلانا في الشيء أي جعله متسلطا عليه يتصرف فيه وتنطلق يده فيه[2].

ثانيا: مفهوم التمكين اصطلاحا: تقوم فكرة التمكين على ضرورة التخلي عن النموذج التقليدي للقيادة والتوجه نحو قيادة تؤمن بالمشاركة، وهذا يتطلب تغييرا في العلاقة بين الرئيس والمرؤوسين، فدور الرئيس يتطلب التحول من التحكم والتوجيه إلى الثقة والتفويض، ويتطلب من المرؤوسين التحول من اتباع التعليمات إلى المشاركة في اتخاذ القرارات[3].

كما أن التمكين كمفهوم له جانبان، الأول للعاملين وهو أن تريد القيادة الإدارية أفرادا يتصرفون على وفق أداء متميز للأعمال، والثاني للقيادة وهو أن تقوم بمنح أولئك العاملين تلك المسؤولية التي تجعل المؤسسة أن تسير في ممارساتها بشكل سريع، على أساس منح الثقة وتوصيل الأفكار الصحيحة إلى أولئك العاملين[4].

وقد حدد اتجاهان عامان للتمكين في بيئة العمل هما الاتجاه التحفيزي والاتجاه الاتصالي، ويقصد بالاتجاه الاتصالي العملية التي تحدث عندما تشارك المستويات العليا في الهيكل التنظيمي المستويات الدنيا في السلطة، أما النموذج التحفيزي فيركز على اتجاه العاملين نحو التمكين الذي يظهر في الكفاءة، والقدرة على أداء المهام، والقدرة على التأثير في العمل، وحرية الاختيار في كيفية أداء المهام والشعور بأهمية العمل[5].

---

[1]- الشبراوي عباس عبد السلام، **التمكين الإداري: مدخل لرفع كفاءة الأداء في مدارس التعليم العام في مصر**، مجلة كلية التربية، العدد: 20، جامعة بور سعيد، مصر، 2016، ص: 174.

[2]- الخطيب حذيفة تقي الدين، **التمكين أسسه وأساليبه: دراسة بلاغية تطبيقية**، الطبعة الأولى، دار الكتب الوطنية، الإمارات العربية المتحدة، 2009، ص ص: 13-14.

[3]- برقاوي باسم يوسف، **أثر التمكين في تعزيز في أداء الموارد البشرية: دراسة حالة على إدارة المشتريات والمستودعات في شرطة أبوظبي**، مجلة معارف، المجلد: 11، العدد: 20، جامعة البويرة، 2016، ص: 12.

[4]- بروكي عبد الرحمن، **دور التمكين الإداري في تنمية رأس المال الفكري بالمؤسسة: دراسة تحليلية لعينة من المسؤولين بالمؤسسات الصحية في ولاية بشار**، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد: 04، العدد: 01، جامعة بشار، 2018، ص: 272.

[5]- ديوب أيمن حسن، **تمكين العاملين كمدخل لتحسين جودة الحياة الوظيفية في قطاع الاتصالات: دراسة ميدانية على المؤسسة السورية للاتصالات**، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد: 30، العدد: 01، جامعة دمشق، سوريا، 2014، ص ص 204-205.

كلى الاتجاهين مهمين، لأنه إذا كانت الممارسات التنظيمية التي تؤكد مشاركة الموظف واستقلاليته ضرورية للمدراء، يصبح الشعور بالتمكين حقيقيا وفعالا فقط عندما يدرك الأفراد ويستخدمون هذه الممارسات[1].

كما أن التمكين يتضمن أربعة عناصر أساسية هي: السلطة والمعلومات والمعرفة والمكافآت، فالسلطة تعني القدرة على إنجاز الأمور، أما المعلومات فهي وصول العاملين إلى المعلومات المتعلقة بعملية صنع القرار، أما المعرفة فتعني تشكيل فريق عمل بين مجموعة من العاملين وتقاسم المعلومات المتعلقة بمجال عملهم، أما المكافآت فتعني مختلف التحفيزات التي يحصل عليها العاملون بهدف زيادة أدائهم وزيادة الانتاجية[2].

وعليه يمكن استعراض بعض التعاريف المتعلقة بتمكين العاملين كما يلي:

التعريف الأول: "هو تحرير العاملين من القيود ومنحهم الاستقلالية والثقة لإنجاز المهام الموكلة إليهم"[3].

التعريف الثاني: "هو تحرير العاملين لكي يفعلوا ما يرون أنه الأحسن دون الخوف من أن يرفض الرئيس قراراتهم"[4].

التعريف الثالث: "هو تزويد العاملين بالمعلومات الازمة التي يحتاجونها من أجل اتخاذ قرار بالجودة المطلوبة"[5].

التعريف الرابع: "هو إعطاء صوت حقيقي للموظفين، وذلك من خلال بناء وتصميم العمل بطريقة تمكّن وتسمح للموظف باتخاذ قرارات نهائية لها علاقة بتحسين العمليات الوظيفية التي تخصه من خلال مقاييس وأطر إرشادية محددة"[6].

نستنتج من خلال هذه التعاريف بأن التمكين يسعى إلى إبراز مكانة العاملين في المؤسسة من خلال منحهم الثقة وإثراء مهامهم الوظيفية وتزويدهم المعلومات المناسبة، الأمر الذي يضمن اتخاذ قرارات سليمة.

---

[1]- *Proenca Teresa and al,* ***Frontline employee empowerment and perceived customer satisfaction,*** *The Journal of the Iberoamerican, Vol: 15 No: 2, Academy of Managemen, 2017, p: 189.*

[2]- *Minhajul Islam UKIL,* ***THE IMPACT OF EMPLOYEE EMPOWERMENT ON EMPLOYEE SATISFACTION AND SERVICE QUALITY: EMPIRICAL EVIDENCE FROM FINANCIAL ENTERPRIZES IN BANGLADESH****, Business: Theory and Practice, vol: 17, N: 2, 2016, p: 180.*

[3]- *Manmohan Joshi,* ***Human Resource Management****, First Edition, without mentioning the publishing house, 2015, p: 57.*

[4]– أفندي عطية حسين، **تمكين العاملين: مدخل للتحسين والتطوير المستمر**، دون طبعة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003، ص: 12.

[5]- *PFannstiel Mario A., Rasche Christoph,* ***Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management: Model, Strategies, Tools****, without mentioning the edition number, Springer International Publishing, Switzerlznd, 2016, P: 25.*

[6]– البنا حسين موسى قاسم، الخفاجي نعمة عباس، **استراتيجية التمكين التنظيمي لتعزيز فاعلية عمليات إدارة المعرفة**، دون طبعة، دار الأيام للنشر والتوزيع، الأردن، 2014، ص: 36.

التعريف الخامس: "هو إعطاء الموظفين صلاحية وحرية أكبر، في مجال الوظيفة المحددة التي يقوم بها الموظف حسب الوصف الخاص بتلك الوظيفة من ناحية، ومن ناحية أخرى منحه حرية المشاركة وإبداء الرأي في أمور في سياق الوظيفة، أو خارج إطار الوظيفة"[1].

التعريف السادس: "هو تخويل الموظف وتدخله في إدارة المؤسسة تمهيدا لاشتراكه في صنع القرار"[2].

التعريف السابع: "هناك وصف للتمكين على أنه حالة ذهنية لدرجة أن الموظف الذي يعيش هذه الحالة يمتلك خصائص يمكن أن نطلق عليها خصائص الحالة الذهنية للتمكين، ومن أهم هذه الخصائص ما يلي[3]:

- ✓ الشعور بالسيطرة والتحكم في أدائه للعمل بشكل كبير؛
- ✓ الوعي والإحساس بإطار العمل الكامل، والمسؤولية عن نتائج أعمال الموظف؛
- ✓ المشاركة في تحمل المسؤولية فيما يتعلق بأداء المؤسسة التي يعمل بها.

التعريف الثامن "هو زيادة الاهتمام بالعاملين من خلال توسيع دائرة صلاحياتهم وإثراء معلوماتهم، وتنمية مهاراتهم التي تكفل لهم أداء دور متطور يمنحهم القدرة على المبادرة باتخاذ القرارات عند مواجهة المواقف والأزمات، بما يكسبهم إحساسا أكبر بالإنجاز في أعمالهم، وإطلاق قدراتهم الإبداعية والخلاّقة"[4].

التعريف التاسع: "هو نقل طوعي لملكية الأعمال إلى مجموعة أو أفراد لديهم القدرة على التعامل مع الحالة المناسبة في محيط ممكّن، ويمتلكون السلطة والمسؤولية والمهارة والقدرة والفهم لمتطلبات العمل، والدافعية والالتزام والثقة، والإدارة الصادقة في محيط لا يمنع العمل المناسب، والإتاحة الكافية لهم لإطلاق إبداعاتهم وطاقاتهم"[5].

التعريف العاشر: "هو نقل المسؤولية والسلطة بشكل متكافئ من المديرين إلى المرؤوسين ودعوة صادقة للعاملين في المشاركة في اتخاذ القرارات بالشكل الذي يصبح فيه الموظف مسؤولا عن نتائج أعماله وجودتها، إضافة إلى مشاركة الموظف في حل المشكلات ووضع المعلومات ووضع القرارات"[6].

---

[1]– الوادي محمود حسين، **التمكين الإداري في العصر الحديث**، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص: 22.

[2]– عادل محمد عبد الله، **استراتيجية التمكين المتسلسل: مدخل البناء المتسلسل لقدرات المورد البشري المشارك في صنع القرارات**، دون طبعة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2018، ص: 42.

[3]– خبراء المجموعة العربية للتدريب والنشر، **التمكين الإداري وصناعة قادة المستقبل**، الطبعة الأولى، المجموعة العربية للتدريب والنشر، مصر، 2014، ص: 12.

[4]– جرادات ناصر وآخرون، **إدارة التغيير والتطوير**، الطبعة الأولى، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص: 244.

[5]– البغدادي عادل هادي، الحدراوي رافد حميد، **الاستشراف الاستراتيجي ومستوى التمكين التنظيمي: أسلوب كمي تحليلي**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2013، ص: 136.

[6]– الحيان فهد مانع فهد، **دور تمكين العاملين في تحسين الأداء في مؤسسات التعليم العامة والخاصة**، الطبعة الأولى، دار الأيام للنشر والتوزيع، الأردن، 2016، ص: 60.

التعريف الحادي عشر: "هو أسلوب يعتمد على ثقة الإدارة العليا في الإدارة الأدنى منها من خلال إعطاءها المزيد من الصلاحيات في أداء العمل والمزيد من المعلومات، والمزيد من الحريات والصلاحيات التخطيطية والتنظيمية والتنفيذية والرقابية"[1].

التعريف الثاني عشر: "هو إنشاء الظروف لتشجيع الأفراد والفرق في مختلف المستويات التنظيمية على تحمل المخاطرة، التي تصاحب اتخاذ القرارات غير الروتينية والإبداعية، ويحدث التمكين عندما يتشارك القائد التأثير والسيطرة مع أتباعه، من خلال إشراك أعضاء الفريق في تحديد الكيفية التي تنجز بها الأهداف التنظيمية، الأمر الذي يعطيهم الإحساس بالالتزام والاستقلالية"[2].

التعريف الثالث عشر: "هو أحد المبادرات الفعّالة التي يقوم بها القادة في المؤسسة تجاه العاملين، والتي من شأنها منح المزيد من السلطات لهم في أداء أعمالهم، مع تعهد والتزام العاملين بمسؤولية الاستخدام الفعال لهذه السلطات، وبما يؤدي إلى تحقيق نتائج أفضل للعاملين والمؤسسة"[3].

التعريف الرابع عشر: "هو إتاحة الفرصة للعاملين للمشاركة في اتخاذ القرارات[4].

التعريف الخامس عشر: "هو إشراك العاملين في اتخاذ القرارات وفي وضع الأهداف وطرق تحقيقها، وإطلاق طاقاتهم الإبداعية وقدراتهم الفكرية، واستثمار خبراتهم ومهاراتهم ومعارفهم، والعمل معا كفريق مما يعود على المؤسسة بأفضل النتائج[5].

التعريف السادس عشر: "هو منح العاملين قوة التصرف وصنع القرارات والمشاركة في تحمل المسؤولية والمساهمة في حل المشكلات والتفكير الإبداعي"[6].

التعريف السابع عشر: "هو إعطاء العاملين السلطة وتشجيعهم على تحمل مسؤولية اتخاذ القرارات"[7].

---

[1]– ماهر أحمد، **إدارة التغيير**، الطبعة الأولى، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، مصر، 2010، ص: 135.

[2]– الطائي رعد عبد الله، قدادة عيسى، **إدارة الجودة الشاملة**، دون طبعة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص ص: 240-241.

[3]– محمد قدري حسن، **إدارة الأداء المتميز**، دون طبعة، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2014– 2015، ص: 408.

[4]– عليان ربحي مصطفى، **إدارة التغيير**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2015، ص: 284.

[5]– همشري عمر أحمد، **إدارة المعرفة: الطريق إلى التميز والريادة**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص: 75.

[6]– فليه فاروق عبده، محمد عبد المجيد، **السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص: 345.

[7]- *S. Uthanu Mallayan M. Pugazh, **TOTAL QUALITY MANAGEMENT**, without edition, Arasan Ganesan Polytechnic College Sivakasi, without mentioning the year of publication, p p: 8-9.*

التعريف الثامن عشر: "هو تفويض موثق للسلطة والمسؤولية الممنوحة للعاملين من قبل الرؤساء"[1].

نستنتج من هذه التعاريف على أن التمكين يهدف إلى توزيع السلطات من الإدارة العليا إلى الإدارة الدنيا، وإعطاء العاملين الحرية والاستقلالية وحق المشاركة في اتخاذ القرارات فهو تفويض نهائي لا رجعة فيه.

بناء على التعاريف السابقة لتمكين العاملين نقدم التعريف الإجرائي الموالي:

هو عملية تفويض السلطة والمسؤولية، وإعطاء العاملين المزيد من الصلاحيات، ومنحهم القوة وحرية التصرف وإشراكهم في اتخاذ القرارات، وهذا من شأنه أن يعود بالإيجاب على أداء العاملين وتحقيق رضاهم الوظيفي.

ثالثا: علاقة تمكين العاملين ببعض المفاهيم الإدارية الأخرى: هناك العديد من المفاهيم الإدارية الحديثة التي لها علاقة وطيدة بتمكين العاملين، فمنها ما يعتبر عنصر أساسي للقيام بعملية التمكين، ومنها ما يتضمن عناصر تتشابه وجوهر التمكين، لهذا سنقوم في هذا المطلب بإظهار الفرق بين التمكين وأهم المفاهيم المرتبطة به، مبرزين العلاقة القائمة بين التمكين وهذه المفاهيم.

أ. التمكين والتفويض: يعرف التفويض على أنه" النقل المؤقت لبعض المهام من الرئيس لأحد مرؤوسيه أو أكثر[2]، كما يعرّف على أنه توزيع السلطات من الإدارة العليا إلى الإدارة الدنيا"[3].

إن التمكين في اللغة الإنجليزية *Empowerment* غالبا ما يتم ربطه بمفهوم التفويض حيث جاء التعريف المقابل للكلمة كما يلي: (***Empower** :to give someone official authority or the freedom to do something*)، ولها معان ومرادفات عدة منها : *Warrant, Authorize, permit* وجميعها متعلقة بإعطاء وتفويض السلطة الرسمية، والقوة والاستقلالية[4].

يختلف تمكين العاملين عن تفويض السلطة، حيث يسود لدى الكثير أن تفويض السلطة مرادف للتمكين، وفي الواقع يختلف عنه، لأن التفويض حالة مؤقتة تنتهي بانتهاء المهمة التي تم التفويض لها، أما في

---

[1]- *Pankaj Madan, **TOTAL QUALITY MANAGEMENT**, first edition, Krishna Prakashan Media (P) Ltd, India, 2006, p :78.*

[2]– عبد المقصود ابتسام حسن، **إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث، دون ذكر بلد النشر، 2016، ص: 53.

[3] - *KAMUGISHA ELLY R. TWINEYO, **The Basics of Business Management - Vol I: Leadership, Financial Management and Economics**, 1st edition, book boon, Without mentioning the country of publication, 2017, p :13.*

[4] - جوال محمد السعيد، **تمكين العاملين مطلب أساسي للمدير المعاصر: مقاربة نظرية**، مجلة دراسات العدد الاقتصادي، المجلد: 05، العدد: 01، جامعة الأغواط، 2014، ص 12.

التمكين فالعاملين مسؤولون عن النتيجة النهائية[1]، كذلك فإنه في عملية التفويض فإن المدراء هم أصحاب السلطة، فهم يفوضون هذه السلطة بإرادتهم ولهم الحق في أخذ هذا التفويض متى أرادوا ذلك، أما في التمكين فإن صاحب السلطة هو الموظف الممكّن[2]، فالتمكين يشمل تفويض السلطة والمسؤولية، أما التفويض فهو تفويض للسلطة دون المسؤولية وتبقى المسؤولية على من فوّض[3]، وعليه فإن جوهر اختلاف التمكين عن التفويض يكمن في شمولية التمكين وديمومته، وأنه ليس مجرد صلاحيات تعطى وتسحب من الموظف، ولكنه منهج عمل وقيادة ذاتية يمثل استراتيجية دائمة ومستمرة، لذا فالتفويض هو جزء من عملية التمكين، وإن كان يعتبر من أهم الأجزاء التي تساعد في عملية تمكين الموظف[4]، ولتوضيح الفرق أكثر بين التمكين والتفويض، اعتمدنا على الجدول التالي الذي يحتوي على معايير يتم من خلالها التفرقة بين التمكين والتفويض كما يلي:

الجدول رقم (1-2): الفروقات بين تمكين العاملين والتفويض

أساس المقارنة	تمكين العاملين	التفويض
الصلاحيات	إتاحة الفرصة للعامل ليقدر فيقرر	نقل جزء من الصلاحيات للعاملين
السلطة	تتاح صلاحيات للعاملين للمبادأة في نطاق أوسع ومتفق عليه	تفويض السلطة في مجالات محددة
المسؤولية	النجاح ينسب للعامل الممكّن والفشل مسؤوليته	تظل المسؤولية على من فوض
الرقابة	رقابة ذاتية ولكن ضمن حدود المستوى العام للرقابة في المؤسسة	رقابة مباشرة تندرج تحت رقابة المديرين لسير الأعمال
المعلومات	إتاحة كافة المعلومات المطلوبة والسماح بتشاركها ضمن كافة المستويات الإدارية	السماح بقدر يسير من المعلومات التي تكفي فقط لتنفيذ المهام المطلوب تحقيقها
المحاسبة على الأخطاء	إن أخطأ العامل يتحرى السبب ويعالج	إن أخطأ العامل قد يسحب التفويض
الزمن	دائم يمثل قناعة وخيارا استراتيجيا مستمرا	التفويض يكون مؤقتا

المصدر: أحمد سيد مصطفى، **المدير ومهاراته السلوكية**، الجمعية العربية للإدارة، مصر، 2005، ص 30.

[1]- عقون شراف، بوحديد ليلى، **دور التمكين الإداري في تحقيق التطوير التنظيمي: دراسة حالة المؤسسة الوطنية للتأمين بباتنة**، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، المجلد: 04، العدد: 01، جامعة أم البواقي، 2017، ص 350.

[2]- *Kaymakçı Keziban, Babacan Sümeyra,* ***Employee empowerment in new public management approach and a research****, European Journal of Research on Education, n: 2, 2014, p: 64.*

[3]- *Ameer Muhammad Haroon and al,* ***Impact of Employee Empowerment on Job Satisfaction,*** *Vol: 4, No: 9, Islamia University of Bahawalpur, Punjab,Pakistan, Department of Management Sciences, Abbasia Campus, 2014, p : 116.*

[4]- شقورة محمد يوسف، **متطلبات التمكين الإداري لدى مديري المدارس الثانوية بمحافظات غزة وعلاقتها بثقافة الإنجاز لديهم**، مذكرة الماجستير، تخصص: أصول التربية، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة، 2015، ص 16.

نستنتج من خلال ما سبق بأنه توجد علاقة وطيدة بين التفويض والتمكين، حيث أنه لا تمكين بدون تفويض ولا تفويض بدون تمكين، بمعنى أنه لا يمكن للرئيس القيام بعملية تمكين مرؤوسيه بدون ممارسة التفويض الذي يعد الخطوة الأساسية نحو التمكين، فإذا ما أراد الرئيس أو القائد تمكين مرؤوسيه، فعليه أولا إعطاء بعض المهام والصلاحيات الإضافية للمرؤوسين تحت مسؤولية القائد عن النتائج، وهذا حتى يتسنى للمرؤوسين التعلم من الأخطاء ليشكل ذلك لهم خبرة في ممارسة أعمالهم المستقبلية، وعلى ضوء ذلك يأتي التمكين الذي يكون بشكل نهائي، وهنا يجد المرؤوسين أنفسهم مهيئين للتمكين، ويستجيبون له ولا يجدون آية صعوبة في ذلك.

ب. تمكين العاملين والمشاركة: تعرّف المشاركة على أنها "عملية تشاركية بين العاملين، تعتمد على مهارات ومعارف العاملين في تبادل المعلومات فيما بينهم، وهذا ما يشجعهم على الالتزام بتحقيق أهداف المؤسسة"[1].

والمشاركة هي مقوم مهم من مقومات التمكين، حيث ينبغي أن تتوافر إدارة تشاركية تشجع المرؤوسين على تقديم اقتراحاتهم وأفكارهم، ولا تضع لهم قوانين صارمة سوى التعليمات والنصائح، وعلى العامل أن يستخدم صلاحيته ويحكم رأيه في جميع المواقف، وبذلك تساهم المشاركة في نجاح عملية التمكين[2].

ووفقا لتعريف تمكين العاملين تعد عملية المشاركة الركن الرئيسي لتمكين العاملين، فالأفراد بدون معلومات لا يمكن أن يتحملوا المسؤولية، ولا أن يساعدوا في حل الأزمات التي تعترض العمل[3]،ومن هنا فإن المشاركة وسيلة للاعتراف بالعامل، وتعطي له شعورا بالأهمية والإنجاز والانتماء والقبول، فأنماط مشاركة العاملين تتعدد من مؤسسة لأخرى حسب الوظائف والمهام التنظيمية، وطبقا للظروف والأنماط التنظيمية السائدة، وأيضا في إطار الأنماط القيادية لقادة المؤسسات، إلا أن المشاركة تهدف إلى دعم عملية صنع القرارات على مستوى العاملين، وقد تبدأ المشاركة من تقديم العاملين لمقترحاتهم وآرائهم، وتمتد إلى التحديد الكامل للموضوعات الأساسية التي يقوم بها العاملين في إطار المهام المحددة، أو فرق العمل الموجهة ذاتيا[4].

---

[1]- *Stephen P. Robbins, Timothy A. Judge,* ***Organizational behaviour****, Fifteenth Edition, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, United States of America, 2012, p: 250.*

[2]– عودة هيفاء عبد الغني، **التمكين الإداري وأثره في تعزيز أداء وإبداع العاملين: دراسة ميدانية في المؤسسة العامة للموانئ العراقية**، المجلة العراقية للعلوم الإدارية، المجلد: 09، العدد: 36، جامعة كربلاء، العراق، دون ذكر سنة النشر، ص: 312.

[3]- العمري غسان عيسى، **التمكين كمدخل لتحسين إدارة الأزمات في العنف الطلابي في الجامعات**، مجلة رماح للبحوث والدراسات، العدد 08، مركز البحث وتطوير الموارد البشرية رماح، الأردن، 2011، ص: 20.

[4]– بوخمخم عبد الفتاح، بوتاعة سليمة، **إشكالية تمكين العاملين في المؤسسة الاقتصادية: دراسة ميدانية بمؤسسة سونلغاز لإنتاج الكهرباء**، مجلة ميلاف للبحوث والدراسات، المجلد: 01، العدد: 01، المركز الجامعي ميلة، 2015، ص: 47.

نستنتج من خلال ما سبق بأن المشاركة هي ركيزة أساسية للقيام بعملية تمكين العاملين، لأن التمكين يقوم على مبدأ مشاركة الرئيس لمرؤوسيه في عملية اتخاذ القرارات، وفي أخذ آرائهم ومقترحاتهم لإيجاد حلول للمشاكل والمواقف التي تعترض عمل المؤسسة وتحول دون بقائها ونجاحها، وعليه فإن التمكين يعتمد على الإدارة التشاركية والعصف الذهني، أي مشاركة جميع العاملين بأفكارهم، وبالتالي يمكننا القول بأن عملية المشاركة تعد أحد العناصر التي يعتمد عليها الرئيس في ممارسة عملية التمكين وتوزيع السلطة على المرؤوسين.

ت. تمكين العاملين والإثراء الوظيفي: يعرف الإثراء الوظيفي بأنه عملية إعطاء العاملين المزيد من الصلاحيات والمسؤوليات، حتى يكون هناك تنويع في الأنشطة التي يقوم بها العامل[1].

يعد الإثراء الوظيفي عملية أساسية لتطبيق تمكين العاملين، حيث يتطلب التمكين إعادة تصميم العمل وإحداث تغيير فيه، حتى يشعر العامل بالفعالية الذاتية وقدرته في التأثير على الظروف المحيطة بالعمل ومخرجاته[2]، فالإثراء الوظيفي يعد من أهم أساليب تصميم العمل التي تدعم وتحفز على تطبيق التمكين[3]، وعليه فالإثراء الوظيفي يهدف إلى توسعة الأعمال التي يقوم بها العاملون عن طريق توكيلهم بمهام جديدة، أما التمكين فيعمل على توسعة العمل نفسه بزيادة تفاعلاته واعتماده على أعمال أخرى[4].

نستنتج من خلال ما سبق بأن هناك علاقة بين تمكين العاملين والإثراء الوظيفي، فالإثراء الوظيفي إحدى خطوات تطبيق التمكين، لأن هذا الأخير يهدف إلى إعطاء المزيد من الصلاحيات وتوزيع السلطات والقوة، وبما أن التمكين يكون بطريقة نهائية أي له طابع الديمومة على عكس التفويض الذي يكون له طابع مؤقت، فهنا لا بد من الرجوع إلى بطاقة توصيف الوظيفة وزيادة المهام التي قام الرئيس بإعطائها إلى المرؤوسين، وهذا ما هو عليه الحال في الإثراء الوظيفي، بمعنى أن التمكين يعتمد على الإثراء الوظيفي، من خلال إعطاء المرؤوسين المزيد من الصلاحيات والسلطات اللازمة لأداء أعمالهم.

---

[1]- *VENKATESH GANAPATHY,* ***STRATEGIC MANAGEMENT OF HUMAN CAPITAL****, First edition, without mentioning the publishing house, Mumbai, 2018, p: 149.*

[2]– بومنقار مراد، عيساوي فلة، **تمكين العاملين مدخل للتحسين المستمر والتطوير التنظيمي**، مجلة أبحاث نفسية وتربوية، المجلد: 01، العدد: 07، جامعة قسنطينة2، 2014، ص: 64.

[3]- *DAHOU Khadra, HACINI Ishaq,* ***Successful Employee Empowerment: Major Determinants in the Jordanian Context****, Eurasian Journal of Business and Economics Vol:11, No:21, 2018,, p: 56.*

[4]– عيساوي فلة، بومنقار مراد، **استراتيجية تمكين العاملين الإداريين: رؤية جديدة في الفكر الإداري الحديث**، مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد: 21، العدد 04، جامعة عنابة، 2015، ص: 144.

ث. تمكين العاملين وإدارة الجودة الشاملة: تعرف إدارة الجودة الشاملة على أنها " فلسفة إدارية وممارسات المؤسسة العملية، التي تسعى لأن تضع كل من الموارد البشرية وكذلك المواد الخام لأن تكون أكثر كفاءة وفعالية لتحقيق أهداف المؤسسة"[1].

يرى "**رواد إدارة الجودة الشاملة**"* ضرورة تغيير العمليات والأنشطة، التي تعمل على أساسها المؤسسة تماشيا مع تمكين العاملين، حيث يقوم مفهوم إدارة الجودة الشاملة على مبدأ أساسي وهو عملية التحسين المتواصل والتدريجي في كل أبعاد المؤسسة ومجالاتها، من خلال انخراط الجميع ومشاركتهم الفاعلة في عملية التطوير وتحسين الجودة، وهذا بدوره يحتاج إلى منح العاملين نوعا من الحرية في التصرف، ونوعا من الاستقلالية والمساهمة في اتخاذ القرار وفي تحمل أعباء المسؤولية وتحقيق التقدم للمؤسسة، لأن الإدارة العليا لا يمكنها إحداث هذا التحسين الشامل لكل مجالات المؤسسة بمفردها، فلابد من انخراط الجميع في هذه المسؤولية، ولابد أن يتلقى العاملون في برنامج إدارة الجودة الشاملة درجة كبيرة من التشجيع والدعم، من أجل فعل كل ما يستطيعون فعله، بهدف التحسين والتطوير والنهوض بالجودة على مختلف الأصعدة من أجل إرضاء الزبائن[2].

نستنتج من خلال ما سبق بأن تمكين العاملين مبدأ من مبادئ إدارة الجودة الشاملة المتعارف عليها، وعلى ضوء ذلك يمكننا القول بأن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يعتمد على تطبيق التمكين كإحدى متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة، فإدارة الجودة الشاملة تهتم بالجودة في جميع وظائف عمل المؤسسة، ومن بين ذلك نجد الموارد البشرية أو كما تسميه إدارة الجودة الشاملة بالعميل الداخلي، وإلى جانب تمكين العاملين فإن التركيز على العميل يعتبر أيضا أحد مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وهذا ما يثمن اهتمام إدارة الجودة الشاملة بالموارد البشرية وتمكينها، وعليه فإن التمكين هو أحد المداخل لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة.

---

[1]- ثائر سعدون محمد، **السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال**، الطبعة الأولى، مركز رماح لتطوير الموارد البشرية والأبحاث، الأردن، 2016، ص: 148.

*- (**رواد إدارة الجودة الشاملة**): مثل مهندس التصنيع الأمريكي ديمنج الذي ولد سنة 1900 وعمل أستاذ بجامعة نيويورك، وكذلك المفكر فيجينباوم الذي ولد سنة 1922 ويعد أحد فلاسفة الجودة الأمريكيين حيث تقلد منصب أفضل خبراء الجودة لدى مؤسسة جنرال الكتريك، بالإضافة إلى المفكر إيشيكاوا الذي ولد سنة 1915 ويعد من الرواد اليابانيين في مجال الجودة، بالإضافة إلى أهم المفكرين الآخرين في مجال الجودة مثل جوران، تاجوشي، كروسبي وغيرهم.

[2]- عطاء الله فاطمة، **التمكين التنظيمي ودوره في صناعة الولاء التنظيمي لدى المورد البشري**، مجلة دراسات نفسية وتربوية، المجلد: 08، العدد: 15، جامعة البليدة2، 2017، ص ص: 239-240.

ج. تمكين العاملين والتسويق الداخلي: يعرّف التسويق الداخلي على أنه "استراتيجية لتطوير العلاقات بين الأفراد العاملين في الحدود التنظيمية الداخلية، بهدف توليد المعرفة وبناء نشاطات داخلية تحسن نوعية العلاقات التسويقية الخارجية"[1].

هناك علاقة وطيدة بين مفهومي التسويق الداخلي وتمكين العاملين، فمفهوم التسويق الداخلي يشجع العاملين على فعل كل ما يمكنهم فعله لمساعدة زملائهم في العمل على تحقيق رغبات الزبائن، حتى لو أدى ذلك إلى تجاوز التعليمات أو السياسات التي تضعها المؤسسة، حيث أن العاملين الممكّنين تكون لهم القدرة على الاستجابة لبرامج التسويق الداخلي وتطبيقها بنجاح مقارنة بالعاملين غير الممكّنين، ومن هنا فإن مفهوم التسويق الداخلي لا يتناقض مع مفهوم التمكين، بل ينسجم تماما معه ويعد مكملا له[2].

نستنتج من خلال ما سبق بأن كل من تمكين العاملين والتسويق الداخلي مدخلين مكملين لبعضهما البعض، أي أن التمكين يعتمد على التسويق الداخلي والتسويق الداخلي يعتمد على التمكين، لأن التسويق الداخلي ينظر إلى المورد البشري في المؤسسة على أنه زبون أي عميل خارجي، وينظر إلى الوظيفية التي يقوم بها المورد البشري على أنها منتوج، وعلى ضوء ذلك فالتسويق الداخلي يهدف إلى تصميم وظيفة تتناسب وقدرات المورد البشري، وتكون أكثر تحفيزا مما ينعكس بالإيجاب على أداء المورد البشري، فكذلك التمكين حيث نجد بأن الأعمال التي تم التنازل عنها من قبل الرئيس للمرؤوسين هي تنازل نهائي لا رجعة فيه، أي يتم الرجوع إلى بطاقة تصميم الوظيفة وإدخال تلك الأعمال التي تم التنازل عنها، وعليه يمكن القول بأن كل من التمكين والتسويق الداخلي يعتمدان على بطاقة تصميم الوظيفة، وبالتالي هما عمليتان تعتمد كل منهما على الأخرى.

ح. التمكين والثقة: هناك شرط أساسي للتمكين هو ترسيخ الثقة أو ما يمكن تسميته بتوطين الثقة لدى العامل، فإذا كان المرؤوس الذي يعمل مع الرئيس لا يوثق به فلا يمكن أن تكون عملية التمكين فعّالة، ويمكن

---

[1]- بودي عبد القادر، بن جيمة نصيرة، **أثر التسويق الداخلي على الرضا الوظيفي: دراسة تطبيقية على مستوى الصندوق الوطني للتقاعد – وكالة بشار–**، مجلة الابتكار والتسويق، المجلد: 05، العدد: 01، جامعة سيدي بلعباس، 2018، ص: 194.

[2]- عباسي بوبكر، الداوي الشيخ، **مساهمة التمكين في ترقية الإبداع التسويقي للعاملين بمؤسسة الضيافة: حالة فندق السوفيتال بالجزائر**، مجلة الدراسات الاقتصادية والمالية، المجلد: 10، العدد: 01، جامعة الوادي، 2017، ص: 180.

عزو ذلك إلى أن الناس يؤمنون عموما بأنه ينتظر من القائد أن يمكّنهم، وهذا لا يمكن تحققه إلا إذا وثق بهم، وهذا ما يؤكد على أن هناك علاقة وطيدة بين الثقة والتمكين[1].

نستنتج من خلال ما سبق بأن الثقة عامل أساسي في عملية التمكين وشرط ضروري لابد منه، حيث نجد بأن القائد أو الرئيس يمكّنون فقط العاملين الذين يثقون فيهم وفي قدراتهم، فالعامل الذي لا يوثق فيه يكون أقل حظا في منحه القوة والحرية في التصرف، وإعطائه المزيد من الصلاحيات وتحمله المسؤولية، على عكس العامل الذي يوثق فيه والذي يكون ركيزة أساسية لنجاح التمكين.

رابعا: خصائص تمكين العاملين: إن التمكين لا يتحقق في المؤسسة إلا بتمكّن أفرادها على اختلاف مستوياتهم، وأن من خصائص تمكين العاملين ما يلي[2]:

أ. التقرير الذاتي: ويعني حرية العاملين في خياراتهم والمفاضلة بين بدائلهم لصياغة قراراتهم.

ب. الأهمية الذاتية: ويقصد بها إحساس العاملين بمكانتهم ودورهم واستشاراتهم.

ت. تقتهم بأنفسهم: فالعاملين يدركون إمكانياتهم وما لديهم من طاقات ويثقون بقدرتهم على أداء ما يكلفون به من مهام ويعتمدون على أنفسهم في مواجهة الصعاب.

ث. قدرتهم على التأثير: وهذا يعني إيمانهم بقدرتهم على أن يكون لهم دور فاعل في مؤسساتهم، وإحساس الآخرين بهم والسماع لهم والاستئناس بمقترحاتهم والأخذ بآرائهم والاستفادة من ذلك كله.

نستنتج من خصائص التمكين بأن عملية التمكين تركز على عنصر واحد ووحيد ألا وهو العامل، أي تمكين العامل وإعطائه السلطة والمسؤولية، حتى يدرك العامل بأن له أهمية وقيمة يدركها رئيسه في المؤسسة، وبالتالي فإن العامل إذا أدرك بأن له قيمة عند رئيسه وأن أفكاره ومقترحاته لها دور في نجاح المؤسسة وبقائها، فإن هذا سيجعله أكثر مسؤولية وبأن له دور مهم وفعّال، وانطلاقا من قاعدة رضا العميل الخارجي من رضا العميل الداخلي يمكننا القول بأن التمكين شرط أساسي لتحقيق رضا العميل الخارجي والتفوق على المنافسين.

---

[1]- البريدي عبد الله بن عبد الرحمن، نورة بنت محمد الرشيد، **مستويات ومعوقات التمكين وعلاقته بالولاء التنظيمي في المصارف السعودية: دراسة تطبيقية على عينة من مصارف مدينة بريدة**، مجلة الإدارة العامة، المجلد: 52، العدد: 02، معهد الإدارة العامة، 2012، ص: 168.

[2]- الملفوح فاتن محمود عبد الرحمن، **تمكين العاملين ودوره في تحقيق الأهداف الاستراتيجية للجامعة الإسلامية بغزة**، مذكرة الماجستير: تخصص القيادة والإدارة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، جامعة الأقصى، غزة، 2016، ص: 27.

المطلب الثالث: أهمية وأسباب تمكين العاملين وأهدافه

سنحاول في هذا المطلب التعرض إلى توضيح الأهمية الكبيرة لتمكين العاملين، وما يوضح أهميته أكثر أنه أحد الفلسفات الإدارية الحديثة التي تطبق اليوم على مجال واسع في مؤسسات الأعمال الناجحة، كما سنستعرض أيضا دوافع تبني تمكين العاملين، بالإضافة إلى حصر أهم الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها.

أولا: أهمية تمكين العاملين: إن عملية تمكين العاملين لها أهمية كبيرة تتمثل فيما يلي[1]:

- عدم انشغال الإدارة العليا بالأمور اليومية، وتركيزها على القضايا الاستراتيجية طويلة الأمد؛
- الاستثمار الأمثل لجميع الموارد المتاحة، وبالأخص الموارد البشرية للمحافظة على تطوير المنافسة؛
- الإسراع باتخاذ القرارات الإدارية، وإطلاق القدرات الإبداعية للأفراد؛
- توفير المزيد من الرضا الوظيفي والتحفيز؛
- الحد من تكاليف التشغيل بالتقليل من المستويات الإدارية؛
- إعطاء الأفراد مسؤولية أكبر، وتمكينهم من اكتساب إحساس أكبر في إنجاز أعمالهم؛
- حاجة المؤسسات إلى أن تكون أكثر استجابة للمستجدات.

وتأتي أهمية تمكين العاملين من أنها تستخرج من الموارد البشرية أقصى طاقاتها، فالتمكين يأتي لإحراز تقدم منظم في مجالات الفاعلية الإنتاجية لأنه يؤدي إلى تحسين الوضع النفسي للعاملين، حيث تتحسن نظرتهم الذاتية لأنفسهم من خلال زيادة تقدير ما يقومون به من عمل[2]، والتمكين يعطي العاملين القوة التي تجعلهم يفعلون ما لم يستطيعوا فعله من قبل[3]، ويؤدي تطبيق التمكين إلى تعزيز المواقف السلوكية الإيجابية للعاملين كالرضا والولاء ودافعيتهم للإنجاز، مما يعطي للعمليات المنجزة بعدا أشمل في التطوير وتعزيز الثقة بالقدرات الذاتية للعاملين[4]، ويشكل التمكين ممارسات يومية تتيح للعاملين اتخاذ القرارات التي ينتج عنها اكتشاف وتعلم

---

[1]- الكعبي حميد سالم، **دور التمكين الإداري في تعزيز الابتكار التنظيمي**، مجلة المثنى للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد: 06، العدد: 01، جامعة المثنى، العراق، 2016، ص: 30.

[2]- الطراونة إخلاص إبراهيم، النهدي سميرة محمد مبارك، **التمكين الإداري ومستوى تطبيق المهارات الإدارية لدى المرأة السعودية: حالة مديرات مدارس منطقة خميس المشيط**، مجلة جامعة الحسين بن طلال للبحوث، المجلد: 03، العدد: 01، الأردن، 2017، ص: 39.

[3]- *Umar Akeel Aisha, **Exploring Patient Empowerment: Presenting an Enhanced Model for Delivery in Practice**,, PhD thesis, University of Hull, 2018, p :24.*

[4]- جدي شوقي، **تمكين العاملين وعلاقته بالولاء التنظيمي، دراسة ميدانية على الأطباء العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية تبسة**، مجلة الباحث، المجلد: 14، العدد: 14، جامعة ورقلة، 2014، ص: 322.

ونمو مستمر لهم، ويتحقق ذلك عن طريق تدريبهم على منح الثقة والدعم لبعضهم البعض[1]،كما يضمن تمكين العاملين فعالية استغلال الموارد البشرية على أفضل وجه، ويجعل العاملين يشعرون بالتقدير من خلال إشراكهم في اتخاذ القرارات، ومطالبتهم بالمشاركة في عمليات التخطيط[2]، كما أنه يصنع بيئة تنظيمية صحية متمثلة في المشاركة وحرية الرأي، وإتاحة الفرصة للأفراد لتقديم أفضل ما تصنعه خبراتهم ومجهوداتهم[3].

ويركز تمكين العاملين بشكل أساسي على تكوين الثقة بين الإدارة والعاملين، فالمؤسسات الحديثة تتبنى مفهوم التمكين من منطلق أن العنصر البشري هو السبيل للمنافسة والتميز، لذلك يعد التمكين وسيلة جيدة للتعامل مع العنصر البشري وإدارته بشكل يحقق التميز للمؤسسة[4]، كما أن لتمكين العاملين أثر كبير على أداء العاملين، فعندما يشعر الفرد بقدر من التمكين تتولد فوائد فردية وتنظيمية مثل الإبداع، حل المشكلات، الأداء الجيد، الرضا الوظيفي، بالإضافة إلى التحكم الذاتي وضبط النفس، حيث أن العمال الممكّنين يقبلون المسؤوليات ويكونون إيجابيين في نظرتهم تجاه أنفسهم والآخرين، ومتفائلون بمسيرة مهنية كبيرة، ويرون الآخرين كزملاء وشركاء لا خصوم ونظراء، وعندما تحدث مشكلات في العمل لا يصعبون الأمور ولا يرمون باللّوم على الآخرين، بل يسعون في إيجاد حلول لها، كما يتقبلون النقد ولا ينفكون على تعلم كل ما هو جديد[5]، فتمكين العاملين يجسد اهتمام المؤسسة بالمورد البشري، لأنه يعزز الثقة الإدارية للعمال من خلال فتح مجال

---

[1]- بربي لطيفة، **التمكين الإداري وأثره في تعزيز التمكين النفسي لدى العاملين في القطاع الصحي في ولاية بسكرة**، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد: 08، العدد: 01، جامعة بسكرة، 2014، ص: 10.

[2]- *Esayas Degago, **A Study on Impact of Psychological Empowerment on Employee Performance in Small and Medium Scale Enterprise Sectors,** European Journal of Business and Management, Vol:6, No:27, 2014, **p**: 62.*

[3]- فيها خير مريم، **تمكين العاملين وأهميته في فعالية تطبيق إدارة المعرفة بالمؤسسة: دراسة ميدانية لمديريات مؤسسة سوناطراك بحاسي مسعود**، ورقلة، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة وتسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة ورقلة، 2017-2018، ص: 32.

[4]- برهوم أديب، **دور تمكين العاملين في زيادة الرضا الوظيفي: دراسة مسحية على المشافي العامة في الساحل السوري**، مجلة جامعة البعث، المجلد: 39، العدد: 66، سوريا، 2017، ص 92.

[5]- فيها خير مريم، مناصرية رشيد، **أثر تمكين العاملين على فعالية تطبيق إدارة المعرفة بالمؤسسة: دراسة حالة المديرية الجهوية للإنتاج بسوناطراك "حاسي مسعود"**، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، المجلد: 02، العدد: 02، جامعة ورقلة، 2016، ص: 206.

أوسع لمنح السلطة وتحمل المسؤولية دون الحد من صلاحية الإدارة العليا[1]، فإشراك العاملين في اتخاذ القرارات ومنحهم الحرية، يرفع من معنوياتهم ويؤكد على دورهم الوظيفي في المؤسسة[2].

ولتوضيح أهمية التمكين أكثر، ينبغي علينا التفرقة بين المؤسسة الهرمية التقليدية والمؤسسة في ظل التمكين من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (1–3): الفرق بين المؤسسة الهرمية والمؤسسة في ظل التمكين

المؤسسة الهرمية	المؤسسة في ظل التمكين
التخطيط	التصوّر
قيادة وسيطرة	مشاركة الآراء
مراقبة	رقابة ذاتية
استجابة فردية	مسؤولية فردية
هياكل هرمية	هياكل وظيفية متقاطعة
طرائق تدفق العمل	مشاريع
مدراء (إداريون)	مدرّبين / قادة فريق
عاملين	أعضاء فريق
إدارة مشتركة	فرق الإدارة الذاتية
أفعل بما أمرت	امتلاك العمل
مطاوعة (إذعان)	رأي سديد

المصدر: الدوري زكريا مطلك، صالح أحمد علي، **إدارة التمكين واقتصاديات الثقة في مؤسسات أعمال الألفية الثالثة**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمّان، 2009، ص 82

نستنتج من خلال الجدول السابق بأن هناك فرق شاسع بين المؤسسة التي تطبق التمكين والمؤسسة التي لا تطبق التمكين (المؤسسة الهرمية)، ففي معيار المراقبة مثلا نجد بأن المؤسسة التي تمارس التمكين تكون فيها رقابة لصيقة، وكذلك الهيكل التنظيمي يكون عمودي ولا تكون هناك مشاركة في اتخاذ القرارات ولا مشاركة في الآراء بين الرئيس والمرؤوس، وعليه فإن العامل مطالب بالتنفيذ فقط وليس له حق مناقشة رئيسه وإبداء رأيه، وهذا على العكس تماما بما هو معمول به في المؤسسة التي تطبق التمكين، فنجد بأن هناك رقابة ذاتية والهيكل

[1]– إبراهيمي أسماء، ولد محي الدين سعاد، **الإبداع والتمكين الإداري: نظرة في واقع ثقافة الإبداع في المؤسسة الجزائرية**، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد: 01، العدد: 02، جامعة المسيلة، 2016، ص ص 7–8.

[2]- *Surekha Rana, Vandana Singh,* ***Employee Empowerment and Job Satisfaction: An Empirical study in IT Industry,*** *Journal of Humanities And Social Science, Vol: 21, №: 10, p: 23.*

التنظيمي يكون أفقي وهناك مشاركة في الآراء بين الرئيس والمرؤوس، كما أن للمرؤوس الحق في مناقشة رئيسه والمشاركة برأيه، وعليه يمكننا القول بأن المؤسسات التي سعت إلى تطبيق التمكين هي الأفضل مقارنة بالتي أهملت التمكين، لأن التي طبقت التمكين أدركت أهمية الاستثمار في معارف ومهارات الموارد البشرية، وأيقنت بأن الموارد البشرية هي أهم مورد داخل المؤسسة، وأن نجاحها وتميزها وتحقيق السبق التنافسي مرهون بتميز وتفوق الموارد البشرية لديها.

ثانيا: أهداف تمكين العاملين: إن الهدف الأساسي لتمكين العاملين هو تحرير الإدارة العليا من الانشغال في الجانب العملياتي والانصراف إلى الجانب الاستراتيجي، الذي يعد جانبا مهما سواء في تحليله للبيئة الخارجية وتجنب التهديدات واستغلال الفرص، وفي تحليله للبيئة الداخلية واستثمار نقاط القوة ومعالجة نقاط الضعف، أم في تعزيز رؤية المؤسسة والانطلاق إلى رؤى أكثر تطورا[1]، كذلك يهدف إلى استحداث عمالة قوية قادرة على اتخاذ القرارات، ضمن مجال عملها وتحمل مسؤولياتها[2]، كما يهدف إلى إنشاء مؤسسة مكونة من الموظفين الملتزمين والشغوفين للقيام بوظائفهم لأنهم يؤمنون بها ويستمتعون بها[3]، فالتمكين يهدف إلى زيادة مسؤولية الموظفين ورفع معنوياتهم وتحسين جودة الحياة الوظيفية، فالموظفين عندما يشاركون في اتخاذ القرار، سيكونون أكثر إنتاجية وسيشعرون بالتزام أكبر تجاه المؤسسة[4].

وعموما تتلخص أهداف تمكين العاملين في النقاط التالية[5]:

- ✓ زيادة الدافعية لتقليل الأخطاء وذلك لتحمل الأفراد مسؤولية أكبر عن أعمالهم؛
- ✓ تحقيق رضا العملاء والاحتفاظ بهم؛

---

[1]- عبد الرضا محمد إيمان، **تمكين التدريسيين في الكليات والمعاهد التقنية: دراسة تطبيقية على كليات ومعاهد هيئة التعليم التقني في مجمع الزعفرانية**، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد: 94، الجامعة المستنصرية، بغداد، العراق، 2018، ص: 387.

[2]- الهلالات صالح علي عودة، **إدارة التميز: الممارسة الحديثة في إدارة منظمات الأعمال**، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2014، ص: 199.

[3]- *Saremi Hamid, **Empowerment as a New Approach in the Management**, Proceedings of the International Conference on Global Business, Economics, Finance and Social Sciences, 20-22 February 2015, Bangkok, Thailand, p: 06.*

[4]-*Rajesh Rathore, **Role of Employee Empowerment in Organizational Performance**, INTERNATIONAL JOURNAL FOR INNOVATIVE RESEARCH IN MULTIDISCIPLINARY FIELD, Vol: 2, Issue: 4, 2015, p: 18.*

[5]- مرماط نبيلة، **التمكين كأسلوب لتحقيق الرضا الوظيفي للعامل**، مجلة معارف، المجلد: 12، العدد: 22، جامعة البويرة، 2017، ص ص: 174-175.

- ✓ تحرير المستويات الإدارية العليا والوسطى من ممارسة دور الرقابة المتشددة، والتوجه بشكل رئيسي نحو الأعمال ذات القيمة الاستراتيجية للمؤسسة؛
- ✓ زيادة رضا العاملين تجاه عملهم ومؤسساتهم مما يضمن فعالية أدائهم؛
- ✓ تعزيز ورح التغيير بين أعضاء المؤسسة والمتعاملين معها من أصحاب المصالح؛
- ✓ زيادة النفوذ الفعال للأفراد وفرق العمل بإعطائهم المزيد من الحرية في أداء المهام؛
- ✓ التركيز على القدرات الفعلية للأفراد في حل مشاكل العمل والأزمات؛
- ✓ السعي نحو استغلال الكفاءات التي تكمن داخل الأفراد استغلالا كاملا وفعالا؛
- ✓ استحداث قوة عمل ممكّنة لها القدرة على إنتاج سلع وخدمات تفوق توقعات العميل الداخلي والخارجي؛
- ✓ جعل الأفراد أقل اعتماد على الإدارة من خلال منحهم السلطات الكافية لصنع واتخاذ القرارات؛
- ✓ تكريس القناعة لدى الأفراد بأنهم مسؤولون عن نتائج أعمالهم وقراراتهم.

نستنتج من خلال ما سبق بأن تمكين العاملين يعد ورقة رابحة بالنسبة للمؤسسة، فهو لم يأتي من فراغ على اعتبار أن له أهداف وجد من أجلها، حيث أن أهداف التمكين المذكورة سابقا، تبين وتوضح لنا مدى أهمية وقيمة هذا المفهوم الإداري الحديث للمؤسسة الحديثة، التي تنشط في ظل بيئة تتسم بعد الاستقرار والشيء الثابت فيها هو التغير، وبالتالي فإذا ما أرادت المؤسسة أن تستمر في مجال نشاطها في ظل هذه البيئة، ما عليها إلا الاستثمار في قدرات وخبرات الموارد البشرية، والتمكين هو خير مثال على ذلك باعتباره يركز أساسا على الموارد البشرية ومحاولة الاستفادة من معارفها ومهارتها.

ثالثا: أسباب تمكين العاملين: إن ما يفسر أكثر الاتجاه المتزايد نحو تبني تمكين العاملين هو بحث المؤسسات عن طرق أفضل للاستفادة الكاملة من الموارد الفكرية لموظفيها، حيث أن المؤسسة الممكّنة رأس مالها الحقيقي هو التفكير وتعظيم الاستفادة من أفكار الموظفين وتحقيق أفضل النتائج[1].

وعموما تتلخص أسباب تمكين العاملين فيما يلي[2]:

[1]- *Safar Gholipour Paynevandy,* ***The role of empowerment in Organization Development****, International Academic Journal of Organizational Behavior and Human Resource Management, Vol. 3, No. 5, International Academic Institute for Science and Technology, 2016, p: 10.*

[2]– المبيضين محمد ذيب، الطراونة محمد أحمد، **أثر التمكين في السلوك الإبداعي لدى العاملين في البنوك التجارية الأردنية**، مجلة دراسات العلوم الإدارية، المجلد: 38، العدد: 02، الجامعة الأردنية، الأردن، 2011، ص: 484.

- ✓ الرغبة الكامنة لدى المديرين في تفويض المرؤوسين بعضا من الصلاحيات، وذلك لعدم توافر الوقت الكافي للقيام بكافة الأعمال المطلوبة منهم، ويعود ذلك لثقة المديرين العالية بقدرات العاملين، وخاصة عندما يتمتعون بمستوى عال من التعليم والثقافة المشتركة وبالمهارات الفنية المتنوعة؛
- ✓ وجود رغبة عالية لدى العاملين في الحصول على الاستقلالية، وكذلك القيام باتخاذ قرارات حاسمة خاصة بعملهم، وخاصة مع اقتناع العاملين بقدراتهم ومهاراتهم في استخدام التكنولوجيا المتقدمة؛
- ✓ تنامي قدرة العاملين على الإبداع والابتكار، فنجاح المؤسسة إنما يعزى للعاملين وليس للمدير؛
- ✓ تركيز المؤسسات على معيار القدرة التنافسية لقياس أداء المؤسسات ضمن معياري الكفاءة والفعالية؛
- ✓ العمل على إدارة الوقت واستغلاله، ومن صور هذا الاستغلال تفويض العاملين صلاحية اتخاذ القرار؛
- ✓ الالتزام من قبل العاملين لإنجاز الأهداف التي يشتركون في وضعها، وكذلك أن تبرز كفاءتهم في تنفيذ المهام التي يشتركون في تخطيطها؛
- ✓ تغير الفلسفة الهيكلية للمؤسسات، من أسلوب العمل الفردي إلى فرق العمل، ومن القرار الفردي إلى القرار الجماعي، ومن المركزية إلى اللامركزية، ومن المؤسسة العمودية إلى المؤسسة الأفقية؛
- ✓ الثورة في ميدان تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وتسخير الابتكارات التي رافقتها لأداء وظائف المؤسسة بكل كفاءة وفعالية.

كذلك ما يفسر دوافع تبني تمكين العاملين هو بروز فكرة إدارة الجودة الشاملة، التي كانت أحد الأسباب التي دعت المؤسسات إلى تبني تمكين العاملين في منتصف وأواخر التسعينات، كذلك فإن توجه المؤسسة نحو هذه العملية، كان أولها النزعة البشرية المتطلعة إلى الديمقراطية استنادا لنظرية (X وY) لدوغلاس ***ماكجريجور***، والعامل الثاني يستند على افتراض أن العاملين يعتبرون فرصا للمساهمة في نجاح المؤسسة، فهم الأقرب ومن ثم والأقدر لاقتراح التحسينات التي ترفع جودة العمل، وهي المقترحات التي لا يتوقع طرحها من قبل المدراء[1].

نستنتج من خلال ما سبق بأن من أهم الأسباب التي كانت وراء تبني المؤسسات لتمكين العاملين هي رغبة المدراء في تخفيف العبء الملقى على عاتقهم، من خلال التنازل عن بعض المهام والصلاحيات إلى المرؤوسين حتى يقومون بها نيابة عنهم، وهذا حتى يتسنى للمدراء الانشغال والتركيز على الجانب الاستراتيجي،

[1]– رشام كهينة، جميل أحمد، **التمكين الإداري كمدخل حديث لتحقيق جودة الخدمة في منظمات الأعمال: دراسة ميدانية على مؤسسة اتصالات الجزائر**، مجلة ميلاف للبحوث والدراسات، المجلد: 03، العدد: 01، المركز الجامعي ميلة، 2017، ص: 74.

وكسبب آخر كان وراء تبني عملية التمكين هو تهيئة العاملين لتحمل المسؤولية، فلا يمكن للعامل أن يظل منفلتا من المسؤولية، فالذي يتهرب من المسؤولية لا يصل إلى القمة أبدا، وعليه يمكن القول بأنه لو لم يكن التمكين عنصر مهم لما كانت هناك أسباب ودوافع دعت المؤسسات إلى تطبيقه، وجعلت منه فلسفة حديثة شأنه شأن باقي الفلسفات والمفاهيم الإدارية الحديثة.

المبحث الثاني: طبيعة تمكين العاملين

سبق وأن تطرقنا في المبحث السابق إلى طبيعة تمكين العاملين، من خلال التعرض إلى نشأته ومفهومه، حيث أننا لم نذكر كل العناصر المتعلقة بالتمكين، وهذا ما سنحاول توضيحه في هذا المبحث ألا وهو التوسع أكثر في إثراء ماهية تمكين العاملين من خلال التطرق إلى مطالب أخرى لم نتطرق إليها في المبحث السابق.

المطلب الأول: أنواع وأساليب تمكين العاملين وخطوات تنفيذه

سنقوم في هذا المطلب باستعراض الأنواع الأساسية لعملية التمكين، بالإضافة إلى عرض أهم الأساليب التي تشكل الأرضية لتطبيق التمكين، كما سنتعرض إلى أهم الخطوات التي وضعتها أدبيات الفكر الإداري في كيفية تطبيق التمكين، باعتبارها توضح وتشرح كيفية تطبيق هذا المفهوم الحديث.

أولا: أنواع تمكين العاملين: ينقسم تمكين العاملين إلى ثلاثة أنواع تتمثل فيما يلي[1]:

- **التمكين الظاهري:** ويشير إلى قدرة الفرد على إبداء رأيه وتوضيح وجهة نظره في الأعمال والأنشطة التي يقوم بها، وتعد المشاركة في اتخاذ القرارات هي المكون الجوهري لعملية التمكين الظاهري.
- **التمكين السلوكي:** ويشير إلى قدرة الفرد على العمل في مجموعة من أجل حل المشكلات وتعريفها وتحديدها، وكذلك تجميع البيانات عن مشاكل العمل ومقترحات حلها، وبالتالي تعليم الفرد لمهارات جديدة يمكن أن تستخدم في أداء العمل.
- **تمكين العمل المتعلق بالنتائج:** ويشمل قدرة الفرد على تحديد أسباب المشكلات وحلها، وكذلك قدرته على إجراء التحسين والتغيير في طرائق أداء العمل بالشكل الذي يؤدي إلى فعالية المؤسسة.

[1]- حسونة عبد الباسط وآخرون، **تمكين العاملين وأثره على جودة الخدمات المصرفية، دراسة ميدانية على القطاع المصرفي في الأردن**، مجلة تنمية الرافدين، المجلد: 36، العدد: 115، جامعة الموصل، العراق، 2013، ص: 51.

نستنتج من خلال ما سبق بأن التمكين قد يظهر في ثلاث صور أساسية، فإما يظهر في صورته الظاهرية، أي من خلال مناقشة المرؤوس لرئيسه في العمل، وتوضيح فكرته التي يرى بأنها مناسبة للعمل الذي يقوم به، وكذلك من خلال المشاركة في اتخاذ القرارات، كما قد يظهر التمكين في صورة السلوك، أي من خلال تشكيل فرق العمل والعمل في فريق، أي انسجام العامل في العمل مع زملائه في العمل من أجل مواجهة القضايا والمشاكل التي تعترض عمل المؤسسة ومحاولة إيجاد حلول لها، كذلك قد يظهر التمكين في صورة النتائج، أي مدى تمكّن العامل في عمله، وقدرته على إيجاد طرق عمل جديدة بما يتوافق ونجاح وبقاء واستمرار المؤسسة.

ثانيا: أساليب تمكين العاملين: اقترح "***دافيس***" عشر طرق لتمكين العاملين تتمثل فيما يلي[1]:

- ✓ **التمكين من خلال المسؤوليات:** على شرط أن تكون المسؤوليات المنوطة بالموظف واضحة ومحددة؛
- ✓ **التمكين من خلال الصلاحيات:** حيث يبدي العاملون حماسا أكبر للعمل في ظل زيادة الصلاحيات؛
- ✓ **التمكين من خلال المعايير والأداء المثالي:** على الإدارة وضع المعايير لتحفيز الموظفين وتمكينهم من الوصول لأقصى إمكاناتهم؛
- ✓ **التمكين من خلال التدريب والتطوير:** التدريب هو من أهم العناصر التي تطور العامل وتجعل لديه خبرة أعلى في الأعمال الموكلة له؛
- ✓ **التمكين من خلال المعرفة والمعلومات:** وذلك حتى يتمكن الموظفون من اتخاذ القرارات المتعلقة بهم، وبدون ذلك سيكون الموظفون قاصرين في مقدرتهم على القيام بالمهام والمسؤوليات المطلوبة منهم؛
- ✓ **التمكين من خلال التغذية الراجعة:** حتى تستطيع المؤسسة معرفة نقاط القوة واستثمارها، ومعرفة نقاط الضعف ومعالجتها؛
- ✓ **التمكين من خلال التقدير والاهتمام:** أن يقدر المدير الموظف، وهذا له أثر كبير على ذات الموظف وإنجازه وتوجهاته نحو العمل والتمكين؛
- ✓ **التمكين من خلال الاحترام:** يتشابه الاحترام مع التقدير والاهتمام، فالاحترام أيضا يزيد من اهتمام الموظف بعمله وبالتالي إنجاح عملية التمكين؛
- ✓ **التمكين من خلال الثقة:** إعطاء الثقة للموظف يقلل من سعيه نحو تبرير الخطوات التي يقوم بها؛

[1]– الطعاني حسن أحمد، السويعي عمر سلطان، **التمكين الإداري وعلاقته بالرضا الوظيفي لدى مديري المدارس الحكومية في محافظة الدمام المملكة العربية السعودية**، مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد: 40، العدد: 01، الجامعة الأردنية، الأردن، 2013، ص: 308.

✓ **التمكين من خلال السماح بالفشل:** الفشل مقدمة للنجاح، لأنه في كثير من الأحيان يسبق النجاح الفشل، ولذا فإن السماح للموظف بالمجازفة والمخاطرة قد يقوده إلى التميز.

نستنتج من خلال ما سبق بأن عملية تمكين العاملين لا تأتي بطريقة عفوية، وإنما هناك أساليب ينبغي اتباعها حتى يتم النجاح في تطبيق التمكين، حيث أن هذه الأساليب (السابقة الذكر) هي عملية ناتجة عن ثقافة التمكين، فالمؤسسة التي تكون لديها ثقافة التمكين هي على علم بهذه الأساليب وتعرف كيف تطبقها، أما المؤسسة التي ليست لديها ثقافة التمكين ولم تطبق التمكين أبدا، فقد لا تتبنى هذه الأساليب لكونها قد لا تتناسب وذهنيات المدراء لديها، وعليه يمكن القول بأن لتمكين العاملين أساليب تعزّز من إمكانية نجاح تطبيقه في المؤسسة، فإذا مأ أرادت المؤسسة أن تنجح في تطبيق التمكين، ما عليها إلا أن تلفت انتباهها لهذه الأساليب، وتعطيها أهمية باعتبارها أساليب مساعدة تدعم فرص نجاح التمكين.

ثالثا: خطوات تطبيق تمكين العاملين: تمر عملية تطبيق التمكين بأربعة مراحل أساسية تتمثل فيما يلي[1]:

- **مرحلة التهيئة المبدئية:** وذلك بتهيئة البيئة التنظيمية الداعمة للتمكين، وإزالة العوائق التي تحول دون تطبيقه، حيث يتم فيها تعريف الأفراد بعملية التمكين، وتوضيح دور كل فرد فيها وتحتاج هذه المرحلة إلى قيادة قوية، ودراية واسعة بعملية التمكين للإجابة على الأسئلة التي توجه الأفراد؛
- **مرحلة وضع الأهداف وجدولتها زمنيا:** تحتاج هذه المرحلة إلى القائد الذي يمارس دور المنسق الذي يستمع للجميع، ويقوم بجمع المعلومات من أجزاء المؤسسة ويحللها ويوفر الإرشاد والتوجيه المناسب لأعضاء التنظيم، حيث يتم تعريفهم بالأهداف المختلفة للمؤسسة والمشاكل التل تواجهها ومحاولة حلها؛
- **مرحلة التسهيلات المادية في بيئة العمل:** وذلك بتوفير التسهيلات المالية والمادية الكافية التي تساعد على تجسيد التمكين في المؤسسة بشكل أفضل؛
- **مرحلة التطوير:** يتم خلال هذه المرحلة اعتماد أليات التطبيق، التقييم، والضبط والتطوير، بحيث تعتمد فرق العمل على ذاتها، وتقوم بتدعيم وتوجيه جهود ومهارات أفرادها نحو تحقيق الأهداف، وتطوير الحلول المناسبة للمشكلات التي تواجههم.

[1]- دربوش محمد الطاهر، عروف راضية، **التمكين كاستراتيجية لتنمية رأس المال الفكري بالمنظمات**، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد: 26، العدد: 04، جامعة قسنطينة1، 2015، ص ص: 93-94.

نستنتج من خلال ما سبق بأن خطوات تطبيق تمكين العاملين لا تختلف عن سابقتها أساليب تمكين العاملين، حيث نجد بأن هناك أربعة مراحل أساسية لتطبيق التمكين، أولى هذه المراحل هي مرحلة التهيئة وهي أهم مرحلة لكونها القاعدة التي ينطلق منها التمكين، ثم تأتي مرحلة وضع الأهداف، أي العمل في فريق واحد ووضع الأهداف بطريقة جماعية حتى تلقى القبول ويقتنع بها الجميع، ثم تأتي مرحلة التسهيلات المالية والمادية، وذلك من خلال توفير نفقات التدريب والتحفيزات المادية، ثم تأتي المرحلة الأخيرة وهي مرحلة التطوير، حيث تعتمد هذه المرحلة على عملية التقييم، أي المقارنة بين الأهداف المسطرة والأهداف المحققة، حتى يتم التعرف على نقاط القوة من أجل استثمارها والتعرف على نقاط الضعف ومعالجتها.

المطلب الثاني: مقومات ومستويات وأبعاد تمكين العاملين

سنتعرض في هذا المطلب إلى توضيح أهم مقومات تمكين العاملين، حيث يمكن اعتبار هذه المقومات بأنها أساس نجاح التمكين، كما سنستعرض أهم مستويات التمكين، بالإضافة إلى أهم أبعاده ونحاول شرح كل بعد على حدى موضحين في ذلك العلاقة القائمة بين التمكين وأبعاده.

أولا: مقومات تمكين العاملين: من أبرز مقومات تمكين العاملين ما يلي[1]:

- **العلم والمعرفة والمهارة:** فكلما زادت خبرة الفرد ومهاراته ومكتسباته المعرفية، ازدادت قدرته على تأدية مهام عمله بكفاءة واقتدار واستقلالية أكبر، وبالتالي يمكّن الفرد ويمنح حرية في التصرف والمشاركة.
- **الاتصال وتدقيق المعلومات:** فكلما زادت اللقاءات والاجتماعات والحوار بين الرئيس والمرؤوس، وتبادل المعلومات الصحيحة والمتجددة بشفافية ووضوح وصراحة (عوامل الاتصال التي توفر المعلومات وتدفعها بانسياب حر)، زاد الشعور بالتمكين وحرية التصرف والشعور بالملكية والانتماء، وتكون لدى العاملين الحماس الذاتي من أجل تحسين الأداء دون مراقبة صارمة ودون حالة من عدم الثقة.
- **الثقة بين القائد والمرؤوسين:** وتتحقق من خلال الاهتمام بالآخرين، وأن يكون القائد في صف المرؤوسين فيما يحدث لهم من خير أو شر، ويشاركهم همومهم ومشاكلهم، وهذا الاهتمام والصدق والصراحة يؤدي إلى التمكين ويجعل المرؤوسين يتصرفون وكأنهم أصحاب المؤسسة أو على الأقل كأنهم شركاء فيها.

[1]– المصري شادي حمدان عطية، **متطلبات التمكين من وجهة نظر العاملين الإداريين في الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة**، مذكرة الماجستير: تخصص إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، غزة، 2015، ص: 17.

- **الحوافز المادية والمعنوية:** على الرغم من أن التمكين في حد ذاته هو حافز معنوي للعاملين، إلا أنه ليس بمنحة مجانية، فكما أن فيه مشاركة في المنافع ففيه أيضا مشاركة في المخاطر ومحاسبة على النتائج وتحمل للمسؤولية لذلك، فلابد من نظام للحوافز يشجع العاملين على تحمل المسؤولية.

نستنتج من خلال ما سبق بأن عملية التمكين لها أربع مقومات أساسية، حيث نجد المعارف والمهارات التي يتمتع بها العاملون، فإذا كان العامل ذو مهارات عالية وذو رصيد معرفي ثري فإن كل هذا سيكون في صالح التمكين وفي سر نجاحه، كذلك نجد عامل الاتصال الذي يعد أيضا مقوم أساسي في نجاح التمكين، لأن الاتصال يسمح بتبادل المعلومات والأفكار بين الرئيس والمرؤوس، كما يمكّن المرؤوس من الحصول على المعلومات في الوقت والمكان المناسبين، بالإضافة إلى ذلك نجد من مقومات التمكين عامل الثقة الذي يعد أيضا سمة أساسية للتمكين، من خلال اهتمام الرئيس بمرؤوسيه وإبداء رغبته في التعاون معهم ومبادلتهم الصدق والاحترام وحسن المعاملة، كذلك نجد عامل الحوافز فالتمكين يكون له مقابل مادي لأن في التمكين يحاسب المفوّض إليه على النتائج، وبالتالي فإذا كان التمكين بدون مقابل مادي، فإننا قد نجد من العاملين من يقاوم عملية التمكين ولا يرحب بها، لأن المسؤولية تقع على العامل الذي تم منحه السلطة والمسؤولية، وعليه فإذا أخطأ العامل فسوف يعاقب، لكن إذا علم بأن هناك مقابل على ما سيقوم به، فإن هذا سيجعله أكثر حرصا واهتماما على نجاح الأعمال التي تم تفويضها إليه.

ثانيا: مستويات تمكين العاملين: حدد "***باستور***" بأن هناك خمسة مستويات يمكن للفريق الإداري تطبيقها[1]:

- **المستوى الأول:** يتخذ المدير القرارات ويعلم الفريق، وقد يبدو هذا أساسا واضحا، حيث يتخذ المديرون قراراتهم ولا يكلفون أنفسهم عناء إعلام الفريق؛
- **المستوى الثاني:** في هذا المستوى يسأل المدير فريقه عن أي اقتراحات، ويتخذ القرارات معتمدا على الاقتراحات، ويعلم الفريق بها؛
- **المستوى الثالث:** يناقش المدير والفريق الوضع على نحو مفصل، ويطلب المدير أوراق عمل وتدخلات من الفريق وقد يأخذ بها أو لا، ويعلم الفريق بذلك؛

[1]- شمس الدين عمر، **أثر تمكين العاملين على الولاء التنظيمي: دراسة قطاع التأمين وقطاع المصارف الخاصة في سورية**، مجلة جامعة البعث، المجلد: 38، العدد: 38، سوريا، 2016، ص 84.

- **المستوى الرابع**: في هذا المستوى يستمر بناء العلاقات، وفي هذه النقطة تتخذ القرارات على نحو نهائي وعلى نحو تعاوني بين المدير والفريق؛
- **المستوى الخامس**: يمارس العاملون الإدارة الذاتية من خلال فرق العمل، وذلك بهدف اتخاذ القرارات.

نستنتج من خلال ما سبق بأن عملية تمكين العاملين هي عملية منهجية وسلسة تأخذ خمسة مستويات أساسية، حيث أن كل مستوى يعتبر مدخلا للمستوى الآخر، كما أن هذه المستويات متسلسلة، فنجد أن المستوى الأول يعبر عن الوهلة الأولى التي يمكن أن يبدأ فيها التمكين، ثم في المستوى الثاني تتطور فكرة التمكين فتنتقل إلى مستوى أعلى مما كانت عليه في سابقتها، وهذا إلى غاية السنة الخامسة التي يكون فيها التمكين في أعلى ذروة له ويبلغ أعلى مستوياته.

ثالثا: أبعاد تمكين العاملين: توجد خمسة أبعاد لتمكين العاملين تكاد أدبيات الفكر الإداري أن تتفق عليها هي:

أ. تفويض السلطة: يعرّف التفويض على أنه توزيع السلطات من الإدارة العليا إلى الدنيا[1]، والفكرة الأساسية لمفهوم التمكين أن تتم عملية تفويض الصلاحيات إلى المستويات الإدارية الدنيا، إذ يصبح العاملين لهم القدرة في التأثير على القرارات الممتدة من القرارات الاستراتيجية في المستوى الأعلى إلى القرارات المتعلقة بأدائهم لعملهم، ولذلك فإن فكرة التمكين تتطلب تغييرا في الأنماط القيادية التقليدية إلى أنماط قيادية تؤمن بالمشاركة، وبالتأكيد فإن هذا يتطلب التحول من الرقابة والتوجيه إلى الثقة والتفويض[2]، حيث أن تفويض السلطة يظهر ثقة القائد بمرؤوسيه وهي خطوة جيدة لتنمية مهارات المرؤوسين[3]، فالتفويض ينتج عنه العمل القليل والكثير من الوقت على عكس إذا لم يتم التفويض[4]، وعليه يعد التفويض من الجوانب الهامة لعملية التمكين، لأنه يمنح العاملين الشعور بالحرية ويحفزهم لبذل أقصى إمكاناتهم لأداء واجباتهم بفعالية[5].

---

[1]- *ELLY R. TWINEYO KAMUGISHA, **The Basics of Business Management - Vol I: Leadership, Financial Management and Economics**, 1st edition, book boon, Without mentioning the country of publication, 2017, p :13.*

[2]- راضي جواد محسن، **التمكين الإداري وعلاقته بإبداع العاملين، دراسة ميدانية على عينة من موظفي كلية الإدارة والاقتصاد**، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد: 12، العدد: 01، جامعة القادسية، العراق، 2010، ص 64.

[3]- بوخلوة باديس، بن قرينة محمد حمزة، **أثر تمكين العاملين على الرضا الوظيفي: دراسة ميدانية في مؤسسة مطاحن الواحات بتقرت "ولاية ورقلة"**، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، المجلد: 04، العدد: 07، جامعة ورقلة، 2015، ص 107.

[4]- *Brian Tracy, **Time management**, Without edition, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, United States of America., 2013, p: 60.*

[5]-*G.Sreelakshmi, **Empowerment Methods and Guerilla Tactics for Managers**, Iosr Journal of Business and Management, Volume 18, Issue : 05, 2016, P 108.*

نستنتج من خلال ما سبق بأن التفويض عملية أساسية للقيام بعملية التمكين، لأن التفويض هو عملية تفويض للسلطة فقط، بينما التمكين هو عملية تفويض السلطة والمسؤولية، فلا يمكن أن نعطي للعاملين مباشرة السلطة والمسؤولية في آن واحد، وإنما نعطيهم السلطة فقط حتى نهيئهم لتحمل المسؤولية ثم بعد ذلك نعطيهم السلطة والمسؤولية، وعليه فإن التمكين يعتمد على التفويض كعامل أساسي لنجاحه.

ب. التدريب: يعرف التدريب على أنه تلك الجهود التي تهدف إلى تزويد العامل بالمعلومات والمعارف التي تكسبه المهارة في أداء العمل، وكذلك تنمية وتطوير ما لديه من مهارات ومعارف وخبرات بما يزيد من كفاءته في أداء عمله الحالي، أو يعده لأداء أعمال ذات مستوى أعلى في المستقبل القريب[1].

لا يمكن أن تعطي للعاملين السلطة في اتخاذ القرارات وهم يفتقدون المعرفة التي تمكنهم من ذلك، فالتمكين بدون تدريب يمكن تمثيله كأنك تقذف بشخص ما في مياه البحر وهو لا يعرف العوم وتطلب منه النجاة[2]، حيث يتضمن التمكين إكساب العاملين المعرفة والمهارة اللازمة للتصرف الفعال بصفة مستمرة، فلا يمكن أن يتحقق هذا بدون التدريب الملائم[3]، وعليه فالتمكين يتطلب توفير تدريب مستمر ومنتظم لأجل تعلم المهارات الجديدة، فالجهود التدريبية تمكن العاملين من بناء المعارف والمهارات والقدرات، ليس فقط لأداء أعمالهم، بل لتعلم مهارات واقتصاديات المؤسسات الكبيرة أيضا[4]، فالمؤسسات صارت تقوم بوضع برامج تدريب مكثفة، هدفها تمكين العاملين من خلال ملاحظة أحدهم الآخر وتصحيح الأخطاء بينهم[5]، فالتدريب يعزز ثقافة التعلم ويحفز العاملين على المشاركة في اتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية[6]، وبالتالي فإن تحقيق التمكين يشترط إعداد الكوادر البشرية، وذلك بتدريبهم بدورات تخص عملهم من أجل استثمار

---

[1]- مشهور ثروت، **استراتيجيات التطوير الإداري**، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوكزيع، عمان، الأردن، 2010، ص: 201.

[2]- طبال لطيفة، موساوي سمية، **الثقة التنظيمية انطلاقة نحو بناء نموذج التمكين الإداري للعاملين في المنظمة**، مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية، المجلد: 02، العدد: 07، جامعة البليدة2، 2017، ص: 16.

[3]- بلخضر مسعودة، بوخضير مريم، **واقع تمكين العاملين بالمديرية العملية لاتصالات الجزائر بعنابة وأثره على الإبداع**، مجلة العلوم الاقتصادية، المجلد 17، العدد: 02، 2016، ص: 21.

[4]- بنان منير محسن، **أثر التمكين الإداري على الرضا الوظيفي: دراسة ميدانية على المصارف السورية**، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المجلد: 37، العدد: 04، جامعة تشرين، سوريا، 2015، ص: 351.

[5]- قاسم أحمد وآخرون، **دور استراتيجية التمكين في تحسين الأداء المنظمي: دراسة تحليلية لآراء عينة من رؤساء الأقسام العلمية في جامعة تكريت**، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد: 04، العدد: 12، جامعة تكريت، العراق، 2008، ص: 100.

[6]- *Sadaf Zahra and al, **Employee Training and Its Effect on Employees' Job Motivation and Commitment: Developing and Proposing a Conceptual Model**, IOSR Journal of Business and Management, Vol: 16, Issue: 9, 2014, p: 62.*

قدراتهم، ومواكبة التطورات التكنولوجية لأجل إعادة تشكيل القدرات التنافسية للمؤسسة التي ينتمي إليها[1]، لأن إنتاج سلع وخدمات ذات جودة عالية من قبل أي مؤسسة يعتمد على جودة الموارد البشرية لديها[2].

نستنتج من خلال ما سبق بأن التدريب عامل أساسي لنجاح عملية التمكين، فلا يمكن أن نعطي للعاملين مهام وصلاحيات إضافية بدون توفير التدريب اللازم، لذلك فقد تكون هذه المهام غير مألوفة للعامل ولم يمارسها من قبل، وبالتالي فإن العامل هنا يحتاج إلى تدريب للقيام بهذه المهام، وعليه فإن التدريب بعد أساسي لنجاح عملية التمكين.

ت. فرق العمل: هي مجموعة من الأفراد الذين يتعاملون مع بعضهم البعض قصد تحقيق أهداف المؤسسة[3].

يتطلب تمكين العاملين ثقافة تنظيمية تؤكد على أهمية تشكيل فرق العمل، من خلال المشاركة في صنع القرارات، وذلك لأن فرق العمل تعتبر أكثر فعالية في معالجة الأزمات[4]، حيث تلعب فرق العمل دورا كبيرا وبارزا في مجال تطبيق تمكين العاملين، كما تعد إحدى الآليات الأساسية للتطوير والتحسين الإداري، وقد أصبح تطبيق فرق العمل داخل المؤسسات أمرا مألوفا وطبيعيا بعد أن كان حالة استثنائية في السابق، وهذا لما لها من دور هام في تحسين أداء المؤسسة[5]، لأنه مع ازدياد حجم المؤسسات أصبح من المستحيل الاعتماد على الجهود الفردية[6]؛ ويعتمد تطوير العمل الجماعي في المؤسسة على توافر قائد قوي قادر على تقديم التوجيهات، والتشجيع، والدعم لأعضاء الفريق للتغلب على أي صعوبات قد تواجههم أثناء العمل[7]، ويعتمد التمكين على بناء القوة وتطويرها وزيادتها من خلال التعاون الجماعي، حيث أن عمل الفريق يعد أسلوبا يستخدم

---

[1]- تايه محمد صفاء، **اعتماد التمكين المنظمي لتحقيق استراتيجية التمايز: دراسة تطبيقية في المؤسسة العامة للإسمنت الجنوبية**، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد: 08، العدد:22، جامعة الكوفة، العراق، 2012، ص: 167.

[2]- *Yamoah Emmanuel Erastus,* ***Employee Training and Empowerment: A Conceptual Model for Achieving High Job Performance,*** *Journal of Education and Practice, Vol: 4, No: 13, 2013, p: 27.*

[3]- *Bauer Talya, Erdogan Berrin,* ***An Introduction to Organizational Behavior****, without edition, without mentioning the publishing house, 2012, p: 415.*

[4]- شتاتحة عائشة، **تفعيل الإبداع في منظمات الأعمال من خلال مدخل التمكين**، مجلة دراسات العدد الاقتصادي، المجلد: 04، العدد: 02، جامعة الأغواط، 2013، ص: 107.

[5]- النويقة عطا الله بشير، **أثر تمكين فرق العمل في تحقيق التميز التنظيمي في جامعة الطائف**، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد: 10، العدد: 03، الجامعة الأردنية، الأردن، 2014، ص: 432.

[6]- دن أحمد، **أثر تمكين العاملين على الرضا الوظيفي: دراسة حالة جامعة زيان عاشور بالجلفة**، مجلة مجاميع المعرفة، المجلد: 03، العدد: 02، المركز الجامعي تندوف، 2017، ص: 93.

[7]- الكبيسي جنان حاتم كامل، **التمكين الإداري لدى مديري المدارس الثانوية في محافظة بغداد من وجهة نظر المعاونين والمعاونات**، مجلة الأستاذ، المجلد: 02، العدد: 01، جامعة بغداد، العراق، 2016، ص: 308.

لتمكين العاملين، وأن بناء فرق العمل ينسجم مع التغيرات الهيكلية في المؤسسات، من حيث توسيع نطاق الإشراف، والتنظيم المنبسط بدلا من التنظيمات الهرمية[1]، والعاملين الممكّنين ينبغي أن يشعروا في مؤسستهم بإمكانية أن يعملوا معا وبشكل جماعي في حل مشاكل العمل، وأن أفكارهم يتم احترامها وتؤخذ على محمل الجدّ، ويتطلب ذلك مستوى عال من الثقة[2]، فمن مميزات فرق العمل أن جميع أعضاء الفريق يحاولون حل أي أخطاء في أسرع وقت ممكن، وبدلا من إلقاء اللوم على الشخص المسؤول، فهم يستخدمون الفرصة للتعلم واكتساب الخبرة من الأخطاء، لأنهم يعتقدون أن الأخطاء يمكن أن تحقق التقدم وتجربة مفيدة لأعضاء عمل الفريق[3]، وتساهم فرق العمل في تحقيق الرضا الوظيفي، وتغيير المواقف نحو الإيجابية، وتحسين التواصل بين العاملين والمديرين، وعمليات أكثر فعالية لصنع القرار، وخفض التكلفة وتحقيق الكفاءة و الفعالية في المؤسسة[4]، وتهدف المؤسسات من خلال اعتماد هذا الأسلوب إلى ما يلي[5]:

- ✓ العمل على إنشاء مناخ تنظيمي مناسب وبيئة صحية؛
- ✓ الشعور بالمسؤولية المشتركة والرقابة الذاتية؛
- ✓ مواكبة التغيرات في البيئة المحيطة؛
- ✓ ممارسة عملية التفويض بطريقة أكثر فعالية؛
- ✓ الالتزام بتحقيق الأهداف؛
- ✓ التخطيط المشترك لمواجهة المشكلات قبل حصولها؛

نستنتج من خلال ما سبق بإن عملية التمكين تقتضي تشكيل فرق العمل والعمل في مجموعة، من خلال إقامة الحلقات النقاشية وإثراء النقاش بين أفراد المجموعة، حيث يأتي كل عامل بفكرته ووجهة نظره التي يرى بأنها لو طبقت ستنعكس إيجابا على أهداف المؤسسة، وهذا ما يجعل العامل يشعر بمكانته داخل المؤسسة

---

[1]- الزيادات ممدوح طايع، **أثر تمكين العاملين في الأداء التسويقي في البنوك الإسلامية الأردنية من وجهة نظر العاملين**، مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، المجلد: 17، العدد: 01، جامعة الزرقاء، 2017، ص: 04.

[2]- الروقي مطلق بن مقعد بن مطلق، **التمكين الإداري لدى قادة مدارس التعليم العام في محافظة عفيف**، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 05، العدد 08، مركز ديبونو لتعليم التفكير بالتعاون مع دار سمات للدراسات والبحوث، الأردن، 2016، ص: 236.

[3]- *Nezakati Hossien and al,* ***Fostering Organizational Citizenship Behavior (OCB) Through Human Resources Empowerment (HRE),*** *World Journal of Management, Vol: 2, №: 3, 2010, p : 57.*

[4]- *GanjiNia Hosein and al,* ***OVERVIEW OF EMPLOYEES EMPOWERMENT IN ORGANIZATIONS****, Arabian Journal of Business and Management Review, Vol:. 3, No: 2, 2013, p: 40.*

[5]- فرج شعبان، شيخ سعيدة، **تمكين العاملين كمدخل لتحسين جودة الخدمات**، مجلة الاقتصاد والتنمية، المجلد: 03، العدد 02، جامعة المدية، 2015، ص: 98.

ويشعر بمسؤوليته، وبأن له دور هام في حياة عمل المؤسسة، كما يتولد لدى العامل إحساس بأن المؤسسة دائما بحاجة ماسة إلى أفكاره التي يطرحها، وأن نجاح المؤسسة إنما يعتمد على أفكاره الإبداعية، وعليه يمكن القول بأن العمل الجماعي مطلب أساسي من مطالب التمكين وأحد دعائم نجاحه.

ث. الاتصال الفعال والمشاركة بالمعلومات: يعرّف الاتصال على أنه "العملية التي تهتم بإيصال المعلومات الهامة والقرارات لجميع أفراد المؤسسة، عن طريق متابعة وصول المعلومات وتذليل عقبات وصولها باستخدام رسائل شفهية وكتابية وإلكترونية[1].

يعتبر الاتصال الفعّال أحد العوامل الضرورية لبرنامج تمكين العاملين، ويدل على توافر عنصر حرية الوصول إلى المعلومات الحساسة، حيث أن عرض المعلومات الحساسة للعاملين هي خطوة أساسية في الاتجاه الصحيح في رحلة برنامج التمكين[2]، وتعتبر المؤسسة ممكّنة عندما يحصل الأفراد العاملين على المعلومات التي يحتاجونها لصنع قرارات تتعلق بسير العمل الذي يقومون به[3]،لأنه عندما يمتلك العاملون المعلومات، فسوف تتكون لديهم رؤية شاملة عن المؤسسة التي يعملون فيها، وهذا يؤدي إلى فهم أفضل للوضعية الحالية التي توجد بها المؤسسة وما تريد تحقيقه في المستقبل[4]، حيث أن المؤسسات التي تكتسب المعلومات وتنشرها، هي مؤسسات قادرة بالتأكيد على تحقيق أداء موفق، بسبب التماسك ووحدة الرؤية التي تتحقق عن طريق التمكين، فالمعلومات تعزز الثقة لدى العاملين وتضعهم أمام مسؤولياتهم[5]، وبدون إتاحة المعلومات لا يمكن للعاملين التصرف بمسؤولية، على عكس إذا امتلكوا المعلومات اللازمة فإنهم سيلتزمون بجميع مسؤولياتهم[6]، فإمكانية الوصول إلى المعلومات في الوقت والمكان المناسبين يمكّن العاملين من القيام بعملهم بكفاءة وفعالية[7]،

---

[1]– المغربي محمد الفاتح محمود بشير، **السلوك التنظيمي**، الطبعة الأولى، دار الجنان للنشر والتوزيع، الأردن، 2016، ص: 163.

[2]– سلامة محمد وليد سالم، **أثر أبعاد التمكين الإداري على السلوك الإبداعي للعاملين في مؤسسة الاتصالات الفلسطينية**، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات الإدارية والاقتصادية، المجلد: 02، العدد: 06، فلسطين، 2016، ص: 22.

[3]– عبد الناصر عبد الله محمد عيسى، **التمكين الإداري للعاملين في مؤسسات التعليم العالي الناشئة تطبيقا على جامعة الجوف**، مجلة الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد: 07، العدد: 22، 2016، ص: 06.

[4]– بلكبير خليدة محمد، **واقع تمكين العاملين لدى مسيري المؤسسات الجزائرية**، مجلة الاقتصاد الجديد، المجلد: 04، العدد: 01، جامعة خميس مليانة، 2013، ص: 227.

[5]– مصنوعة أحمد، **التمكين الإداري كمدخل لتعزيز الالتزام التنظيمي للعاملين بالتطبيق على أعضاء الإدارة الإشرافية (رؤساء الأقسام ونوابهم) بجامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف**، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، المجلد: 13، العدد: 16، جامعة الشلف، 2017، ص: 131.

[6] *-Golnaz Sadri, **Empowerment of the bottom line**, Industrial Management, Institute of Industrial Engineers, May/ June, 2011, p : 13.*

[7]*- Gilbert Stephanie and al, **The mediating effect of burnout on the relationship between structural empowerment and organizational citizenship behaviours**, Journal of Nursing Management, N: 18, 2010, p: 340.*

فتدفق المعلومات هو مثل تدفق الدم في كائن حي، فبدون تدفق المعلومات، المؤسسات لا يمكنها أن تعمل بقوة ولا يمكنها أن تبقى في جو المنافسة، فتقاسم المعلومات هو عامل من عوامل المؤسسات الممكّنة[1]، وعليه يتوقف نجاح التمكين على قدرة من يجري تمكينهم في الوصول إلى المعلومات المناسبة، بالسرعة المطلوبة والدقة الملائمة[2]، كما يشمل الاتصال الفعال تعريف العاملين بخطط المؤسسة وطبيعة المهام المطلوبة لتحقيق رؤية ورسالة المؤسسة وأهدافها[3]، كما أنه يشكل القاعدة الأساسية للعلاقات داخل المؤسسة، حيث يتكفل بتبادل المعلومات بين مختلف الأفراد، ليتمكن من خلالها المدراء من فهم السلوك الإنساني ومن ثمة إمكانية توجيهه[4].

نستنتج من خلال ما سبق بأن بعد الاتصال والمشاركة بالمعلومات أحد الأبعاد الأساسية لنجاح عملية التمكين، وهذا من خلال إمداد العاملين بالمعلومات المناسبة وكذلك من خلال عملية الاتصال، هذا الأخير الذي يهتم بتبادل المعلومات، والاتصال يكون بين الرئيس والمرؤوس، وبالتالي تبادل المعلومات بين الرئيس والمرؤوس وتوسيع دائرة النقاش والحوار بينهم، وعليه فإن التمكين يعتمد في نجاحه على عملية تدفق المعلومات وعلى عملية الاتصال الفعّال.

ج. التحفيز: يعرف التحفيز على أنه أسلوب يعتمد عليه المدير للتأثير على سلوك الأفراد، وإنشاء الدافع القوي لديهم على العمل بحماس وإخلاص لتحقيق أهداف المؤسسة[5].

إن التحفيز خلال عملية التمكين يختلف عن التحفيز في مفهومه التقليدي، إذ يركز على الجانب النفسي للعاملين، من خلال منحهم القوة بما يسمح لهم تقديم أقصى مردودية في العمل، لذا فإن للمديرين الدور

---

[1]- *Salajegheh Sanjar, Pirmoradi Nasrin,* ***Employees Empowerment and Management Strategies: Case study of Governmental Organizations of Kerman****, Research Journal of Recent Sciences, Vol:3, N: 9, 2014, p: 129.*

[2]- محمود عبد الله محمد وآخرون، **التمكين الإداري ودوره في تعزيز االإبداع الإداري: دراسة تحليلية لأراء المديرين في عينة مديري مصارف القطاع الخاص في مدينة أربيل**، مجلة زانكو للعلوم الإنسانية، المجلد: 21، العدد: 03، جامعة صلاح الدين، العراق، 2017، ص: 280.

[3]- العطوي رويدا محمد، كائنكان فواز مرعي، **أثر التمكين الإداري على الإبداع من وجهة نظر القيادات النسائية في التعليم العالي السعودي كأحد مداخل تحقيق رؤية 2030**، المجلة العالمية للاقتصاد والأعمال، المجلد: 04، العدد: 02، مركز رفاد للدراسات والأبحاث، الأردن، 2018، ص: 131.

[4]- بومجان عادل، عبد الناصر موسى، **التمكين الإداري وأثره على أداء المؤسسة: دراسة حالة مؤسسة صناعة الكوابل فرع جنرال كابل ببسكرة**، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد: 09، العدد: 01، جامعة بسكرة، 2015، ص: 300.

[5]- المغربي محمد الفاتح محمود بشير، **إدارة الموارد البشرية**، الطبعة الأولى، دار الجنان للنشر والتوزيع، الأردن، 2016، ص: 162.

الفاعل في حفز العاملين وإحساسهم بمكانتهم في المؤسسة نتيجة الأعمال التي يقدمونها[1]، حيث يعمل العاملون المحفّزون على مساعدة المؤسسة إلى الوصول إلى القمة[2]، فالحوافز لها دور كبير في تعزيز العلاقات بين المؤسسة وموظفيها[3]، والحوافز قد تكون مادية أو معنوية، فردية أو جماعية، يتوقف تأثيرها في قدرتها على إثارة الدافعية للأفراد وتعزيز حماسهم وتقتهم بالمؤسسة، ولكي يكتب لجهود التمكين النجاح، ينبغي أن يتم ربط المكافآت التي يحصل عليها العاملون بأهداف المؤسسة[4]، كما يحفّز التمكين العاملين على الاندفاع للإنجاز والرغبة في تحمل المسؤولية، فعند منح الفرد التفويض والثقة تزداد دافعيته نحو الانجاز والعمل، ويكون قادرا على تحمل مسؤوليات أكبر وتحمل المخاطر[5]،وبالتالي تنتهز الإدارة هذه الفرصة وتتبع نهج التحفيز من أجل تطوير علاقاتها مع العاملين ومنه زيادة إنتاجيتهم[6]، وعليه فإن توفر نظام للحوافز يشجع العاملين على تحمل المسؤولية، حيث يكون من يستثمر في التمكين في تحقيق نتائج أفضل يحصل على حوافز أكبر، وهذا ما يؤدي إلى المنافسة بين الممكّنين نحو تحمل أفضل للمسؤولية، ومنه تطوير الكفاءات وتحقيق الإبداع[7].

نستنتج من خلال ما سبق بأن التحفيز بعد من أبعاد التمكين وعامل من عوامل نجاحه، على اعتبار أن الصلاحيات التي قام الرئيس بتفويضها إلى المرؤوسين لا تكون بدون مقابل، وإنما يأخذ عليها العامل مكافآت من جراء تأديته لها، وعليه فهنا يأتي دور الرئيس في تحفيز مرؤوسيه، من خلال مكافأة العاملين الذين نجحوا في تأدية الأعمال المفوضة، وقاموا بتأديتها بشكل صحيح ويمكن تسمية هذا بالتحفيز الإيجابي، على عكس العاملين الذين ارتكبوا أخطاء في تأدية الأعمال المفوضة، فيتم معاقبتهم وهذا ما يسمى بالتحفيز السلبي.

---

[1]- دايرة عيد الحفيظ، كيسرى مسعود، **تمكين العاملين وأثره على تنمية الإبداع في المؤسسة: حالة مؤسسة فريتال لصناعة الأسمدة البيتروكيماوية في الجزائر**، مجلة رؤى اقتصادية، المجلد: 06، العدد: 02، جامعة الوادي، 2016، ص: 265.

[2]- *Miss Richa Aryan and al*, ***Employees Empowerment and their Performance in Private Sector: An Analytical Study***, *Global Journal of Management and Business Research: A Administration and Management, , Vol: 7, Issue: 12, 2016, p:51.*

[3]- *Diab Salah M.*, ***The Impact of Empowerment on the Organizational Creativity among Health Directors in the Jordanian Ministry of Health(An Empirical Study)***, *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, Vol: 7, No:12, 2017, p : 824.*

[4]- بن إيمان زيان، بوسعد زكية، **دور استراتيجية التمكين في تعزيز رأس المال الزبوني**، مجلة الاقتصاد الصناعي، المجلد: 07، العدد: 02، جامعة باتنة1، 2017، ص: 171.

[5]- صفاء جواد عبد الحسين، **أثر التمكين الإداري على الرضا الوظيفي لدى العاملين في هيئة التعليم التقني**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد: 32، جامعة بغداد، العراق، 2012، ص: 85.

[6]- *Al-Asoufi Batool Bader, Akhorshaideh Abdel Hakim Oqlah*, ***The Impact of Employee Empowerment on the Success of Organizational Change: A Study in Privatized Enterprises in Jordan***, *Journal of Public Administration and Governance, Vol: 7, №: 1, 2017, p :92.*

[7]- زروخي فيروز، انساعد رضوان، **التمكين الإداري كمدخل لتحسين جودة الخدمة: دراسة حالة مؤسسة اتصالات الجزائر بالشلف**، مجلة المؤسسة، المجلد: 07، العدد: 01، جامعة الجزائر3، 2018، ص: 185.

ثالثا: متطلبات تمكين العاملين: لكي يتحقق التمكين الناجح والفعّال في المؤسسة، لابد من توافر مستلزمات ومتطلبات لدى طرفي المعادلة، وبالنسبة للعامل لابد أن يكون لديه شعور بقدراته الذاتية، ويأتي دور التمكين ليدعم شعور هذا العامل بقدراته الذاتية، وذلك من خلال قيام المؤسسة بإزالة كل ما يمكن أن يسبب الشعور بالعجز، وقد سمّى علماء النفس والاجتماع هذا الشق من التمكين بالتمكين النفسي، وبالتالي تقتضي الضرورة توفر عوامل التمكين النفسي، إضافة إلى ضرورة توفر أهم متطلبات تمكين العاملين والتي تتمثل فيما يلي[1]:

- ✓ تبني المؤسسة لتمكين العاملين؛
- ✓ إتاحة المعلومات لجميع المستويات التنظيمية وعدم احتكارها على أنها جزء من القوة، لكي يتسنى للعاملين اتخاذ قرارات أفضل في المؤسسة، فإنهم يحتاجون لمعلومات تساعدهم على صنع القرار وتحمل المسؤولية؛
- ✓ بث المعلومات التي يحتاجها الأفراد بناء على المعرفة المسبقة باحتياجاتهم؛
- ✓ تشجيع الأفراد على البحث عن المعلومات ومحاولة توظيفها بالشكل المطلوب والفعّال؛
- ✓ نشر المعلومات الخاصة بالأهداف والخطط وتوضيحها للأفراد العاملين؛
- ✓ استخدام الوسائل الملائمة لتقديم المعلومات بشكل مستمر؛
- ✓ توفير البرامج التدريبية المناسبة التي تساعد العاملين على تنمية مهاراتهم ومعارفهم.

إضافة لما سبق فإنه يؤكد "***لولر***" أن التمكين يحدث عند تنفيذ المؤسسات لنظم إدارية عالية المشاركة، وتوفير التدريب المناسب للعاملين، ومنحهم حق الوصول إلى المعلومات الاستراتيجية[2].

نستنتج من خلال ما سبق بأن إتاحة المعلومات للعاملين هي نصف عملية التمكين، فلا يمكن للإدارة العليا أن تتبنى عملية التمكين وهي تحتكر المعلومة ولا تنشرها بين العاملين، فلا يمكن للعامل أن يباشر مهامه بدون حصوله على المعلومات اللازمة التي يتطلّبها عمله، وعليه يمكن القول بأن من حق العامل الحصول على المعلومات في الوقت والمكان المناسبين، باعتبارها عاملا أساسيا لنجاح التمكين، وهذا قد يتطلب من المؤسسة تصميم نظام معلومات فعّال يوفر معلومات بالجودة المطلوبة.

[1]- عروف راضية، زرقين عبود، **استراتيجية التمكين كمدخل لتفعيل وتحقيق جودة القرارات بالمؤسسات**، مجلة الاقتصاد الصناعي، المجلد: 06، العدد: 01، جامعة باتنة1، 2016، ص ص: 160-161.

[2]- *Boudrias Jean Sébastien and al,* ***Employée Empowerment : From Managerial practices to employees, behavioral empowerment****, Dévelopement Journal, Vol :30, N :7, 2009, p p :626- 627.*

المطلب الثالث: مداخل ومبادئ تمكين العاملين

سنحاول في هذا المطلب التعرض إلى المداخل الأساسية لتمكين العاملين، وشرح مفهوم التمكين عند كل مدخل على حدى، كما سنستعرض أهم المبادئ التي يقوم عليها مفهوم التمكين.

أولا: مداخل تمكين العاملين: لتمكين العاملين أربعة مداخل أساسية وشاملة للأبعاد الرئيسية للتمكين هي:

أ. **المدخل الميكانيكي:** وفقا لهذا المدخل، فإن التمكين يعني منح العاملين المزيد من القوة، وتفويض السلطات والمسؤوليات من أعلى إلى أسفل، مع حدود واضحة وحدود وصارمة، وأيضا تفعيل عملية المساءلة مما يزيد من الرقابة الإدارية[1].

أ. **المدخل العضوي:** حسب هذا المدخل، فإنه على المدراء توفير الفرص المطلوبة لتمكين العاملين أكثر[2].

ت. **المدخل الهيكلي:** ينصب تمكين العاملين هنا على إجراء تغييرات في الهيكل والعمليات الخاصة بالمؤسسة، بحيث يصبح قليل المستويات الإدارية، وذلك ليسهل عملية انسياب وتدفق المعلومات في الاتجاهين[3]؛ فالتمكين يتم عندما تشارك المستويات العليا المستويات الدنيا في السلطة، وتكون في قدرة الفرد على إبداء رأيه وتوضيح وجهة نظره، وكذلك قدرته على العمل في مجموعة من أجل حل المشكلات، إلا أن المشاركة في اتخاذ القرار تعتبر هي المكوّن الجوهري لهذه العملية[4].

فالتمكين الهيكلي يهدف إلى تعزيز مشاركة العاملين في العمليات التنظيمية واتخاذ القرارات من خلال منحهم الاستقلالية والقوة، وتزويدهم بالمعلومات والمكافآت، وتحرير الطاقات الكامنة لديهم وإشراكهم في

---

[1]- *Bindurani Rohidas, **EMPLOYEES EMPOWERMENT IN ORGANIZATIONS: A STUDY,** International Research Journal of Management Sociology & Humanity, Vol: 6 Issue: 9, 2015, P: 232.*

[2]- *Monavvarian Abbas and al, **The Role of Implicit Knowledge Sharing in Psychological Empowerment of Employees: Studied Case: Business Management Staff, South Pars Gas Complex Company**, International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, Vol: 4, №: 9, 2014, p: 546.*

[3]- عيسات فاطمة الزهراء، جميل أحمد، **العدالة التنظيمية وأثرها على التمكين الإداري في المؤسسات الجزائرية: دراسة استطلاعية على عينة من مؤسسات ولاية البويرة**، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، المجلد: 07، العدد: 01، جامعة الجزائر3، 2016، ص: 309.

[4]- حاج حسين هيام، **أثر التمكين الهيكلي والنفسي للموظفين في رضا العملاء: دراسة مسحية على مؤسسات التأمين الخاصة في اللاذقية**، مذكرة الماجستير تخصص: إدارة الأعمال، الجامعة الافتراضية السورية، الجمهورية العربية السورية، 2016، ص ص: 29-30.

عمليات النمو والتطوير التنظيمي[1]، ويضمن التمكين الهيكلي للعاملين إتاحة المعلومات اللازمة المتعلقة بأداء عملهم، وتقاسم المعرفة العلمية والعملية بين العاملين، وهذا من شأنه أن يعود بالإيجاب على أداء العاملين[2].

وتستند نظرية التمكين الهيكلي إلى مفهوم القوة، كما يقاس بقدرة الفرد على إنجاز الأمور[3]، ويركز التمكين الهيكلي على السياسات والممارسات التي تقوم بها الإدارة، والتي تهدف إلى توزيع السلطة والمسؤولية من المستويات العليا إلى المستويات الأدنى في المؤسسة[4].

ب. المدخل التحفيزي (النفسي): تناول هذا المفهوم التمكين على أساس القدرة النفسية، وهو العملية التي يعزّز فيها الشعور بين الأعضاء المنظمين، من خلال تحديد الظروف التي تهتم بالقوة، فيركز على اتجاه الموظفين نحو التمكين، التي تظهر في الكفاية المادية والمعنوية، الثقة في القدرة على أداء مهامهم، الشعور بالقدرة على التأثير في العمل، الشعور بالانتماء للمؤسسة، الشعور بمعنى العمل، فالتمكين النفسي هو عامل تحفيز جوهري يعكس الدور النشط للموظفين في المؤسسة[5]، فالتمكين أساسا يعتبر ممارسة تحفيزية تهدف إلى الارتقاء بأداء العاملين، من خلال زيادة فرص المشاركة في صنع القرار[6]، فالتمكين النفسي ليس سمة شخصية دائمة، بل هو خاصية معرفية تتميز ببيئة العمل، لهذا السبب فإنه يعكس تصورات الأفراد فيما يتعلق ببيئة العمل[7].

---

[1]– يحياوي فاطمة، **أثر القيادة بالتمكين على كفاءة رأس المال الفكري في ظل اقتصاد المعرفة: دراسة حالة المديرية العامة لاتصالات الجزائر**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة الأعمال والتسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة المدية، 2016–2017، ص: 52.

[2]- *Puncreobutr Vichian, Watttanasan Piyada,* ***Structural Empowerment and Organizational Commitment of Lecturers in Private International Educational Institutions at Thailand****, Journal of Education and Practice, Vol: 7, No: 11, 2016, p: 158.*

[3]- *Heather K. Spence Laschinger and al,* ***Resonant Leadership and Workplace Empowerment: The Value of Positive Organizational Cultures in Reducing Workplace Incivility****, Nursing Economics, Vol :32, N :1, 2014, p:7.*

[4]- *Zeglat Dia and al,* ***Understating the Impact of Employee Empowerment on Customer-Oriented Behavior,*** *Journal of Business Studies Quarterly, , Vol :6, N :1, 2014, p : 57.*

[5]- *Karimi Abbas and al,* ***The Impact of Staff Empowerment on Service Quality in Training Organizations****, International Journal of Research in Organizational Behavior and Human Resource Management, Vol: 1, No: 3, 2013, p : 34.*

[6]- *Hanaysha Jalal,* ***Examining the Effects of Employee Empowerment, Teamwork, and Employee Training on Organizational Commitment****, 5th International Conference on Leadership, Technology, Innovation and Business Management, Without mentioning the date of the Conference, Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2016, p: 300.*

[7]- *CİNGÖZ AYŞE, KAPLAN ASLI,* ***An Examination of the Mediating Role of Job Satisfaction on the Relationship Between Psychological Empowerment and Innovative Behavior****, International Review of Social Sciences, Vol: 3 Issue:2, 2015, p : 62.*

يشير التمكين النفسي إلى عدد من الحالات النفسية التي ينبغي على الأفراد تجربتها لاكتساب الشعور بالسيطرة داخل بيئة عملهم[1]، حيث يحتوي التمكين النفسي على أربعة أبعاد تتمثل فيما يلي:[2]

- ✓ **المعنى**: يشمل التوفيق بين احتياجات دور العمل للفرد ومعتقداته وقيمه وسلوكياته، على سبيل المثال: العمل الذي أقوم به مهم جدا بالنسبة لي؛
- ✓ **الكفاءة (الكفاءة الذاتية)**: هو الاعتقاد بأن العامل قادر على أداء أنشطة وظيفته بمهارة، على سبيل المثال: لدي المهارة اللازمة للقيام بعملي؛
- ✓ **تقرير المصير (الاختيار أو الاستقلالية)**: هو إحساس العامل بالتحكم في كيفية إنجاز العمل، أي الإحساس بالحكم الذاتي؛ على سبيل المثال: يمكنني أن أقرر بمفردي كيفية القيام بعملي.
- ✓ **التأثير**: الدرجة التي يمكن أن يؤثر بها العامل على النتائج الاستراتيجية أو الإدارية أو التشغيلية في العمل، عل سبيل المثال: لدي تأثير كبير على ما يحدث في مؤسستي.

إن أبعاد التمكين النفسي السالفة (المعنى، الكفاءة، التأثير، والاستقلالية) مترابطة فيما بينها، وعندما يكون أي من هذه الأبعاد مفقودا، فإن تجربة التمكين ستبوء بالفشل وتحول دون نجاحه[3].

نستنتج من خلال ما سبق بأن كل مدخل من مداخل التمكين له نظرته الخاصة إلى التمكين، وكل له طريقته في كيفية تطبيق التمكين من خلال معرفة متطلباته، والتي نجد بأن كل مدخل له مبرراته التي يعتبرها سر نجاح عملية التمكين في المؤسسة.

ثانيا: مبادئ تمكين العاملين:

يرى "***توماس ستر***" أن أساسيات تمكين العاملين تتكون من سبعة مبادئ مستمدة من الأحرف الأولى لكلمة *Empower*، حيث يمثل كل حرف من هذه الكلمة مبدأ من المبادئ تتمثل فيما يلي[4]:

---

[1]- *Thi Thanh Huong Nguyen, Gunyadar Prachusilpa,* ***Factors Related To Job Satisfaction Of Professional Nurses, Hanoi, Vietnam****, European Scientific Journal, Vol: 12, №: 23, p: 402.*

[2]- *J.N.G. Sreenivas,* ***Impact of Psychological Empowerment on Employee Performance - A Conceptual Review,*** *IOSR Journal of Business and Management, Vol: 16, Issue: 6, 2014, p p: 1-2.*

[3]- *Yuen-Onn Choong and al,* ***PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT AND ORGANIZATIONAL COMMITMENT IN THE MALAYSIAN PRIVATE HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS: A REVIEW AND RESEARCH AGENDA****, Academic Research International, , Vol: 1 Issue: 3, 2011, p : 238.*

[4]– الماضي عدنان، نصيرات فريد، **أثر التمكين الإداري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية**، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد: 07، العدد: 04، الجامعة الأردنية، الأردن، 2011، ص 534.

- **تعليم العاملين** *E-Education*: حيث ينبغي تعليم كل فرد في المؤسسة، لأن التعليم يؤدي إلى زيادة فعالية العاملين فيها، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى نجاحها؛
- **الدافعية** *M-Motivation*: فعلى الإدارة أن تخطط لكيفية تشجيع المرؤوسين لتقبل فكرة التمكين، ولبيان دورهم الحيوي في نجاح المؤسسة من خلال برامج التوجيه والتوعية، وبناء فرق العمل؛
- **وضوح الهدف** *P-Purpose*: إن جهود تمكين العاملين لن يكتب لها النجاح ما لم يكن لدى كل فرد في المؤسسة الفهم الواضح لفلسفة ومهمة وأهداف المؤسسة؛
- **الملكية** *O-Ownership*: ويكمن ذلك في سياسات تشجيع امتلاك العاملين لجزء من أصول المؤسسات، أو من خلال إيجاد خطط لزيادة امتيازات العاملين، مما يعزز من ولائهم تجاه مؤسساتهم؛
- **الرغبة في التغيير** *W-Willingness*: إن نتائج التمكين تقود المؤسسة إلى الطريقة الحديثة في أداء مهامها، وما لم تشجع الإدارة العليا التغيير فإن وسائل الأداء ستؤدي إلى الفشل؛
- **نكران الذات** *E-Ego Elimination*: يتصف بعض المديرين بحب الذات واتباع النمط الإداري القديم المتمثل بالسيطرة والسلطة، وينظرون إلى التمكين على أنه تحد لهم وليس طريقا لتحسين مستوى التنافسية والربحية للمؤسسة، أو فرصة لنموهم شخصيا كمديرين وموجهين؛
- **الاحترام** *R-Respect*: إن عامل التمكين هو الاعتقاد بأن كل عضو في المؤسسة قادر على المساهمة فيها من خلال تطوير عمله والإبداع فيه، وما لم يشكل احترام العاملين فلسفة جوهرية في المؤسسة، فإن عملية التمكين لن تحقق النتائج المرجوة.

نستنتج من خلال ما سبق بأن للتمكين سبعة مبادئ أو قواعد أساسية تساهم في توضيح كيفية تطبيق التمكين، كما تساهم في توضيح الأساسيات التي تبنى عليها عملية التمكين، وعليه فإن هذه المبادئ تعبر عن الأعمدة الأساسية التي تقوم عليها فكرة التمكين.

ثالثا: مرتكزات تمكين العاملين: والتي تعبر عن العناصر التي تكون البنية التحتية للانطلاق الفعلي لتمكين العاملين، والتي تتمثل فيما يلي[1]:

أ. المهمة: يهتم هذا العنصر بمستوى الاستقلالية التي يتمتع بها العاملين للقيام بمهام عملهم، ومستوى الإشراف، والحرية في إنجاز المهام، وإلى أي درجة تضبط المؤسسة العمل؛

[1]- مرزوق سارة، بوعشة مبارك، **دراسة أثر التمكين الإداري في تحقيق الاندماج الوظيفي للعاملين: دراسة حالة مجمع عموري بسكرة**، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد: 04، العدد: 03، جامعة الجلفة، 2017، ص: 166.

ب. القوة: حيث ينبغي تحديد مفهوم القوة وكيفية تأثيرها على عملية التمكين، من ناحية وجهة نظر القيادة والعاملين على حد سواء، وقوة الشخصية التي يمتلكها الأفراد نتيجة تمكينهم، ومدى سلطة الفرد على مهامه، ومدى إشراك الإدارة للعاملين في السلطة؛

ت. الالتزام: وتعني الكشف عن مصادر التزام الأفراد والإذعان التنظيمي لأسلوب محدد للتمكين، مع التأكيد على زيادة تحفيز العاملين من خلال توفير الفرد للقوة والاحتياجات الاجتماعية وزيادة الثقة بالنفس؛

ث. الثقافة: تمثل الثقافة داعما للشعور بالتمكين، وتوفير بيئة ملائمة لنجاحه، كما قد تشكل عائقا للتمكين، فإذا تم تنفيذ التمكين بقدرة وفاعلية فإن التمكين سيعزز تحسين الإنتاجية، والجودة، وتقليل التكاليف، وتحقيق المرونة، ورفع مستوى الرضا الوظيفي.

نستنتج من خلال ما سبق بأن للتمكين مجموعة من العناصر الأساسية (المهمة، القوة، الالتزام، الثقافة) التي تدعم عملية تطبيقه وتعمل على ضمان نجاحه، وتعتبر ضرورية ينبغي مراعاتها، كونها توضح وتشرح أفكار مهمة وأساسية لكيفية الانطلاق الصحيح لعملية التمكين.

المبحث الثالث: أساسيات تمكين العاملين

سنقوم في هذا المبحث بعرض مختلف نماذج تمكين العاملين، حيث سنبين مضمون كل نموذج وطريقة نظرته إلى التمكين، كما سنستعرض نتائج عملية تمكين العاملين، حيث قمنا بتقسيمها إلى ثلاث مستويات أساسية، نتائج على مستوى المؤسسة، وعلى مستوى الفرد، وعلى مستوى الزبائن، بالإضافة إلى توضيح أهم المعوقات التي تعترض عملية تطبيق تمكين العاملين في المؤسسة.

المطلب الأول: نماذج تمكين العاملين

سنقوم في هذا المطلب بعرض أهم النماذج الخاصة بتمكين العاملين التي تناولها الفكر الإداري، حيث يوجد العديد من النماذج التي تساهم في تطبيق ونجاح فلسفة التمكين اقتصرنا على بعضها.

أولا: نموذج "*كونجر*" و "*كانونجا*" (*Conger and Kanunga*): يقوم هذا النموذج على تعزيز الشعور بالفاعلية الذاتية للعاملين، من خلال التعرف على الظروف التي تعزز الشعور بالضعف والعمل على إزالتها والتغلب عليها، وذلك بواسطة الممارسات التنظيمية الرسمية والوسائل غير الرسمية التي تعتمد على تقديم

المعلومات عن الفاعلية الذاتية[1]؛ وحسب هذا النموذج فإن عملية التمكين تتطلب القيام بخمسة مراحل أساسية تمثل جوهر عملية تمكين العاملين هي[2]:

أ. المرحلة الأولى: تشخيص الظروف داخل المؤسسة التي تسبب في الشعور بفقدان القوة بين العاملين، حيث أن الحاجة لتبني التمكين تكون ضرورية عندما يشعر العاملين بضعفهم وعجزهم داخل المؤسسة، ولهذا لابد أن تعمل الإدارة على التقصي والتعرف على الأسباب التي أدت إلى ذلك الشعور، وعندما يتم التعرف على تلك الظروف يمكن للمؤسسة أن تتبنى استراتيجية للتمكين لإزالة تلك الظروف؛

ب. المرحلة الثانية: ويتم استخدام أساليب إدارية مثل الإدارة بالمشاركة، وينبغي أن يكون الهدف من استخدام هذه الأساليب ليس فقط لإزالة الظروف والعوامل الخارجية المسببة لشعور العاملين بفقدان القوة، ولكن ينبغي استخدامها أيضا وبشكل رئيسي في تزويد المرؤوسين بمعلومات عن فعاليتهم الذاتية؛

ت. المرحلة الثالثة: ويتم فيها تقديم معلومات عن الفعالية الذاتية للعاملين وذلك باستخدام أربعة مصادر: المكاسب غير الفعالة، التجارب المنجزة، الإقناع اللّفظي، الاستثارة العاطفية؛

ث. المرحلة الرابعة: ونتيجة لاستقبال المرؤوسين لتلك المعلومات، سيشعر المرؤوسين بالتمكين من خلال الزيادة في الجهد المبذول، وتوقعات الأداء، والاعتقاد بالفاعلية الذاتية؛

ج. المرحلة الخامسة: ويتم فيها التغيير في السلوك من خلال إصرار المرؤوسين لإنجاز أهداف المهمة المعطاة.

ثانيا: نموذج "*توماس*" و "*فلتوس*" (*Thomas* and *Velthous*): قام هذان الباحثان بإكمال العمل الذي أنجزه ***Conger* and *Kanunga***، وذلك ببناء نموذج التمكين الإدراكي، وقاما بتحديد أربعة أبعاد نفسية للتمكين، حيث شعرا أنها تمثل أساسا لتمكين العاملين[3]:

أ. التأثير الحسي أو الإدراكي: ويقصد به الدرجة التي ينظر للسلوك على أنه يمكن أن يعمل اختلافا فيما يتعلق بإنجاز المهمة التي بدورها تحدث التأثير المقصود في بيئة الفرد، ويقيم التأثير بالاعتقاد بأن الفرد يمكن أن يؤثر في عمل الآخرين، وكذلك القرارات التي يمكن أن تتخذ على كل المستويات؛

---

[1]- عالية جواد محمد علي، سيف الدين عماد أحمد، **أثر التمكين العاملين في التطوير التنظيمي، دراسة استطلاعية لآراء عينة من العاملين في المؤسسة العامة للصناعات الصوفية في بغداد**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد: 36، جامعة بغداد، العراق، 2013، ص: 167.

[2]- كرمية توفيق، **تمكين العاملين في قطاع الخدمات: دراسة حالة المصارف الإسلامية**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الأغواط، 2015 – 2016، ص ص: 152-153.

[3]- الشعلان فهد بن أحمد، **دور التمكين الإداري في اتخاذ القرار الأزموي**، مجلة الفكر الشرطي، المجلد: 25، العدد: 96، الإمارات العربية المتحدة، 2016، ص: 16.

ب. الكفاءة: ويقصد بها إلى أي درجة يمكن للفرد أداء تلك الأنشطة بمهارة عالية عندما يقوم بالمحاولة، فالأفراد الذين يتمتعون بالكفاءة يشعرون بأنهم يجيدون المهام التي يقومون بها، ويعرفون جيدا بأنهم يمكن أن يؤدوا تلك المهام بإتقان إن هم بذلوا جهدا، فالكفاءة شعور الفرد بالإنجاز عند أدائه المهام التي اختارها بمهارة، والشعور بكفاءة يتضمن الإحساس بأداء المهام بشكل جيد والجودة في أداء المهام؛

ت. إعطاء معنى للعمل: يشمل إعطاء معنى للعمل مقارنة بين متطلبات دور العمل ومعتقدات الفرد، كاعتقاد الفرد مثلا أن المهام التي يقوم بها ذات قيمة له، فإعطاء معنى للعمل يعني أن يشعر الفرد بالفرصة بممارسته مهام لأغراض نبيلة، فالشعور بمعنى للعمل يمثل إحساسا أن العامل في طريق يستحق جهده ووقته.

ث. الاختيار: الاختيار أن يشعر الفرد بالفرصة في اختيار المهام ذات المعنى له وأدائها بطريقة تبدو ملائمة، وهذا الشعور بالاختيار يولد شعورا أن الفرد حرا في اختياره، والإحساس بأنه قادر على استخدام حكمه الشخصي والتصرف من خلال تفهمه للمهمة التي يقوم بها.

ثالثا: نموذج "*دنيس كنلاو*" (*Dennis C. Kinlaw*): قدم ***Dennis C. Kinlaw*** نموذجا لعملية التمكين يتكون من مجموعة الخطوات التي تتفاعل مع بعضها البعض لتؤدي إلى التطوير المستمر لعملية التمكين، ووفقا لهذا النموذج هناك ست خطوات رئيسية ينبغي إتباعها على النحو التالي[1]:

- تعريف وتوصيل مفهوم ومعنى التمكين لكل عامل في المؤسسة؛
- وضع الأهداف والاستراتيجيات التي تكون الإطار العام المنظم للعامل؛
- تدريب العاملين لأداء أدوارهم الجديدة ومهامهم بطرق تنسجم مع أهداف المؤسسة؛
- القيام بتعديل الهيكل التنظيمي على الوجه الذي يحقق المرونة في الإدارة، والحد من البيروقراطية؛
- تعديل أنظمة المؤسسة من ناحية التخطيط والحوافز والتدريب، وغيرها بغرض دعم تمكين العاملين؛
- تقييم وتحسين عملية التمكين وذلك بقياس التحسينات الجارية ومعرفة إدراك لأفراد المؤسسة للعملية.

[1]- بربي لطيفة، **أثر تمكين العاملين في تحسين الأداء الاجتماعي للمؤسسات الجزائرية: دراسة مقارنة بين المستشفيات العمومية والعيادات الاستشفائية الخاصة لولاية بسكرة**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية: تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، 2014 – 2015، ص: 55.

رابعا: نموذج "*سبرايتزر*" (*Spritzer*):يقوم نموذج "***سبرايتزر***" على مجموعة من العوامل التي تؤدي إلى تمكين العاملين يمكن تقسيمها إلى[1]:

- عوامل ترجع لخصائص الفرد مثل مركز التحكم ودرجة تقديره لذاته،
- عوامل ترجع لخصائص الوظيفة مثل مشاركة المعلومات ونظم التحفيز والمكافآت.

خامسا: نموذج "*هارتلين*" و "*فيرال*" (*Hartline* and *Ferrell*): يقوم نموذج "***هارتلين***" و "***فيرال***" على مدى التزام الإدارة بمستويات الجودة المقدمة للزبائن، ويتطلب ذلك من الإدارة القيام بتفعيل أساليب جديدة في القيادة وتقييم الأداء، ويرى الباحثان أن التمكين والتقييم السلوكي للعاملين هما الوسيلة للوصول إلى تحقيق جودة الخدمة المطلوبة للزبائن[2].

سادسا: نموذج "*بايرلين*" و "*هاريس*" (*Beyerlien* & *Harris*): حدد هذا النموذج ثلاثة مكونات لابد من توافرها حتى تتحقق عملية تمكين العاملين، وتتمثل هذه المكونات الثلاثة في: السلطة، المساءلة، القدرة[3].

سابعا: نموذج "*نولر*" (*Noller*): قدم "***نولر***" نموذجا من أربعة جوانب حول تمكين العاملين يسمى نموذج ويبرن المثالي، حيث يقول إننا نتحدث عن تمكين الفرد أو المجموعة عندما يكون لديهم الخصائص التالية[4]:

- سلطة اتخاذ القرار كاملة؛
- المساءلة الكاملة عن تنفيذ أي نوع من القرارات؛
- الوصول الكامل إلى أدوات صنع القرار ذات الصلة وتنفيذها؛
- المسؤولية الكاملة عن نتائج القرار المتخذ.

نستنتج من خلال ما تم عرضه من نماذج تمكين العاملين، أن كل نموذج قام بتنظيره باحثين وأكاديميين متخصصين من خلال ما قدموه من أفكار، والتي يرون بأنها صالحة ومناسبة لتحقيق فعالية التمكين في

---

[1]- بوسالم أبوبكر، **دور التمكين الإداري في التميز التنظيمي: دراسة ميدانية على مؤسسة سوناطراك البترولية الجزائرية، المديرية الجهوية للإنتاج بحاسي الرمل**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، 2014 – 2015، ص: 49.

[2]- عبد الله أحمد آدم قوز، **التمكين الإداري وأثره على الولاء التنظيمي: دراسة على عينة من المصارف التجارية السودانية**، مذكرة الماجستير: تخصص إدارة الأعمال، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2016، ص: 26.

[3]- البلوي محمد سليمان، **التمكين الإداري وعلاقته بالأداء الوظيفي لدى معلمي المدارس الحكومية في محافظة الوجه، المملكة العربية السعودية من وجهة نظرهم**، مذكرة الماجستير: تخصص الإدارة التربوية، جامعة مؤتة، المملكة العربية السعودية، 2008، ص: 22.

[4]- *Alireza Hajian and al, **Employee Empowerment: A Comparative Study among Different Theories,** Management and Administrative Sciences Review, Vol: 4, Issue: 1, Academy of Business and Scientific Research, 2015, p: 90.*

المؤسسة، وأنها إذا ما أحسنت المؤسسة تطبيقها ستضمن نجاح التمكين، وعليه يمكن القول بأن نماذج التمكين تعتبر مرجع بالنسبة للمؤسسات التي تريد تطبيق التمكين، فإذا ما أرادت المؤسسة تطبيق التمكين ما عليها إلا الاستعانة بأحد نماذج التمكين، ومحاولة إسقاط أفكاره على الواقع، لأن الأفكار التي جاءت بها النماذج هي عبارة عن تجارب قام بها الباحثين على أرض الواقع، واستخلصوا من تجاربهم أهم الأفكار التي تقوم عليها فكرة التمكين، وتضمن فعاليته ونجاحه.

المطلب الثاني: نتائج تمكين العاملين

يحقق تمكين العاملين نتائج عديدة على مستوى كل من العاملين وعلى مستوى المؤسسة ككل، وكذلك على مستوى العملاء، تتمثل فيما يلي:

أولا: نتائج على مستوى العاملين: تتمثل فيما يلي[1]:

- يساهم تمكين العاملين في زيادة الانتماء الداخلي بالنسبة للفرد العامل؛
- يساهم تمكين العاملين في رفع مستوى مشاركتهم، حيث تتميز بمستوى عال من الفاعلية وإقدام العاملين على إبداء أفكار جديدة؛ واكتسابهم المعرفة والمهارة؛
- يساهم تمكين العاملين في رفع معنويات العاملين، إذ يشعرون بإتاحة الفرصة لقدراتهم، كما يستمتعون بتقدير وثقة الإدارة بهم؛

ثانيا: نتائج على مستوى المؤسسة: تتمثل فيما يلي[2]:

- ارتفاع الإنتاجية وانخفاض نسبة الغياب ودوران العمل، مما يؤدي إلى زيادة ولاء العاملين للمؤسسة؛
- تحسين جودة السلع والخدمات؛
- تحقيق مكانة متميزة وزيادة القدرة التنافسية.

[1]- سلخان هنية، بن عيشاوي أحمد، **أثر تمكين العاملين على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع الخاص: حالة عيادة الرمال بالوادي**، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، المجلد: 12، العدد: 01، جامعة ورقلة، 2017، ص: 161.

[2]- الخرشوم محمد، دره عمر، **دور التمكين في تحول المصارف إلى مؤسسات متعلمة: دراسة حالة على المصرف التجاري بمدينة حلب**، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الإدارية، المجلد: 22، العدد: 01، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 2011، ص: 06.

ثالثا: نتائج على مستوى الزبائن: تتمثل فيما يلي[1]:

- تحسين جودة الخدمات المراد تقديمها للزبائن من خلال تصميم المنتجات وفق حاجاتهم ومتطلباتهم؛
- الاستجابة السريعة لحاجات الزبائن، طالما أن القرارات يمكن أن تتخذ بواسطة الأفراد العاملين في موضوعات كانوا في السابق مطالبين بإحالتها إلى مدير أعلى في السلم الوظيفي؛
- القرار المتخذ من طرف العاملين يكون له تأثير كبير على الزبائن، خاصة وأن العاملين على احتكاك مباشر مع الزبائن، وأنهم على دراية تامة بمختلف متطلبات ورغبات الزبائن.

وعليه يمكن تحديد نتائج تمكين العاملين فيما يلي:

الجدول رقم (1-4): نتائج التمكين

قبل التمكين	بعد التمكين
الخوف	التحدي والاختلاف
التعلم مسؤولية	التعلم مغامرة
العاملين يقومون بمبادرات ضعيفة	العاملين يحلون مشاكلهم بأنفسهم
التدريب والتطوير الضئيل	التدريب والتطوير المستمر
تجنب التغيير	الترحيب بالتغيير
التقييم (التغذية الراجعة) ترى على أنها نقد	التقييم (التغذية الراجعة) ترى على أنه ضرورة
نقص الرؤية	الرؤية المشتركة والقوية والمركزة
تجنب المشاكل	حل المشاكل
الاتصال المغلق	الاتصال المفتوح، تبادل المعلومات والأفكار
الشك	الثقة

***Source**: Govindarajin M& Natarajin S, **Principles of Management**, New Delhi, Prentice Hall of India 2007, p 161.*

نستنتج من خلال الجدول السابق بأن عملية تطبيق التمكين ينتج عنها نتائج هامة وقيّمة، وما يبرر صحة هذا الكلام فإننا نجد بأن العامل قبل التمكين لا يرحب بالتغيير وإنما يكون مقاوم للتغيير، كما أنه لا يخضع للتدريب بصفة دورية ومستمرة، وإنما التدريب يكون بصفة ضئيلة وقليلة، كما أن العامل لا يملك الحق للقيام بمبادرات تهدف إلى إيجاد حلول للمشاكل العملية، وهذا على عكس العامل بعد التمكين، فنجد بأن العامل

[1]- سلخان هنية، **أثر تمكين العاملين على تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة عينة من مستشفيات القطاع الخاص بمنطقة الجنوب الشرقي الجزائري**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة وتسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة ورقلة، 2017-2018، ص: 18.

يتحول من مقاوم للتغيير إلى مرحب بالتغيير، ويملك الحق في القيام بمبادرات هدفها حلول لمشاكل يتعرض لها في عمله أو حلول لمشاكل تعترض عمل المؤسسة، كما أن التدريب يكون بصفة دائمة ومستمرة، وعليه يمكن القول بأن تطبيق تمكين العاملين يعود بنتائج هامة على كل من العامل والمؤسسة الزبائن.

المطلب الثالث: معوقات تمكين العاملين:

إن تمكين العاملين مثله مثل باقي المفاهيم الإدارية الحديثة، له معوقات تحد من نجاحه وتحد من عملية تطبيقه في المؤسسة، وعليه سنقوم في هذا المطلب بذكر أهم المعوقات التي تقف عائقا أمام تطبيق التمكين.

من المؤشرات اللافتة للانتباه أن بعض المؤسسات وخاصة في الدول النامية لا تزال تتجاهل تمكين العاملين، فهي ترى بأن التمكين قد يحد من سلطة الإدارة العليا ويقلص من نفوذها، مما بجعلها لا تتجه نحو تبني هذا المفهوم، فيؤثر ذلك سلبا في أدائها وقدرتها على تحقيق أهدافها بكفاءة وفعالية[1]، إضافة إلى ذلك هناك عبارة شائعة مفادها "أن المدراء يعملون ما يعرفونه بشكل أفضل كالأمر والرقابة"، وإذا ما أخذنا بالحسبان أن تمكين العاملين يتطلب التخلي عن جزء من الرقابة، الأمر الذي يولد الخوف لدى المدراء جراء تفويضهم السلطة والمسؤولية، خشية من اتخاذ القرارات الخاطئة أو السيئة من قبل الأفراد العاملين، كما أن المدراء سيشعرون بالتهديد من البرامج التي من شأنها أن تقلل من قوتهم ومكانتهم الرفيعة بوصفهم قادة[2].

عموما تواجه المؤسسات العديد من المعوقات التي تعترض عملية تطبيق تمكين العاملين أبرزها ما يلي[3]:

- اعتقاد المديرين أن لديهم المعرفة الكافية في كيفية تمكين العاملين، وقد لا يكون الأمر كذلك، فتمكين العاملين يعني تفويض السلطة والمساءلة ومسؤولية العاملين عن تطوير أدائهم تحت رقابتهم الذاتية دون أخذ الإذن من الإدارة، ودون هذا الفهم الواضح من قبل المديرين فإن التمكين سيفشل في المؤسسة؛

[1]- عزمي بدير رامز وآخرون، **التمكين الإداري وعلاقته بفاعلية فرق العمل في المؤسسات الأهلية الدولية العاملة في قطاع غزة**، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد: 23، العدد: 01، غزّة، فلسطين، 2015، ص: 307.

[2]- البحيصي عبد المعطي محمود، **دور تمكين العاملين في تحقيق التميز المؤسسي، دراسة ميدانية على الكليات التقنية في محافظات قطاع غزة**، مذكرة الماجستير: تخصص إدارة الأعمال، جامعة الأزهر، غزة، 2014، ص: 22.

[3]- قبطان شوقي، **واقع التمكين الإداري في الجامعة الجزائرية وأثره على الإنتاج الفكري للأستاذ الجامعي**، مجلة الاقتصاد الجديد، المجلد: 04، العدد: 01، جامعة خميس مليانة، 2013، ص: 311.

- عدم إدراك الإدارة لدورها عند مباشرة تنفيذ البرامج، ولا تستطيع العمل دون ممارسة الرقابة والأوامر حسب البناء التنظيمي، وهنا فإن الأفراد يمنعون أو يواجهون صعوبات عند تنفيذ أي عمل دون الرجوع إلى الإدارة، من خلال أخذ الإذن منها وهذا ما يتنافى وتمكين العاملين؛
- التوقعات الواسعة من قبل الأفراد بأن لديهم الحرية التامة لاتخاذ أي إجراء أو معالجة أي مشكل، فيبدؤون العمل بشتى الطرق وفي مختلف الاتجاهات لمحاولة حل المشكلات وأحيانا يتفاجؤون بعجزهم؛
- عدم توفر الموارد التنظيمية اللازمة لتطبيق منهج تمكين العاملين؛
- جمود الثقافة التنظيمية التي تعكسها تصرفات لا تقبل التغيير والمعرقلة للأفكار الجديدة وغير المألوفة؛
- رتابة الهيكل التنظيمي وتعدد مستوياته، بالإضافة إلى زيادة درجات تعقده وتصاميم العمل المتعلقة فيه؛
- غياب العدالة في الأجور والتحفيز والتقييم، وأجواء العمل غير صحية تميزها الانفرادية وانعدام الثقة.

نستنتج من خلال ما سبق بأن عملية تطبيق التمكين تواجه العديد من الصعوبات والمعوقات التي تحول دون تطبيقه داخل المؤسسة، ويرجع الجزء الأكبر من هذه المعوقات إلى التفكير السلبي للرؤساء الذين يعتقدون بأن التمكين سيفقدهم قيمتهم وسيحد من سلطتهم، أي أن معوقات التمكين ناتجة عن الاعتقادات الخاطئة للرؤساء داخل المؤسسة ومقاومتهم المستمرة لعملية التغيير، لأن الرؤساء يعتقدون بأن سير العمل لا يكون إلا من خلال إصدار الأوامر والتركيز على الرقابة، وأن المرؤوسين يقومون بتنفيذ أوامر الرؤساء فقط لا غير.

المبحث الرابع: تجارب رائدة لمؤسسات عالمية في تمكين العاملين

سنحاول في هذا المبحث إلى عرض تجارب رائدة ومرموقة لمؤسسات عالمية نجحت في تطبيق تمكين العاملين، محاولين في ذلك تسليط الضوء على واقع ممارسة أصحاب هاته المؤسسات لعملية التمكين ومنح العاملين الحرية وتشجيع النقاش الحر، ومدى انعكاس ذلك على الرضا والأداء الوظيفيين.

المطلب الأول: تجربة مؤسسة "*كرايزلر*" ومؤسسة "*موتورولا* "

تعتبر تجربة مؤسسة "***كرايزلر****" وتجربة مؤسسة "***موتورولا*****" إحدى التجارب الرائدة في مجال تطبيق تمكين العاملين، حيث سنحاول في هذا المطلب إلى عرض هذين التجربتين وإبراز مدى اهتمامهما بممارسة التمكين.

أولا: تجربة مؤسسة "*كرايزلر*": لقد تجاهلت المؤسسة لمدة سبع سنوات سماع رأي أحد العاملين على خط الإنتاج حول ضرورة تعديل تصميم مقاعد السيارة، إلى أن اتضح بعد ذلك بأن التصميم الذي قدمه هذا الفني هو ما يريده الزبون وأن السوق أصبح يطلب ذلك، وهذا ما جعلها تتأخر عن المؤسسات المنافسة في تلبية رغبات زبائنها، وخسارة جزء من حصتها في السوق، لذلك نرى مدى أهمية عملية التمكين في تشجيع المبادرة لدى جميع الموظفين[1].

ثانيا: تجربة مؤسسة "*موتورولا*": لقد كان حلم صاحب مؤسسة موتورولا ***Paul Galvin*** يتمثل ببناء مؤسسة كبيرة ومستديمة وهو لا يملك خلفية حتى في الهندسة، وإن عدم براعة ***Galvin*** في التكنولوجيا أو في الهندسة الالكترونية لم يمنعه من تحقيق حلمه، فقام بتعيين أفضل المهندسين وشجع الجميع على التفكير والنقاش والمعارضة في الرأي، وكان يقول لهم " الرأي المعارض والمضاد أفضل من غيره" فأعطى الأفراد الحرية في طرح الأمور التي يمكنهم القيام بها بمفردهم، فمن قام بأي ابتكار له الحق بدعوة الآخرين ليعرض فكرته عليهم والنقاش حولها من أجل تطويرها وتبنيها، فقد وضع تحديات تحتاج إلى جهود ذهنية ومنح الموظفين المسؤولية الكاملة لاستثارة الجميع من أجل التطور، وتشجيع التعلم من خلال الفشل والخطأ، فلم يكن ***Galvin***

---

*– (**مؤسسة *كرايزلر***): هي مؤسسة أمريكية لصناعة السيارات وبدأت في هذا المجال من عام 1914 حتي 1925 حتي اسم دودج ومن سنة 1998 حتي 2008 تحت اسم مستقل وهو ***كرايسلر*** وقبل سنة 1998 كانت شركة **كرايسلر** تتبع مؤسسة ***الديملر*** الألمانية.

– (مؤسسة *موتورولا***): هي مؤسسة اتصالات أمريكية صاحبة الفضل في اختراع أول هاتف نقال في العالم عام 1973 (والذي اخترعه مارتن كوبر المهندس في موتورولا)، تأسست المؤسسة في سنة 1928 بمدينة شيكاغو في ولاية إيلينوي الأمريكية، وعرفت سابقا باسم مؤسسة غالفين للصناعة وفي سنة 1947 تغير اسم المؤسسة إلى موتورولا.

[1]– قريشي محمد، سبتي لطيفة، **دور التمكين الإداري في تحقيق الرضا الوظيفي لدى العاملين بجامعة محمد خيضر بسكرة**، مجلة الاقتصاد والتنمية، المجلد: 03، العدد: 02، جامعة المدية، 2015، ص 122.

مخترعا، ولكنه كان قائدا بنّاء، وكانت أهم مقوماته تكمن في قوة ومتانة ذلك البناء وقوة أولئك الناس الذين يشيدون معه ذلك البناء، واستمر البناء بسبب مشاركة الجميع في البناء وتحصين ذلك البناء بشكل مستمر[1].

المطلب الثاني: تجربة مؤسسة "*تويوتا*" ومؤسسة "*برودنتشيال*"

تعتبر مؤسسة "***تويوتا****"* ومؤسسة ***برودنتشيال*** من المؤسسات الرائدة في مجال تطبيق تمكين العاملين، من خلال اهتمامهما وتثمينهما لعملية التمكين، وهذا ما سنقوم بتوضيحه من خلال عرض هذه التجربتين.

أولا: تجربة مؤسسة "*تويوتا*": تعتبر مؤسسة "***تويوتا****"* مثالا جيدا حول تمكين العاملين، لأنها تؤمن بأن أعظم مواردها هي عامليها، حيث تعمل المؤسسة على تمكين عامليها من خلال[2]:

- تشكيل فرق العمل ومنحهم المسؤولية الكاملة وتدريبهم للقيام بالعديد من المهام المتخصصة، حيث أن كل فريق لديه قائد يعمل أيضا كواحد منهم في الفريق؛
- القضاء على عيوب المنتج: حيث يقوم العاملون باكتشاف الأخطاء وتصحيحها في أقرب وقت ممكن، نظرا لأن العمال في أفضل وضع لاكتشاف الخلل وإصلاحه على الفور، فهم يتحملون هذه المسؤولية؛
- يتحمل العاملون المسؤولية عن صيانة المعدات الأساسية لأنهم في أفضل وضع لاكتشاف علامات الخلل.

ثانيا: تجربة مؤسسة *برودنتشيال*: لقد عانت مراكز أعمال هذه المؤسسة في الجزء الشمالي من أمريكا من الانخفاض الكبير في مستوى كفاءتها، فكانت طلبات الزبائن تأخذ وقتا كبير لإنجازها، كما أن المديرين لا يستطيعون عمل أي شيء لحل أي مشكلة، واعترافا بذلك قرر المديرين منح العاملين السلطة لأنهم أقرب للزبائن، وكذلك تشكيل فرق العمل لإنجاز متطلبات الزبائن، وعلى ضوء ذلك نقصت مدة إنجاز متطلبات الزبائن من عشرة أيام إلى ثلاثة أيام في أحد المراكز، كما أن تكاليف التشغيل انخفضت بنسبة **12%**، ولوحظ تحسين في جودة الخدمات المقدمة وزاد معدل العائد الإجمالي بنسبة **40%**[3].

---

[1]- ملحم يحي سليم، **التمكين كمفهوم إداري معاصر**، الطبعة الثانية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2006، القاهرة، ص: 169.

*- (***مؤسسة تويوتا***): هي مجموعة من المؤسسات التي تعمل معاً ومعظمها يشترك في اسم تويوتا ، وهي مؤسسة يابانية متعددة الجنسيات لصناعة السيارات، يقع مقرها الرئيسي في مدينة تويوتا في اليابان.

[2]- *Abou Elnaga Amir, Imran Amen,* ***the Impact of Employee Empowerment on Job Satisfaction Theoretical Study****, American Journal of Research Communication, Vol: 2, N: 1, 2014, p: 20.*

[3]- باقبص هدى بنت عمر بن عبد الله، **آلية التمكين الإداري**، مذكرة الماجستير في الإدارة العامة، كلية الاقتصاد والإدارة، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية، 2018، ص: 27.

المطلب الثالث: تجربة مؤسسة معالجة مياه الصرف الصحي في الولايات المتحدة وتجربة فندق ماريوت

تعتبر تجربة معالجة مياه الصرف الصحي في الولايات المتحدة وتجربة فندق ماريوت أيضا من التجارب الرائدة التي أعطت أهمية للتمكين، حيث سنقوم في هذا المطلب بعرض هاتين التجربتين مبرزين اهتمامهما بالتمكين.

أولا: تجربة مؤسسة معالجة مياه الصرف الصحي في الولايات المتحدة: تم تطبيقها على مرحلتين[1]:

- **المرحلة الأولى:** في هذه المرحلة تم تشكيل ثلاث فرق عمل، الأول فريق قيادي يتضمن عاملين ممثلين لجميع المستويات والوظائف في المؤسسة، والفريق الثاني لتحسين الاتصالات من خلال نشر ومناقشة البرنامج المطروح، وتعريف العاملين بأهدافه وطموحاته، وتزويد العاملين بالمعلومات اللازمة، والتنسيق بين الجهود المختلفة للفرق في سبيل تطوير الأداء، أما الفريق الثالث فتم تشكيله لتحديد الاحتياجات التقنية اللازمة لتنفيذ المشروع، من خلال صياغة خطة لتحديد وتنظيم وتنفيذ الأساليب التقنية الواجب اتباعها.
- **المرحلة الثانية:** تضمنت هذه المرحلة برنامجا للتدريب الإداري، من خلال تحديد المشرفين للمديرين للمعلومات الجديدة التي يرغبون بتعلمها وتعليمها للعاملين، كما تم تقديم برامج تدريبية لجميع العاملين لتنمية جوانب الاتفاق والالتزام داخل الفريق، فضلا عن تنمية الشعور بالمساءلة والمسؤولية الذاتية.

ثانيا: تجربة فندق "*ماريوت"**: إن أحد العاملين في أحد فروع فنادق "***ماريوت***" قام بحجز تذكرة طيران للحاق بأحد رجال الأعمال الذي نسي حقيبته في الفندق، وقد استطاع تحري مكان إقامته الدائم من خلال قاعدة البيانات المخزنة في نظام الحاسوب التابع للفندق، وسافر إلى مكان إقامة رجل الأعمال حتى تمكّن من تسليمه الحقيبة، وكان تلك مبادرة خاصة من ذلك العامل كشكل من أشكال التمكين، مما أدى إلى أن تحولت هذه القصة الحقيقية إلى مثل يقال في كل مناسبة وتحول صاحب القصة إلى بطل، ولو حدثت هذه القصة ربما في مؤسسات بيروقراطية أخرى، لحصل صاحبها على أشد العقوبات بدلا من الحصول على تميز وتقدير رفيع المستوى[2].

---

[1]- الجميلي مطر بن عبد المحسن، **الأنماط القيادية وعلاقتها بمستويات التمكين من وجهة نظر موظفي مجلس الشورى**، مذكرة الماجستير في العلوم الإدارية، دون ذكر التخصص، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2008، ص: 59.

*- (***فندق ماريوت***): هي مؤسسة ضيافة متنوعة أمريكية تدير مجموعة واسعة من الفنادق والمنتجعات والامتيازات وما يتصل بها من مرافق السكن، أسسها جون ويلارد ماريوت، وتدار الشركة الآن من قبل ابنه، الرئيس التنفيذي بيل ماريوت والمدير التنفيذي آرني سورنسون، يقع مقرها الرئيسي في بيثيسدا "ماريلاند" في الولايات المتحدة الأمريكية، وتمتلك الشركة أكثر من 4087 فندق ومؤسسة في أكثر من 80 دولة حول العالم.

[2]- سعود أمال، **التمكين الإداري وعلاقته بأهداف المؤسسة: دراسة حالة مؤسسة الكوابل ببسكرة**، مذكرة الماجستير في علم الاجتماع: تخصص تنظيم وعمل، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة بسكرة، 2014-2015، ص: 117.

خلاصة الفصل:

إن تمكين العاملين يعد أحد أهم الفلسفات الإدارية الحديثة التي أعطت اهتمامها وصوبت هدفها نحو أهم مورد داخل المؤسسة ألا وهو المورد البشري، المورد الذي لا يمكن للمؤسسات أن تعمل إلا من خلال أفكاره ومعارفه ومهاراته، فالمورد البشري هو مصدر المادة المعرفية داخل المؤسسة، فامتلاك المؤسسة للمعرفة يعني امتلاكها الهيمنة والسيطرة وتحقيق الريادة، خاصة وأن المؤسسات أصبحت تعمل في ظل بيئة لا مكان فيها إلا للمؤسسات التي تمتلك موارد بشرية متميزة، لهذا جاءت هذه الفلسفة الحديثة لتركز على أغلى موارد المؤسسة على الإطلاق، من خلال تركيزها على أهم العناصر التي تجعل المورد البشري مبدع وفي حالة تفوق مطلقة ودائمة.

إن ما يؤكد أن فلسفة تمكين العاملين أعطت اهتمام كاف للمورد البشري بهدف جعله مورد منتج ومتفوق ومتميز هو الأبعاد التي تعتمد عليها هذه الفلسفة، حيث نجد بأن فلسفة تمكين العاملين تركز على خمسة أبعاد أساسية كلها تستهدف المورد البشري، وتتمثل أولى هذه الأبعاد في تفويض السلطة للعاملين أي لابد أن يقوم الرئيس بمنح المرؤوسين بعض المهام الإضافية وإثراء وظيفتهم مما يشعرهم بأن لهم مكان هامة في المؤسسة، كذلك نجد بعد فرق العمل أي ضرورة تشجيع العاملين على العمل في فريق واحد وتبادل الأفكار فيما بينهم بحرية تامة، وكذلك نجد بعد الاتصال والمشاركة بالمعلومات أي من الضروري إمداد العاملين بالمعلومات اللازمة التي يحتاجونها في الوقت والمكان والمناسبين، كذلك نجد بعد التدريب أي ينبغي تزويد العاملين بالمعارف والمهارات بصفة دورية ومستمرة، وكذلك نجد بعد التحفيز أي التأثير الإيجابي على أداء العاملين ومنحهم مكافآت وعلاوات إضافية.

يمكن القول بأن جميع الأبعاد التي تركز عليها فلسفة تمكين العاملين تصوب هدفها نحو المورد البشري، بهدف إرساء مورد بشري مبدع ومنتج للأفكار الجديدة، والسبب الرئيسي الذي جعل هذه الفلسفة تعطي كل تركيزها على المورد البشري، هو كون هذا الأخير المنتج الوحيد للمعرفة، لأن السر وراء نجاح المؤسسات الحديثة لا يكون بامتلاكها للموجودات المادية الملموسة بقدر ما يكون بامتلاكها للموجودات المعرفية، لأن المؤسسة التي حازت على المعرفة قد حازت على القوة، وضمنت تحقيق النجاح وتحقيق أعلى مستويات التفوق، مما يجعلها واحدة من أفضل المؤسسات في عالم الأعمال.

الفصل الثاني:

مقاربة نظرية لجودة الخدمات الصحية وعلاقتها بتمكين العاملين

تمهيد الفصل:

يعد قطاع الخدمات من أهم القطاعات التي تعتمد عليها اقتصادات الدول باعتباره القطاع الثالث ضمن القطاعات الاقتصادية، ومن أهم أنواع الخدمات التي يحتويها هذا القطاع هو قطاع الخدمات الصحية، هذا وإن لم نبالغ فإنه يمكننا القول بأن قطاع الخدمات الصحية لا يعتبر أهم قطاع في الخدمات فقط وإنما أهم قطاع في الاقتصاد ككل، لأن جل اهتمامه ينصب على صحة الإنسان، والإنسان بطبيعة الحال هو مصدر التنمية داخل الدولة وبالتالي فإن الاقتصاد مرهون بصحة الإنسان.

وبما أن الخدمات الصحية أحد أنواع الخدمات وأكثرها أهمية، بات من اللازم الاهتمام بهذه الخدمات وتقديمها بمستويات جودة عالية حتى تلقى رضا المستفيد وتنعكس على نفسيته بالإيجاب ويتولد له شعور بأنه بين أيادي آمنة تكفل له العلاج، فما يزيد الخدمة الصحية أهمية هو تقديمها بالجودة المطلوبة، لأن الخدمة التي لا تتوفر على الجودة هي في الأساس تفتقر إلى خصائص الخدمة السليمة وأنها خدمة معيبة من حيث إنتاجها، حيث أن تحقيق رضا المستفيد والالتزام بخدمته واحترامه هي الأساس الذي وجدت من أجله المؤسسة الصحية وغايتها الأسمى.

فإذا كان تحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة يزيد الخدمة أهمية ويعطيها طابعا مميزا فإنه لابد من اتباع المفاهيم والفلسفات الإدارية الحديثة، ولعلّ من أهم هذه الفلسفات والذي يتناسب وموضوع الخدمات هي فلسفة التمكين، لأن الخدمة تكون بين مقدم الخدمة والمستفيد من الخدمة، فإذا كان مقدم الخدمة يتمتع بصلاحيات أوسع وبحرية واستقلالية في عمله، فهذا سينعكس بالإيجاب على جودة الخدمة المقدمة ويجعل المستفيد راض عن الخدمة.

وعلى ضوء ذلك قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى أربعة مباحث نسعى من خلالها إلى الإحاطة بماهية جودة الخدمات الصحية هي:

المبحث الأول: ماهية الخدمات الصحية.

المبحث الثاني: متطلبات تحقيق جودة الخدمات الصحية في ظل إدارة الجودة الشاملة.

المبحث الثالث: تأثير تمكين العاملين في تحقيق جودة الخدمات الصحية.

المبحث الرابع: تجارب رائدة لدول عربية في تطوير الخدمات الصحية.

المبحث الأول: ماهية الخدمات الصحية

سنقوم في هذا المبحث بالتطرق إلى ماهية الخدمات الصحية مبرزين أهميتها، كما سنحاول تقديم لمحة حول المؤسسات الاستشفائية، باعتبارها أحد أهم المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية، بالإضافة إلى ذلك، سنتطرق إلى كيفية تسويق هذه الخدمات وأهمية التسويق في المؤسسة الصحية.

المطلب الأول: مفهوم المؤسسات الاستشفائية ومختلف وظائفها

تعد المستشفيات أحد أهم أنواع المؤسسات داخل المجتمع، فلا يمكن تصور مجتمع ما بدون مستشفى أو بدون مؤسسة تهتم بصحة وحياة المواطنين، فغياب المستشفيات يعني غياب التنمية باعتبار الإنسان مصدر التنمية، وهذا ما سنحاوله توضيحه في هذا المطلب من خلال تقديم إطار تعريفي يبين أهمية المستشفيات.

أولا: مفهوم المؤسسات الاستشفائية: يوجد في أدبيات الفكر الإداري العديد من التعاريف للمؤسسات الاستشفائية، اقتصرنا على بعضها كما يلي:

التعريف الأول: يتباين مفهوم المستشفى تبعا إلى تباين الأطراف المتعامل معها، ويمكن توضيح ذلك من معرفة وجهة نظر كل طرف على حدى كما يلي[1]:

- ✓ **المستفيدين:** ينظرون إلى المستشفى على أنه الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية لهم.
- ✓ **الحكومة:** هو إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع، للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.
- ✓ **الكادر الطبي:** هو الموقع الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية، وبما يملكونه من خبرة ومهارة وقدرة على إعادة الابتسامة لمرضاهم.
- ✓ **إدارة المستشفى:** هو مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة، في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفء وفعال.
- ✓ **مؤسسات صناعة الأدوية:** هو سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية على وفق اتفاقات مسبقة.
- ✓ **الطلبة والجامعة:** هو موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المعرفة والمهارة الميدانية عن أسرار المهنة، ولإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب.

[1]- البكري ثامر ياسر، **إدارة المستشفيات**، دون طبعة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص ص: 21-22.

التعريف الثاني: تعرفها "**مؤسسة الصحة العالمية"*** على أنها "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفتها في تقديم خدمة صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية، وتمتد خدمات عيادتها الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنها أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين، وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية[1].

التعريف الثالث: هي مؤسسة تهتم بالرعاية الصحية تقدم علاجا للمستفيدين من قبل موظفين متخصصين، مع العديد من الأجهزة والمعدات[2].

التعريف الرابع: هي مؤسسة يمكن من خلالها القيام بالتثقيف الصحي للمجتمع بشكل فعال للغاية[3].

بناء على ما سبق، يمكننا أن نعرّف المؤسسات الاستشفائية على أنها الجهة المخولة والمسؤولة في الدولة عن تقديم الاهتمام الصحي والرعاية الصحية اللازمة للإنسان، متى احتاج هذا الأخير إلى ذلك وفي أي وقت، فالمستشفى هو أساس التنمية في البلد، لكونه يهتم بصحة الإنسان والإنسان هو مصدر التنمية.

ثانيا: خصائص المؤسسات الاستشفائية: يعد المستشفى مؤسسة شأنها شأن باقي المؤسسات ولكن لخصوصية هذه المؤسسة فإن لها خصائص تميزها عن باقي المؤسسات حيث تتمثل هذه الخصائص فيما يلي[4]:

- ✓ يوصف المستشفى بالتعقيد، كونه يقوم على ترتيبات تنظيميه معقدة لاختلاف أهداف ومسؤوليات الجماعات المهنية العاملة فيه، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة في التنسيق بين تلك الجماعات المتفاوتة على المستويين الثقافي والوظيفي، وللحساسية الناجمة عن طبيعة العمل الذي يمس حياة الإنسان، وما يتبع ذلك من توتر نفسي وجسدي طوال فترة العمل، مما يزيد في تعقيد نظام المستشفى؛
- ✓ يتميز المستشفى بنظام خدمة مستمرة على مدار الساعة.

---

*- (**مؤسسة الصحة العالمية**): يرمز لها اختصارا (**WHO**) وهي واحدة من عدة وكالات تابعة للأمم المتحدة متخصصة في مجال الصحة، وقد أنشئت في 7 أبريل 1948 ومقرها الحالي في جنيف، سويسرا، ويدير السيد تيدروس أدهانوم المنظمة، وهي السلطة التوجيهية والتنسيقية ضمن منظومة الأمم المتحدة فيما يخص المجال الصحي، كما أنها مسؤولة عن تأدية دور قيادي في معالجة المسائل الصحية العالمية.

[1]- مخيمر عبد العزيز، الطعامنة محمد، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات**، دون طبعة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2003، ص: 07.

[2]- *Ramachandra D.L., **essentiales of hospital management and administration**, Without mentioning the edition number, educreation publishing, India, 2018, p :7.*

[3]- *Malhotra A.K., **hospital management an evaluation**, Without mentioning the edition number,Global India Publication Pvt Ltd, India, 2009, p :13.*

[4]- عرابة الحاج، **ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والإشكالية**، مجلة الباحث، المجلد: 07، العدد: 07، جامعة ورقلة، 2009-2010، ص: 235.

- ✓ يتسم المستشفى بأنه نظام يتألف من عناصر إنسانية لديها القدرة على التفاعل والتعاطف والاتصال الجيد، إلى جانب القدرة على تشخيص وحل مشكلات المستفيد؛
- ✓ يتميز المستشفى بصعوبة قياس وتحديد مخرجاته، كما يتطلب العمل فيه درجة عالية من التخصص؛
- ✓ يتميز المستشفى بازدواجية السلطة –سلطة الجهاز الإداري وسلطة الجهاز الطبي–التي قد تنشأ عنها مشاكل تنسيقية، وعدم الوضوح في أدوار العاملين.
- ✓ يتميز المستشفى بنظام دقيق فيما يتعلق بالمهن الطبية والخدمات الإدارية وغيرها من أقسام المستشفى،
- ✓ نقص أو انعدام الحراك الوظيفي، بحيث يبقى العامل في نفس حقل التخصص الذي يلتحق به، وهذا ما يسبب تدرجا طبقيا يثير الصراع بين الصفوة الفنية والإدارية، وبين العاملين في المستشفى.

نستنتج من خلال ما سبق بأن للمؤسسات الاستشفائية خصائص تميزها عن غيرها من المؤسسات، فهي تعد من المؤسسات الخدمية لأنها تهتم بتقديم خدمة صحية إلى المستفيدين، كذلك فإنها تعد مؤسسة اجتماعية تهتم بالتعاطف مع المستفيدين والالتزام بالتعاون معهم والعمل على إرضائهم وتلبية رغباتهم، وعليه يمكننا القول بأن خدمة المستفيد والاعتناء به وبصحته هي المهمة التي وجدت من أجلها المؤسسات الاستشفائية، وتطمح أن تكون من ورائها ذات سمعة طيبة ومحل ثقة عند المستفيد.

ثالثا: تصنيف المؤسسات الاستشفائية: يمكن تصنيف المستشفيات وتقسيمها وفقا لمعايير عديدة، ومن أكثر هذه المعايير قبولا وشيوعا ما يلي:

أ. حسب معيار الملكية والإدارة: تصنف المستشفيات حسب هذه المعيار إلى صنفين هما[1]:

- ➢ **المستشفيات العمومية:** وهي التي تعتمد في تمويلها على المال العام للدولة، وهذه المستشفيات قد تتبع جهات حكومية متعددة كوزارة الصحة، وزارة الداخلية، وزارة الدفاع، وغيرها من الجهات الرسمية.
- ➢ **المستشفيات الخاصة:** وهي كافة المستشفيات التي تعتمد في تمويلها على القطاع الخاص، وهذه المستشفيات قد تكون مملوكة من قبل فرد أو مؤسسة أو اتحاد أو جمعيات خيرية.

[1]– نصيرات فريد توفيق، **إدارة المستشفيات**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2014، ص: 80.

ب. حسب معيار التخصص: يمكن تصنيف المستشفيات وفقا لهذا المعيار إلى نوعين هما[1]:

- **المستشفى العام:** وهو المستشفى الذي يضم تخصصات طبية متعددة مثل، الأمراض الباطنية، الجراحة العامة، أمراض النساء والولادة، أمراض القلب، أمراض الأطفال، الأمراض الجلدية والتناسلية...الخ، كما تتوافر على إمكانيات وتجهيزات وموارد بشرية متخصصة لتشخيص ومعالجة مختلف الحالات المرضية.
- **المستشفى التخصصي:** وهو المستشفى المتخصص في علاج نوع معين من الأمراض، كأمراض العظام، أمراض الأورام كالسرطان، الأمراض المعدية، أو المستشفى المتخصص في علاج فئة معينة من المجتمع مثل النساء والأطفال، وسبب ظهور هذا النوع من المستشفيات هو الميل إلى التخصص في المجالات الطبية.

ت. حسب معيار التكامل العمودي: وهذا يعني بأن تصنيف المستشفى يكون على أساس تكاملها العمودي في تقديم الخدمة أو الرعاية الصحية المناسبة، ووفق حدودها الإقليمية أو الجغرافية، أي أنها تقسم كما يلي[2]:

- **مستشفيات الرعاية الأولية:** تتسم بتقديم الخدمات التي يكون الطلب شائعا عليها من قبل الجمهور، وتنظم المستشفى وتصمم من حيث كوادرها وتجهيزاتها، بما يتناسب مع نظام الرعاية الصحية المقرر لها.
- **مستشفيات الرعاية الثانية:** وتعني حاجة المستشفى إلى تخصصات علمية ومهارة كافية من الأطباء العاملين فيها، بما يمكنها من تأدية الواجبات المناطة بها.
- **مستشفيات الرعاية الثالثة:** وهي تمثل درجة عالية من التخصص العلمي والأجهزة المستخدمة، وغالبا ما تتواجد مثل هذه الحالات في المستشفيات الجامعية والتخصصية.

ث. حسب معيار الموقع والسعة السريرية: يتم تقسيمها إلى ثلاثة أنواع أساسية[3]:

- **مستشفيات محلية صغيرة:** تقدم هذه المستشفيات خدماتها لتجمعات سكانية قليلة، هذا ولا تزيد السعة السريرية لهذا النوع من المستشفيات عن 100 سرير.

---

[1]- خثير محمد، **المداخل الحديثة في التطوير الإداري وإمكانية تطبيقها في قطاع الصحة: دراسة حالة إعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة الأعمال، المدرسة العليا للتجارة، 2010، ص: 148.

[2]- عرابة الحاج، **أثر ازدواجية السلطة على أداء العاملين في المستشفيات: دراسة مقارنة بين القطاع العام والخاص**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص تسيير عمومي، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، 2010-2011، ص: 127.

[3]- قاسي ياسين، **دور التسويق الاجتماعي في تنمية المراكز الاستشفائية الجامعية: دراسة حالة فرانز فانون بالبليدة**، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية: تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر3، 2012-2013، ص: 196.

- **مستشفيات مركزية:** تقدم هذه المستشفيات خدماتها لتجمعات سكانية متوسطة تقع في ضواحي المدن، حيث تتراوح سعتها السريرية ما بين 100-500 سرير.
- **مستشفيات المناطق الإقليمية:** تقدم هذه المستشفيات خدماتها لمنطقة كاملة من خلال تقديم خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها أغلب المستشفيات الأخرى، وتتوقف السعة السريرية لهذا النوع من المستشفيات إلى حد كبير على الاحتياطات الصحية لأفراد المجتمع.

نستنتج من خلال ما سبق أن للمؤسسات الاستشفائية عدة تصنيفات كل حسب معيار التصنيف، حيث ينظر كل معيار على أن المستشفيات أنواع، فنجد بأن معيار الملكية يصنف المستشفيات على أساس من يملك المستشفى، بمعنى إما أن يكون مستشفى عمومي أو مستشفى خاص، وكذلك نجد معيار التخصص الذي يصنف المستشفيات إلى مستشفيات عامة تقوم بجميع الأعمال الصحية، وإما مستشفيات متخصصة تقوم بأعمال صحية متخصصة ولا تقوم بجميع الأعمال الصحية، كذلك نجد معيار التكامل العمودي الذي يصنف المستشفيات حسب الرعاية الصحية التي تقدمها، بالإضافة إلى وجود معيار آخر يصنف المستشفيات حسب الحجم السكاني وحسب عدد الأسرة.

رابعا: وظائف المؤسسات الاستشفائية: تختلف وظائف المؤسسات الاستشفائية بعضها عن بعض بسبب اختلاف الأهداف من وراء إنشائها، إلا أن هناك وظائف أساسية تشترك فيها معظم المستشفيات الحديثة، وتتمثل هذه الوظائف فيما يلي[1]:

- ✓ تحقيق مستوى عال من جودة الرعاية الطبية؛
- ✓ تعليم وتدريب العاملين في المجالات الطبية والتمريضية؛
- ✓ تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى ذات العلاقة بالصحة؛
- ✓ توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية اللازمة للنهوض بصحة المجتمع.

نستنتج من خلال ما سبق بأن للمستشفى رسالة كباقي المؤسسات، جعلت منه السبب الجوهري الذي وجد من أجله، ألا وهو خدمة الإنسان والمجتمع بالدرجة الأولى، من خلال توفير الرعاية الصحية وتوفير

[1]- سنوسي علي، **تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر: دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية**، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، المجلد: 05، العدد: 07، جامعة الشلف، 2009، ص ص: 292-293.

العلاج في أي زمان احتاج الإنسان لذلك، فبالإضافة إلى اهتمام المستشفى بصحة الإنسان، نجد بأنه يهتم أيضا باستقطاب الكفاءات وذوي الخبرات اللازمة التي تكفل القيام بالمهمة التي وجد من أجلها المستشفى.

خامسا: مكونات المؤسسات الاستشفائية: تتكون المؤسسات الاستشفائية من الأقسام التالية[1]:

- القسم الطبي بفعاليته التشخيصية والعلاجية؛
- القسم الفندقي الخاص بإقامة المستفيدين؛
- الأقسام الداعمة بأنواعها: الإدارة، الأقسام التقنية، الأقسام الخدمية.

نستنتج من خلال ما سبق بأن المستشفى يتكون من عدة أقسام، منها أقسام رئيسية وأقسام مساعدة، فالأقسام الرئيسية تتمثل في القسم الطبي والقسم الفندقي، أما الأقسام المساعدة فتتمثل في قسم الإدارة والقسم التقني، حيث أن كل قسم له مهامه الأساسية، فنجد بأن القسم الطبي يشغله الأشخاص الطبيين وشبه الطبيين الذي يختص بتشخيص الأمراض لدى المستفيدين، كما نجد القسم الفندقي يختص بإعداد وتحضير وتهيئة الغرف لإقامة المستفيدين، أما بالنسبة للأقسام المساعدة فنجد بأن قسم الإدارة والقسم التقني من بين مهامهم استقطاب الكفاءات اللازمة لمختلف الأقسام الرئيسية، وتوفير مختلف الخدمات الضرورية.

سادسا: أنظمة المؤسسات الاستشفائية: تعد المؤسسات الاستشفائية نظام كامل يتكون من مجموعة من الأنظمة الفرعية التي تتمثل فيما يلي[2]:

- **نظام الخدمات الطبية:** يوفر هذا النظام كل وسائل العلاج للمستفيد، بالإضافة إلى متابعة حالات المستفيدين، والتنسيق بين مختلف الأقسام بالمستشفى.
- **نظام الخدمات الطبية المعاونة:** يوفر هذا النظام كامل احتياجات المستشفى من المستلزمات الطبية، بالإضافة إلى القيام بجميع الخدمات شبه الطبية كإجراء التحاليل الطبية والأشعة والتخدير ... الخ.
- **نظام خدمات الإقامة:** يوفر هذا النظام جميع وسائل وسبل الإقامة المريحة للمستفيدين، من خلال توفير وتقديم الوجبات الغذائية بصفة منتظمة، والسهر على نظافة مكان إقامتهم، من خلال الاهتمام بمظهر المستشفى ونظافة أثاثه ومفروشاته.

---

[1]- كلاّب داليا جهاد عبد الوهاب، **استراتيجيات تحقيق الاستدامة في مباني المستشفيات: حالة مباني المستشفيات في قطاع غزة**، مذكرة الماجستير في الهندسة: تخصص الهندسة المعمارية، كلية الهندسة، الجامعة الاسلامية غزة، 2016، ص: 18.

[2]- خليل صبرينة، **تطوير كفاءات المسيرين وأثره في إدارة المؤسسات الاستشفائية: دراسة عينة من المؤسسات الاستشفائية**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة البليدة2، 2014-2015، ص: 100.

- **نظام الخدمات الإدارية:** يعمل هذا النظام على تخطيط وتنظيم وتوجيه ومراقبة تنفيذ جميع الأعمال الإدارية بالمؤسسة الاستشفائية.

نستنتج من خلال ما سبق بأن للمؤسسات الاستشفائية أربعة أنظمة تكمل بعضها البعض، فلا يمكن لنظام الخدمات الطبية أن يعمل بمعزل عن نظام الخدمات شبه الطبية، ولا يمكن لهذين النظامين أن يعملوا بدون نظام الخدمات الفندقية، هذا الأخير الذي يقدم خدمة صحية وقائية والتي تتكامل مع الخدمة العلاجية التي يقدمها الطبيين وشبه الطبيين بهدف توفير الرعاية والشفاء، بالإضافة إلى تكامل نظام الخدمات الإدارية مع الأنظمة السابقة، من خلال الإشراف على جميع الأعمال التي تحدث بالمؤسسة الاستشفائية.

المطلب الثاني: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية:

سنحاول في هذا المطلب تقديم إطار تعريفي للخدمات الصحية، بدءا بتقديم لمحة عامة حول الخدمات ومفهومها وذكر أهم خصائصها، وحول تطور قطاع الخدمات قبل الدخول إلى الخدمات الصحية وتعريفها.

أولا: النظريات التفسيرية لتطور قطاع الخدمات: من أهم النظريات المفسرة لتطور قطاع الخدمات ما يلي[1]:

أ. نظرية مجتمع ما بعد الصناعة: بالرغم من أن "**دانييل بيل**"* عالم الاجتماع يعتبر من الباحثين الأكثر شهرة في اقتصاد الخدمات، وفي كتابه الشهير الذي نشر في سنة 1976 يعلن المؤلف ظهور مجتمع ما بعد الصناعة، الذي يتناسب مع نمو المجتمع الصناعي، ويتبلور هذا النمو في آن واحد كمؤسسة خدمات، ومجتمع رغيد الحياة، والمجتمع الحضري، ومجتمع المعرفة، ومجتمع أكثر عدلا.

ب. نظرية مجتمع الصناعة الجديدة: ابتداء من منتصف سنة 1970 تم الطعن في نظريات ما بعد الصناعة التي تخص نمو القطاع الثالث، والأكثر إتقانا لهذه النزاعات يرجع إلى عالم الاجتماع "***جوناثان غورشني***"، وعلى نقيض مجتمع ما بعد الصناعة فإنه يعلن عن قدوم مجتمع الخدمة الذاتية، حيث تخلى عن فكرة النمو المتواصل في الطلب على الخدمات المتعلقة بالنمو الاقتصادي العام، وركز على العلاقة بين الصناعة والخدمات.

---

[1]- بوصالح سفيان، **التحكم في جودة الخدمة البنكية: دراسة نوعية كمية في البنك الوطني الجزائري**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية: تخصص إدارة العمليات والإنتاج، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، 2015-2016، ص ص: 3-4.

*- (**دانييل بيل 10 مايو 1919-25 يناير 2011**): هو عالم اجتماع وكاتب، وأستاذ جامعي، وصحفي، وعالم حاسوب، ولد في نيويورك، وكان عضوا في الأكاديمية الأمريكية للفنون والعلوم، والجمعية الأمريكية للفلسفة، توفي في كامبريدج ماساتشوستس عن عمر يناهز 92 سنة.

ثانيا: مفهوم الخدمات: يوجد في أدبيات الفكر الإداري العديد من التعاريف للخدمات، اقتصرنا على بعضها كما يلي:

- **التعريف الأول:** هي تفاعل ما بين مقدم الخدمة ومتلقيها من أجل إنتاج شيء وتحقيق الرضا لمتلقيها[1].
- **التعريف الثاني:** هي فعل أو أداء يقدمه أحد الأطراف إلى طرف آخر، ويكون بالأساس غير ملموس ولا ينتج عنه تملك شيء ما، وإنتاجه قد يكون أو لا يكون مقرونا بمنتج مادي[2].
- **التعريف الثالث:** هي عبارة عن نشاطات غير ملموسة، تهدف أساسا إلى إشباع الحاجات والرغبات والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلع أو خدمات أخرى، فنتاج خدمة قد يتطلب استعمال سلع ملموسة، غير أنه عندما تكون هناك حاجة لمثل ذلك الاستعمال فليس هناك تحويل لملكية تلك السلع الملموسة[3].
- **التعريف الرابع:** ويعرفها "***كرونروس***" على أنها عبارة عن أنشطة تدرك بالحواس وقابلة للتبادل، وتقدمها مؤسسات معينة مختصة بتلك الخدمات، أو باعتبارها مؤسسات خدمية[4].
- **التعريف الخامس:** هي عبارة عن منفعة مدركة بالحواس، قائمة بحد ذاتها، أو مرتبطة بشيء مادي ملموس وتكون قابلة للتبادل ولا يترتب عليها ملكية، وهي في الغالب غير ملموسة[5].

بناء على التعاريف السابقة للخدمة نقدم التعريف الإجرائي الموالي:

هي تلك المنافع التي تعتمد في إنتاجها على طرفين أساسيين هما مقدم الخدمة والمستفيد من الخدمة، وتكون غير ملموسة أي مدركة فقط على عكس السلعة التي تكون ملموسة ومدركة.

---

[1]- الصميدعي محمود جاسم، ردينة عثمان يوسف، **تسويق الخدمات**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص: 23.

[2]- الحاج علي توفيق، عودة سمير حسن، **تسويق الخدمات**، الطبعة الأولى، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2011، ص: 41.

[3]- السقال ربى محمد تيسير بذول، **قياس جودة الخدمات المصرفية المقدمة في المصارف التجارية**، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016، ص: 54.

[4]- الدليمي خلف حسين علي، **تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية: أسس، معايير، تقنيات**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص: 38.

[5]- أحمد عزام زكريا وآخرون، **مبادئ التسويق الحديث: بين النظرية والتطبيق**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص: 260.

ثالثا: العناصر المرتبطة بتقديم الخدمة: توجد مجموعة من العناصر الأساسية المرتبطة ارتباطا وثيقا بتقديم الخدمة تتمثل فيما يلي[1]:

- **التسليم:** أي طريقة تقديم الخدمة إلى العميل، وهي لا تقل أهمية عن جودة الخدمة من الناحية الفنية.
- **التدريب:** ينبغي تدريب جميع مقدمي الخدمة عن استعمال الخدمة أو السلعة المرتبطة بالخدمة، وكذلك التدريب على المعدات المطلوبة لتقديم الخدمة.
- **التركيب والإعداد:** أي تركيب المعدات والملفات اللازمة لأداء الخدمة في مكان تقديمها للعميل.
- **الخدمات الاستشارية:** تتضمن نظم المعلومات والنصائح التي يقدمها البائع لعميل الخدمة عن كيفية تعظيم الاستفادة بها.
- **خدمات الإصلاح والصيانة:** وهي خدمات تمنح بصفة ثانوية لمشتري بعض السلع التي تحتاج هذه الخدمات، ويمكن تدريب المشترين على القيام ببعضها بعد التدريب.

نستنتج من خلال ما سبق بأن هناك مجموعة من العناصر الأساسية التي تتعلق بكيفية تقديم الخدمة بطريقة صحيحة وتضمن تحقيق الكفاءة والفعالية عند تقديمها حتى تضمن القبول من طرف متلقيها وتلبي لهم حاجاتهم ورغباتهم وتحقق رضاهم عنها.

رابعا: مفهوم الخدمات الصحية: يوجد في أدبيات الفكر الإداري العديد من التعريف للخدمات الصحية اقتصرنا على بعضها كما يلي:

التعريف الأول: هي جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية[2].

التعريف الثاني: هي مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين، وباستخدام سلع مساعدة، ولكن لا حول ملكية السلع إلى المستفيد من الخدمة، فمثلا إجراء عملية جراحية وإيواء

[1]- زاهر عبد الرحيم عاطف، **تسويق الخدمات**، دون طبعة، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص ص: 41- 42.

[2]- مريزق محمد عدمان، **مداخل في الإدارة الصحية**، الطبعة الأولى، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان، 2012، ص: 35.

المستفيد بالمشفى بهدف الحصول على العلاج والرعاية الصحية للشفاء من مرضه تتطلب دفع ثمن الخدمة، ولا يمكنه امتلاك أدوات الجراحة أو السرير أو أي سلعة في المستشفى عند مغادرته[1].

بناء على التعاريف السابقة للخدمة الصحية نقدم التعريف الإجرائي الموالي:

هي تلك المنفعة التي يحصل عليها المستفيد سواء كانت علاجية أو وقائية، فإذا كانت علاجية يحصل عليها المستفيد من المؤسسة الصحية جراء تفاعله مع مقدم الخدمة، أما إذا كانت وقائية فيقدمها القطاع الصحي أو أي مؤسسة تسعى إلى تعزيز الثقافة الصحية لدى أفراد المجتمع، مثل المؤسسات الدينية كالمسجد الذي يقوم بتنظيم حملات تطوعية تسعى إلى تنظيف الشوارع والطرقات وهذا كله من أجل حماية الإنسان من الأمراض.

خامسا: خصائص الخدمات الصحية: للخدمات الصحية جملة من الخصائص تتمثل فيما يلي[2]:

- **اللاملموسية:** الخدمة ليس لها وجود مادي ولا يمكن لمسها مثل السلع، حيث أنه لا يمكن تذوقها أو إدراك منفعتها قبل شرائها والاستفادة منها.
- **عدم التجانس:** تختلف جودة وطبيعة الخدمة حسب طبيعة الظروف التي تدار بها، حيث أنه يصعب الحكم على أن الخدمة جيدة أم لا قبل أن يستفيد العميل منها.
- **التلازم (تلازم الإنتاج والاستهلاك):** وهذا يعني ارتباط الخدمة الصحية بعملية الاستهلاك مباشرة، حيث تتطلب الخدمة الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها.
- **قلة التنميط والتوحيد للخدمات الصحية:** قد تختلف الخدمة من فرد لآخر وحتى لدى الفرد نفسه، ونفس الشيء بالنسبة للخدمات التي تتنوع باختلاف الأمراض والتخصصات، إلا أنه من الصعب الاحتفاظ بمستوى واحد من مخرجات الخدمة، لكون هناك عوامل تؤثر في المواد التي تتطلبها الخدمة، كالسرية في الإنجاز والوقف اللازم.
- **عدم قابلية الخدمة الصحية للتخزين:** تصمم المؤسسات الصحية خدماتها لتقدمها بقدرة وإمكانية معينة في فترة زمنية محددة، وإذا لم تستخدم هذه الطاقة في فترة محددة ستهدر هذه الطاقة.

---

[1]- غواري مليكة، **إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية**، دون طبعة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2016، ص: 67.

[2]- سالمي رشيد وآخرون، **الرفع من جودة الخدمات الصحية من خلال تبني أسلوب التحسين المستمر (الكايزن)**، مجلة معارف، المجلد: 11، العدد: 20، جامعة البويرة، 2016، ص ص: 71-72.

- **مشاركة المستفيد في إجراءات الخدمة:** يعد المستفيد (أو حالاتهم المرضية) الذين يتلقون الرعاية مدخلات الخدمة، أما حالاتهم بعد التشخيص والعلاج فهي المخرجات، ومن ثم يتفاعل المستفيد والمؤسسة الصحية من خلال تقديم الرعاية.
- **صعوبة تطبيق المعايير في المؤسسات الصحية:** في المؤسسات الصحية يكون من الصعب تطبيق المعايير التي تطبق في خدمات أخرى على عملها، وذلك راجع لارتباط الخدمة الصحية بالإنسان.

كما يمكن إضافة بعض العناصر الأخرى لخصائص الخدمة الصحية نوجزها في النقاط التالية[1]:

- ✓ **الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل:** تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين على سبيل المثال يقتضي سرعة علاجه للقضاء عليه عند ظهور الأعراض؛
- ✓ **تكامل عنصر الخدمات الصحية:** تتكون الخدمة الصحية من عدد من الخدمات المكملة لبعضها، فخدمة التحاليل المخبرية مثلا مكملة لخدمة التشخيص، وهكذا بالنسبة لبقية الخدمات المساندة، فكل خدمة تعتمد على نتائج أداء الخدمة الأخرى، وقد تكون سببا في فشل أو نجاح تأدية الخدمة الأخرى؛
- ✓ **كثافة عنصر العمل:** من الخصائص الهامة للخدمة الصحية أنها تعتمد على الطبيب، الممرّض، الإداري، الصيدلاني، والمخبري وغيرهم، حيث تبلغ كثافة العنصر البشري حوالي 80% من ميزانية تشغيل المرفق الصحي، والتي تتمثل في أجور هذه التشكيلة من الموارد البشرية، مع ضرورة الاهتمام بالجانب التقني نظرا للتطور السريع في التكنولوجيا المستخدمة في مجال الخدمات الصحية؛
- ✓ **عدم القدرة على التنبؤ بالطلب:** لا يمكن التنبؤ وبأي درجة من الدقة ما سيكون عليه الطلب على الخدمة الصحية، فقد تظهر حالات فيروسية، حوادث خطيرة، كوارث طبيعية أو صراعات مسلّحة، تجعل التخطيط شيء يصعب تحقيقه.

نستنتج من خلال ما سبق بأن للخدمة الصحية خصائص تميزها عن غيرها، ونجد بأن هذه الخصائص قد تشترك فيها كافة أنواع الخدمات، فكل الخدمات لها خاصية اللاّملموسية وعدم التجانس وتلازم الإنتاج والاستهلاك إلى غيرها منن خصائص الخدمات، وعليه يمكننا القول بما أن الخدمة الصحية نوع من أنواع

[1]– شرایر سعاد، حمیدوش علي، **تكنولوجيا المعلومات والاتصال ودورها في تحسين مستوى الخدمات الصحية**، مجلة الاقتصاد الجديد، المجلد: 01، العدد: 16، جامعة خميس مليانة، 2017، ص: 296.

الخدمات، وبالتالي فإن لها نفس خصائص أنواع الخدمات الأخرى ماعدا الاختلاف في المرفق الذي يقدم هذه الخدمة، فكل خدمة لها مرفقها الخاص الذي يقدمها، فنجد بأن الخدمة الصحية تقدم في المؤسسة الصحية.

سادسا أسباب الاهتمام بدراسة الخدمات الصحية: تزايد الاهتمام بدراسة الخدمات الصحية لعدة أسباب نذكر منها ما يلي[1]:

- ✓ حرمان نظم الخدمات الصحية من تطبيقات نظريات الإدارة والتنظيم، ومن بناء نظم إدارية متخصصة فيها تحت مفهوم أن هذه النظم ما هي إلا نظم طبية متخصصة، وحل مشكلاتها لا يأتي بها الطبيب؛
- ✓ ندرة الموارد والإمكانيات وتزايد الطلب عليها يحتاج إلى التعرف على أساليب إدارة تلك الموارد النادرة، بما يحقق أهداف المؤسسات الصحية، وتقديم الخدمات الطبية المتوقعة والمطلوبة؛
- ✓ الاهتمام الحالي القائم على خدمات ذات نوعية جيدة والتخطيط للمستفيدين الحاليين والمرتقبين، وليس فقط لتحقيق الربح؛
- ✓ تغير المشكلة في المؤسسات الصحية، حيث كانت تبدو كأنها مسألة نقص في الموارد المادية، ولكن اتضح أن كيفية إدارة هذه الموارد بشكل فعّال هو المشكل، فالعنصر البشري هو الأساس، والإدارة الفّعالة هي أساس نجاح المؤسسات الصحية.

إضافة إلى الأسباب السابقة هناك أسباب أخرى أدت إلى زيادة الاهتمام بالخدمات الصحية هي[2]:

- ✓ أن الصحة الجيدة تمثل الظرف المثالي لتمتع الناس بحياتهم؛
- ✓ أن الصحة تعتبر الموضوع الوحيد الذي يهتم به كل الناس؛
- ✓ أن الخدمات الصحية تعتبر من أكبر وأعقد الصناعات حاليا بسب ارتفاع تكاليفها وازدياد ربحتها؛
- ✓ كثرة أعداد العاملين في القطاع الصحي؛
- ✓ إن موضوع الصحة يستهلك نسبة كبيرة من الموارد والطاقات المتوفرة لدى الدولة؛
- ✓ احتياج الخدمات الصحية لأرقى وأثمن وأعقد أنواع التكنولوجيا.

---

[1]- أنساعد رضوان، **رضا المرضى عن سياسة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة بمدينة الشلف: دراسة ميدانية**، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، المجلد: 06، العدد: 08، جامعة الشلف، 2010، ص: 206.

[2]- ذياب صلاح محمد، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة**، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر، الأردن، 2009، ص: 32.

نستنتج من خلال ما سبق أن الاهتمام بدراسة الخدمات الصحية لم يأتي من فراغ، وإنما هناك أسباب ودوافع دفعت الباحثين والأكاديميين إلى عمل أبحاث قيّمة في مجال الخدمات الصحية، من أجل التعرف على أهم المعوقات والصعوبات التي تواجهها الأنظمة الصحية، وعلى ضوء ذلك يقوم الباحثين بتقديم حلول ومقترحات من شأنها النهوض والارتقاء بالنظم الصحية، وعليه يمكن القول بأن السبب الذي دفع الباحثين إلى تناول موضوع الخدمات الصحية هو الأهمية الكبرى لهذا الموضوع، لكونه يتعلق بأهم شيء في حياة البشرية ألا وهي صحة الإنسان، ولأجل ذلك سارع الباحثين إلى تقديم نماذج مقترحة تهدف إلى إيجاد نظم صحية فعّالة، تكفل تقديم الاهتمام الكافي وتوفير الرعاية اللازمة للمستفيد.

سابعا: أنواع الخدمات الصحية: تقسم الخدمات الصحية إلى قسمين رئسيين هما[1]:

- **الخدمات الصحية العلاجية:** وتتمثل في الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة، وتشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج؛
- **الخدمات الصحية الوقائية:** وترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة، والحماية من التدهور الصحي الناتج من سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة.

ويمكن تقسيم المنافع المحققة من هاته الخدمات كما يلي[2]:

- **منافع مباشرة ملموسة:** ويمكن قياسها وحسابها، وتتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة؛
- **منافع مباشرة غير ملموسة:** ويصعب قياسها، وتتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المستفيد نتيجة للخدمات الصحية التي حصل عليها؛
- **منافع غير مباشرة ملموسة:** ويمكن حسابها، وتتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها أفراد القوى العاملة.

---

[1]- بن نذير نصر الدين، بعيليش فائزة، **أثر إستراتيجية تنمية الموارد البشرية على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف" بالمدية**، مجلة الاقتصاد والتنمية، المجلد: 02، العدد: 03، جامعة المدية، 2015، ص: 194.

[2]- بحدادة نجاة، **تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية**، مذكرة الماجستير في العلوم الاقتصادية: تخصص بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، 2011-2012، ص: 30.

نستنتج من خلال ما سبق بأن الخدمة الصحية تكون على نوعين هما: إما خدمة صحية علاجية وإما خدمة صحية وقائية، فالخدمة الصحية العلاجية تقدمها المؤسسة الصحية فقط ولا تقدمها أي مؤسسة أخرى، مثل خدمات التشخيص والعلاج التي يقدمها الأشخاص الطبيين وشبه الطبيين، أما الخدمة الصحية الوقائية لا يقدمها الطبيين وشبه الطبيين فقط، وإنما قد يتجاوز الأمر ذلك، مثل عامل النظافة الذي يقوم بتنظيف الشوارع والطرقات من أجل ضمان سلامة وصحة المواطنين وحمايتهم من الأمراض.

ثامنا: مستويات الخدمة الصحية التي يقدمها النظام الصحي: إن أي نظام صحي يهدف إلى تقديم خدمات صحية للمواطنين، وهذه الخدمات الصحية المقدمة تختلف حسب النظام الصحي المستخدم، فإذا كان مستوى النظام الصحي متطور ومميز، فإن الخدمة المقدمة في الغالب مميزة ومتطورة والعكس صحيح، وتتمثل مستويات الخدمة الصحية فيما يلي[1]:

أ. **الرعاية الصحية الأولية:** حسب مؤسسة الصحة العالمية، فإن الرعاية الصحية الأولية هي الرعاية الصحية الأساسية ميسرة لكافة أفراد المجتمع، معتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عمليا وسليمة علميا ومقبولة اجتماعيا، وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده، وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره، وبروح من الاعتماد على النفس وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد.

وقد حدد مؤتمر "**ألما–آتا**"* مجموعة من العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية، تتمثل فيما يلي:

- التثقيف والتوعية الصحية بشأن المشاكل الصحية والاجتماعية السائدة في المجتمع، والعمل على طرح السبل للسيطرة عليها؛
- العمل على الإصحاح الأساسي للبيئة وتوفير الإمداد الكافي بمياه الشرب النقية؛
- العمل على توفير الأغذية الجيدة والسليمة؛
- تقديم خدمات أمومة وطفولة متكاملة، بالإضافة إلى تحصين الأطفال وتطعيمهم ضد الأمراض؛
- العمل على وقاية المجتمع من الأمراض المتوطنة والمعدية والسيطرة على انتشارها تمهيدا للقضاء عليها، ويشمل ذلك التقصي الوبائي؛

---

[1]– ذياب صلاح محمود، الساعاتي عبد الإله سيف الدين، **إدارة المستشفيات: منظور شامل**، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص ص: 51-52.

*– (**ألما–آتا**): تم اعتماد إعلان "ألما–آتا" في المؤتمر العالمي الذي انعقد في مدينة "ألما–آتا" عاصمة كازاخستان إحدى دول الاتحاد السوفياتي في الفترة الواقعة بين 6 و16 سبتمبر 1978، حيث اجتمعت 134 دولة عضو في مؤسسة الصحة العالمية، هذا الإعلان تم إشهاره بوثيقة هامة حول اعتماد الرعاية الصحية الأولية لأول مرة في التاريخ كاستراتيجية رئيسية لتحقيق الهدف المتمثل في توفير الرعاية الصحية للجميع.

- التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة؛
- توفير الأدوية الأساسية والضرورية للعلاج.

ب. الرعاية الصحية الثانوية: هي الخدمات الطبية التي تقدم للمستفيد أثناء إقامته في المستشفى (أثناء تنويمه) في مجالات الطب الرئيسية وهي الباطني، والجراحة العامة، والأطفال والنسائية والتوليد.

ت. الرعاية الصحية الثالثة (التخصصية): وهي الخدمات التي تقدم في مجال التخصصات الطبية الفرعية، بمعنى كل التخصصات الطبية عدا التخصصات الطبية الرئيسية الأربعة وتكون ذات مستوى تخصصي، مع التركيز أن هذه الخدمات تقدم للمستفيد علاجيا أو جراحيا أثناء تنويمه في المستشفى، ومن أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات، التكلفة العالية وطول مدة الإقامة والحاجة إلى كوادر بشرية متميزة.

ث. الرعاية الصحية الرابعة: (خدمات الرعاية الصحية طويلة الأمد): وهي الخدمات التي تقدم للمستفيد لفترات طويلة نسبيا، أو لمستفيد لا يؤمل شفاءه بحيث يتم تأهيل المستفيد للتعايش مع المرض، بهدف إعادة هذا المستفيد للمجتمع كفرد منتج ويستطيع خدمة نفسه وقضاء احتياجاته بنفسه، وتشمل هذه الخدمات تعليم ذوي المستفيد على كيفية التعامل مع المستفيد، ومراعاة كافة ظروفه النفسية والجسدية.

نستنتج من خلال ما سبق بأن الخدمة الصحية تكون على أربع مستويات أساسية، فنجد بأن أول مستوى منها هو مستوى الرعاية الصحية الأولية، حيث أن هذا المستوى من الرعاية يعتمد أكثر على الاستثمار في الخدمة الصحية الوقائية، من خلال تكثيف عمليات الثقيف الصحي والتوعية الصحية لدى المواطنين، ويأتي فيما بعد مستوى الرعاية الصحية الثانوية، التي تركز على تقديم الخدمة الصحية العلاجية للمستفيد أثناء إقامته في المستشفى، من خلال إعطائه الرعاية والاهتمام، وأن مصلحته هي المصلحة التي وجد من أجلها المستشفى، ثم يأتي المستوى الثالث من الرعاية الصحية وهو المستوى المتخصص، أي من يقوم بتقديم الرعاية الصحية في هذا المستوى هم فقط المتخصصون، فمثلا إذا كان المستفيد يعاني من ألم في العظام والمفاصل فالذي يقوم بخدمته يسهر على علاجه هو طبيب مختص في آلام العظام والمفاصل، وبعد ذلك يأتي مستوى الرعاية الصحية الرابعة التي تقدم فيه خدمات تكون لفترات طويلة، وذلك بسبب المرض الخطير الذي لحق بالمستفيد، فهنا يتم تقديم خدمات تأهيلية تعمل على تحسين الحالة المرضية للمستفيد.

تاسعا: مرتكزات الخدمات الصحية: هناك مرتكزات وأساسيات ثابتة للخدمة الصحية تتمثل فيما يلي[1]:

- **الخدمة الحقيقية:** وهي كل ما يتعلق بالخصائص الملموسة للخدمة الصحية، التي يستطيع المستفيد تمييزها عن الخدمات الأخرى في مؤسسة صحية أخرى، كمظهر المؤسسة الصحية.
- **جوهر الخدمة:** وهي مدى الاستفادة الحقيقية التي يسعى المستفيد للحصول عليها بصورة حقيقية، وتمثل الدافع الرئيسي وراء شرائه للخدمة الصحية، مثلا الشفاء من المرض من خلال حصوله على الخدمة.
- **الخدمات المدعمة:** وهي الخدمات الإضافية التي يحصل عليها المستفيد عند حصوله الخدمة، إلى جانب جوهر الخدمة، وتتمثل في خدمات متابعة علاج المستفيد، وخدمات تسهيل دفع الأجور، والخدمات الإرشادية بعد خروجه من المستشفى.

نستنتج من خلال ما سبق بأن للخدمة الصحية ثلاثة مرتكزات أساسية، أولها جانب الملموسية الذي يعطي تصور أولي للمستفيد حول مستوى جودة الخدمة المقدمة بالمؤسسة الصحية، وثانيا السبب الذي دفع المستفيد إلى طلب الخدمة الصحية، وثالثا أهم التوجيهات التي يتلقاها المستفيد بعد حصوله على الخدمة.

عاشرا: دورة حياة الخدمة الصحية: تبدأ دورة حياة الخدمة الصحية بتاريخ تقديمها، وكأي منتج آخر تمر دورة حياتها بأربع مراحل، سنأتي على ذكرها بعد تمثيلها بالشكل الآتي[2]:

- **مرحلة التقديم:** غالبا ما تكون إيرادات الخدمة في هذه المرحلة في حالة انخفاض لأنها غير معروفة، وعلى المؤسسة الصحية أن تسعى لتقصير هذه المرحلة عن طريق إعلام المستفيدين بالخدمة الجديدة، والقيام بحملة إعلانية منظمة ومدروسة.
- **مرحلة النمو:** غالبا ما تتسم هذه المرحلة بارتفاع الأرباح وزيادة حدة المنافسة، وهذا يتطلب من المؤسسات الصحية اتباع سياسات تسويقية تميزها عن غيرها.
- **مرحلة النضج:** تعتبر هذه المرحلة أطول مرحلة في دورة حياة الخدمة، والملاحظ أنه في هذه المرحلة تبدأ الإيرادات بالانخفاض إما لتفوق المنافسين، أو لأن المؤسسة الصحية فقدت تميزها عن غيرها.

---

[1]- الملا عبد الرحمن مصطفى، ثامر كريم محمد، **تقييم الخدمات الصحية المقدمة في الأجنحة الخاصة للمستشفيات الحكومية من منظور المرضى**، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد: 22، العدد: 91، جامعة بغداد، العراق، 2016، ص: 117.

[2]- علاء عادل درويش، **دور تخطيط الموارد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على المشافي العامة في الساحل السوري**، مذكرة الماجستير، تخصص: إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد الثانية في طرطوس، جامعة تشرين، الجمهورية العربية السورية، 2012-2013، ص ص: 85-86.

- **مرحلة الانحدار (التدهور)**: بعد أن أخذت إيرادات الخدمة بالانخفاض تصل الخدمة إلى مرحلة التدهور، وهذا ما يفرض على المؤسسة الصحية إما لتحسين خدماتها أو مراجعة برنامجها الإنتاجي.

نستنتج من خلال ما سبق بأن للخدمة الصحية دورة حياة مثلها مثل المنتوج الذي له دورة حياة، حيث أن مراحل دورة حياة الخدمة الصحية لا تختلف عن مراحل دورة حياة المنتوج، وعليه يمكن القول بأن الخدمة الصحية ينبغي أن تدار بشكل جيد حتى تضمن المؤسسة لنفسها مكان أمام المنافسين، خاصة وأنها تعمل في ظل بيئة تتسم بعدم الاستقرار وعدم التأكد، وبالتالي يجدر على المؤسسة الصحية أن تكون مرنة وتستجيب للتحديات، وتقدم خدمة صحية عالية الجودة ترضي المستفيدين.

المطلب الثالث: مفهوم ومراحل تسويق الخدمات الصحية

سنقوم في هذا المطلب بالتطرق إلى عنصر مهم في قطاع الخدمات ألا وهو تسويق الخدمات، والخدمات الصحية باعتبارها أحد أنواع الخدمات، فإننا سنقوم بتوضيح العناصر المكونة للمزيج التسويقي للخدمة الصحية، وتوضيح أهم الآليات المساعدة على تسويقها.

أولا: مفهوم تسويق الخدمات الصحية: توجد في أدبيات الفكر الإداري العديد من التعاريف لتسويق الخدمات الصحية نذكر منها ما يلي:

التعريف الأول: هو التركيز على المستفيد من الخدمات الصحية وتحقيق رضاه، باعتباره المحور الرئيسي في ميدان الرعاية الصحية[1].

التعريف الثاني: هو مجموعة من الأنشطة والفعاليات التي تهدف إلى تحقيق الاتصال بالجمهور المستهدف، وجمع المعلومات عنهم، وتحديد حاجاتهم بهدف تكوين سلوك صحي لدى الأفراد[2].

التعريف الثالث: هو التحليل والتخطيط والتنفيذ والرقابة على البرامج المعدة بدقة نحو تحقيق قيمة تبادلية اختيارية مع الأسواق المستهدفة، بهدف بلوغ ما تسعى إليه المؤسسات الصحية من أهداف، ومعتمدة في ذلك على ملاقاة حاجات تلك الأسواق المستهدفة ورغباتها، ومن خلال الاستخدام الفاعل لعناصر المزيج التسويقي[3].

---

[1]- *Berkowitz Eric N.,* ***Essentials of Health Care Marketing****, fourth edition, Jones and Bartlett Learning, USA, 2017, p: 4.*

[2]- ردينة عثمان يوسف، **التسويق الصحي والاجتماعي**، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص: 81.

[3]- الصيرفي محمد، **التسويق الصحي**، الطبعة الأولى، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر، 2016، ص: 16.

بناء على التعاريف السابقة لتسويق الخدمات الصحية نقدم التعريف الإجرائي الموالي:

هو العملية التي تبدأ من دراسة سلوك المستفيد من الخدمة الصحية وتنتهي من رضاه عنها.

ثانيا: أهمية التسويق في المؤسسات الصحية: تبرز أهمية التسويق في المؤسسات الصحية من خلال الفوائد المتحققة من استخدامه، وتتمثل فيما يلي[1]:

- تحسين كفاءة الأنشطة التسويقية، وذلك من خلال التركيز على نمط الإدارة العقلانية، والتنسيق من أجل تطوير المنتج، التسعير، الترويج، التوزيع، فالتسويق يجهز الإدارة بمدخل علمي يجعلها تصل الحد الأعلى من الكفاءة والفعالية في الأنشطة التسويقية، فضلا عن التنسيق المستمر فيما بينها؛
- جعل المؤسسات الصحية أكثر تحسسا لحاجات المجتمع الصحية، وذلك من خلال اندماجها مع الجمهور، إذ أن عملية استقصاء آراء المستفيدين وقياس درجة رضاهم من صلب عمل وظيفة التسويق، فهي العنصر الرئيسي لعملية تسيير التغذية العكسية بين المستفيدين والمؤسسات الصحية؛
- تحسين صورة المؤسسات الصحية وجعلها في وضع متميز ولائق في السوق الصحي، فإدخال التسويق في عمل المؤسسات الصحية يجعلها تتجها كليا بأفكارها نحو جميع الأفراد، فضلا عن سعيها للبحث عن تلك الميزات التنافسية، التي تتمكّن من خلالها من تقديم أفضل الخدمات للمستفيدين منها؛
- تمكّن إدارة المؤسسات الصحية من خلال إنشاء أنظمة أكثر فاعلية في تقديم وتوزيع الخدمات، ووضع السياسة السعرية المناسبة للخدمات الصحية التي تقدمها؛
- تنمية الوعي الصحي والتثقيف الطبي لدى المستفيدين من الخدمات الصحية.

ثالثا: مراحل التسويق الصحي: يمر التسويق الصحي بأربعة مراحل تتمثل فيما يلي[2]:

أ. المرحلة الأولى: (أين نحن الآن) وهي مرحلة تحليل وفهم عميق لكل من:

- ✓ البيئة (ما هو الطلب على الخدمات الصحية في البيئة)؛
- ✓ حاجات وتوقعات المستفيدين والجمهور، أي محاولة معرفة حاجات ورغبات المستفيدين والاهتمام بهم؛
- ✓ المنافسة، أي ماذا تفعل المؤسسات الصحية الأخرى وماذا يمكن أن نقتبس ونتعلم منها.

---

[1]- العامري نجاة، **تسويق الخدمات الصحية: دراسة حالة مصحة أبو القاسم بسكيكدة**، مذكرة الماجستير، دون ذكر التخصص، 2008-2009، ص: 36.

[2]- البكري ثامر ياسر، العبيدي غسان عبد الرزاق، **التسويق الصحي في ظل المتغيرات المعاصرة**، المؤتمر العلمي الأول لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية بجامعة العلوم التطبيقية الأهلية الأردن، دون ذكر عنوان الملتقى وتاريخ انعقاده، ص: 6.

ب. المرحلة الثانية: التخطيط (ماذا نفعل: ما أهداف التسويق الصحي، وماذا نستطيع فعلا أن نحقق منها):

- ✓ بحث ومسح حاجات المستفيدين الحالية والمستقبلية؛
- ✓ وضع الأهداف والمعايير؛
- ✓ تقييم قابلية المؤسسة الصحية.

ت. المرحلة الثالثة: التنفيذ (كيف سنصل إلى هناك):

- ✓ إدارة المزيج التسويقي الصحي؛
- ✓ تسويق الخطة داخليا (داخل المؤسسة الصحية)؛
- ✓ تطوير العلاقات مع المستفيدين.

ث. المرحلة الرابعة: الرقابة والتغذية العكسية (كيف تتحقق من أن الخطة تسير بالشكل الصحيح):

- ✓ بناء وتطوير الاختبارات والموازنات؛
- ✓ مراقبة التطور؛
- ✓ إجراء العمليات التصحيحية من خلال الاستثمار في نقاط القوة ومعالجة نقاط الضعف.

نستنتج من خلال ما سبق بأن مراحل التسويق الصحي المذكورة سابقا هي مراحل التسويق الاستراتيجي، لأننا نجد بأن أول مرحلة تهتم بعملية التشخيص الاستراتيجي للبيئة، أي تشخيص البيئة الداخلية بهدف التعرف على نقاط القوة واستثمارها والتعرف على نقاط الضعف ومعالجتها، وكذلك تشخيص البيئة الخارجية بهدف معرفة الفرص واقتناصها ومعرفة التهديدات وتجنبها، وعلى ضوى التشخيص الاستراتيجي نقوم بعملية التخطيط الاستراتيجي أو ما يعرف بصياغة الاستراتيجية، أي صياغة رسالة المؤسسة ورؤيتها الاستراتيجية، وصياغة الأهداف وكذلك وضع مختلف الخيارات الاستراتيجية، ثم تأتي المرحلة الثالثة التي تهتم بعملية المفاضلة ما بين الخيارات الاستراتيجية التي تم وضعها في المرحلة الثانية، وعلى ضوء ذلك يتم اختيار استراتيجية أو أكثر من استراتيجية ليتم وضعها حيز التنفيذ والتطبيق، ثم تأتي المرحلة الأخيرة والتي تهتم بعملية التقييم، أي تقييم الاستراتيجية التي تم تنفيذها، ومقارنة ما كانت تتوقع المؤسسة حدوثه من جراء تطبيق الاستراتيجية مع ما حدث فعلا، بغرض اكتشاف الانحرافات وتصحيحها.

رابعا: المزيج التسويقي للخدمات الصحية: يتكون المزيج التسويقي للخدمات الصحية في المكونات الأساسية للمزيج التسويقي الخدمي، وهي سبعة عناصر أساسية هي: المنتوج الصحي، التسعير الصحي، الترويج الصحي، التوزيع الصحي، الدليل المادي، الأفراد، العملية، حيث سنقوم بشرح كل عنصر على حدى.

أ. المنتوج الصحي: وهو يمثل العنصر الأول من عناصر المزيج التسويقي الصحي، والذي يحتاج إلى التخطيط الصحيح بهدف تقديمه بالشكل المناسب وفي الوقت المناسب وبالجودة المناسبة، لذا يستوجب الاهتمام بتطويره في كافة المجالات، وعموما فإن المنتوج الصحي ينقسم إلى نوعين هما: السلع الصحية، الخدمات، فبالنسبة للخدمات فقد قمنا بالتطرق لها سابقا، ليتسنى لنا أن نتطرق إلى السلع الصحية[1].

إن السلع الصحية تمثل الأدوية والأجهزة والمعدات، والتي تهدف إلى تحقيق الرعاية الصحية للمستفيد منها من جهة، وتحقيق أهداف المؤسسات الصحية من جهة أخرى، وعليه تقسم هذه السلع إلى ما يلي[2]:

1. السلع الاستهلاكية الصحية: وهي تمثل السلع التي تشترى من قبل المستهلك، مثل الأدوية التي يحتاج إليها المستفيد أثناء العلاج أو كافة المواد المرفقة لعملية العلاج، كالإبر، وأجهزة قياس ضغط الدم، أو جهاز قياس الحرارة، وغيرها من السلع، وتقسم هذه السلع إلى ما يلي:

- **السلع الصحية الميسرة:** تسمى بالسلع الميسرة أو السلع اليومية، وهي تلك السلع التي يحتاجها أفراد المجتمع، ومنها التي يمكن الحصول عليها دون الحاجة إلى زيارة الطبيب والفحص، بل تشترى بشكل مباشر من الصيدلية مثل البراسيتامول، والبانادول، والضمادات، والأكسجين والمطهرات الحيوية.
- **السلع السوق الصحية:** إن مفهومها يمثل نفس مفهوم سلع السوق في التسويق التجاري، كونها تشترى من قبل المستهلك النهائي، والذي لديه الاستعداد لبذل جهد كبير للحصول عليها، وهذه السلعة تختلف عن الأولى، والتي لا يرغب المستفيد في بذل جهد كبير للحصول عليها.
- **السلع الصحية الخاصة:** هي عبارة عن خليط من السلع الميسرة وسلع السوق، وهي تأخذ خصوصيتها من طبيعة المرض الذي يعاني منه المستفيد، أو من طبيعة اختصاص الطبيب، فالطبيب المختص في طب

---

[1]- بطاهر بختة، **دور التسويق الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية: مستشفى محمد بوضياف بغليزان نموذجا**، مجلة المنهل الاقتصادي، المجلد: 01، العدد: 01، 2018، جامعة الوادي، ص: 27.

[2]- جيلالي أمير، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية: تخصص تخطيط، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2008-2009، ص ص: 27-28.

العيون يكون بحاجة إلى لوحة الحروف لإجراء الفحص المناسب، وهذه الأدوات لا يحتاجها المختص بالأمراض الجلدية.

2. السلع الإنتاجية الصحية: وهي تمثل السلع التي تدخل في إنتاج سلع أخرى، وتختلف عنها من حيث الخصائص والمواصفات، والتي تتمثل فيما يلي:

- ✓ المواد الأولية الخام التي تستخدم في صناعة الأدوية؛
- ✓ مواد الأجزاء المصنعة، والتي تدخل في تصنيع أو تركيب سلع أخرى؛
- ✓ الآلات والمعدات الثقيلة.

ب. التسعير الصحي: تعترض المؤسسة الصحية العديد من المشاكل عند قرار التسعير، لأنه يعد مهمة صعبة ومتشابكة، خاصة وأن الخدمات الصحية توجه لخدمة الجمهور، فالسعر انعكاس لقيمة الشيء في فترة معينة، وقد تختلف هذه القيمة للفرد بالنسبة للأوقات المختلفة[1]، وعليه تعتبر سياسة التسعير الصحي من أصعب القرارات التي تتخذ على مستوى إدارة المؤسسة الصحية، لما تحتويه هذه السياسة التسويقية من متغيرات وعوامل تؤثر في عملية تحديدها، كما يعتبر التسعير الصحي عنصر أساسي مؤثر على الإيرادات مقارنة بعناصر المزيج التسويقي الأخرى التي تحتاج إلى تكاليف.[2]

ت. التوزيع الصحي: يهدف التوزيع الصحي إلى ضمان وصول جميع المواطنين إلى الخدمات الصحية في أي موقع يقطنون فيه[3]، حيث تعتبر قرارات تقديم الخدمات الصحية من القرارات الهامة التي تتخذها الإدارة التسويقية في المؤسسات الصحية التي تهدف إلى الربح والتي لا تهدف إلى تحقيق الربح على حد سواء، حيث تهدف إلى تمكين المستفيد من الحصول على حاجته عن طريق استخدام منافذ تقديم الخدمات، أهمها: وزارة الصحة، الجامعات، مؤسسات التأمين الصحي، القوات المسلحة، المراكز الدينية والجمعيات الخيرية[4].

ث. الترويج الصحي: يرتبط ترويج الخدمات الصحية بالمزيج الترويجي الذي يتشكل من مكونات تتكامل وتتفاعل معا لتحقيق الأهداف الترويجية للمؤسسة على شاكلة عناصر المزيج التسويقي، حيث يتم التكامل

---

[1]- مساعد زكي خليل، **تسويق الخدمات وتطبيقاته**، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص: 296.

[2]- تومي ميلود، قشي حبيبة، **آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية**، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد: 01، العدد: 02، جامعة بسكرة، 2007، ص: 39.

[3]- *Violeta Radulescu,* ***Healthcare Marketing Contribution to the Sustainable Development of Society****, International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, Vol: 2, №: 11, 2012, P: 356.*

[4]- بوباح عالية، **دور الانترنت في مجال تسويق الخدمات: دراسة حالة قطاع الاتصالات**، مذكرة الماجستير في العلوم التجارية تخصص: تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة، 2010-2011، ص: 19.

فيما بينها للوصول إلى الأهداف التسويقية للمؤسسة[1]، فالترويج كعملية ديناميكية ينطوي على محاولات حث وإقناع، وهذا ما يؤكد المضمون الاتصالي للترويج[2]، كما أن الترويج يتم من خلال عدة أدوات، لأنه لا توجد أداة ترويجية واحدة قادرة على تحقيق أهداف استراتيجية الترويج، وهذا بدوره يعني أن معظم المؤسسات الخدمية تستخدم أكثر من أداة ترويجية واحدة لتجنب عيوب كل أداة[3].

ج. **الأفراد (مقدمو الخدمة):** إن مقدم الخدمة الصحية يحظى بأهمية بالغة أثناء تسويق الخدمات، إذ يؤدي مقدمو الخدمات الصحية دورا مهما في إقناع المستفيد بتلقي الخدمة وبيان أهميتها، لأن مقدم الخدمة يعد في الأساس حلقة الوصل بين المؤسسة الصحية والمستفيد من خدماتها[4].

ح. **العملية: (عملية تقديم الخدمة):** إن الكيفية التي يتم من خلالها تقديم الخدمة تعد جد حاسمة بالنسبة للمؤسسة الصحية، حيث أن عملية تقديم الخدمة تضم أشياء في غاية الأهمية مثل السياسات والإجراءات المتبعة من قبل المؤسسة الصحية لضمان تقديم الخدمة للمستفيدين، كما تشتمل هذه العملية على نشاطات وبروتوكولات أخرى مثل المكننة، وتدفق النشاطات وحرية التصرف والاختيار الممنوحة للقائمين على تقديم الخدمة، وكيفية توجيه المستفيدين وتحفيزهم على المشاركة في عملية تقديم الخدمة[5].

خ. **الدليل المادي:** يتضمن الدليل المادي البيئة التي يتم فيها تقديم الخدمة، حيث تتفاعل المؤسسة الصحية والمستفيد، وعليه تحتاج المؤسسة الصحية إلى إنشاء أجواء جيدة ومريحة تنعكس بالإيجاب على نفسية

---

[1]– موساوي سارة وآخرون، **دور وسائل الترويج في تسويق الخدمة المصرفية: دراسة ميدانية لمجموعة من البنوك التجارية بالجلفة**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، المجلد: 04، العدد: 02، جامعة الجلفة، 2018، ص: 296.

[2]– لحول فطوم، نهار خالد بن الوليد، **دور مواقع التواصل الاجتماعي في نجاح استراتيجية الترويج لدى المؤسسات: دراسة لصفحة مؤسسة الاتصالات الجزائرية موبيليس عبر موقع الفيس بوك**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، المجلد: 04، العدد: 02، جامعة الجلفة، 2018، ص: 315.

[3]- *Ala'Eddin Mohammad Khalaf Ahmad and al,* ***The Impact of Marketing Mix Strategy on Hospitals Performance Measured by Patient Satisfaction: An Empirical Investigation on Jeddah Private Sector Hospital Senior Managers Perspective****, International Journal of Marketing Studies, Vol: 5, №: 6, 2013, p: 213.*

[4]– علك حافظ عبد الناصر، حسين وليد حسين، **تسويق الخدمات وأثرها على رضا الزبائن**، مجلة كلية المأمون الجامعة، العدد: 18، بغداد، العراق، 2011، ص: 113.

[5]– أولاد حيمودة عبد اللطيف، **دور التسويق في رفع الميزة التنافسية في سوق الهاتف النقال بالجزائر: دراسة ميدانية للهاتف النقال بمؤسسة موبيليس**، مذكرة الماجستير في علوم التسيير تخصص: تسويق الخدمات، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، 2010-2011، ص: 51.

المستفيد[1]، ويعتبر الدليل المادي العنصر الأخير من عناصر المزيج التسويقي للخدمة الصحية، فكلما كانت خصائص الخدمة غير ملموسة في معظمها، فمن الضروري في هذه الحالة أن يتم التركيز على التجهيزات المادية لتعكس جودة الخدمة في نظر المستفيدين، حيث يشمل مكون الدليل المادي المؤشرات الآتية[2]:

- ✓ **التصميم الداخلي**: مثل توفر مكان الانتظار، نظافة المكان ... الخ؛
- ✓ **التجهيزات**: أي المنظر العام للتجهيزات وتوفرها، مثل توفر الحواسيب ... الخ؛
- ✓ **الملابس**: أي طريقة وهيئة وملابس موظفي المؤسسة الصحية؛
- ✓ **التقارير**: حيث تساعد التقارير على تأكيد جودة الخدمة باعتبارها وسيلة اتصال ذات تأثير قوي.

نستنتج من خلال ما سبق بأن المزيج التسويقي للخدمة الصحية يختلف عن المزيج التسويقي للمنتوج، على اعتبار أن هذا الأخير يتكون من أربعة عناصر أساسية هي (المنتج، السعر، الترويج، التوزيع) في حين أن المزيج التسويقي للخدمة الصحية يتكون من سبعة عناصر أساسية تم ذكرها، حيث نجد بأن هذه العناصر كلها تركز على أهم عنصر هو الخدمة، فالسعر هو سعر الخدمة، والترويج ترويج الخدمة، والتوزيع توزيع الخدمة، والدليل المادي يتضمن مختلف التجهيزات المادية اللازمة لتقديم الخدمة، والأفراد هم مقدمو الخدمة، والعملية هي عملية تقديم الخدمة، وعليه يمكن القول بأن عناصر المزيج التسويقي تعتمد على أهم عنصر وهو أول عنصر في المزيج التسويقي الخدمي ألا وهو الخدمة، فالخدمة هي العمود الفقري للمزيج التسويقي الخدمي فلولا وجود الخدمة لما كان هناك سعر ولما كان هناك ترويج وتوزيع، وبالتالي فإن المزيج التسويقي للخدمة الصحية مثله مثل المزيج التسويقي لباقي الخدمات أي يتشكل من نفس العناصر، إلا أن هناك عنصر في المزيج التسويقي للخدمة الصحية يعتبر عنصر صعب، على عكس المزيج التسويقي للخدمات الأخرى التي لا يوجد فيها أي عنصر صعب، وهذا العنصر الصعب هو عنصر التسعير، فالخدمة الصحية من أصعب الخدمات من حيث تحديد السعر، لأن الخدمة الصحية موجهة إلى خدمة صحة الأفراد، والصحة عامل أساسي للتنمية داخل الدولة لأن الإنسان هو من يقوم بالتنمية.

---

[1]- *T. Sreenivas and al, **AN ANALYSIS ON MARKETING MIX IN HOSPITALS**, International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences, Vol: 2, №: 4, 2013, p : 194.*

[2]– زقاي دياب، **الاتصال التجاري وفعاليته في المؤسسة الاقتصادية: دراسة حالة المؤسسة الوطنية للصناعات الالكترونية**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص: تسيير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، 2009-2010، ص: 59.

المبحث الثاني: متطلبات تحقيق جودة الخدمات الصحية في ظل إدارة الجودة الشاملة

يعد تحقيق الجودة في الخدمات المقدمة للمستفيدين أمر في غاية الأهمية، فلا يمكن تلبية احتياجات المستفيد وتحقيق رضاه إذا لم تكن الخدمة المقدمة ذات جودة عالية، حيث أن تحقيق الجودة في الخدمة الصحية يعتمد على قدرة المؤسسة الصحية في تلبية احتياجات المستفيدين من خدماتها هذا من جهة، وكذلك قدرة مقدمي هذه الخدمات (الأفراد) على الاستجابة لمتطلبات المستفيدين هذا من جهة أخرى.

المطلب الأول: جودة الخدمات الصحية ومدى حاجة المؤسسات الصحية إليها

سنقوم في هذا المطلب بالتطرق إلى وضع إطار تعريفي لجودة الخدمات الصحية وتوضيح أهميتها بالنسبة للمؤسسة الصحية، باعتبارها الحكم الأول والأخير على صورة المؤسسة الصحية، وكذلك توضيح أهم الجوانب التي ترتكز عليها جودة الخدمة الصحية.

أولا: التطور التاريخي لجودة الخدمات الصحية: يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد وبالضبط إلى قانون ***حمورابي**** ملك بابل، حيث يحتوي قانونه على أقدم تشريع عرفه الإنسان تتعلق بتكاليف الخدمات المقدمة، كما تضمن قانون حمورابي بنودا خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال، وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب "توت" في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث عد أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب، وفي العصر الحديث أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجرّاحين سنة **1913** إلى حدوث تطورات في مجال جودة الخدمات الصحية، من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات الجراحية وإعداد الالتزام بما يعرف ببروتوكولات العلاج، هذا وقد انضمت الكلية الأمريكية للجرّاحين وعدد من الهيئات الأخرى لتشكل ما يعرف بالهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات سنة 1951، والتي تابعت حركة تحسين الجودة الخدمات الصحية، وذلك بوضعها لضوابط محددة للأداء في المؤسسات الصحية[1].

---

*- (**حمورابي 1810 ق م–1750 ق م**): هو الملك الذي بنى السلالة الحاكمة في بابل بحسب تواريخ بيروسوس الكاهن البابلي، وهو سادس ملوك بابل وهو أول ملوك الإمبراطورية البابلية، ولقد ورث الحكم من والده سين موباليت، وكان شخصية عسكرية لها القدرة الإدارية والتنظيمية والعسكرية.

[1]- حاروش نور الدين، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص ص: 166-167.

كما يبين "***خسروف***" بأن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى "***فلورنس نايتينجيل***"*، والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم، وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها، مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات[1]، وفي سنة 1966 أضاف "***أفيديس دونابيديان***"* إلى جودة الخدمة الصحية العديد من الأفكار المهمة، وأوضح أن تقييم جودة الخدمة الصحية يتطلب تقييم ثلاث نقاط منفصلة هي: الهيكل والعملية والنتيجة، والتي تكون مسؤولة عن توفير الخدمات الصحية[2].

ثانيا: مفهوم جودة الخدمات الصحية: قبل الخروج بتعريف واضح لجودة الخدمات الصحية، ينبغي أن تشمل جودة الخدمات الصحية على ركيزتين أساسيتين هما[3]:

أ. الجانب المعرفي والتكنولوجي: ويشير إلى المعارف والمهارات والخبرات، ودرجة التقدم العملي والتكنولوجي المتوفر للخدمة الصحية، والتقنيات والأساليب المستعملة في الخدمة الصحية.

ب. الجانب السلوكي للخدمة الصحية: يشير إلى سلوكيات مقدمي الخدمات وفن تعاملهم مع المستفيدين.

يوجد في أدبيات الفكر الإداري العديد من التعاريف لجودة الخدمات الصحية اقتصرنا على بعضها:

التعريف الأول: عرفت مؤسسة الصحة العالمية جودة الخدمة الصحية بأنها "تقديم الأنشطة التشخيصية والعلاجية لكل مريض بشكل متجانس، والذي يضمن أفضل النتائج في مجال الصحة وفقا للوضع الحالي لعلم الطب وبأفضل تكلفة وبأقل المخاطر"[4].

---

*- (**فلورنس نايتينجيل 12 مايو 1820–13 أغسطس 1910**): ولدت فلورنس نايتينجيل في بلدة فلورنسا بإيطاليا سنة 1820 وكانت من عائلة بريطانية غنية تؤمن بتعليم المرأة، وتعتبر نايتينجيل على نطاق واسع مؤسسة التمريض الحديث، وقد كانت تعرف برائدة التمريض الحديث ويطلق عليها اسم "سيدة المصباح" أو السيدة حاملة المصباح، تعلمت التمريض في مدرسة الكايزروارت وكانت تؤمن بأهمية وضرورة وضع برامج لتعليم التمريض وبرامج لتدريس آداب المهنة.

[1]- قاسمي السعيد، سعدي هند، **تطبيق نماذج صفوف الانتظار لقياس جودة الخدمة الصحية: حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد:46، جامعة بغداد، العراق، 2015، ص: 232.

- (أفيديس دونابيديان: **07 يناير 1919–09 نوفمبر 2000**): ولد "أفيديس دونابيديان" في بيروت سنة 1919 في عائلة أرمينيا من تركيا، حصل على درجة البكالوريوس 1940 ودكتوراه في الطب سنة 1944، وعمل بعد ذلك في مستشفى البعثة الإنجليزية في القدس، ثم انتقل إلى الجامعة الأمريكية في بيروت حيث شغل عدد من المناصب التعليمية وأصبح مسؤولا طبيا في الجامعة بأكملها.

[2]- عبد الوهاب نادية لطفي، حيدر منصور كاظم، **تقييم جودة الخدمات الصحية باستعمال نموذجQS5 ، بحث تطبيقي في مستشفى بغداد التعليمي**، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد: 22، العدد: 92، جامعة بغداد، العراق، 2016، ص: 271.

[3]- نصيرات فريد توفيق، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص: 81.

[4]- عبد الله عادل محمد، **إدارة جودة الخدمات**، الطبعة الأول، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص: 96.

التعريف الثاني: يمكن النظر إلى جودة الخدمات الصحية من وجهات نظر مختلفة كما يلي[1]:

– **من وجهة نظر المستفيد:** هي الخدمات التي توفرها المؤسسات الصحية تتسم بالعطف والاحترام.

– **من وجهة نظر الطبيب:** هي وضع المعارف والعلوم الأكثر تقدما والمهارات الطبية في خدمة المستفيد.

– **من وجهة نظر إدارة المؤسسة الصحية:** هي تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة الطبية والرعاية الصحية.

وتبقى هناك وجهة نظر أخرى لجودة الخدمة الصحية، ألا وهي وجهة النظر السياسية أو وجهة نظر القيادة والإدارة العليا بالدولة، وغالبا ما يكون القياس هنا من مدى رضا المواطن والمقيم عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية والنظام الصحي[2]، وفي نفس الوقت كفاءة النظام الصحي من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة، ومدى قدرته على رسم استراتيجيات مستقبلية تضم الاستقرار والتطور الطبيعي ضمن منظومة العمل الإداري للدولة بشكل عام، بجوانبه الاقتصادية والاجتماعية والسياسية[3].

التعريف الثالث: هي كل ما يتعلق بشؤون المستفيد والالتزام بجودة الخدمة المقدمة له، عن طريق البحث المستمر واختيار أفضل الطرق لإشباع حاجاته ورغباته[4].

بناء على التعاريف السابقة لجودة الخدمات الصحية نقدم التعريف الإجرائي الموالي:

هي تلك الخدمات التي عندما يتم تقديمها تحقق أبعاد جودة الخدمة المتعارف عليها من اعتمادية واستجابة وأمان وملموسية وتعاطف، أي أنها تعتمد على بعد الملموسية واللاّملموسية، فالملموسية يقع عاتقها على المؤسسة الصحية وقدرتها على توفير الآلات والمعدات اللازمة لأداء العمل بشكل جيد، واللاّملموسية يقع عاتقها على مقدمي الخدمة الصحية، أي مدى استجابتهم وتعاطفهم مع المستفيد من الخدمة الصحية.

---

[1]– ذياب صلاح محمود، **إدارة خدمات الرعاية الصحية**، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 2010، ص: 319.

[2]– دفع الله محمد أحمد إبراهيم، **تقييم مستوى جودة الخدمات الطبية بالمستشفيات السودانية لتحقيق الميزة التنافسية بينها: دراسة حالة مستشفيي كوستي وربك**، أطروحة دكتوراه في إدارة الجودة الشاملة والامتياز، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2017، ص: 103.

[3]– جناد مباركة، **تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والمرضين بالمستشفيات الجزائرية: دراسة حالة بعض المستشفيات بولاية سطيف**، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد: 12، العدد: 36، جامعة الجلفة، 2018، ص: 199.

[4]– زاهر محمد عبد الرحيم، **إدارة المستشفيات والسجلات الطبية**، الطبعة الأولى، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، 2016، ص: 57.

ثالثا: أسباب الاهتمام بجودة الخدمات الصحية: أصبح موضوع تقييم وضبط الجودة من المواضيع الأكثر طرحا واهتماما من قبل الباحثين في الفكر الإداري، وذلك للأسباب التالية[1]:

- ✓ تعاظم الدور الذي يقوم به القطاع الصحي الخاص، وتحوله من الشريك الفاعل للقطاع العام في الوقت الحاضر إلى دور الريادة والقيادة مستقبلا لقطاع الصحة؛
- ✓ التوجه الرسمي نحو الخصخصة وتشجيع الاستثمار، مما سيعطي القطاع الخاص دفعا قويا نحو المزيد من النمو والاستثمار في هذا القطاع، ويسرع من تحويل هذا القطاع من دور الشريك الفاعل للقطاع العام إلى دور القيادة في مجال إنتاج وتقديم وتمويل الخدمات الصحية؛
- ✓ التصاعد المستمر لكلفة إنتاج الخدمات الصحية، وبالنتيجة تصاعد السعر المدفوع لقاء هذه الخدمات، مما سيجعل موضوع ضبط الجودة والتأكد منها محل اهتمام متزايد من قبل الأطراف الدافعة لهذه الكلفة، وبشكل خاص أرباب العمل، صناديق ومؤسسات التأمين والجهات الحكومية، والتي قد تصبح مستقبلا أحد أكبر المشترين لهذه الخدمات من القطاع الخاص؛
- ✓ تنامي درجة وعي المستفيد من الخدمات الصحية، وإدراكه لحقوقه وتزايد مستوى توقعه لما يمكن لهذه الخدمات أن تقدمه، إضافة إلى قدرته المتزايدة على المفاضلة والاختيار بين المنتجين المتعددين، لضمان المنفعة المرجوة من استهلاكه للخدمات الصحية؛
- ✓ إن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية الطبية عير مقبول، وتتعدى أثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي، ولابد من التطلع إلى ممارسة طبية خالية من العيوب.

نستنتج من خلال ما سبق بأن من أهم الأسباب التي أدت إلى الاهتمام بجودة الخدمات الصحية هو أن الخدمات الصحية تتعلق بصحة الإنسان، وبالتالي بات من اللازم تقديم خدمة صحية خالية من الأخطاء والعيوب وتحقيق الدقة في التشخيص والعلاج، وهذا ما أدى إلى الخصخصة ودخول القطاع الخاص واعتباره شريك استراتيجي فاعل في النهوض بقطاع الصحة وتحقيق التنمية الصحية، وعليه يمكن القول بأن الاهتمام بجودة الخدمة الصحية مردّه إلى تحقيق رضا المستفيد وتلبية حاجاته بطريقة عمل كفؤة وفعّالة وصحيحة خالية من العيوب وهذا ما يضمن تحقيق الجودة في الخدمة المقدمة.

---

[1] – العابد محمد، **معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية: دراسة ميدانية مقارنة لمجموعة من المؤسسات الصحية العمومية**، أطروحة دكتوراه علوم في علوم التسيير: تخصص الاقتصاد التطبيقي في إدارة الأعمال والمالية، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة المدية، 2016-2017، ص: 111.

رابعا: عناصر جودة الخدمات الصحية: تتمثل عناصر جودة الخدمات الصحية فيما يلي[1]:

- **المساواة:** وتعني حصول المستفيدين على نصيب عادل ومتساوي من العناية الطبية وفق احتياجاتهم؛
- **الفاعلية:** وتعني تحقيق الفائدة المرجوة من العناية الطبية، سواء على مستوى المستفيد أو على مستوى المستشفى أو على مستوى المجتمع؛
- **الملاءمة:** وتعني ملاءمة الخدمة للغرض الذي تقدم من أجله من حيث أسلوب وإجراءات ومكان تقديمها، ومدى توافقها مع احتياجات المستفيد وحالته الصحية؛
- **سهولة الحصول عليها:** وتعني أن الخدمات الصحية ينبغي ألا تكون مقيدّة بحدود زمنية أو مكانية معينة؛
- **القبول:** ويعني أن الرعاية الطبية المقدمة في المستشفى، ينبغي أن تحظى بقبول المستفيدين وذويهم ومقدمي الخدمة أنفسهم من أطباء وممرضين وفنيين وأفراد المجتمع بشكل عام؛
- **الكفاءة:** وتعني التوازن في تخصيص الموارد المتاحة بين الخدمات المقدمة والمستفيدين منها، دون أن تطغى خدمة أو مستفيد على الآخرين؛

نستنتج من خلال ما سبق أن هناك مجموعة من العناصر الأساسية التي تقوم عليها جودة الخدمات الصحية وهي غاية في الأهمية، والتي من المفروض أن تكون كل مؤسسة صحية ملتزمة بهذه العناصر وتطبقها في واقع عملها وترسخها في أذهان العاملين، حتى تحظى خدمات المؤسسة بالقبول من طرف المستفيدين وتلبي احتياجاتهم وتحقق رضاهم.

خامسا: أهمية جودة الخدمات الصحية: إن تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية ينتج عنه تحقيق رضا المستفيد وولائه للمؤسسة الصحية[2]، فلا يكفي معاملة المستفيدين بصورة جيدة، ولا يكفي تقديم خدمات ذات جودة وسعر معقول بدون توفر المعاملة الجيدة والفهم الأكبر للمستفيدين وسلوكياتهم[3]، ونظرا لأهمية الخدمة الصحية وما لها من تأثير على حياة البشر، أصبحت عملية تقديم الخدمة الصحية بجودة عالية أمرا

---

[1]- علي سلطان وفاء، **أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين: دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة**، مجلة كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد: 05، العدد: 10، جامعة البصرة، العراق، 2013، ص ص: 85-86.

[2]- الطويل أكرم أحمد وآخرون، **إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة من المستشفيات في محافظة نينوى**، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد: 06، العدد: 19، جامعة تكريت، العراق، 2010، ص: 14.

[3]- زديرة شرف الدين، **دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات المؤسسات الاستشفائية: دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص مناجمنت المؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، 2016-2017، ص ص: 78-79.

مهما وبالغ الأهمية لإدارة المؤسسة الصحية، وذلك للحفاظ على صحة المستفيدين ومعالجة الأخطاء التي تقع فيها هذه الخدمة الصحية اتجاه المستفيدين، لذا فإن الصحة هي أساس عملية التنمية في أي مجتمع من المجتمعات، كما أن الحصول على خدمة صحية بالجودة المطلوبة هو أحد الحقوق الأساسية للإنسان وهو حق للبشر جميعا دون تمييز[1].

وعموما يمكن القول بأن الجودة بالخدمات الصحية لها أهمية في جوانب كثيرة ومن مناحي متعددة، يمكن الإشارة إلى بعضها فيما يلي[2]:

- تساعد المؤسسات الصحية وتمكّنها من التعرف على احتياجات المستفيدين، وعلى رغباتهم وتطلعاتهم في الخدمات الصحية المقدمة، والعمل على إشباع تلك الرغبات والحاجات وتحقيقها مما ينعكس إيجابا على تحسين سمعة المؤسسة الصحية، وبالتالي الإقبال عليها والاعتماد على خدماتها؛
- القدرة في التوصل إلى طريقة مثلى لمعالجة المشاكل، وتخفيف آثارها قبل أن تستفحل ويصعب التعامل معها، من خلال التركيز على المشاكل التي لها تأثير مباشر على مستوى الخدمات وتحد من فاعليتها؛
- تعتبر جودة الخدمات الصحية مؤشرا هاما في قياس مستوى درجة الرضا المحقق لدى المستفيدين؛
- تساعد على التحسين المستمر على كافة مكونات النظام الصحي؛
- تحقق الشمولية في الأداء بالمؤسسات الصحية، إذا كانت عبر إدارة متخصصة وضمن هياكلها التنظيمية؛
- تساعد برامج الجودة العاملين بالمؤسسات الصحية على اختلاف مستوياتهم وتعمل على تنميتهم وتشجيعهم على الابتكار وأداء أعمالهم بالشكل الصحيح، وعلى زيادة إنتاجيتهم وحثهم على تقديم أفضل ما لديهم من مواهب وإمكانيات وقدرات؛
- تقلل من حوادث الأخطاء الطبية ومن خسائر مادية كانت أو معنوية؛
- الالتزام بجودة الخدمات الصحية والتحسين المستمر يؤدي إلى تخفيض إقامة المستفيدين وتقليل التكاليف.

نستنتج من خلال ما سبق بأن لجودة الخدمة الصحية أهمية كبرى وهي غاية في الأهمية، فما يميز الخدمة ويعطيها صبغة متميزة تبقى في ذهن المستفيد، هو أن تكون الخدمة ذات جودة عالية، فالخدمة العادية التي لا

---

[1]- عباس سامي أحمد، **قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية: دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية في مدينة تعز من وجهة نظر المستفيد**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد: 39، جامعة بغداد، العراق، 2014، ص: 266.

[2]- أبوروف عمر آدم علي، **أثر تطبيق مفاهيم الجودة على كفاءة الخدمات الصحية بولاية الخرطوم من خلال خدمات التخلص من النفايات الطبية**، أطروحة دكتوراه، تخصص: فلسفة إدارة الجودة والامتياز، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، 2016، ص ص: 138-139.

تتوفر على معايير الجودة كالجسد بلا روح، وخاصة في قطاع الخدمات الصحية، حيث ينبغي على المؤسسة الصحية ومقدمي الخدمة تقديم خدمة ذات جودة من خلال تحقيق الدقة في التشخيص والعلاج، وعليه يمكن القول بأن تحقيق الجودة في الخدمات الصحية أمر ضروري ومهم، وذلك لخصوصية قطاع الصحة على باقي القطاعات لكونه يهتم بصحة الإنسان، والصحة تتطلب حصول المستفيد على خدمة خالية من الأخطاء والعيوب، لأن الخطأ في الخدمة الصحية قد يسبب خطر على صحة الإنسان ومنه خطر على التنمية.

سادسا: أهداف جودة الخدمات الصحية: إن جودة الخدمات الصحية تؤدي إلى تحقيق عدة أهداف تندرج من الأهم إلى المهم، حسب هدف أساسي على المستوى الشخصي وهو الوقاية من المرض أولا، والشفاء من المرض إذا أصيب الفرد، فإن لم يكن فيتدنى الهدف إلى التخفيف من آلام المرض، وذلك حسب جودة الخدمة المقدمة في كل مؤسسة، وبالتالي فإن جودة الخدمات الصحية تهدف إلى التحسين المستمر على مستويات ووظائف المؤسسات الصحية، وإن تحققت تلك الأهداف فهذا سيعود بثماره على الاقتصاد الوطني[1].

وعموما تتمثل أهداف جودة الخدمة الصحية فيما يلي[2]:

- ضمان الصحة النفسية والبدنية للمستفيدين؛
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد، وزيادة ولائه للمؤسسة الصحية، والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المؤسسة الصحية؛
- تعد معرفة أراء وانطباعات المستفيدين، 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؛
- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيد الهدف الأساسي من تطبيق الجودة؛
- كسب رضا المستفيد، إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي مؤسسة صحية تعمل على تحسين الجودة، وبالتالي الارتقاء بأداء العمل وبالنهاية كسب رضا المستفيد؛

---

[1]- بوالفلفل إبراهيم، لزغد راضية، **دور الرقابة في تقديم الخدمة الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية "الأخطاء الطبية نموذجا"**، مجلة آفاق للعلوم، المجلد: 03، العدد: 01، جامعة الجلفة، 2018، ص: 91.

[2]- ين عيشي عمار، **أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق رضا الزبون (المرضى): دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة "الجزائر"**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، المجلد: 03، العدد: 01، جامعة الجلفة، 2017، ص ص: 12-13.

- تحسين معنويات العاملين، حيث تعمل المؤسسات الصحية على تعزيز الثقة لدى العاملين لديها، وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية، مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم والحصول على أفضل النتائج.

نستنتج من خلال ما سبق بأن الهدف الأساسي لجودة الخدمات الصحية هو توفير الرعاية للمستفيدين وتقديم خدمة خالية من الأخطاء، لأن الخدمة الصحية لا تقبل الأخطاء وتتطلب الدقة في التشخيص والعلاج، ولأجل ذلك تهدف الجودة في الخدمة الصحية إلى تقديم خدمة تكفل الشفاء وتضمن صحة المستفيدين.

المطلب الثاني: أساسيات جودة الخدمات الصحية

سنحاول في هذا المطلب إثراء الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية، من خلال التعمق أكثر في ماهية جودة الخدمات الصحية، وذلك بالتعرض إلى عناصر أخرى لم نذكرها في المطلب السابق.

أولا: أبعاد جودة الخدمات الصحية: يعد "***كرونين***" و"***تايلور***" من أوائل الباحثين الذين وضعوا تصورا لجودة الخدمة من خلال إعداد نموذج لقياس جودة الخدمة هو نموذج ***SERVPERF***[1]، كما قدم كل من (***بيري* و"زيثامل**" و"بارازيرمان**\"***) نموذج ***SERVQUAL*** (اختصار لكلمة "الخدمة والجودة") لقياس جودة الخدمات على وجه الخصوص، فهذا النموذج هو مقياس لكيفية إدراك العملاء لجودة خدمة المؤسسة عند تلقيها[2]، حيث تم تقديم هذا النموذج سنة 1985 كنموذج يتكون من عشرة أبعاد هي: الاعتمادية، الاستجابة، الكفاءة، المجاملة، الاتصال، الفهم، التمكّن، المصداقية، الأمان، والملموسية، ثم تم تطوير هذا النموذج في السنوات الثمانية التالية من قبل الباحثين أنفسهم[3]، وبعد ذلك قاما باختصار العشرة أبعاد في خمسة أبعاد أساسية هي الاعتمادية، الاستجابة، الملموسية، الأمان، والتعاطف.

وأكد مقدم هذا النموذج على أن هذا الأخير لديه نسبة موثوقية 0.92 لقياس جودة الخدمة[4]، وما يؤكد ذلك هو أن هذا النموذج يعد التقنية الرئيسية المستخدمة على نطاق واسع من قبل الباحثين والأكاديميين في

---

[1] - *PATTEN ELENA, **CONCEPTUALIZING SERVICE QUALITY IN MULTICHANNEL FASHION RETAILING** , PhD thesis, Faculty of Marketing, University of Gloucestershire, UK, 2017, P :55.*

*- (**ليونارد بيري 1942**): ولد في سنة 1942، وهو أستاذ جامعي أمريكي في التسويق، حصل على شهادة الدكتوراه من جامعة أريزونا.

(*فالاري زيثامل***): هي أستاذة التسويق في كلية كينان فلاجلر للأعمال بجامعة نورث كارولينا، وتعد خبيرة في مجال تسويق الخدمات.

*** – (***بارازيرمان***): هو أستاذ التسويق وأستاذ ورئيس كرسي جيمس دبليو ماكلامور في التسويق بجامعة ميامي.

[2]- *Handrinos Michael C. and al, **Using the SERVQUAL model to evaluate the quality of services for a farm school store**, Journal of Marketing and Consumer Behaviour in Emerging Markets, Vol: 1, №: 1, 2015, p: 63.*

[3]- *Mohd. Adil and al, **SERVQUAL and SERVPERF: A Review of Measures in Services Marketing Research**, Global Journal of Management and Business Research Marketing, Vol: 13, No: 06, 2013, p:67.*

[4] - *HERMEN JAN VAN REE, **SERVICE QUALITY INDICATORS FOR BUSINESS SUPPORT SERVICES**, PhD thesis, Without mentioning specialization, UNIVERSITY COLLEGE LONDON, 2009, p :46.*

قياس جودة الخدمات أكثر من نموذج***SERVPERF*** [1]، حيث أن أول ما بدأت أبحاث جودة الخدمات كانت في قطاع الخدمات الصحية من خلال إمكانية تطبيق نموذج ***SERVQUAL*** لقياس جودة الخدمات في المؤسسات الصحية[2]، وبالتالي فإن نموذج ***SERVQUAL*** أداة قياسية لقياس جودة الخدمة، موثوقة وصالحة في بيئة المؤسسة الصحية، وفي مجموعة متنوعة من الصناعات الخدمية الأخرى[3]، حيث يعتمد هذا النموذج على قياس الفجوة بين التوقعات والرضا[4]، وعليه تتمثل عناصر نموذج ***SERVQUAL*** فيما يلي:

أ. الاعتمادية: وهي تعبر عن درجة ثقة المستفيد بالمؤسسة الصحية، ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات التي يتوقعها[5]، ويعكس هذا البعد القدرة على إنجاز الخدمة وبدقة مثل ما تم تحديدها، وتقديمها بالشكل الصحيح ومن المرة الأولى[6]، حيث يعد هذا البعد من الأبعاد الخمسة الأكثر ثباتا، ويكون الأكثر أهمية في تحديد إدراكات جودة الخدمة عند العملاء، وذلك لارتباطه بقدرات مقدم الخدمة بشكل دقيق[7]، ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى[8].

ب. الاستجابة: وتتعلق بمدى قدرة ورغبة واستعداد مقدمي الخدمة في أن يكونوا بشكل دائم في خدمة العملاء، وقدرتهم على أداء الخدمة لهم عند احتياجهم لها[9]، وتعني أيضا السرعة والجاهزية في الاستجابة

---

[1]- *Al Bassam Tameem A. A.*, ***A Model for Measuring Service Quality in Internet-Based Services: The Case Study of Internet Banking Services in the Kingdom of Saudi Arabia***, *PhD thesis, Brunel University, Uxbridge, Middlesex, UK, 2013, p:34.*

[2] - *LAPRÉ Frederik Albert Ludwig,* ***SERVICE QUALITY IN NURSING HOMES: A construct, measurement and performance model to increase client focus***, *PhD thesis, Specialized in Business Administration, University of Bradford, 2012, p: 49.*

[3]- *Ramez Wathek S,* ***Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioral Intention: An Empirical Study in Bahrain***, *International Journal of Business and Social Science, Vol: 3 No: 18, 2012, p: 134.*

[4]- *S. Margaret Hyde,* ***UNDERSTANDING DIMENSIONALITY IN HEALTH CARE,*** *PhD thesis, Department of Marketing, Operations and Digital Business in Manchester Metropolitan University Business School, 2014, p:76.*

[5]– زديرة شرف الدين، **دراسة تحليلية لنوعية خدمات الرعاية الصحية باستخدام مؤشرات الجودة من وجهة نظر مقدمي الخدمة بالمستشفى الجامعي ابن باديس "قسنطينة"**، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد: 09، العدد: 02، جامعة بسكرة، 2015، ص: 152.

[6]– بديسي فهيمة، زويوش بلال، **جودة الخدمات الصحية: الخصائص والأبعاد والمؤشرات**، مجلة الاقتصاد والمجتمع، المجلد: 07، العدد: 07، جامعة قسنطينة2، 2011، ص: 147.

[7]– تيقاوي العربي، **مدى إدراك أهمية قياس جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر: دراسة مقارنة بين فئة العاملين وبين المستشفيات**، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد: 11، العدد: 01، جامعة بسكرة، 2018، ص: 261.

[8]– جمعة الطيب، **قياس مؤشرات جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى: دراسة استطلاعية لعينة من مرضى المستشفى الجامعي بمدينة باتنة "الجزائر"**، مجلة رؤى اقتصادية، المجلد: 04، العدد: 07، جامعة الوادي، 2014، ص: 103.

[9]– محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر، **قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين: دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم**، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد: 11، العدد: 04، الجامعة الأردنية، الأردن، 2015، ص: 904.

لاحتياجات المستفيدين مثل: خدمة الإسعاف السريع، وسهولة الحصول على المواعيد ... الخ[1]، أي أن هذا البعد يشير إلى أن جميع المستفيدين بغض النظر عن أصلهم وحالتهم وخلفيتهم، يتلقون الرعاية السريعة من قبل الكادر العامل في المؤسسة الصحية مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم وغير مزعج[2]، ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى[3].

ت. الملموسية: وتسمى أحيانا المحيط المادي، وهي مرتبطة أساسا بالمكونات المادية التابعة للخدمة الصحية، والتي تزيد من رضا المستفيدين وإقبالهم على الخدمات الصحية المقدمة[4]، وتتمثل في القدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال[5]، وغالبا ما يتم تقييم جودة الخدمة من قبل المستفيد في ضوء مظهر التسهيلات المادية مثل: المعدات والأجهزة[6]، وبعد الملموسية في مجال جودة الخدمة الصحية ينبغي أن يتضمن العناصر التالية: مكاتب الأطباء نظيفة، العاملين في المؤسسة الصحية يستخدمون الوسائل أو الآلات القياسية[7]، وينبغي أن تكون التكنولوجيا المستخدمة في تقديم الخدمة حديثة، وأن يعطي التصميم الداخلي جوا مريحا للمستفيد[8]، ويمثل هذا البعد 11% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى[9].

ث. الأمان (التأكيد): ويقصد بها الخصائص التي يتسم بها العاملون من معرفة، قدرة وثقة في تقديم الخدمة، ويمثل هذا البعد (19%) كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى، ومن معايير تقييم جودة الخدمة

---

[1]- الأسدي طارق محمد، الصرن رعد حسن، **العلاقة بين التدريب وأبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق**، مجلة جامعة البعث، المجلد: 39، العدد: 44، سوريا، 2017، ص: 166.

[2]- شارف عبد القادر، رمضاني لعلا، **أثر إدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية "أحمد بن عجيلة" بالأغواط**، مجلة الباحث، المجلد: 17، العدد: 17، جامعة ورقلة، 2017، ص: 438.

[3]- عطية مختار بن سعد، علي امشيري حليمة، **جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الخمس التعليمي من وجهة نظر المستفيدين**، المؤتمر الاقتصادي الأول للاستثمار والتنمية في منطقة الخمس، 25-27 ديسمبر، جامعة المرقب، ليبيا، 2017، ص: 12.

[4]- عياد ليلى، **مقاربة نظرية حول جودة الخدمات الصحية**، مجلة الحقيقة، المجلد: 12، العدد: 27، جامعة أدرار، 2013، ص: 329.

[5]- بوخلوة باديس، قمو سهيلة، **أثر الدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية بمستشفى الأم والطفل بتقرت**، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، المجلد: 03، العدد: 05، جامعة ورقلة، 2016، ص: 08.

[6]- سالمي رشيد، بوسطة عائشة، **أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون**، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، المجلد: 03، العدد: 01، جامعة البليدة2، 2014، ص: 147.

[7]- داوود فضيلة سلمان، البلداوي علاء عبد الكريم، **قياس كفاءة جودة خدمات المراكز الصحية في محافظة كربلاء باستخدام نماذج التحليل التطويقي للبيانات**، مجلة دراسات محاسبية ومالية، المجلد: 07، العدد: 02، جامعة بغداد، العراق، 2012، ص: 176.

[8]- العابد محمد، **تقييم جودة الخدمات الصحية**، مجلة دفاتر اقتصادية، المجلد: 01، العدد: 02، جامعة الجلفة، 2011، ص: 174.

[9]- طهار ناصر، **دور التسويق الاجتماعي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية: دراسة عينة من متلقي الخدمة الصحية بمستشفى الأخوات باج بالشلف**، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، المجلد: 07، العدد: 01، جامعة البليدة2، 2018، ص: 162.

الصحية بموجب هذا البعد: سمعة ومكانة المستشفى العالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء، الصفات الشخصية للعاملين[1]، وعليه يعكس هذا البعد تحلي الموظفين بالمعرفة والقدرة على جعل المستفيد يحس بالثقة والأمان[2]، وخلو الخدمة الصحية من الخطورة والشك[3].

ج. **التعاطف:** يعبر عن مدى إحساس المستفيد بالتعاطف والرعاية من جانب المؤسسة الصحية لهم، وحسن استقبالهم ومدى الاهتمام الشخصي بهم[4]، كما يعكس هذا البعد درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطريقة إنسانية راقية[5]، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى[6]، وعليه فإن هذا البعد يركز على تفهم احتياجات المستفيد ووضع مصالحه في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين، وتقدير ظروفه والتعاطف معه[7].

نستنتج من خلال ما سبق بأن هناك مجموعة من الأبعاد الأساسية التي يعول من خلالها على تحقيق جودة الخدمات الصحية وتحقيق رضا المستفيدين، حيث تعتبر هذه الأبعاد جوهر تحقيق جودة الخدمة الصحية، فهي أبعاد متكاملة فيما بينها على اعتبار أن المؤسسة الصحية لا يمكنها تحقيق جودة الخدمة المقدمة بالاعتماد على بعد واحد فقط دون الأبعاد الأخرى، وما يبرر صحة هذا الكلام نجد بأن بعد الملموسية يقوم على توفير المؤسسة للأجهزة والمعدات المستخدمة في العلاج، فإذا استطاعت المؤسسة أن توفر الأجهزة

---

[1]– مكيد علي، بن عياد فريدة، **واقع اعتماد نظام جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية**، المجلة الجزائرية للاقتصاد والمالية، المجلد: 06، العدد: 06، جامعة المدية، 2016، ص: 16.

[2]– بودية بشير، **أثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى ترابي بوجمعة" بشار"**، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد: 03، العدد: 02، جامعة بشّار، 2017، ص: 171.

[3]– الجريري صالح عمر، **قياس جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية لأراء عينة من الزبائن "المرضى" المتعاملين مع المستشفيات الخاصة في محافظة عدن**، مجلة العلوم الإدارية والاقتصادية، العدد: 04، جامعة عدن، اليمن، 2009، ص: 12.

[4]- حدمر زينب، يحياوي مريم، **جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى في المؤسسة الاستشفائية**، مجلة الإحياء، المجلد: 18، العدد: 01، جامعة باتنة1، 2018، ص: 477.

[5]– زعيتر فاتح، قاسمي كمال، **مساهمة أنظمة الأمن والسلامة المهنية في تحسين جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمة: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية بوزيدي لخضر ببرج بوعريريج**، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد: 05، العدد: 01، جامعة بشّار، 2019، ص: 618.

[6]– مهداوي زينب، بودي عبد القادر، **أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات: دراسة المؤسسة الاستشفائية**، مجلة مجاميع المعرفة، المجلد: 03، العدد: 02، جامعة الوادي، 2017، ص: 240.

[7]– بن حليمة حميدة، **تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالبوني بعنابة**، مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد: 23، العدد: 02، جامعة عنابة، 2017، ص: 160.

والأدوات، فإن هذا سيسهل على الأفراد مقدمي الخدمة أن يؤدوا عملهم بشكل دقيق، وأن يستجيبوا بسرعة إلى حاجات المستفيد ويتعاطفون معهم، ويجعلونهم يشعرون بأنهم بين أياد آمنة يكفلون لهم تقديم العلاج.

ثانيا: مبادئ جودة الخدمات الصحية: تستند الجودة في الخدمات الصحية إلى مبادئ الإدارة التي تركز على تحسين الجودة كقوة محفّزة في كافة المجالات الوظيفية، وعلى كل المستويات في المؤسسات الصحية، وتتمثل هذه المبادئ فيما يلي[1]:

- ✓ المستفيد هو من يعرف الخدمة، ورضا المستفيدين هي الأولوية؛
- ✓ الجودة هي مسؤولية كل الموظفين ضمن كل المستويات في المؤسسات الصحية؛
- ✓ كل وظائف المؤسسات الصحية ينبغي أن تركز على تحسين المستمر للجودة من أجل تحقيق الأهداف؛
- ✓ مشاكل الجودة تحل من خلال التعاون ما بين الموظفين والإدارة؛
- ✓ نجاح المؤسسات الصحية يمكن أن يتحقق من خلال فهم وإرضاء حاجات المستفيد والعمل على تنفيذها؛
- ✓ النتائج الإحصائية مع البيانات الحقيقية تكون أساس مهم في تجاوز المشكلات وتحقيق التحسين المستمر.

نستنتج من خلال ما سبق بأن مبادئ الجودة في الخدمات الصحية تستند إلى مبادئ إدارة الجودة الشاملة، فنرى بأن جودة الخدمات الصحية تعتمد على التحسين المستمر والعمل الجماعي والتركيز على المستفيد وتحقيق رضاه، وهذه كلها تدخل ضمن مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

ثالثا: مستويات جودة الخدمة الصحية: توجد ثلاث مستويات للخدمة الصحية كما يلي[2]:

- **الخدمة العادية:** هي التي تتحقق عندما يتساوى إدراك المستفيد لأداء الخدمة مع التوقعات المسبقة عنها.
- **الخدمة الرديئة:** هي التي تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي للخدمة عن مستويات التوقعات بالنسبة لها.
- **الخدمة المتميزة:** والتي تتحقق عندما يتجاوز الأداء الفعلي للخدمة عن مستويات التوقعات بالنسبة لها.

نستنتج من خلال ما سبق بأن هناك ثلاث مستويات أساسية تقيس مستوى جودة الخدمة المقدمة إلى المستفيد، فقد تكون الخدمة عادية، أي أن ما كان يتوقعه المستفيد حول الخدمة التي سيحصل عليها يساوي

---

[1]- العلواني عديلة، **أثر تطبيق معايير الجودة في تحسين الخدمات الصحية**، مجلة آفاق للعلوم، المجلد: 03، العدد: 04، جامعة الجلفة، 2018، ص: 220.

[2]- فليسي ليندة، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات ودورها في تحقيق الأداء المتميز: دراسة حالة كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير بجامعة امحمد بوقرة بومرداس**، مذكرة الماجستير في العلوم الاقتصادية: تخصص تسيير المؤسسات، جامعة بومرداس، 2011-2012، ص: 44.

الأداء الفعلي لمقدم الخدمة، وهذا سيجعل المستفيد راض عن الخدمة التي قدمت له، وقد تكون الخدمة رديئة، أي مستوى تقديمها كان رديئا، بمعنى أن ما كان يتوقعه المستفيد حول الخدمة التي سيحصل عليها تفوق الأداء الفعلي لمقدم الخدمة، أي أن مقدم الخدمة لم يكن في المستوى وهذا ما يجعل المستفيد مستاء من الخدمة التي قدمت له، أما المستوى الثالث للخدمة وهو المستوى الأرقى وهو مستوى الخدمة المتميزة، فهذا المستوى يتميز بأن توقعات المستفيد حول الخدمة تقل عن الأداء الفعلي لمقدم الخدمة، أي أن مقدم الخدمة أظهر مستويات عالية أثناء تقديمه للخدمة، وهذا ما يجعل المستفيد سعيد من الخدمة التي حصل عليها.

رابعا: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية: هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل هذه العناصر في التالي:

أ. تحليل توقعات المستفيد: إن المؤسسات الصحية بحاجة إلى فهم توقعات المستفيدين عند تصميمهم للخدمة الصحية، إن لم يكن التصميم هنا يفوق التوقع أساسا، لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية في الخدمة المقدمة، والمستفيدين يمكنهم أن يحققوا إدراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين عدد من المستويات المختلفة للجودة، وهي[1]:

- **الجودة المتوقعة:** تمثل تلك الدرجة من الجودة التي يرى المستفيد وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب، إذ يختلف باختلاف خصائص المستفيدين وحالاتهم العلاجية.
- **الجودة المدركة:** تعبر عن إدراك المستفيد لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المؤسسة الصحية.
- **الجودة القياسية:** يقصد بها ذلك المستوى من الخدمة المقدمة، والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساسا للخدمة، والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المؤسسة الصحية.
- **الجودة الفعلية:** هي تلك الدرجة من الجودة والتي اعتادت المؤسسة الصحية تقديمها للمستفيدين.

ب. تحديد جودة الخدمات: عندما تفهم المؤسسات الصحية حاجات المستفيدين، فإنه ينبغي عليها أن تضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة،

[1]- قبة فاطمة، **تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية وعلاقته بجودة الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة البليدة 2، 2014-2015، ص: 91.

وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطا مع أداء العاملين في المؤسسة الصحية، ومستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الصحية[1].

ت. أداء العاملين: عندما تضع إدارة المؤسسة الصحية معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة، ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي، فإنها في المقابل ينبغي أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب، وهذا يرجع إلى مجمل المعارف والمهارات التي ينبغي أن يكتسبها الشخص لكي يكون مؤهلا للعمل والتي تظهر في تصرفاته المهنية[2]، ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المؤسسة الصحية تقييم المستفيدين لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، وأن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، وهنا يكون من الضروري ألاّ تقدم الإدارة وعودا لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب[3].

ث. إدارة توقعات الخدمة: إن إدارة توقعات الخدمة تتم من خلال اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المستشفى والترويج في خارجها، ومن الضروري على إدارة المستشفى ألاّ تقدم وعودا لا تستطيع تحقيقها، نظرا لضخامتها أو عدم تجانسها مع قدراتها في التنفيذ أو الكفاءة اللازمة في اتصالاتها الداخلية لتحقيق ذلك، وهذا سينعكس بالتالي على عدم رضا المستفيد عن الخدمة الصحية المتوقع حصولها[4].

خامسا: متطلبات تحقيق جودة الخدمة الصحية: من أجل الحصول على خدمة صحية ذات جودة، تضمن أدنى درجة من الأخطاء وتلقى القبول لدى المستفيد، يستلزم مجموعة من المتطلبات الضرورية[5]:

---

[1]- ذياب صلاح محمود، **قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين**، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد: 02، العدد: 01، الجامعة الإسلامية، غزّة، فلسطين، 2012، ص: 73.

[2]- دره عمر وآخرون، **تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة**، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد: 24، العدد: 105، جامعة بغداد، العراق، 2018، ص: 360.

[3]- دريدي أحلام، **دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ببسكرة (رزيق يونس)**، مذكرة الماجستير في علوم التسيير، تخصص: الأساليب الكمية في التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، 2013-2014، ص: 29.

[4]- الجزائري صفاء محمد هادي وآخرون، **قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام "البصرة"**، مجلة دراسات إدارية، المجلد: 04، العدد: 07، جامعة البصرة، العراق، 2011، ص ص: 19-20.

[5]- بوخلوة باديس، جعفور إيمان، **أثر ضغوط العمل على جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الأطباء والممرضين: دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية سعد دحلب بمدينة جامعة ولاية الوادي**، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، المجلد: 13، العدد: 01، جامعة ورقلة، 2018، ص ص: 254-255.

- الكفاءة المهنية للأشخاص الذين يقدمون الخدمة التمريضية، أي أن يكون مقدم الخدمة محيطا بالمعرفة والمهارة المتعلقة بحقل تخصصه، وأن تكون جدية الرغبة في إسداد وتقديم الخدمة التمريضية، وأن يتحلى بأعلى مستويات السلوك الأخلاقي، وأن يهتم بتنمية قدراته ومهاراته وصولا إلى تحسين الأداء؛
- الرضا والقبول من جانب المستفيد من الخدمة التمريضية، لأنه بدون ذلك الرضا لن تكون الخدمة التمريضية ذات جودة وفعالية، فقبول المستفيد وذويه للإجراء يمثل الحجر الأساس في الخدمة التمريضية؛
- إن الخدمة التمريضية ينبغي أن تلبي على الأقل أدنى مقاييس ومعايير الجودة التي أقرها المجتمع الدولي من خلال التشريعات والأنظمة والتعليمات، فالمؤسسات الصحية تعمل وفق معايير مستويات الجودة في الخدمة التمريضية وينبغي على مقدمي تلك الخدمات الالتزام بها.

إضافة إلى المتطلبات السابقة هناك متطلبات أخرى، التي تعد أساسية في إدامة جودة الخدمات في المؤسسة الصحية، تتمثل فيما يلي[1]:

- تقييم مؤهلات الطبيب عند التوظيف أو عند الترقية من قبل لجنة مختصة لتقديم مستوى جيد من الخدمة؛
- التركيز على الأساليب الوقائية التي تحسن من جودة الخدمة، مثلا الوقاية من العدوى وانتقال الأمراض؛
- رقابة وتقييم جودة الخدمة الصحية من خلال تدقيقها وفق معايير معينة توضع من قبل الأطباء أنفسهم.

سادسا: قياس جودة الخدمات الصحية: تصنف طرق قياس جودة الخدمات الصحية إلى طريقتين الأولى تقليدية والثانية حديثة كما يلي:

أ. الطريقة التقليدية: تشمل هذه الطريقة ثلاثة أنواع من المقاييس هي[2]:

– المقاييس الهيكلية (قياسات البنية): إن مقاييس الرعاية الصحية مرتبط بالأفراد والتسهيلات المقدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطريقة التي تنظم بها، ولذا فإن أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم والأفراد والتسهيلات المتاحة في المؤسسة الصحية.

– مقاييس الإجراءات: تسمى كذلك مقاييس العمليات، ويدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقديم أو وصول الخدمة الصحية، وهي التي تتسبب في الوصول إلى النتائج (المخرجات).

---

[1]– الزبيدي غني دحام تناي، **تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية: دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد**، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد: 24، العدد: 106، جامعة بغداد، العراق، 2018، ص: 30.

[2]– شبوطي حكيم، خليفة أحلام، **تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات: من طرف متلقي العلاج في بعض مستشفيات ولاية المدية**، مجلة الاقتصاد الصناعي، المجلد: 07، العدد: 01، جامعة باتنة1، 2017، ص ص: 74-75.

– **مقاييس النواتج:** يعكس التغيرات الصافية في الحالة الصحية كناتج للرعاية الصحية، ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي:

- **الحالة الصحية العامة:** والتي يعبر عنها بمجموعة من المقاييس مثل: معدلات الوفيات أو أحد الأمراض كمقياس، ويكمن ذلك في استخدام ملامح تأثير المرض.
- **مؤشرات النواتج لأمراض بالتحديد:** وذلك بما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة، أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة.

ب. الطريقة الحديثة: حسب هذه الطريقة فإن التركيز على الجودة ورقابتها ينبغي أن يوجه ليس فقط في ملامح محددة للمخرجات والعمليات أو الهيكل، ولكن في المؤسسة الصحية ككل[1].

المطلب الثالث: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

سنقوم في هذا المطلب بالتطرق إلى مكانة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، من خلال التطرق إلى ماهية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ومتطلبات تطبيقها، بالإضافة إلى ذكر أهم المعوقات التي تحول دون نجاح هذا المدخل الحديث في المؤسسة الصحية.

أولا: مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: توجد في أدبيات الفكر الإداري عدة تعاريف لإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، نذكر منها ما يلي:

- **التعريف الأول:** تعرف على أنها فلسفة واسعة وعريضة في كيفية جعل مجاميع مختلفة من الأفراد تجتمع معا لإنجاز غرض عام، وتسمح لهم فهم طبيعة وأهمية ما يقدمونه من خدمات، وأن يضعوا طاقاتهم وإمكانياتهم في تحقيق التحسين المستمر[2].
- **التعريف الثاني:** هي فلسفة إدارية ونهج للتحسين المستمر في الأعمال من خلال نموذج إداري جديد[3].
- **التعريف الثالث:** تعرف على أنها الاستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغييرات في الخصائص والصفات التي تمكّن الأفراد جميعهم (المهنيون وهم الأطباء وكوادر التمريض

---

[1]– دبون عبد القادر، **دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية: حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة**، مجلة الباحث، المجلد: 11، العدد: 11، جامعة ورقلة، 2012، ص: 220.

[2]– العنزي سعد علي، **الإدارة الصحية**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص: 238.

[3]- *Poornima M. Charantimath, **Total Quality Management**, second edition, published by Dorling Kindersley, licensees of pearson education, India, 2011, p :59.*

والفنيون والمستفيدين على حد سواء) من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المستفيدين والعملاء الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية[1].

بناء على التعاريف السابقة نقدم التعريف الإجرائي الموالي: هي فلسفة إدارية حديثة تهتم بتحقيق الجودة في كافة النشاطات داخل المؤسسة، حيث أنها تعتمد على ثلاثة أبعاد أساسية هي تحقيق رضا المستفيد والعمل الجماعي والتحسين المستمر، ومن هنا يمكننا القول بأنها تحث العاملين على العمل معا في شكل فريق مهما كانت فئتهم الوظيفية (طبيين، شبه طبيين، إداريين) من أجل تحقيق الجودة في الخدمة الصحية بالشكل الذي يضمن تحقيق رضا المستفيد عن الخدمة المقدمة، والعمل على تحقيق التحسين المستمر.

ثالثا: أسباب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: إن من أهم الأسباب الدافعة لتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، هو قدرتها على تجنيب المؤسسات الصحية التكلفة المترتبة على تقديم الخدمات بجودة متدنية، وقدرتها على تحسين الأداء المالي، وتخفيض تكاليف الرعاية الصحية، وتقليل الأخطاء وتحسين العمليات، إضافة إلى أن الجودة تقوم على تخفيض التكلفة وتحسين رضا المستفيدين، كما أنها تساعد المؤسسات الخاصة على الوقوف أمام المنافسة القوية[2].

كما توجد العديد من الأسباب التي أدت إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، ووفقا لتقرير نشر حول نتائج ورشة عمل، تم فيها تقديم ومناقشة مجموعة من البحوث في المؤتمر الدولي الثالث والعشرون للعلوم الإدارية، أفضى إلى وجود رأيين حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات هما[3]:

أ. رأي المتحمّسين: يرى أصحاب هذا الرأي أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات بما فيها المؤسسات الصحية، يؤدي إلى تحسين الإنتاجية في كميتها ونوعيتها، وتكريس النظرة الإيجابية في المؤسسة تجاه زبائنها.

ب. رأي المتشائمين: يرى أصحاب هذا الرأي أنها تحوي إجراءات طويلة ومملة، والمؤسسات لديها الكثير من العيوب مما لا يحتاج إلى الزيادة، كما أن تركيبة المؤسسات لا تمكنها من التأقلم مع فلسفة إدارة الجودة الشاملة

---

[1]- العلي عبد الستار، **تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص ص: 300-301.

[2]- بودلة يوسف، **تطبيق الإدارة الاستراتيجية للموارد البشرية في ظل متطلبات التسيير وتحديات بيئة وأنشطة المؤسسات العمومية الاستشفائية: دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي بني مسوس –الجزائر–**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2015-2016، ص: 141.

[3]- واله عائشة، **أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون**، مذكرة الماجستير في العلوم التجارية: تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2010-2011، ص: 79.

المبنية على تمكين العاملين والمشاركة في صنع القرارات، وأن التبني الناجح لها يتطلب التعامل مع أهداف واضحة ومحددة ومدعومة بمعايير ذات مصداقية، وهو ما لا نجده في المؤسسات الصحية.

نستنتج من خلال ما سبق بأن عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات عموما ومن بينها المؤسسات الصحية كان لها رأيين، رأي يؤيد هذه الفكرة ويرى بأن تبني المؤسسة لإدارة الجودة الشاملة أمر في غاية الأهمية، ومطلب ضروري لتحسين تنافسية المؤسسة، وتحقيق رضا المستفيدين وحصد حصة سوقية معتبرة، إضافة إلى ذلك هناك رأي آخر لم يرحب بفكرة تبني المؤسسة الصحية لإدارة الجودة الشاملة، كون أن هذا التطبيق سيعرقل عمل المؤسسة، لأنه يتطلب إجراءات وإصلاحات وهذا قد يزيد ربما من مستوى المشاكل التي تعاني منها المؤسسة، ويبقى رأي الباحث في هذا أنه يؤيد الرأي الأول أي رأي المتحمّسين، لأن هذا الرأي مبني على تفكير استراتيجي يدرك أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة، وما ستحققه المؤسسة من نجاحات من جراء تطبيق هذه الفلسفة الحديثة، أما عدم تأييد الباحث للرأي الثاني أي رأي المتشائمين، كون أن هذا يقاوم التغيير، لأن الأعذار التي قدمها أصحاب هذا الرأي وادعوا بأنها لا تسمح للمؤسسة بإمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة، هي عملية مقاومة التغيير، وبالتالي فإن أصحاب هذا الرأي لا يرحبون بالتغيير.

وعموما تتمثل أهم الأسباب الداعية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي فيما يلي[1]:

- زيادة الطلب على الخدمات الصحية الحديثة وبالتالي زيادة الاهتمام بتلبية مطالب وطموحات العملاء؛
- زيادة حدة المنافسة بين المؤسسات الصحية المماثلة وانتشار الممارسات والأخطاء الطبية،
- ارتفاع مستوى الوعي لدى المستفيدين من الخدمات الصحية ومطالبتهم بتحسين الجودة؛
- ضعف التنسيق بين الأقسام وغياب المعايير الصريحة والموضوعية اللازمة للحكم على مستوى الأداء.

نستنتج من خلال ما سبق بأن هناك جملة من الأسباب التي دعت إلى ضرورة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، ومن بين هذه الأسباب وربما يكون أهم سبب هو كون أن الخدمة الصحية متعلقة بصحة الإنسان، والصحة هي أساس تقدم المجتمعات والعمود الفقري لعملية التنمية في البلد، وبالتالي فإن دور إدارة الجودة الشاملة هو تقديم خدمة صحية دقيقة خالية من الأخطاء، وهذا من شأنه التقليل من شكاوى المستفيدين حول مستوى الخدمة المقدمة.

[1]– هبة سيد أحمد علي حسين، **إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية**، أطروحة دكتوراه في فلسفة إدارة الجودة الشاملة، مركز إدارة الجودة الشاملة والامتياز، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2015، ص: 50.

ثالثا: مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: لإدارة الجودة الشاملة جملة من المبادئ التي تكاد أدبيات الفكر الإداري أن تتفق عليها هي:

أ. اعتماد التخطيط الاستراتيجي في المؤسسة الصحية: إن فلسفة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية تجعل التخطيط لها بمثابة القلب النابض لبقائها، فالتخطيط الاستراتيجي يعول عليه كوسيلة لتوحيد أنشطة المؤسسة تجاه مهمة وأهداف واحدة، لذلك فهو يعتبر عملية مهيكلة للتعريف برسالة المؤسسة، رؤية المؤسسة، الأهداف الاستراتيجية، مع تحديد الوسائل الازمة لبلوغ الأهداف، وكذلك فإن تحقيق الأهداف يكون من خلال الإبداع والابتكار، وعدم القبول بالوضع الراهن[1].

ب. دعم الإدارة العليا والتزامها: تعد القرارات المتعلقة بالجودة من القرارات الاستراتيجية، ولذلك يعد دعم الإدارة العليا أهم مبدأ لنجاح إدارة الجودة الشاملة، فإذا كانت الإدارة العليا غير قادرة على إظهار التزامها طويل الأجل بدعم البرنامج، فإنها لن تنجح في تنفيذ إدارة الجودة الشاملة[2].

ت. التحسين المستمر: يعد التحسين المستمر فلسفة تحسين لا تنتهي أبدا[3]، فالمفهوم الأساسي للجودة هو أنه يمكن تحسين كل شيء، وبالتالي لا يوجد شيء اسمه عملية مثالية[4]،حيث إن دعم التحسين المستمر في المؤسسات الصحية يعتبر بمثابة التحدي، وأن هذا التحدي هو المحافظة على الطاقات واستمرارية النشاط في تقديم الخدمة الصحية للمستفيد، كما أن التحسين المستمر يتطلب اكتشاف المشاكل بشكل مستمر وتحديد أسبابها معالجتها، مما يؤدي إلى تحقيق تحسين تدريجي في الخدمات المقدمة للمستفيدين[5]، فالتحسين المستمر هو مسؤولية جميع أفراد المؤسسة كل في مجال عمله من المسؤولين والإدارة العليا[6].

---

[1]- الطائي يوسف حجيم وآخرون، **نظم إدارة الجودة في المؤسسات الإنتاجية والخدمية**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص: 198.

[2]- معالي عباس الشريف عبد الرحمن، **إدارة الجودة الشاملة الموجهة وأثرها على الأداء المؤسسي–الدور المعدل للثقافة التنظيمية: دراسة على عينة من المصانع العاملة بولاية الخرطوم**، أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2018، ص: 53.

[3]- *Nicoleta Isac, **PRINCIPLES OF TQM IN AUTOMOTIVE INDUSTRY**, Romanian Economic and Business Review, Vol: 5, №: 4, Without mentioning the year of publication, p :188.*

[4]- *Alotaibi Munif N., **Exploring the Implementation of Total Quality Management in Saudi Arabia**, PhD thesis, University of Hull, Without mentioning the year of publication, p: 47.*

[5]- الطويل أكرم أحمد، العبيدي محمد ثائر، **إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: دراسة استطلاعية لآراء المدراء في مستشفى ابن الأثير التعليمي في الموصل**، مجلة تنمية الرافدين، المجلد: 32، العدد: 100، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل، العراق، 2010، ص: 240.

[6]- مباني محمد، **سبل دعم تنافسية المؤسسات الصغيرة والمتوسطة: دراسة حالة الجزائر**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية: تخصص التحليل الاقتصادي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر3، 2016-2017، ص: 184.

ث. التركيز على العميل الداخلي والخارجي: قام "**جوزيف *جوران****" بتصنيف العملاء إلى نوعين: عميل داخلي يتمثل في العاملين في مختلف الأقسام داخل المؤسسة، وعميل خارجي مثل المستفيد[1]، حيث يعد التركيز على العميل الداخلي والخارجي المبدأ الأول من مبادئ إدارة الجودة الشاملة، كما يعد الفكرة الرئيسية التي كانت وراء تطبيق مراقبة الجودة[2]، وعليه تسعى المؤسسة الصحية إلى إرضاء المستفيد من الخدمة الصحية، وضرورة الاتصال معه في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقييم[3].

ج. فرق العمل: إن تشكيل فرق العمل في المؤسسة يعتمد على وجود عدد من العاملين الذين تتوافر لديهم الرغبة في العمل الجماعي، والاستعداد لبذل جهود لتحسين الجودة في المؤسسة الصحية، والتعرف على المشكلات والتعاون في إيجاد الحلول المناسبة لها، وتحديد الأولويات الخاصة بتحسين جودة الخدمة المقدمة[4]، فالعمل الجماعي والمشاركة عنصران أساسيان في برنامج تنفيذ إدارة الجودة الشاملة، وهذا يتطلب التعاون بين جميع الإدارات والمراكز ذات الصلة[5]، حيث أن كافة جهود إدارة الجودة الشاملة لا يمكن تحقيقها إلا من خلال العمل الجماعي[6]، وذلك لأن تطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة يعتمد أساسا على فرق العمل[7].

ح. تمكين العاملين: تقوم فلسفة إدارة الجودة الشاملة على ثقافة العمل الجماعي وعلى أسلوب تمكين العاملين وتشاركهم الأراء فيما بينهم[8]، حيث يعد تمكين العاملين بمثابة استراتيجية رئيسية لتهيئة بيئة عمل إيجابية في

---

*- (**جوزيف جوران**:**24 ديسمبر 1904–28 فبراير 2008**): هو أحد رواد القرن العشرين في الإدارة، كما يعد أبرز المروجين لنظام إدارة الجودة الشاملة، حاصل على شهادة الدكتوراه من جامعة مينيوستا وعمل أستاذا بجامعة نيويورك.

[1]- *Khairul Anuar Mohd Ali, Alolayyan Main Naser,* ***The impact of total quality management (TQM) on the hospital's performance: an empirical research,*** *Int. J. Services and Operations Management, Vol: 15, No: 4, 2013, p: 486.*

[2]- *Radoica Luburić,* ***Quality Management Principles and Benefits of their Implementation in Central Banks****, Journal of Central Banking Theory and Practice, Vol: 4, No: 3, 2015, p: 97.*

[3]- خيوكة زياد مصطفى حامد عبد الله، **مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة لإصلاح واقع القطاع الصحي في العراق: دراسة حالة في مستشفى دار التمريض الخاص: دائرة مدينة الطب في بغداد**، مجلة دنانير، المجلد: 01، العدد: 05، الجامعة العراقية، 2014.ص: 265.

[4]- سلطاني وفاء، **تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها: دراسة ميدانية بولاية باتنة**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة1، 2015-2016، ص: 113.

[5]- *Talib Faisal and al,* ***Total Quality Management Implementation in the Healthcare Industry: A Proposed Framework,*** *2nd International Conference on Production and Industrial Engineering CPIE-2010, India, p : 1365.*

[6]- معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فطيمة، **التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية**، الملتقى الدولي حول: الإبداع والتغيير التنظيمي في المؤسسات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية، يومي 18 و19 ماي 2011، جامعة سعد دحلب بالبليدة، ص: 19.

[7]- عرفة سيد سالم، **اتجاهات حديثة في إدارة التغير**، دون طبعة، دون ذكر دار النشر والتوزيع، دون ذكر بلد النشر، ص: 193.

[8]- *Nawaz Khurram,* ***Factors Affecting Implementation of Quality Excellence Framework at a Senior Management Level in the Context of Dubai,*** *PhD thesis, University of Salford, Manchester, 2016, p: 64.*

المؤسسات[1]، حيث أن أهداف المؤسسة تتحقق من خلال الآخرين، وعليه فإنه من الضروري وكمتطلب أساسي من متطلبات إدارة الجودة الشاملة تعظيم مشاركة جميع العاملين داخل المؤسسة ضمن الفريق الواحد[2]، حيث يعد إشراك العاملين في اتخاذ القرارات أمر هام، على أساس أن العامل هو الذي يقدر الجودة، وهذا يتطلب من الإدارة العليا تصميم برنامج تدريبي وتأهيلي للأفراد على تطبيق نظام الجودة الشاملة، ونظام حوافز مناسب لتنمية روح الانتماء لديهم والتشجيع على العمل ضمن فريق واحد[3]، ولكن هذا كله يكون من خلال تمتع الرؤساء بثقافة تمكين تؤكد على مشاركة العاملين في اتخاذ القرارات وحل المشكلات[4].

خ. تدريب وتعليم العاملين: إن الهدف الرئيسي من أي برنامج تدريبي هو تزويد العاملين بالمعرفة والمهارة والمعلومات المتعلقة بعملهم من أجل تحسين أدائهم[5]، حيث يتعلق هذا المبدأ بتوضيح أنشطة التدريب الموجهة للعاملين ذوي العلاقة بالجودة، والخطط المستقبلية للتدريب والتعليم في مسائل الجودة[6]، حيث يعد التدريب عنصرا حاسما لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، لأن إدارة الجودة الشاملة تهدف إلى إحداث تغييرات فكرية وسلوكية في المؤسسة، ولن تحدث هذه التغييرات إلا بنخبة من الأفراد ذوي المهارات والقدرات العالية[7]، فمن الضروري وضع برامج تدريبية هدفها تعليم العاملين وتمكنهم من فهم فلسفات إدارة الجودة الشاملة[8]، فالتدريب يجعل

---

[1]- *Nursalam Nursalam and al,* ***Development of an empowerment model for burnout syndrome and quality of nursing work life in Indonesia,*** *International Journal of Nursing Sciences, Without mentioning the number, 2018, p : 1.*

[2]– شاكر أحمد، **مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات الصحية في المستشفيات: دراسة استطلاعية في مستشفى الكندي دائرة صحة بغداد الرصافة**، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد: 24، العدد: 108، جامعة بغداد، العراق، 2018، ص: 244.

[3]– بودية بشير، **أثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى ترابي بوجمعة "بشار"**، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد: 03، العدد: 02، جامعة بشّار، 2017، ص: 169.

[4]- *Cooke Gillian,* ***A Methodology to Link Strategic Quality Requirements to Operational Activities in Manufacturing****, PhD thesis, Without mentioning specialization, Coventry University,* ***2010,*** *p: 49.*

[5] - *Mohamed Adel Mohamed Samy Mohsen,* ***THE INTRODUCTION OF A TOTAL QUALITY MANAGEMENT CULTURE IN HOTELS,*** *PhD thesis, Cardiff School of Management, University of Wales Institute, Cardiff, UK, 2009, p: 3.26.*

[6]– باشيوة لحسن عبد الله وآخرون، **التميز المؤسسي: مدخل الجودة وأفضل الممارسات مبادئ وتطبيقات**، الطبعة الأولى، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص: 88.

[7]– مرزوقي رفيق، بودرامة مصطفى، **أثر تدريب الموارد البشرية على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الجزائرية: دراسة ميدانية لبعض المؤسسات الصناعية بولاية سطيف**، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد: 09، العدد: 26، جامعة الجلفة، 2015، ص: 334.

[8]- *Alqasimi Ibrahim,* ***Can Total Quality Management Improve the Quality of Care in Saudi Arabian Hospitals? A Patient and Service Provider Perspective****, PhD thesis, School of Nursing, Midwifery, Social Work and Social Sciences, University of Salford, Manchester, United Kingdom, 2017, p :35.*

العاملين ملتزمين بإرضاء الزبائن وتقديم جودة أفضل[1]، فإذا كان على العاملين تحديد مشاكل الجودة وتصحيحها، فهم بحاجة إلى التدريب المناسب[2].

د. الوقاية بدلا من التفتيش: تنطلق فلسفة إدارة الجودة الشاملة من مبدأ أن الجودة عبارة عن ثمرة العملية الوقائية وليست العملية التفتيشية، فحسب الإدارة التقليدية نجد مراقبة الجودة على مستوى الخدمات والسلع يكون بعد عملية التصنيع، هذه الطريقة التقليدية تستنزف الكثير من الطاقات البشرية والموارد المالية من أجل الكشف عن 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، وتصحيح الانحرافات، وكذلك يحث العاملين على تطوير فكرة الوقاية أثناء ممارستهم لأعمالهم اليومية[3].

ذ. المقارنة المرجعية: هي عملية مستمرة لتحديد وفهم أفضل الممارسات والعمليات التي ستؤدي إلى الأداء المتفوق[4]، وذلك من خلال مقارنة أداء المؤسسة مع أداء المؤسسات المتميزة التي تشتغل في نفس القطاع بهدف تحسين أداء المؤسسة[5]، وبهدف إيجاد أفضل الممارسات لتلبية احتياجات وتوقعات المستفيدين[6].

ر. اتخاذ القرارات بناء على الحقائق: تعد عملية اتخاذ القرارات في المؤسسة عملية مستمرة يمتد تأثيرها إلى أبعد بكثير من الموقع الذي يتم اتخاذ القرار فيه، وهذا يتطلب مشاركة فعالة وواسعة من الأفراد داخل المؤسسة، حيث إن ذلك كفيل بتوفير معلومات شاملة وكافية وحديثة تساعد في اتخاذ قرارات صائبة وسليمة[7].

---

[1]- *Abdelsalam M Abdelhafid Saad,* ***AN INVESTIGATION INTO THE IMPLEMENTATION OF TOTAL QUALITY ENVIRONMENTAL MANAGEMENT (TQEM) FOR SUSTAINABILITY IN LIBYAN FOOD INDUSTRY,*** *PhD thesis, Without mentioning specialization, Nottingham Trent University, 2016, p: 39.*

[2]- *O.M.HAJA MOHIDEEN, J.VIJAYAVEL,* ***PRINCIPLES OF TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TQM) GOVERNING AUTOMOTIVE INDUSTRIES WITH REFERENCE TO SKILL ENHANCEMENT AND CAPACITY ADDITION****, International Journal of Pharmaceutical Sciences and Business Management, Vol: 2, Issue: 9, 2014, p: 40.*

[3]- أنساعد رضوان، **أثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة للمؤسسات الصحية**، مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال، المجلد: 01، العدد: 01، جامعة الشلف، 2015، ص: 58.

[4]- *Oakland John S.,* ***Total Quality Management and Operational Excellence: Text with cases****, Fourth edition, British Library Cataloguing in Publication Data, United Kingdom, 2014, p: 178.*

[5]- رضوان محمود عبد الفتاح، **إدارة الجودة الشاملة: فكر وفلسفة قبل أن يكون تطبيق**، الطبعة الأولى، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، 2012، ص: 26.

[6]- *Ettorchi-Tardy Amina and al,* ***Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé,*** *Hegel Vol : 1, № :2, 2011, p : 27.*

[7]- كافي مصطفى يوسف، **إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات**، الطبعة الأولى، دار الابتكار للنشر والتوزيع، عمان، 2017، ص: 215.

ز. التغذية العكسية: إن إقامة حلقة مغلقة وقوية من التغذية العكسية يمثل عنصرا مهما وحيويا في أي عملية لضمان الجودة، وذلك لأن التغذية العكسية تتيح لمبادئ إدارة الجودة الشاملة السابقة الذكر إمكانية تحقيق النتائج المطلوبة منها[1].

نستنتج من خلال ما سبق بأن لإدارة الجودة الشاملة مجموعة من المبادئ الأساسية، التي يمكن اعتبارها النواة الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، فوجود إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة يعني أن المؤسسة تطبق هذه المبادئ السالفة الذكر، وتتخذها كمرجع لنجاحها وبقائها في عالم الأعمال، ويرى الباحث بأن أهم مبدأ من المبادئ التي تم ذكرها هو دعم والتزام الإدارة العليا، حيث يعزو نجاح باقي المبادئ في المؤسسة على الدعم والاهتمام الذي يركز عليه هذا المبدأ، فلا يمكن أن ينجح تمكين العاملين بدون أن تلتزم الإدارة العليا بإشراك المرؤوسين في اتخاذ القرارات، ولا يمكن أن ينجح التدريب بدون اهتمام الإدارة العليا وتركيزها على تطوير معارف ومهارات العاملين لديها، ولا يمكن لفرق العمل أن تنجح دون أن تجد تشجيع من الإدارة العليا، وعليه يمكن القول بأن مبادئ إدارة الجودة الشاملة لها أهمية بالغة في تحسين تنافسية المؤسسة، خاصة وأن هذه المبادئ هي ناتجة عن ثمرة الاهتمام التي تكرسه الإدارة العليا في المؤسسة.

رابعا: أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: تتمثل أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية فيما يلي[2]:

أ. تبسيط الإجراءات: يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، وقد تمكن مستشفى جامعة " ***ميشيغان*** " بالولايات المتحدة الأمريكية من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته 500.000 دولار أمريكي سنويا، وهذا نتيجة لتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المستفيد قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه.

ب. تحسين الإجراءات: تهدف فلسفة إدارة الجودة الشاملة إلى السعي المستمر للبحث عن فرص التحسين واغتنامها، وقد تمكن مستشفى "***وست باسن فيري***" من تخفيض معدل العمليات القيصرية بنسبة 22% من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من 10% باستخدام أسلوب المقارنة المرجعية

---

[1]- سرحان فتحي، **إدارة الجودة الشاملة: الاتجاهات العالمية الإدارية الحديثة**، الطبعة الأولى، مكتبة الشريف ماس للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2012، ص: 57.

[2]- الهلة محمد، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر: دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير تخصص: اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة ورقلة، 2016-2017، ص ص: 78-79.

"*Benchmarking*"، وأيضا تمكن مستشفى "جامعة ***ميشيغان*** " من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة 30% نتيجة لتحسين جدولة استعمالها.

ت. كفاءة التشغيل: تعتبر من أهم المزايا التي تحققها تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة، وذلك نتيجة للتقليل من الهدر في أداء العمليات، والرفع من مستوى كفاءة ومهارة العاملين، فقد تمكن مستشفى "**سنترال دوبيج**" في ولاية إلينوى الأمريكية من توفير 73000 دولار أمريكي سنويا، وذلك بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل.

ث. القضاء على اختلافات الممارسات الاكلينيكية (العيادية): يعد اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم من أهم المشكلات التي تواجه المؤسسات الصحية، وهذا ما ينعكس على مستوى الجودة والكفاءة، حيث يساهم تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسات الاكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية.

ج. الحد من تكرار العمليات: يتم ذلك من خلال تحديد أفضل الطرق على مستوى كل من: الجودة، الكفاءة، الإنتاجية، رضا المستفيد، وفي دراسة أجريت في المستشفى "***هنري فورد****" بولاية "***ميشيغان***" الأمريكية، وجد أن 25% من مسحات عنق الرحم تتم إعادتها لأن حجم العينة غير مناسب لإجراء التحليل، حيث أن ذلك يزعج المريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج، وقد قلل المستشفى من مشكلة التكرار بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقا متباينة لإجراء مسحة عنق الرحم.

خامسا: متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: هناك جملة من المتطلبات التي تضمن نجاح فلسفة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ما يلي[1]:

- ✓ أن تقتنع الإدارة العليا في المؤسسات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة؛
- ✓ ينبغي أن تتوقع الإدارة في المؤسسة الصحية بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا النظام، وهذا راجع إلى فعالية عملية التخطيط في المؤسسة؛
- ✓ ترتفع تكاليف تطبيق إدارة الجودة الشاملة في البداية، ثم تبدأ بالانخفاض حتى تستقر عند حجم معين؛

---

*- (**مستشفى "هنري فورد"**): هو أحد مستشفيات الولايات المتحدة الأمريكية، يعد مجمعا للتعليم والأبحاث في الطرف الغربي لمنطقة نيو سنتر في ديترويت بولاية ميشيغان.

[1]- الرب سيد محمد جاد، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات الصحية**، دون طبعة، مطبعة العشري بالإسماعيلية، مصر، 2008، ص ص: 340-341.

- ✓ يتطلب تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة تغييرا في السياسات التنظيمية المنتهجة في المؤسسة الصحية؛
- ✓ إن نظام الجودة الشاملة ليس نظاما بديلا للنظم السائدة، بقدر ما هو أداة للبحث عن الأداء المتميز؛
- ✓ لنجاح تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة تحتاج المؤسسة الصحية إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:
  - الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المؤسسة؛
  - نظام فعّال للعلاقات الإنسانية الذي يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم الجودة؛
  - نظم فعّالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية.

سادسا: معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: من أبرز معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ما يلي[1]:

أ. المعوقات التنظيمية: تتميز المؤسسات الصحية بوجود خطين واضحين للسلطة أحدهما إداري والآخر طبي، وينتج عن ذلك وجود حاجز بين الجانب الطبي والإداري، الشيء الذي يؤدي إلى التقليل من نجاح عملية التحسين، ويحصرها في بعض جوانب النشاط دون غيرها.

ب. المعوقات الشخصية والاجتماعية: إن من طبيعة النفس البشرية عدم تقبل أي تغيير بسهولة، إذ أن بعض القيادات الإدارية تعارض أي تغيير جديد، وتتمسك بالتعليمات بالقوانين والتعليمات الإدارية المطبقة في المؤسسة، لذلك فعندما يحدث انتقال كبير في النظام الإداري القديم إلى نظام وثقافة الجودة، فإنه لا يتم قبول ذلك بسهولة، حيث أن إدارة الجودة الشاملة تتطلب التغيير في جوانب كثيرة منها: تعديل في الهيكل التنظيمي، تغيير طريقة الاتصال وشخصية العاملين ... الخ، وإن رد الفعل السلبي للمدراء والمشرفين والعاملين نحو تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة يمكن أن يرجع إل سببين هما:

- ✓ الخوف من التغيير، البعض يظن أنه ليس هناك ضرورة للتغيير طالما هم راضون على الوضع الحالي؛
- ✓ يرى البعض أن إدارة الجودة الشاملة يمكن أن تؤدي إلى الحد من صلاحياتهم والتأثير على مسؤولياتهم.

نستنتج من خلال ما سبق بأن هناك بعض المعوقات التي تحد من نجاح عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، وقد نجد من بين هذه المعوقات ولعلّها أهم عائق وحاجز يعارض عملية تطبيق هذه

---

[1]- العابد محمد، **أثر تفعيل منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة**، مذكرة الماجستير في علوم التسيير: تخصص الاقتصاد التطبيقي في إدارة الأعمال والمالية، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة المدية، 2010-2011، ص ص: 138-139.

الفلسفة الحديثة هو عدم الترحيب بالتغيير، وهذا يرجع إلى طبيعة شخصيات القادة في المؤسسة الذي يمارسون رقابة متشددة على العاملين ولا يشاركونهم في اتخاذ القرارات، ويرون العاملين بأنهم سوى منفذين فقط لا أكثر ولا يشجعونهم على العمل في فريق واحد، وعليه يمكن القول بأن عملية مقاومة التغيير قد تكون هي أكبر سبب في عدم نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

المبحث الثالث: تأثير تمكين العاملين في تحقيق جودة الخدمات الصحية

سنحاول في هذا المطلب إلى توضيح العلاقة القائمة بين تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية، وإبراز مدى دور العامل المكّن في تلبية احتياجات المستفيد من الخدمة الصحية بأعلى درجات الجودة والإتقان.

المطلب الأول: واقع ثقافة تمكين العاملين في قطاع الخدمات

إن تمكين العاملين من الممكن تطبيقه في كافة المؤسسات في كافة القطاعات دون استثناء، ولكن تطبيقه في قطاع الخدمات يكون له صبغة خاصة، على اعتبار أن العامل يتعامل مباشرة مع المستفيد من الخدمة، ويكونان على احتكاك مستمر ومباشر، فإذا كان العامل ممكّن فإن هذا سينتج عنه التلبية السريعة لمطالب المستفيدين، ومنه تحقيق الجودة في الخدمة المقدمة.

يعد التمكين أحد أهم الممارسات التي تحقق الرضا الوظيفي للعاملين، ومنه تحقيق رضا المستفيدين من الخدمات وتزويدهم بأفضل خدمة، فالتمكين يظهر من خلال منح العاملين المزيد من الحرية والسيطرة على المواقف والقرارات المتعلقة بالوظيفة، فالتمكين يجعل العاملين بأن يكونوا أكثر مرونة ومسؤولية فيما يتعلق بمطالب المستفيدين المختلفة، فعندما نتحدث عن التمكين في قطاع الخدمات فإننا نقصد تمكين العاملين الذي يعملون وجها لوجه مع المستفيدين، أي الذين يكونون على احتكاك مباشر مع المستفيدين، فتمكين هذا النوع من العاملين يلعب دورا حاسما في المؤسسات الخدمية، لأنهم يقدمون خدمات وإجابات عالية الجودة لاستفسارات المستفيدين على الفور بدلا من انتظار نصيحة رؤسائهم[1]، وإدراكا للدور الحاسم لهؤلاء العاملين في قطاع الخدمات، تضع العديد من مؤسسات الخدمة استراتيجيات للتمكين لتزويدهم بالاستجابة والمرونة الكافيين لتلبية الاحتياجات المختلفة للمستفيدين[2]، فالتمكين يمنح العامل الحق في تحديد ما يجب القيام به

[1]- *Shedid Maha,* ***Employee Empowerment and Customer Satisfaction: An investigation from a UAE Banking-sector perspective,*** *PhD thesis, Robert Gordon University, 2019, p: 52.*

[2]- *AZZARINA ZAKARIA,* ***Empowerment among Managers in Malaysian Banking: The Role of Leadership Behaviour and Motivation,*** *PhD thesis, Faculty of Humanities, MANCHESTER* ***BUSINESS SCHOOL,*** *University of Manchester P: 108.*

لخدمة المستفيدين[1]، كذلك فإن التمكين شرط أساسي لتحقيق جودة الخدمة، فلا يمكن لأي عامل أن يفعل ما عليه فعله على الفور إلا إذا كان ممكّن ولديه استقلالية وحرية في اتخاذ القرارات دون الرجوع إلى الرئيس[2]، كذلك نجد بأن التمكين في قطاع الخدمات يشجع العاملين على تحمل مسؤولية طريقة تقديم الخدمة ويجعلهم يبذلون قصارى جهدهم من أجل تحسين جودة الخدمة، وأن يكونوا أكثر إبداعا في استجابتهم لمتطلبات المستفيدين[3]، كما يجعلهم أكثر ثقة أثناء التعامل مع المستفيدين كونهم مرتاحون نفسيا لأنهم يمتلكون الاستقلالية والحرية في التصرف[4]، وما يساهم في توضيح أهمية التمكين بشكل أكبر في قطاع الخدمات أن نرى بأن التمكين يعطي الفرد مزيدا من المسؤولية المناسبة للقيام بما هو مسؤول عنه (أي إعطاء الإنسان الأقرب للمشكلة مسؤولية كاملة وحرية للتصرف في المشكلة، لأنه أقرب الناس للمشكلة وأكثرهم احتكاكا وتأثيرا بمشكلته)، وكمثال على ذلك، موظف البنك الذي يحتك بشكل مباشر مع الزبائن، فهو أقرب من مديره لمشكلة الزبائن والأقدر على فهم ما يريده الزبون[5]، وبالتالي فإن المستفيد يرى صورة المؤسسة ويقيم أدائها في جودة أداء مقدم الخدمة، فإذا كان مقدم الخدمة ممكّن فإن هذا سينعكس على أدائه للخدمة، ومنه تحقيق رضا المستفيد عن خدمات المؤسسة[6].

إن التمكين في قطاع الخدمات يستهدف العاملين في الخطوط الأمامية لأنهم يتعاملون بصفة مباشرة مع المستفيدين، وهذا ما يعطيهم دافع لأخذ زمام المبادرة وحل المشكلات الفورية التي يواجهها المستفيد[7]، وبالتالي فإن فرصة الوصول لمرحلة الشعور بالتمكين تجد لها مجالا أكبر للتحقق في قطاع الخدمات، حيث يكون العاملون على احتكاك مباشر مع المستفيدين، حيث يصعب الفصل بين الخدمة ومن يقدمها، إذ يتصرف

---

[1] - *Lai Jackson,* ***Employee Empowerment in International Tourist Hotels in Taiwan: A Cultural Perspective****, PhD thesis, Sheffield Hallam University, 2009, p: 16.*

[2]- *Leslie Tickner,* ***Empowerment and performance in local government: the impact of empowerment strategies on service improvement****, PhD thesis, Northumbria University, 2009, p: 62.*

[3]- *Altamimi Faisal A.,* ***Total Quality Management Applications in the Saudi University Information Centres****, PhD thesis, Information School, The University of Sheffield, 2013, p:310.*

[4]- *Al-Sabi Samer M.,* ***The Effect of Empowerment on the Service Recovery Performance of Front Office Agents in Five Star Hotels in Jordan****, PhD thesis, School of Hospitality and Tourism Management, University of Surrey, 2011, p:170.*

[5]– مكيد علي، يحياوي فاطمة، **أثر استراتيجية التمكين في تنمية السلوك الإبداعي لرأس المال الفكري: دراسة حالة مؤسسة صيدال فرع أنتيبيوتيكال بالمدية**، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، المجلد: 09، العدد: 14، جامعة المسيلة، 2015، ص: 187.

[6]- *Albadry Omaima Munawar,* ***Strategic Management and its impact on university's Service Quality: The role of Organisational Commitment****, PhD thesis, Faculty of Business Plymouth Graduate School of Management, University of Plymouth, 2016, p: 78.*

[7]- *Tzu- Hui Clara Wang,* ***Organisational Citizenship Behaviour: Exploring enablers within organisational culture from an employment perspective,*** *PhD thesis, Department of Human Resource Management, University of Strathclyde, 2015, p: 141.*

الموظف بكل حرية واختيار، ويمارس قدرا كبيرا من الخيال والإبداع، ويبدوا كأنه صاحب المؤسسة وليس مجرد موظف، وعليه فإن التمكين في قطاع الخدمات يساهم في جعل المؤسسة أكثر قربا من المستفيدين وأكثر مسؤولية في حل مشاكلهم، فتمكين العامل هو وسيلة أساسية للتأثير في مواقفه وسلوكياته، وبالتالي التأثير في مستوى الخدمة المقدمة للمستفيد، وعليه فإذا كان العامل يتمتع بقدر أكبر من الاستقلالية وحرية التصرف والدافعية والانتماء للعمل، فإن ذلك سينعكس في تعامله مع الآخرين، وينجم عن ذلك تقديم خدمات بجودة مماثلة لما يتمتع به من نوعية في حياته الوظيفية، وكون الخدمات أوجه نشاط غير ملموسة فإنها تعتمد على الطاقات البشرية بشكل أكبر من السلع الصناعية، حيث تتميز الخدمات بأنها غير ملموسة وغير قابلة للتخزين وغير متجانسة، وكل هذه الخصائص تجعل العنصر البشري والعامل المحتّك بالزبائن على درجة كبيرة من الأهمية من خلال مرونته وتمكّنه واستجابته للتباين والتغير في رغبات الزبائن واحتياجاتهم، وهنا يأتي دور الإدارة التي تحرص على تقديم خدمات ذات جودة عالية من خلال الموظف المحتّك بالزبائن، وذلك بإنشاء المناخ المناسب الذي يمكّنه من ممارسة دوره في خدمة الزبائن بكل كفاءة واقتدار، حيث أن أداء العنصر البشري في مجال الخدمات يمثل جزءا هاما من المنتج الكلي الذي يشتريه الزبون، وأحد الوسائل الرئيسية التي تستخدمها المؤسسة لتحقيق التميز، هذا كله ساهم في تركيز المؤسسات على رأس المال البشري أكثر من التركيز على رأس المال التقليدي، ما أدى إلى بروز مفهوم إداري حديث يهتم بالموارد البشرية داخل المؤسسة هو التمكين[1].

ولكون الخدمات غير ملموسة وغير قابلة للتصميم النمطي والدقيق كالمنتجات الملموسة، فإن المؤسسات الخدمية هي أكثر حاجة لممارسة التمكين منها في المؤسسات الإنتاجية، حيث أن الموظف الذي يتمتع بالحرية في التصرف، تكون لديه القدرة على الإبداع والمشاركة في اتخاذ القرار في الأوقات الصعبة[2].

[1]- كواشي مراد، بلحاج طارق، **تمكين العاملين وأثره في تحسين جودة الخدمات: دراسة ميدانية بمؤسسة اتصالات الجزائر**، مجلة البحوث والدراسات العلمية، المجلد: 09، العدد: 01، جامعة المدية، 2015، ص ص: 6-7.

[2]- زروخي فيروز، أنساعد رضوان، **التمكين الإداري كمدخل لتحسين جودة الخدمة: دراسة حالة مؤسسة اتصالات الجزائر بالشلف**، مجلة المؤسسة، المجلد: 07، العدد: 01، جامعة الجزائر3، 2018، ص: 186.

المطلب الثاني: مستويات تمكين العاملين في قطاع الخدمات

هناك مستويات مختلفة لتمكين العاملين في المؤسسات الخدمية تستلزم خدمات مختلفة، حيث توجد ثلاث مستويات أساسية لتمكين العاملين في قطاع الخدمات هي[1]:

- **مستوى التمكين أقل:** في صناعة الخدمة مثلا نجد خدمة مطاعم الوجبات السريعة هي نوع لحالة تمكين ولكن بمستوى بمنخفض، لأن هذا النوع من الأعمال يتميز بمستوى أقل في مراعاة احتياجات الزبائن حسب الطلب وكثافة في العمالة، لذلك نجد نمطية عالية لخدمة الزبائن وعدم اتصال كبير مع الزبائن.
- **مستوى متوسط للتمكين:** هناك نوعين من الخدمات تقع بين الخدمات الاحترافية والصناعة الخدمية، تتمثل في الخدمات النمطية المعيارية والخدمات التكنولوجية، فالأولى هي خدمات بدرجة متوسطة، حيث أن احتياجات العملاء تكون تنبئية، وبالتالي فالتعامل بين مقدمي الخدمة والزبائن يكون متوسطا، أما الثانية تتضمن مثلا خدمات هندسة وخدمات صيانة أخرى، فهذا النوع من الخدمات يدور غالبا حول التكنولوجيا، أين تقدم الخدمة الكترونيا وتواصل وتفاعل أقل بين عمال الخط الأمامي والزبائن، ويمكن للزبون هنا أن يحتاج إلى نصح أو استشارة حول أفضل خدمات لهم، وبالتالي فهو يحتاج إلى خدمات حسب الطلب، حيث يمكن أن يكون طلب الزبون هنا صعب التنبؤ، وعليه فإن عمال الخط الأمامي يحتاجون أكثر من غيرهم إلى طرق بديلة وحرية أكثر لتنفيذ مهامهم وتقديم الخدمة المطلوبة.
- **مستوى تمكين عال:** تتميز الخدمات الاحترافية بمستوى عال من التمكين، لأنها خدمات تخضع إلى مستوى عال لتطلعات ورغبات الزبون، أي أن الزبائن المختلفين لديهم احتياجات ومتطلبات مختلفة أيضا، لأن احتياجات الزبائن عادة تكون غير متوقعة، وبالتالي الحلول تكون أكثر تعقيدا لمقابلة احتياجات الزبون، وعليه فإن المستوى الأعلى من التمكين يتطلب منح العامل الحرية والاستقلالية لإنجاز مهامه، وتقديم خدمة تتناسب وتطلعات ورغبات الزبون.

[1]- شرع مريم، **الإدارة التمكينية كمدخل حديث في تحقيق جودة الخدمات التعليمية الجامعية: دراسة ميدانية من وجهة نظر أعضاء الأسرة الجامعية بجامعة غرداية وقياداتها الأكاديمية**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، دون ذكر التخصص، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الشلف، 2014 – 2015، ص: 113.

المطلب الثالث: علاقة تمكين العاملين بجودة الخدمات الصحية

بما أن تمكين العاملين تكون له صبغة خاصة في قطاع الخدمات على غرار باقي القطاعات، فإن قطاع الخدمات الصحية من بين قطاعات الخدمات، فتمكين العاملين في قطاع الخدمات الصحية أمر في غاية الأهمية، كون أن الخدمات الصحية هي من أهم الخدمات على الإطلاق، فإذا كان العامل له الحرية والاستقلالية في عمله، فإنه سيبذل أقصى جهده لتحقيق رضا المستفيد من الخدمة الصحية.

عندما يتم تفويض السلطة للعاملين فإنهم سيشعرون بالإلهام والحماس للمساهمة في تحسين جودة الخدمة الصحية، وسوف يكون لديهم شعور أكبر بالاحترام والثقة بين الزملاء، مع العلم أن مساهماتهم معترف بها ويقدرها الرؤساء في العمل وهذا ما يحفزهم أكثر على تقديم خدمة متميزة[1].

وباعتبار التدريب بعد أساسي من أبعاد تمكين العاملين، فإن له أهمية كبيرة في المؤسسات الصحية، حيث تعتمد صحة وحياة المستفيدين على معارف ومهارات العاملين الطبيين وشبه الطبيين[2]، فمن المعروف جيدا أن أداء العاملين يتأثر بشكل كبير بالتدريب الذي يتلقونه فيما يتعلق بجودة الخدمات التي يقدمونها، وهذا بدوره سينعكس بالإيجاب على صورة المؤسسة الصحية ويجعلها ذات سمعة طيبة ومحل ثقة عند المستفيدين[3]، كما يلعب التدريب دور أساسي في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة للمستفيدين، والذين بدونهم لن يكون هناك داع لوجود المؤسسة الصحية، فالتدريب يهدف إلى قياس التغيير في جودة الخدمة المقدمة للمستفيدين، من خلال إجراء مقارنة بين مستوى جودة الخدمة قبل تطبيق البرنامج التدريبي في المؤسسة الصحية وبعده، خاصة وأن التدريب لا ينتهي بانتهاء التنفيذ، بل يحتاج إلى المتابعة والتقييم بهدف تحديد مدى فعاليته وقدرته على تحقيق الأهداف التي وضع من أجلها، فمجرد وجود برامج تدريبية لا يعني تحقيق الغاية منها، بل لابد من متابعة العملية وتقييمها للوقوف على نقاط القوة واستثمارها ونقاط الضعف ومعالجتها، حيث تعتبر جودة التدريب أفضل ضمان لجودة الخدمة الصحية، حيث يؤدي تحسين جودة التدريب إلى رفع كفاءة الأداء

---

[1] - *Nagwa Gouda Ahmed Abd-Elmoghith, Sanaa Hassan Mohamed El-Malah,* ***Empoweringand Job Satisfaction Among Nurse Interns,*** *IOSR Journal of Nursing and Health Science, Vol: 7, Issue: 2, 2018, p: 2.*

[2]- *Detyna Beata and al,* ***Evaluation of training programs by medical employees in a chosen hospital in Poland,*** *Managerial Economics, Vol: 17,№: 2, 2016,p :203.*

[3]- *Alsamman Adel Mahmoud and al,* ***Training Effectiveness and Commitment to Organizational Change: Saudi Arabian ARAMCO****, Management and Administrative Sciences Review, Vol: 5, Issue 3, 2016, p: 131.*

التدريبي للمتدربين، مما يؤدي بدوره إلى نوع من التكامل بين ما يتعلمه المتدرب وبين ما يحتاج إليه فعلا في تحسين أدائه وتطوير قدراته وصولا إلى تحسين جودة الخدمة الصحية[1].

ويعتمد نجاح مجهودات تحسين جودة الخدمات الصحية أساسا على العنصر البشري، ومن هنا تأتي أهمية تدريب وتمكين العاملين الذي من شأنهما الإسهام في تطوير جودة الخدمات الصحية وتحسينها، على اعتبار أن كل من التمكين والتدريب ينصبان أساسا في إطار تحسين وتنمية وتطوير قدرات ومهارات العنصر البشري، وهذا يؤدي إلى تخفيض التكاليف مما يعد أمرا هاما في مجال الخدمات الصحية، حيث إن تكاليف العلاج والتمريض والإقامة وإشغال السرير تزداد في حال نقص الخبرة الصحية والتمريضية، علما بأن جودة الخدمات الصحية غير محددة المعالم وتتأثر بأمور كثيرة، ويعد تحقيق مستوى عال من جودة الخدمات الصحية للمستفيد من الوظائف الأساسية للمؤسسة الصحية، وهو أمر مرتبط بتوافر حسن التدبير التقني للرعاية الصحية المتعلق بتطبيق العلوم التكنولوجية الطبية، وحسن العلاقة المتبادلة بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها، وملاءمة كميتها للمستفيدين دون زيادة أو نقصان، وبما يضمن تحقيق المنافع الصحية[2].

كما يهدف التدريب في المؤسسات الصحية إلى تزويد العاملين بمختلف فئاتهم بالمعارف والمهارات اللازمة لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية، حيث تزداد أهمية التدريب في العمل الصحي لعدة أسباب أهمها: الاتساع الدائم في الخدمات الصحية، فكل يوم هناك ما هو جديد من حيث أساليب العمل والتخصصات الطبية، والتغيير الدائم في ظروف العمل، وكثرة المشكلات، حيث يتصف العمل الصحي بالحيوية والحساسية العالية، وقد ترتفع نسبة المشاكل التي تصادف العاملين في هذا القطاع بمختلف فئاتهم ونوع أعمالهم، وتجنب هذه المشاكل يكمن في دور التدريب المستمر الذي يتم من خلاله تدريب الطبيين وشبه الطبيين على كل ما هو جديد في عالم الطب[3].

---

[1]- الأسدي طارق محمد، الصرن رعد، **العلاقة بين التدريب وأبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق**، مجلة جامعة البعث، المجلد: 39، العدد: 44، سوريا، 2017، ص ص: 163-164.

[2]- حاج عيسى سيد أحمد، **أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية: دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية**، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية: تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2011-2012، ص: 71.

[3]- ديمنغ وروبيرت هاغستروم، ترجمة: رشدي هند، مراجعة محمد نجم عبد العظيم، **إدارة الجودة الشاملة: أسس ومبادئ وتطبيقات**، دون طبعة، دار كنوز للنشر والتوزيع، 2009، ص: 139.

المبحث الرابع: تجارب رائدة لدول عربية في تطوير الخدمات الصحية

سنحاول في هذا المبحث إلى عرض بعض التجارب الرائدة في تطوير الخدمات الصحية، حيث وقع اختيارنا على بعض التجارب لدول عربية متصدرة ضمن المراتب العشرة الأولى عالميا، ولقد اخترنا الدول العربية فقط دون الدول الغربية، باعتبار أن الدول العربية هي دول نامية على عكس الدول المتطورة التي يمكننا أن نحكم على القطاع الصحي بها من خلال معرفة قيمة الناتج المحلي.

المطلب الأول: تجربة دولة قطر

تعتبر تجربة دولة قطر في تطوير الخدمات الصحية من التجارب الرائدة في الدول العربية، وهذا ما قادها إلى أن تحقق مكانة متميزة مع بقية دول العالم، لتصدرها ضمن أحسن عشرة دول في قطاع الخدمات الصحية.

أولا: مؤشرات تقييم القطاع الصحي في دولة قطر: اعتمدنا في تقييمنا للقطاع الصحي في دولة قطر على مجموعة من المؤشرات الهامة، والتي تعكس الوضع الصحي لأي بلد وهي كالتالي[1]:

أ. العمر المتوقع عند الولادة: يعتبر العمر المتوقع عند الولادة من أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية لسكان بلد ما، كما أنه يعكس على نحو غير مباشر مدى العدالة بين النساء والرجال في الاستفادة من الخدمات الصحية، وقد حدث تحسن واضح في هذا المؤشر بالنسبة للمواطنين القطريين، حيث بلغ 73.5 سنة في سنة 1986 ليرتفع إلى 78 سنة في سنة 2008.

ب. معدل وفيات الأطفال الرضع: حققت الدولة تقدما كبيرا في خفض معدل وفيات الأطفال الرضع، حيث بلغ المعدل 13.8 في ألف نسمة سنة 1998 لينخفض إلى 7.7 في ألف نسمة سنة 2008، أي أنه انخفض أكثر من 54% خلال تسع سنوات فقط.

ت. معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة: انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بشكل ملحوظ، فبعد أن كان 14.8 لكل ألف نسمة سنة 1998 انخفض إلى 6.5 لكل ألف نسمة سنة 2008، كما أن الفجوة بين معدل وفيات الذكور والإناث أصبحت ضيقة جدا، حيث بلغ معدل وفيات

---

[1]- سلسلة دراسات سكانية، **الأوضاع الصحية لسكان دولة قطر: الإنجازات والتحديات**، الطبعة الأولى، اللجنة الدائمة للسكان، الإصدار رقم: 9، قطر، 2010، ص ص: {15-24}، متاح على الرابط:

[on-line], [15.03.2020], Available from internet: URL : < http:// www.ppc.gov.qa>

الذكور 16.9 لكل ألف نسمة، وبلغ معدل وفيات الإناث 12.7 لكل ألف نسمة سنة 1998، ليصبح معدل وفيات الذكور 9.7 لكل ألف نسمة، ومعدل وفيات الإناث 9.4 لكل ألف نسمة سنة 2008.

ث. معدل وفيات المواليد حديثي الولادة: انخفض معدل وفيات المواليد حديثي الولادة من 8.5 لكل ألف مولود حي سنة 1996 إلى 4.3 في الألف سنة 2008، أي أن وفيات هذه الشريحة من الأطفال التي تتميز بوضعها الخاص ولم تتكيف بعد مع ظروف الحياة، وتمثل وفياتها عادة نحو 40% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، قد انخفضت بنسبة تقارب النصف (49.4%).

ج. تحصينات الأطفال الرضع: ارتفعت نسبة التغطية بالتحصينات للأطفال الرضع الأقل من سنة مقارنة بما كانت عليه سابقا، فمثلا معدل التطعيم بالنسبة للدرن بلغ 100% سنة 2006، والتطعيم للجرعة الثالثة من طعم شلل الأطفال ارتفع من 96% سنة 1997 إلى 97.1% سنة 2008، والحصبة من 87% سنة 1997 إلى 95.3% سنة 2008.

ح. وفيات الأمومة: بلغ معدل وفيات الأمهات عند الولادة 7.08 لكل 100000 ولادة حية سنة 2008، وهذه النتيجة تشير إلى أن دولة قطر حققت تقدما كبيرا في هذا المؤشر.

ثانيا: الموارد المادية والبشرية في القطاع الصحي القطري: تعتبر الموارد المادية والبشرية أحد المؤشرات التي تقيس الوضع الصحي في البلد، من خلال معرفة تغطية عدد الأسرة وعدد الأطباء للسكان وهي كالتالي[1]:

أ. الموارد المادية: بلغت نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة **1.8%** كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي سنة 2006-2007، كما ارتفعت نسبة الإنفاق الصحي الحكومي كنسبة من إجمالي الإنفاق الحكومي في السنتين الماليتين 2005-2006 و2006-2007، حيث بلغت تقريبا ضعف ما كان عليه الإنفاق في مطلع القرن الواحد والعشرين للسنة المالية 2001-2002، وهذا مؤشر جيد يوضح الأهمية التي توليها الحكومة لقطاع الصحة، مع الأخذ بعين الاعتبار الزيادة الكبيرة في عدد السكان.

ب. الموارد البشرية: لقد حدثت زيادة واضحة في الموارد البشرية الصحية منذ سنة 1999 حتى سنة 2009، فقد بلغ معدل الأطباء **18.6** لكل 10000 نسمة سنة 1999 ليرتفع إلى **22.5** سنة 2008، أما أطباء الأسنان فقد بلغ **2.9** لكل 10000 نسمة سنة 1999 ليرتفع **5.6** سنة 2008، بينما بلغ

[1]- نفس المرجع السابق، ص ص: {54-62}.

عدد الممرضات **43.5** لكل 10000 نسمة سنة 1999 ليرتفع إلى **58** سنة 2008، أما الصيادلة فقد بلغ معدلهم **2.5** لكل 10000 نسمة سنة 1999 ليرتفع إلى **9.1** سنة 2008.

نستنتج من خلال تقييمنا للقطاع الصحي القطري ما يلي:

- انخفاض في وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة والأطفال حديثي الولادة؛
- انخفاض في وفيات الأمومة بمعدل 7.08 لكل 100000 نسمة؛
- ارتفاع معدل الإنفاق الحكومي على الجوانب الملموسية؛ مثل الأجهزة ومظهر المؤسسة الصحية؛
- ارتفاع معدل التغطية الصحية للموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي.

المطلب الثاني: تجربة مملكة البحرين

لقد قامت المملكة بصياغة استراتيجية لتحسين الصحة (2016-2025)، وكانت رؤية ورسالة هذه الاستراتيجية كالتالي[1]:

- **الرؤية:** حصول جميع السكان بجميع فئاتهم العمرية في مملكة البحرين على الرعاية الصحية ذات الجودة العالية لمدى الحياة.
- **الرسالة:** تسعى وزارة الصحة وبمشاركة جميع الجهات ذات العلاقة على ضمان توفير خدمات صحية ذات جودة عالية، منظمة ومتكاملة، عادلة ومستدامة وفي متناول جميع السكان في مملكة البحرين.

أولا: أهم مبادرات استراتيجية تحسين الصحة في المملكة: قامت المملكة بإعداد مخطط يكفل الحفاظ على صحة السكان، وكانت أهم النقاط التي جاءت في هذا المخطط ما يلي[2]:

أ. تعزيز نظام الرعاية الصحية الأولية من خلال الكشف المبكر والوقاية: تعمل وزارة الصحة جاهدة على زيادة فرص نجاح العلاج من خلال الكشف المبكر عن الأمراض غير المعدية والوقاية منها، هذا وقد اتخذت الوزارة مجموعة من الإجراءات التي تكفل لها تحقيق ذلك وهي كالتالي:

---

[1]- أجندة مملكة البحرين الصحية، **استراتيجية تحسين الصحة (2011-2014)**، الإصدار الثاني، وزارة الصحة، 2012، ص: {03}، متاح على الرابط:

[on-line], [18.03.2020], Available from internet: URL : < http:// www.moh.gov.bh>

[2]- نفس المرجع السابق، ص ص: {09-11}.

- تنفيذ برامج الكشف المبكر بالمراكز الصحية والمجتمع من أجل اكتشاف عوامل الخطورة المؤدية للإصابة بالأمراض غير المعدية؛
- تعزيز التنسيق بين الخدمات وإنشاء وتشغيل عيادات الفحص والدوري والأصحاء في كل محافظة حتى نهاية سنة 2017؛
- الاكتشاف المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم للنساء الأكثر عرضة للوصول إلى 30% من الفئة المستهدفة بحلول سنة 2017.

ب. بناء وتعزيز السياسات والخطط الوطنية للوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها: قامت الوزارة بوضع سياسة وطنية لإطار عمل القوانين والتوجيهات والأنظمة من أجل تعزيز الوقاية والسيطرة على الأمراض غير المعدية، وهي مصممة لحماية الصحة العامة من خلال إجراء تدابير مثل فرض قيود على التدخين في الأماكن العامة ومناطق أخرى معينة، وضمان سلامة الغذاء ووضع البطاقة الإعلامية على المواد الغذائية والمشروبات، بحيث يكون المستفيد على بينة ما يبتاعه، هذا وقد اتخذت الوزارة مجموعة من الإجراءات التي تسعى من خلالها إلى الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها وهي كالتالي:

- تنفيذ الخطة الوطنية للوقاية والسيطرة على الأمراض غير المعدية خلال سنة 2016، وذلك بهدف تخفيض نسبة الوفيات من الأمراض غير المعدية بنسبة 65% عن النسبة الحالية بين البالغين من العمر (من 30 إلى 70 سنة) خلال الخمسة عشر سنة القادمة؛
- تأسيس لجنة للأمراض غير المعدية لتنسيق ورصد الأنشطة والبرامج المتعلقة خلال سنة 2016؛
- تنفيذ سياسات وضع البطاقة الإعلامية على المنتجات الغذائية في سنة 2014، وتنفيذ سياسات الحد من استهلاك الملح وحظر الدهون المتحولة وذلك خلال الخمسة عشر سنة القادمة.

ت. تشجيع أنماط الحياة الصحية للتقليل من الأمراض غير المعدية: يعتبر تحفيز وتوعية ودعم الأفراد والأسر على اتخاذ خيارات صحية في حياتهم اليومية عاملا رئيسيا في التقليل من انتشار الأمراض غير المعدية، هذا وقد اتخذت الوزارة مجموعة من الإجراءات التي تكفل لها تحقيق ذلك وهي كالتالي:

- وضع خطة عمل وطنية لتشجيع أنماط الحياة الصحية، التي تشمل عددا من البرامج بما في ذلك الأطر الزمنية ومؤشرات الأداء الرئيسية حتى سنة 2020؛
- تنفيذ برنامج تعزيز خدمات طب الأسنان في خمسة مراكز صحية لتغطية **30%** من الفئة المستهدفة خلال سنة 2016؛

- مواصلة تقوية برامج تعزيز الصحة في المدارس وأماكن العمل.

ث. تعزيز الحماية ضد الأمراض المعدية والامراض الناشئة حديثا: تعتبر المراقبة عنصرا أساسيا في منع ومكافحة الأمراض المعدية، وقامت الوزارة بتعزيز أنشطة المراقبة والرصد من خلال التخطيط السليم والتعاون مع الأطراف المعنية الأخرى على المستوى الوطني، هذا وقد اتخذت الوزارة مجموعة من الإجراءات التي تكفل لها تحقيق ذلك وهي كالتالي:

- الاستمرار في الوقاية من الأمراض المعدية من خلال الحفاظ على معدل تطعيم 99% من الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن خمس سنوات؛
- تعزيز نظام الرصد الوبائي وسيوفر النظام تقارير متسقة، ولتسهيل جمع المعلومات وتحليل البيانات؛
- تحديد مجالات التركيز ذات الأولوية التي يتعين معالجتها على أساس مجموعة من معايير التقييم المتفق عليها في مجال الأمراض السارية، وإعداد خطة عمل لمعالجة المجالات ذات الأولوية؛
- تنفيذ خطط الكوارث والطوارئ وضمان التنسيق بين أصحاب المصلحة وإدارة فعالة للأزمة.

نستنتج من خلال تقييمنا لاستراتيجية القطاع الصحي البحريني ما يلي:

- محاولة الكشف المبكر عن الأمراض غير المعدية والوقاية منها من خلال إنشاء عيادات الفحص في كل محافظة، وبالتالي تعزيز التغطية الصحية وتخفيض معدل الوفيات؛
- تعزيز الرقابة لمكافحة الأمراض المعدية ومنع حدوثها.

المطلب الثالث: تجربة المملكة العربية السعودية

تعتبر السعودية من الدول العربية التي تمتلك نظام صحي جيد، وهذا ما قادها إلى أن تحقق مكانة متميزة أمام باقي الدول العربية، لذا وقع اختيارنا على هذه الدولة لاحتلالها المراتب الأولى من حيث القطاع الصحي.

أولا: خدمات الرعاية الصحية الأولية: تشمل الرعاية الصحية الأولية النشاطات الوقائية والعلاجية التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية الأولية المتواجدة في جميع أنحاء المملكة، والتي ارتفع عددها من (1848) مركزا سنة 2004 ليصل إلى (2037) مركزا سنة 2009، وقد حققت النشاطات المتعددة لخدمات الرعاية الصحية الأولية تحسنا ملموسا، ومن ضمن تلك النشاطات البرامج التالية[1]:

[1]- وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية، **الخطة الاستراتيجية: 2010–2019**، ص ص: {17-20}، متاح على الرابط:
[on-line], [19.03.2020], Available from internet: URL : < http:// www.moh.gov.sa>

أ. برنامج رعاية الأمومة والطفولة: تشتمل رعاية الأمومة على برامج خاصة بالعناية بصحة الأم خلال فترات ما قبل الحمل، وأثناء الحمل، وبعد الولادة، وتستهدف خفض معدلات وفيات الأمومة وتحسين مخرجات الحمل وزيادة نسبة الأمهات الحوامل اللاتي يتم رعايتهن بإشراف طبي، ومن الأمثلة على تلك البرامج، برنامج متابعة الحوامل للتطعيم ضد الكزاز، حيث بلغت نسبة تطعيم الحوامل ضد الكزاز (96.6%)، وبذلك تكون وزارة الصحة السعودية قد حققت النسبة المستهدفة، وتشتمل رعاية الطفولة على البرامج الخاصة بالتطعيم ضد الأمراض المعدية، ومكافحة التهابات الجهاز التنفسي والإسهال وأمراض التغذية، وقد حقق مؤشرات رعاية الطفولة تحسنا كبيرا، فعلى سبيل المثال خلو المملكة تمام من إصابات شلل الأطفال منذ نهاية سنة (2006)، كما حدث انخفاض ملحوظ في معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة.

ب. البرنامج الوطني لتشخيص وعلاج الربو: يركز هذا البرنامج على تلاميذ المدارس في الفئة العمرية (6-10 سنوات)، وتقوم الوزارة من خلال هذا البرنامج الذي يطبق في مراكز الرعاية الصحية الأولية بمتابعة ومعالجة هذه الحالات، بالإضافة إلى توفير الأدوية الأساسية لمرضى الربو.

ت. برنامج مكافحة الالتهابات التنفسية الحادة: يلعب هذا البرنامج دورا هاما مع البرامج الأخرى التي تتضمنها خدمات الرعاية الصحية الأولية في خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، حيث يشتمل على السياسات والإجراءات الخاصة بالمداخلات الوقائية والعلاجية لمكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة، لما لها من خطورة على صحة الأطفال حديثي الولادة ومن هم دون سن الخامسة.

ثانيا: مؤشرات الرعاية الصحية المتخصصة (المستشفيات): قامت وزارة الصحة بالتوسع في تقديم الرعاية العلاجية بجميع مستوياتها كما وكيفا، فقد تم افتتاح 20 مستشفى سنة 2009، تتوزع بين الإحلال لمستشفيات قديمة (7 مستشفيات) وإنشاء مستشفيات جديدة (13 مستشفى)، وبذلك ارتفع عدد المستشفيات من 231 مستشفى سنة 2008 ليصل إلى 244 مستشفى سنة 2009، كما ارتفعت الطاقة الاستيعابية للمستشفيات من 31720 سرير إلى 33277 سرير خلال نفس الفترة، وتتمثل أهم مؤشرات الرعاية الصحية المتخصصة فيما يلي[1]:

أ. مؤشرات الأمراض المعدية: نتيجة لم بذلته وزارة الصحة في المملكة من جهود فإن وبائية العديد من الأمراض المعدية قد انحسرت، حيث شهدت مناطق ومحافظات المملكة سنة 2009 انخفاضا ملحوظا في

[1]- نفس المرجع السابق، ص ص: {21-26}.

إحدى عشر مرضا من الأمراض المستهدفة بالتحصين، نتيجة ارتفاع معدلات التغطية باللقاحات المختلفة، حيث انخفضت معدلات الإصابة بالدفتيريا إلى **صفر** لكل 100 ألف من السكان، والسعال الديكي إلى (0.1)، والكزاز الوليدي إلى (**0.02**)، والحصبة إلى (**0.32**)، والحصبة الألمانية إلى (**0.05**) ...الخ.

ب. مؤشرات الموارد الصحية البشرية والمادية: سنعتمد في هذا المؤشر على معرفة معدل تغطية الأطباء وشبه الطبيين والأسرة لكل 1000 نسمة من السكان كما يلي:

- **الأطباء:** بلغ العدد الإجمالي للأطباء في المملكة 543.6 بمعدل **2.18** لكل 1000 نسمة.
- **شبه الطبيين:** بلغ العدد الإجمالي لشبه الطبيين في المملكة 110858 بمعدل **4.1** لكل 1000 نسمة.
- **الأسرة:** بلغ العدد الإجمالي لعدد الأسرة بالمملكة 55932 بمعدل **2.2** لكل 1000 نسمة.

نستنتج من خلال تقييمنا للقطاع الصحي في المملكة العربية السعودية ما يلي:

- ارتفاع مركز الرعاية الصحية الأولية وفي عدد المستشفيات وبالتالي ارتفاع معدل التغطية الصحية؛
- صياغة برنامج لحماية الأمومة وتخفيض معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة؛
- نقص في التغطية الصحية للممارسين الطبيين وشبه الطبيين وفي عدد الأسرة؛

خلاصة الفصل:

بما أننا في عصر الاقتصاد المعرفي ورأس المال البشري وأن الموارد المعرفية أصبحت أهم من الموارد المادية الملموسة، باعتبارها أهم الموارد المعوّل عليها في تحقيق التنمية في الدولة، وبما أن المورد البشري هو مصدر المعرفة وأنه هو من يقوم بإنتاجها، لذا فإن الاهتمام بهذا المورد وبصحته حتى يبقى في حالة جيدة ويبقى في توليد مستمر للمعرفة يتوقف على جودة النظام الصحي داخل الدولة، وعليه فإن قطاع الخدمات الصحية يعد أهم قطاع في الاقتصاد على الإطلاق، كونه يهتم بصحة وحياة الإنسان وأن هذا الأخير هو مصدر التنمية من خلال ما يولده من معارف وما يمتلكه من مهارات وخبرات، حيث أن المعارف والمهارات تعتبر محور الاقتصاد الحديث ومصدر تحقيق النمو والتقدم أمام باقي المجتمعات.

إذا كان قطاع الخدمات الصحية يعد أهم قطاع في الاقتصاد لأنه يركز على صحة الإنسان، فإنه يتوجب الاعتناء بصحة الإنسان من خلال تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية تلقى القبول وتحقق رضاه، وتحقيق الجودة في الخدمات الصحية لا يكون إلا من خلال التركيز على الأبعاد المكونة لجودة الخدمة الصحية (الاعتمادية، الاستجابة، الملموسية، الأمان، التعاطف)، وعليه فإذا ما أرادت المؤسسة الصحية تحقيق الجودة في خدماتها وتحقيق رضا المستفيدين ينبغي عليها الاعتماد على هذه الأبعاد الجوهرية والاستثمار فيها.

وبما أن أغلب أبعاد جودة الخدمات الصحية تعتمد على الموارد البشرية، أي أن كل من الاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف تعتمد على قدرات ومهارات الموارد البشرية ماعدا بعد الملموسية الذي يعتمد على المؤسسة الصحية، فإنه بات من الضروري الاهتمام بالموارد البشرية، ومن بين صور الاهتمام بالموارد البشرية القيام بعملية التمكين وإعطائهم الصلاحيات اللازمة ومنحهم الحرية والاستقلالية في أداء المهام، لأن العامل في قطاع الخدمات يتعامل بطريقة مباشرة مع المستفيد، وعليه فإذا كان العامل له صلاحيات واسعة وحرية واستقلالية فإن هذا سيكون له أثر كبير على تحسين جودة الخدمات الصحية.

إن ما يؤكد أهمية قطاع الخدمات الصحية وأهمية النظام الصحي في الدولة هو أن هناك العديد من الدول التي بذلت مجهودات كبيرة من أجل تحسين هذا القطاع الهام والارتقاء بجودة الخدمات التي يقدمها، وذلك من خلال تخصيص ميزانية معتبرة للإنفاق على موارد هذا القطاع، وهذا كله من أجل الاهتمام بصحة الإنسان كونه محور العملية التنموية داخل الدولة.

الفصل الثالث:

دراسة تحليلية للقطاع الصحي العمومي لولاية المدية للفترة (2008-2018)

تمهيد الفصل:

يعتبر النظام الصحي العمومي أحد عناصر النظام العام في الدولة، وإن لم نبالغ القول فإنه يعتبر أحد أهم الأنظمة على الإطلاق إلى جانب النظام التعليمي، فإذا أردنا أن نميز بين الدول المتطورة والدول المتخلفة لابد أن نأخذ بالحسبان أول نظام ألا وهو طبيعة النظام الصحي، من خلال تشخيص معيار التغطية الصحية بالنسبة للموطنين، حيث أن معيار التغطية الصحية هو المعيار الأمثل لتقييم فعالية وكفاءة النظام الصحي.

إن الجزائر كغيرها من الدول تمتلك نظام صحي يحتوي على العديد من المؤسسات العمومية الصحية، والتي تتمثل في ستة أصناف التي سيأتي الحديث عنها، ونجد من بين هذه الأصناف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، حيث أن هذين الصنفين يتواجدان في كافة ولايات الوطن دون استثناء، على عكس الأصناف الأخرى التي تتواجد في بعض الولايات فقط، بالإضافة إلى تواجد العديد من العيادات الخاصة التي تشترك مع القطاع العام في تقديم الخدمات، وتساهم في رفع نسبة التغطية الصحية.

تتمتع المنظومة العمومية الصحية لولاية المدية بصنفين فقط من أصناف المؤسسات العمومية الصحية المتواجدة بالجزائر، هما المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية دون غيرها من الأصناف الأخرى، بالإضافة إلى وجود عدد من العيادات الخاصة في مختلف مناطق الولاية، وعلى ضوء ذلك فإننا سنقوم بإجراء دراسة تقييمية للمنظومة العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008-2018)، من خلال تحديد نسبة التغطية الصحية للمواطنين القاطنين بالولاية خلال نفس الفترة، وعلى ضوء النتائج المتوصل إليها، سنقوم بتقديم مقترحات التي نظن بأنه قد يكون لها لمسة حقيقية على المنظومة العمومية الصحية لولاية المدية، والتي من شأنها الاستثمار في نقاط قوتها ومعالجة نقاط ضعفها.

وعلى ضوء ذلك قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى أربعة مباحث نسعى من خلالها إلى تشخيص المنظومة الصحية الجزائرية ومن ثم المنظومة الصحية لولاية المدية وهي:

المبحث الأول: تقديم عام للمنظومة الصحية الجزائرية

المبحث الثاني: تقديم المنظومة الصحية لولاية المدية

المبحث الثالث: تطور الموارد البشرية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008-2018)

المبحث الرابع: تطور النشاطات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008-2018)

المبحث الأول: تقديم عام للمنظومة الصحية الجزائرية

يعتبر النظام الصحي الركيزة الأساسية لأي بلد ما، وأحد أهم الأنظمة التي تعتمد عليها الدولة في تحقيق التنمية، حيث يقيم النظام الصحي من خلال مدى قدرته على التكفل الأمثل بالمواطنين، وهذا ما سنحاول توضيحه في هذا المبحث، ألا وهو تقييم النظام الصحي الجزائري خلال الفترة (2008-2018).

المطلب الأول: تطور المؤسسات الصحية بالجزائر للفترة (2008-2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد المؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)، حيث سيتم التطرق إلى كل من المؤسسات العمومية والعيادات الخاصة.

أولا: تطور عدد المؤسسات العمومية الصحية بالجزائر خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر للفترة (2008-2018)، ولكن قبل ذلك لا بد أن نحدد قائمة المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-1): قائمة المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر

الرقم	المؤسسة العمومية الصحية
01	المركز الاستشفائي الجامعي (*CHU*)
02	المؤسسة الاستشفائية (*EH*)
03	المؤسسة الاستشفائية الجامعية (*EHU*)
04	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (*EHS*)
05	المؤسسة العمومية الاستشفائية (*EPH*)
06	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (*EPSP*)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

- الجريدة الرسمية، العدد رقم: 81، المرسوم التنفيذي رقم: 97-465، المؤرخ في: 02 ديسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.
- الجريدة الرسمية، العدد رقم: 81، المرسوم التنفيذي رقم: 97-467، المؤرخ في: 02 ديسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.
- الجريدة الرسمية، العدد رقم: 48، المرسوم الرئاسي رقم: 03-270، المؤرخ في: 13 أوت 2003 المتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران وتنظيمها وسيرها.
- الجريدة الرسمية، العدد رقم: 33، المرسوم التنفيذي رقم: 07-140، المؤرخ في: 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

نلاحظ من خلال الجدول أن المنظومة العمومية الصحية الجزائرية تتكون من **6** أصناف من المؤسسات العمومية الصحية، والتي تشترك وتتقاسم سويا تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين.

لقد شهدت المنظومة العمومية الصحية الجزائرية تطورا في عدد المؤسسات العمومية الصحية بمختلف أصنافها خلال الفترة (**2008–2018**)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–2): تطور عدد المؤسسات العمومية الصحية بالجزائر خلال الفترة (2008–2018)

البيان	تطور عدد المؤسسات العمومية الصحية بالجزائر						المجموع	عدد السكان خلال الفترة
	EPH	***EPSP***	***CHU***	***EHS***	***EH***	***EHU***		
2008	190	271	13	61	04	01	**553**	**34 783 191**
2009	192	271	13	61	05	01	**556**	**35 293 819**
2010	194	271	13	64	04	01	**560**	**35 785 442**
2011	192	271	14	63	04	01	**558**	**36 780 023**
2012	193	271	14	66	05	01	**563**	**37 330 578**
2013	194	271	14	68	05	01	**566**	**38 066 972**
2014	196	271	14	71	05	01	**571**	**38 915 844**
2015	200	271	15	75	09	01	**571**	**39 678 023**
2016	200	273	15	75	09	01	**573**	**40 614 462**
2017	205	273	15	77	09	01	**580**	**41 349 458**
2018	206	273	15	81	09	01	**585**	**41 815 199**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {9-12}, 2009, p : {10-14}, 2010, p : {11-15}, 2011, p : {9-13}, 2012, p : {9-13}, 2013, p : {9-13}, 2014, p : {9-13}, 2015, p : {55-59} , 2016, p : {55-59}, 2017, p : {52-61} , 2018, p : {12-21} .*

نلاحظ من خلال الجدول بأن هناك تطور ملحوظ في عدد المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر خلال الفترة (2008–2018)، فنلاحظ بأن كل أصناف المؤسسات الصحية زاد عددها ماعدا المؤسسات الاستشفائية الجامعية فإننا لم نلاحظ زيادة في هذا الصنف فقد بقيت ثابتة طيلة الفترة المدروسة، وبالتالي يمكن القول بأن السبب الذي كان وراء زيادة عدد المؤسسات العمومية الصحية خلال الفترة المدروسة هو الزيادة المستمرة في عدد السكان، ومع ذلك فإن زيادة عدد المؤسسات الصحية لا يتناسب والتطور السكاني.

ثانيا: تطور العيادات وقاعات العلاج بالصحة العمومية في الجزائر للفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد العيادات وقاعات العلاج بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-3): تطور العيادات وقاعات العلاج بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر للفترة (2008-2018)

البيان	العيادات المتعددة الخدمات	عيادات التوليد			قاعات العلاج
	عدد العيادات المتعددة الخدمات	عدد عيادات التوليد	عدد الزواجات	عدد حالات الطلاق	عدد قاعات العلاج
2008	1419	402	331000	39396	5077
2009	1436	409	341000	41505	5258
2010	1491	413	345000	49845	5350
2011	1551	437	369000	54826	5491
2012	1601	409	371000	54985	5545
2013	1615	412	388000	57461	5634
2014	1637	416	386000	60844	5726
2015	1659	415	369000	59909	5762
2016	1684	416	357000	62128	5875
2017	1695	409	340000	65637	5957
2018	1715	410	332000	65690	6003

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {9}, 2009, p : {10}, 2010, p : {11}, 2011, p : {9}, 2012, p : {9}, 2013, p : {9}, 2014, p : {9}, 2015, p : {55}, 2016, p : {55}, 2017, p : {52}, 2018, p : {12}.*

أما فيما يخص عدد الزواجات وعدد حالات الطلاق فقد نم اقتباسها من:

*- Office Nationale des Statistiques, **Dermographie Algérienne de L'Année 2019,** Direction Technique Chargée des Statistiques de Population et de L'Emploi, El Annaser, Alger, Avril 2020, p : 09.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن هناك زيادة ملحوظة في عدد العيادات المتعددة الخدمات، فقد ارتفعت من 1419 عيادة سنة 2008 إلى 1715 عيادة سنة 2018، وكذلك فيما يخص قاعات العلاج فقد شهدت ارتفاعا، فبعد أن كانت 5077 قاعة سنة 2008 أصبحت 6003 قاعة سنة 2018، وبالتالي فإن الزيادة في عدد العيادات وفي قاعات العلاج كانت بسبب زيادة عدد السكان ولكن التغطية الصحية للمواطنين بقيت تقريبا ثابتة، كما نلاحظ بأن عدد عيادات التوليد لم تشهد تطورا كبيرا فقد ارتفعت من 402 عيادة سنة 2008 إلى 410 عيادة سنة 2018، وقد يكون السبب وراء ذلك هو انخفاض عدد الزواجات وارتفاع حالات الطلاق، حيث نلاحظ بأن عدد الزواجات في سنة 2016 قد تراجع بـ 12000 حالة عن سنة 2015 واستمر هذا الانخفاض في السنتين الأخيرتين، كذلك نلاحظ الارتفاع المستمر في حالات الطلاق، حيث كان 39396 حالة سنة 2008 وأصبح 65690 حالة سنة 2016.

ثالثا: تطور هياكل القطاع الصحي الخاص بالجزائر في الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في هياكل القطاع الصحي الخاص في الجزائر خلال الفترة (2008–2018)، حيث سنوضح مختلف العيادات بأصنافها (عيادة طبية، عيادة الجراحة، عيادة التشخيص، عيادة ممارسة جماعية).

أ. تطور عيادات القطاع الخاص خلال الفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عيادات القطاع الخاص بأصنافها (عيادات طبية، عيادات الجراحة ...الخ) في القطاع الخاص في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–4): تطور عيادات القطاع الخاص خلال الفترة (2008–2018)

البيان	عيادات طبية	عيادات الجراحة	عيادات التشخيص	عيادة ممارسة جماعية	مجموع العيادات
2008	28	187	11	301	527
2009	17	198	13	335	563
2010	30	205	13	376	624
2011	21	217	17	402	657
2012	24	224	23	426	697
2013	27	228	27	446	728
2014	24	220	26	512	782
2015	23	237	32	600	892
2016	28	249	36	709	1022
2017	35	261	38	821	1155
2018	42	279	48	938	1307

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008 , p : {14-15}, 2009, p : {16-17}, 2010, p : {17-18} , 2011, p : {15-16}, 2012, p : {15-16}, 2013, p : {15-16}, 2014, p : {15-16}, 2015, p : {61-62}, 2016, p : {61-62}, 2017, p : {63-64} , 2018, p : {23-24}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن العيادات الخاصة قد ارتفعت بشكل ملحوظ خلال الفترة (2008-2018)، فبعد أن كانت 527 عيادة سنة 2008 أصبحت 1307 عيادة سنة 2018، فنلاحظ بأن جل العيادات ارتفعت بحوالي ضعفين على ما كانت عليه من سنة 2008 إلى سنة 2018، وقد يرجع السبب وراء ذلك إلى هجرة العاملين من القطاع العام والذهاب إلى العمل في القطاع الخاص بسبب تدني ظروف العمل من معدات وأجهزة ...الخ، كما قد يكون السبب هو رغبة المستفيد إلى أن يحصل على الخدمات الصحية من طرف مؤسسات القطاع الخاص، نظرا لاعتقادهم بأن القطاع الخاص يقدم خدمات ذات جودة عالية، وأنه يمتلك معدات وأجهزة حديثة وكفاءات وخبرات أحسن مما هو عليه الحال في القطاع العام، الأمر الذي دفع العاملين في القطاع الصحي إلى التوجه إلى العمل في القطاع الخاص.

المطلب الثاني: تطور المعدات والتجهيزات بالقطاع الصحي العمومي الجزائري للفترة (2008–2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في مختلف المعدات والتجهيزات بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر، من خلال عرض التطور الحاصل في عدد الأسرة وتحليل حالة معدات النقل الصحي.

أولا: تطور عدد الأسرة بالقطاع الصحي العمومي الجزائري خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الأسرة بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)، حيث اعتمدنا على الأسرة المنظمة باعتبارها تعكس العدد الحقيقي للأسرة في المؤسسة.

أ. تطور الأسرة الاستشفائية الحقيقية بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية للفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الأسرة الحقيقية بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–5): تطور الأسرة بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية للفترة (2008–2018)

البيان	عدد الأسرة الحقيقية بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية						مجموع الأسرة	عدد السكان خلال الفترة	عدد السكان لكل واحد سرير
	EPH	*EPSP*	*CHU*	*EHS*	*EH*	*EHU*			
2008	34881	4800	11512	9932	600	700	62425	**34 783 191**	**557 نسمة**
2009	34613	5618	12342	10475	608	700	64356	**35 293 819**	**548 نسمة**
2010	35791	6472	11889	10824	679	612	66267	**35 785 442**	**540 نسمة**
2011	34681	6430	12171	10816	709	710	65517	**36 780 023**	**561 نسمة**
2012	34876	6310	12312	10863	849	759	65969	**37 330 578**	**566 نسمة**
2013	35263	6706	12500	11298	876	764	64222	**38 066 972**	**593 نسمة**
2014	35826	6938	12862	11499	926	806	68710	**38 915 844**	**566 نسمة**
2015	36684	7064	13050	11637	960	810	70205	**39 678 023**	**565 نسمة**
2016	37041	7217	12910	11725	1324	818	71035	**40 614 462**	**572 نسمة**
2017	37784	7269	13668	11823	1319	869	72732	**41 349 458**	**568 نسمة**
2018	38200	9308	12671	12426	1325	1087	75017	**41 815 199**	**557 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {9-12}, 2009, p : {10-14}, 2010, p : {11-15}, 2011, p : {9-13}, 2012, p : {9-13}, 2013, p : {9-13}, 2014, p : {9-13}, 2015, p : {55-59} , 2016, p : {55-59}, 2017, p : {52-61} , 2018, p : {12-21} .*

نلاحظ من خلال الجدول بأن معدل التغطية السريرية للفترة (2008–2018) حسب عدد السكان لم يتطور بنسب متفاوتة وإنما ظل متقاربا، فقد بلغ عدد الأسرة 62425 سرير سنة 2008 أي بمعدل **1**سرير لكل 557 نسمة، في حين كان عدد الأسرة 75017 سرير سنة 2018 أي بمعدل **1**سرير لكل 557 نسمة، ونلاحظ بأن السبب الذي كان وراء زيادة عدد الأسرة من 62425 سرير سنة 2008 إلى 75017 سرير سنة 2018 هو زيادة عدد المؤسسات الصحية، ولكن معدل الأسرة تقريبا بقي ثابتا أي 2

سرير لكل 1000 نسمة، ويعزوا الباحث إلى أن معدل الأسرة في القطاع الصحي العمومي بالجزائر حسب عدد السكان منخفض جدا لو قمنا بمقارنته مع الدول المتقدمة، ففي فرنسا يصل معدل الأسرة لكل 1000 نسمة إلى **7.2** سرير، وفي ألمانيا إلى **8.3** سرير لكل 1000 نسمة، وعليه يمكن القول بأنه إذا كان عدد الأسرة منخفض فهذا سينتج عنه عدم قدرة المؤسسة الصحية على تغطية جميع المستفيدين، وهذا من شأنه أن يؤثر بالسلب على الخدمات الصحية وينقص من جودتها وينقص من جودة النظام الصحي داخل الدولة.

ثانيا: تطور حالة معدات النقل بالقطاع الصحي العمومي الجزائري الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في حالة معدات النقل الصحي بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008–2018)، وذلك من خلال توضيح حالة سيارات الإسعاف والشاحنات.

أ. حالة سيارات الإسعاف بالقطاع الصحي العمومي الجزائري خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح حالة سيارات الإسعاف بالقطاع الصحي العمومي الجزائري خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–6): حالة سيارات الإسعاف بالقطاع الصحي الجزائري للفترة (2008–2018)

البيان		حالة المعدات	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
سيارات الإسعاف	CHU + EHU	يعمل	172	187	165	212	219	204	176	189	216	216	193
		معطل	20	21	25	30	32	27	34	39	34	34	52
	EHS	يعمل	135	156	162	162	164	162	169	172	181	178	172
		معطل	17	21	19	23	16	31	24	21	21	20	24
	EPH + EH	يعمل	908	1006	1054	957	983	983	942	943	941	948	969
		معطل	143	142	148	169	184	185	195	201	226	237	232
	المجموع	يعمل.	**1215**	**1349**	**1381**	**1331**	**1366**	**1349**	**1287**	**1304**	**1338**	**1342**	**1334**
		معطل	**180**	**184**	**192**	**222**	**232**	**243**	**253**	**261**	**281**	**291**	**308**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {60-64}, 2009, p : {63-67} , 2010, p : {62-65}, 2011, p : {70-74}, 2012, p : {69-73}, 2013, p : {75-79} , 2014, p : {79-83}, 2015, p : {125-129}, 2016, p : {133-137} , 2017, p : {137-141} , 2018, p : {90-95} .*

نلاحظ من خلال الجدول بأن حالة سيارات الإسعاف بالقطاع الصحي العمومي الجزائري غير مرضية نتيجة ازدياد حالات العطل خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كانت 180 حالة عطل سنة 2008 أصبحت 308 حالة عطل سنة 2018، وقد يرجع السبب في ذلك إلى قلة الصيانة، كما نلاحظ بأن عدد حالات العطل تزايدت في المؤسسات العمومية الاستشفائية، فبعد أن كانت 143 حالة سنة 2008 أصبحت 232 حالة سنة 2018، على عكس المراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة التي نلاحظ

فيها بأن عدد حالات العطل لم يرتفع فيها بنسب متفاوتة كما هو عليه في المؤسسات العمومية الاستشفائية، التي ربما قد تعاني من مشكلة الصيانة نتيجة افتقارها للموارد المالية الكافية.

ب. حالة الشاحنات بالقطاع الصحي العمومي الجزائري خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح حالة الشاحنات بالقطاع الصحي العمومي الجزائري خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-7): حالة الشاحنات بالقطاع الصحي العمومي الجزائري للفترة (2008-2018)

البيان		حالة المعدات	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
الشاحنات	***CHU* + *EHU***	يعمل	53	51	55	62	59	05	48	52	53	53	49
		معطل	05	14	06	06	07	05	07	07	10	04	12
	EHS	يعمل	42	51	51	60	64	60	59	56	59	61	64
		معطل	12	11	11	03	03	05	05	06	07	04	05
	EPH* + *EH	يعمل	263	289	296	269	278	271	273	261	248	264	244
		معطل	42	48	41	43	51	50	45	36	49	47	46
	المجموع	**يعمل**	**358**	**391**	**402**	**391**	**401**	**336**	**380**	**369**	**360**	**378**	**357**
		معطل	**59**	**73**	**58**	**52**	**61**	**60**	**57**	**49**	**66**	**55**	**63**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018)**, Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {60-64}, 2009, p : {63-67} , 2010, p : {62-65}, 2011, p : {70-74}, 2012, p : {69-73}, 2013, p : {75-79} , 2014, p : {79-83}, 2015, p : {125-129}, 2016, p : {133-137} , 2017, p : {137-141} , 2018, p : {90-95} .*

نلاحظ من خلال الجدول بأن حالة الشاحنات بالقطاع الصحي العمومي الجزائري خلال الفترة المدروسة في مستوى متدني نتيجة وجود حالات عطل فيها، كما نلاحظ بأن عدد حالات العمل ارتفعت في الخمس سنوات الأولى ثم بدأت تنخفض في السنوات المتتالية، إلى أن عادت في السنة الأخيرة تقريبا إلى نفس ما كانت عليه في سنة 2008، وهذا ما يدل على عدم فعالية قسم الصيانة بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية.

المطلب الثالث: تطور الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي الجزائري للفترة (2008-2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)، حيث سيمس هذا التطور مختلف الموارد البشرية العاملة في المؤسسات الصحية العمومية وذلك من طبيين وشبه طبين.

أولا: تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين بالقطاع الصحي العمومي الجزائري خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في الممارسين الطبيين بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)، حيث أننا سنوضح تطور كل صنف على حدى.

أ. تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين الأخصائيين بالقطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين الأخصائيين بالقطاع الصحي العمومي والخاص في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)، حيث سنعتمد في ذلك من خلال قسمة عدد السكان على إجمالي الأخصائيين في القطاعين العام والخاص، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–8): تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين الأخصائيين بالقطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2008–2018)

البيان	عدد الأطباء الأخصائيين بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية					مجموع الأخصائيين في القطاع الخاص	مجموع الأخصائيين في القطاعين العام والخاص	عدد السكان خلال الفترة	عدد السكان لكل طبيب أخصائي
	CHU+EHU	*EHS*	*EPH+ EH*	*EPSP*	*DSP*				
2008	1000	725	4034	894	12	**6645**	**13310**	**34 783 191**	**2613 نسمة**
2009	1223	845	4358	913	12	**7032**	**14383**	**35 293 819**	**2454 نسمة**
2010	1461	923	4708	936	11	**7491**	**15530**	**35 785 442**	**2304 نسمة**
2011	1706	1157	5122	1217	09	**7650**	**16861**	**36 780 023**	**2181 نسمة**
2012	1973	1283	5528	1378	10	**8864**	**19036**	**37 330 578**	**1961 نسمة**
2013	2016	1337	6370	1581	10	**9429**	**20743**	**38 066 972**	**1835 نسمة**
2014	2186	1514	7033	1658	08	**10116**	**22515**	**38 915 844**	**1728 نسمة**
2015	1960	1378	7273	1803	08	**11001**	**23423**	**39 678 023**	**1693 نسمة**
2016	2242	1514	7669	1879	13	**11898**	**25215**	**40 614 462**	**1610 نسمة**
2017	2408	1660	7931	1984	14	**13054**	**27051**	**41 349 458**	**1529 نسمة**
2018	2336	1586	7791	1965	12	**14141**	**27831**	**41 815 199**	**1502 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous-Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008, p: {86, 243, 268, 327, 345, 348}, 2009, p: {86, 261, 295, 362, 380, 383}, 2010, p: {79, 187, 209, 258, 315, 316}, 2011, p: {87, 277, 313, 384, 452, 455}, 2012, p: {99, 288, 324, 398, 472, 475}, 2013, p: {110, 299, 336, 411, 491, 494}, 2014, p: {115, 307, 343, 427, 509, 512}, 2015, p: {21, 29}, 2016, p: {172, 367, 404, 491, 568, 571}, 2017, p: {170, 373, 410, 497, 576, 579}, 2018, p: {123, 326, 363, 450, 534, 537}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن مجموع الأخصائيين في القطاعين العام والخاص شهد ارتفاعا هائلا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان 13310 سنة 2008 أي بمعدل 1 طبيب أخصائي لكل 2613 نسمة أصبح 27831 سنة 2018 أي بمعدل 1 طبيب أخصائي لكل 1502 نسمة، ويعزو الباحث إلى أن عدد الأخصائيين منخفض جدا في الجزائر بالمقارنة مع التطور الهائل في عدد السكان، فمعدل 1 طبيب أخصائي لأكثر من 1500 نسمة يعتبر أمر غير جيد لو قمنا بمقارنته مع الدول الأوروبية، وبالتالي فإذا كان عدد الأخصائيين لا يغطي عدد طلبات المستفيدين، فإن هذا مؤشر سلبي يدل على عدم فعالية القطاع الصحي.

ولكن يشهد القطاع العمومي الصحي الجزائري هجرة الأطباء الأخصائيين إلى القطاع الخاص لأسباب معينة من بينها عدم حصولهم على السكن الوظيفي خاصة وأن تعيينهم يكون من المستوى المركزي، فإذا تم تعيين الطبيب الأخصائي في مؤسسة بعيدة عن مكان إيوائه ولم يتحصل على سكن وظيفي، ففي هذه الحالة ما على الطبيب الأخصائي إلا أن يمكث لمدة معينة في القطاع العام ثم الانتقال إلى العمل في القطاع الخاص[1].

ب. تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين العامين بالقطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين العامين بالقطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)، حيث سنعتمد في ذلك من خلال قسمة عدد السكان على إجمالي الأطباء العامين في القطاعين العام والخاص، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-9): تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين العامين بالقطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)

البيان	عدد الأطباء العامين بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية					الأطباء العامين الخواص	مجموع الأطباء العامين	عدد السكان خلال الفترة	عدد السكان لكل طبيب عام
	CHU +EHU	*EHS*	*EPH+ EH*	*EPSP*	*DSP*				
2008	707	430	3944	11083	81	6548	22793	**34 783 191**	**1526 نسمة**
2009	852	570	4579	12474	84	6598	25157	**35 293 819**	**1403 نسمة**
2010	928	631	4979	13417	77	6764	26796	**35 785 442**	**1335 نسمة**
2011	1061	679	5437	14179	79	6860	28295	**36 780 023**	**1300 نسمة**
2012	1090	774	5718	15118	76	6458	29234	**37 330 578**	**1276 نسمة**
2013	1091	810	5915	15295	78	6482	29671	**38 066 972**	**1283 نسمة**
2014	1119	859	6201	16066	73	6654	30972	**38 915 844**	**1256 نسمة**
2015	1169	888	6402	16305	67	7477	32308	**39 678 023**	**1228 نسمة**
2016	1213	944	6256	15619	112	7881	32025	**40 614 462**	**1268 نسمة**
2017	1189	943	6515	15748	115	8557	33067	**41 349 458**	**1250 نسمة**
2018	1327	1121	6849	16172	136	9226	34831	**41 815 199**	**1201 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous-Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008, p: {86, 243, 268, 327, 345, 348}, 2009, p: {86, 261, 295, 362, 380, 383}, 2010, p: {79, 187, 209, 258, 315, 316}, 2011, p: {87, 277, 313, 384, 452, 455}, 2012, p: {99, 288, 324, 398, 472, 475}, 2013, p: {110, 299, 336, 411, 491, 494}, 2014, p: {115, 307, 343, 427, 509, 512}, 2015, p: {21, 29}, 2016, p: {172, 367, 404, 491, 568, 571}, 2017, p: {170, 373, 410, 497, 576, 579}, 2018, p: {123, 326, 363, 450, 534, 537}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الأطباء العامين في القطاعين العام والخاص شهد ارتفاعا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان 22793 سنة 2008 أي بمعدل 1 طبيب عام لكل 1526 نسمة أصبح

[1]- مقابلة أجريت مع السيد: بن طير محمد، موظف بمصلحة الموارد البشرية، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بن عكنون، بتاريخ 29 سبتمبر 2020، على الساعة 10:00.

34831 سنة 2018 أي بمعدل 1 طبيب عام لكل 1201 نسمة، ويعزو الباحث إلى أن عدد الأطباء العامين في القطاع الصحي العمومي في الجزائر منخفض جدا، على اعتبار أن 1 طبيب عام لأكثر من 1000 نسمة فإن هذا يؤكد على وجود عجز في عدد الأطباء العامين، لأن طلبات المستفيدين تتزايد يوما بعد يوم، وهذا ما يستوجب زيادة عدد الأطباء العامين لمواجهة الطلبات المتزايدة من طرف المستفيدين.

ت. تطور التغطية الصحية لجراحي الأسنان بالقطاع الصحي في الجزائر الفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية لجراحي الأسنان بالقطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2008–2018)، حيث سنعتمد في ذلك من خلال قسمة عدد السكان على إجمالي جراحي الأسنان في القطاعين العام والخاص، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–10): تطور التغطية الصحية لجراحي الأسنان بالقطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (2008–2018)

البيان	عدد جراحي الأسنان بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية					جراحي الأسنان الخواص	مجموع جراحي الاسنان	عدد السكان خلال الفترة	عدد السكان لكل جراح أسنان
	CHU +EHU	*EHS*	*EPH+ EH*	*EPSP*	*DSP*				
2008	82	44	222	5271	10	4803	10432	**34 783 191**	**3334 نسمة**
2009	84	46	242	5514	10	5017	10913	**35 293 819**	**3234 نسمة**
2010	88	44	239	5792	10	5223	11396	**35 785 442**	**3140 نسمة**
2011	98	42	244	6061	09	5396	11850	**36 780 023**	**3104 نسمة**
2012	97	49	248	6296	07	5441	12138	**37 330 578**	**3076 نسمة**
2013	94	53	242	6504	08	5587	12488	**38 066 972**	**3048 نسمة**
2014	96	55	243	6542	08	5928	12872	**38 915 844**	**3023 نسمة**
2015	98	58	243	6559	07	6384	13394	**39 678 023**	**2962 نسمة**
2016	96	55	214	6325	26	6733	13449	**40 614 462**	**3020 نسمة**
2017	93	49	207	6280	26	7335	13990	**41 349 458**	**2956 نسمة**
2018	103	48	189	6391	36	7936	14703	**41 815 199**	**2844 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous-Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008, p: {86, 243, 268, 327, 345, 348}, 2009, p: {86, 261, 295, 362, 380, 383}, 2010, p: {79, 187, 209, 258, 315, 316}, 2011, p: {87, 277, 313, 384, 452, 455}, 2012, p: {99, 288, 324, 398, 472, 475}, 2013, p: {110, 299, 336, 411, 491, 494}, 2014, p: {115, 307, 343, 427, 509, 512}, 2015, p: {21, 29}, 2016, p: {172, 367, 404, 491, 568, 571}, 2017, p: {170, 373, 410, 497, 576, 579}, 2018, p: {123, 326, 363, 450, 534, 537}.*

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد جراحي الأسنان في القطاع الصحي في الجزائر شهد ارتفاعا من سنة لأخرى خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان مجموع جراحي الأسنان 10432 سنة 2008 أي بمعدل 1 جراح أسنان لكل 3334 نسمة، أصبح 14703 سنة 2018 أي بمعدل 1 جراح أسنان لكل 2844 نسمة، وبالتالي فإن التغطية الصحية لجراحي الأسنان ارتفعت بنسب قليلة ما بين سنة 2008 وسنة 2018،

فمنذ أن بدأت 3334 نسمة لكل جراح أسنان إلى أن اتجهت إلى الارتفاع حتى صارت 2844 نسمة لكل جراح أسنان، أي أن هناك تحسن في القطاع الصحي ولكن هذا الارتفاع لم يكن بحجم بالغ الأهمية ولكن كان بحجم قليل، وعليه فإن معدل 1 جراح أسنان لأكثر من 3000 نسمة يدل على أن عدد جراحي الأسنان في الجزائر قليل غير قادر على تلبية رغبات جميع المستفيدين.

ث. تطور التغطية الصحية لأطباء العيون بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر الفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد أطباء العيون بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–11): تطور التغطية الصحية لأطباء العيون بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008–2018)

البيان	عدد أطباء العيون بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية			المجموع	عدد السكان خلال الفترة	عدد السكان لكل طبيب عيون
	CHU +EHU	*EHS*	*EPH+ EH*			
2008	01	04	02	07	**34 783 191**	**4969027 نسمة**
2009	01	02	05	08	**35 293 819**	**4411727 نسمة**
2010	01	08	06	15	**35 785 442**	**2385696 نسمة**
2011	03	02	05	10	**36 780 023**	**3678002 نسمة**
2012	03	03	05	11	**37 330 578**	**3393688 نسمة**
2013	05	06	07	18	**38 066 972**	**2114831 نسمة**
2014	04	01	07	12	**38 915 844**	**3242987 نسمة**
2015	04	01	13	18	**39 678 023**	**2204334 نسمة**
2016	18	03	19	40	**40 614 462**	**1015361 نسمة**
2017	01	06	17	24	**41 349 458**	**1722894 نسمة**
2018	02	00	20	22	**41 815 199**	**1900691 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous-Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008, p: {241, 266, 317,}, 2009, p: {258, 290, 352}, 2010, p: {183, 204, 248}, 2011, p: {274, 308, 375}, 2012, p: {285, 319, 389}, 2013, p: {296, 330, 401}, 2014, p: {304, 337, 414}, 2015, p: {354, 388, 465}, 2016, p: {364, 398, 478}, 2017, p: {365, 404, 484}, 2018, p: {318, 357, 437}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد أطباء العيون قد شهد ارتفاعا حلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان مجموعهم 7 أطباء سنة 2008 أي بمعدل 1 طبيب عيون لكل 969027 4 أصبح 22 طبيبا سنة 2018 أي بمعدل 1 طبيب عيون لكل 900691 1، والسبب في هذه الزيادة هو ارتفاع عدد السكان خلال نفس الفترة، ويعزو الباحث إلى أن عدد أطباء العيون منخفض جدا بالمؤسسات العمومية الصحية

الجزائرية، كما أننا قد نجد بعض هذه المؤسسات بلا طبيب عيون وهذا ما سينعكس سلبا على النظام الصحي، مما ينتج عنه استياء المستفيد من خدمات القطاع العام والتحول إلى طلب خدمات القطاع الخاص.

ثانيا: تطور التغطية الصحية للممارسين شبه الطبيين بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في التغطية الصحية للممارسين شبه الطبيين بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)، حيث نجد في الممارسين شبه الطبيين تخصصات عديدة كالقابلات، الممرضين العامين ... الخ حيث أننا سنوضح كل صنف على حدى.

أ. تطور التغطية الصحية للقابلات بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر للفترة (2008-2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية للقابلات بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-12): تطور التغطية الصحية للقابلات بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)

البيان	عدد القابلات بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية				مجموع القابلات	عدد النساء المتزوجات	عدد النساء المتزوجات لكل قابلة
	CHU +EHU	*EHS*	*EPH+ EH*	*EPSP*			
2008	450	752	2591	4300	8093	331000	**41 امرأة متزوجة**
2009	473	873	2572	4310	8228	341000	**41 امرأة متزوجة**
2010	539	967	2673	4315	8494	345000	**41 امرأة متزوجة**
2011	589	949	2620	4536	8694	369000	**42 امرأة متزوجة**
2012	634	1076	2901	4793	9404	371000	**39 امرأة متزوجة**
2013	636	1129	3007	4925	9697	388000	**40 امرأة متزوجة**
2014	609	1115	2932	4873	9529	386000	**41 امرأة متزوجة**
2015	611	1050	2861	4572	9094	369000	**41 امرأة متزوجة**
2016	565	1055	2720	4307	8647	357000	**41 امرأة متزوجة**
2017	599	1079	2737	4139	8554	340000	**40 امرأة متزوجة**
2018	574	1085	2801	4218	8678	332000	**38 امرأة متزوجة**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018)**, Sous-Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008, p: {216, 262, 308, 335}, 2009, p: {225, 284,340, 370 }, 2010, p: {164, 200 , 240, 283 }, 2011, p: {242, 301, 363, 416}, 2012, p: {252, 312, 377, 432}, 2013, p: {263, 323, 389, 441}, 2014, p: {271, 331, 401, 465}, 2015, p: {322, 381, 452}, 2016, p: {333, 391, 466, 526}, 2017, p: {334, 397, 472, 532}, 2018, p: {287, 350, 425, 489}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد القابلات قد شهد ارتفاعا حلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان مجموعهم 8903 قابلة سنة 2008 أي بمعدل 1 قابلة لكل 41 امرأة متزوجة أصبح 8678 قابلة سنة 2018 أي بمعدل 1 قابلة لكل 38 امرأة متزوجة، والسبب في هذه الزيادة هو ارتفاع عدد النساء المتزوجات

خلال نفس الفترة، ولكن ما هو ملاحظ أن التغطية الصحية بقيت تقريبا ثابتة لأن عدد القابلات لم يرتفع بشكل ملحوظ خلال الفترة المدروسة، فقد ارتفع بـ: 585 قابلة ما بين سنة 2008 وسنة 2018، وبدأ الانخفاض في عدد القابلات سنة 2016 بسبب انخفاض في حالة الزواجات التي انخفضت عن سابقتها بـ: 12000 حالة، وتواصل هذا الانخفاض في السنتين المواليتين ما صاحبه انخفاض في عدد القابلات، ويعزو الباحث إلى أن عدد القابلات منخفض جدا بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر، على اعتبار أن 1 قابلة لكل 38 امرأة متزوجة هو معدل منخفض ما ينتج عنه استياء المستفيد من الخدمات الصحية العمومية.

ب. تطور التغطية الصحية للممرضين العامين بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية للممرضين العامين بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–13): تطور التغطية الصحية للممرضين العامين بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008–2018)

البيان	عدد الممرضين العامين بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية				مجموع الممرضين العامين	عدد السكان خلال الفترة	عدد السكان لكل ممرض عام
	CHU +EHU	*EHS*	*EPH+ EH*	*EPSP*			
2008	8265	4248	24641	26150	63304	**34 783 191**	**549 نسمة**
2009	8506	4652	24996	26210	64364	**35 293 819**	**548 نسمة**
2010	8971	4857	25584	26281	65693	**35 785 442**	**545 نسمة**
2011	9894	5182	25831	29016	69923	**36 780 023**	**526 نسمة**
2012	10380	5630	28394	31990	76394	**37 330 578**	**489 نسمة**
2013	10793	5914	29955	34253	80915	**38 066 972**	**470 نسمة**
2014	10766	6046	29823	33659	80294	**38 915 844**	**485 نسمة**
2015	11049	5976	30632	21204	68861	**39 678 023**	**578 نسمة**
2016	10835	6928	31857	36844	86464	**40 614 462**	**470 نسمة**
2017	10729	7161	32325	36454	86669	**41 349 458**	**477 نسمة**
2018	11482	7977	35108	40778	95345	**41 815 199**	**439 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous-Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008, p: {216, 262, 308, 335}, 2009, p: {225, 284,340, 370 }, 2010, p: {164, 200 , 240, 283 }, 2011, p: {242, 301, 363, 416}, 2012, p: {252, 312, 377, 432}, 2013, p: {263, 323, 389, 441}, 2014, p: {271, 331, 401, 465}, 2015, p: {322, 381, 452}, 2016, p: {333, 391, 466, 526}, 2017, p: {334, 397, 472, 532}, 2018, p: {287, 350, 425, 489}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الممرضين العامين قد شهد ارتفاعا حلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان مجموعهم 63304 سنة 2008 أي بمعدل 1 ممرض عام لكل 549 نسمة أصبح 95345 ممرض عام سنة 2018 أي بمعدل 1 ممرض عام لكل 439 نسمة، والسبب في هذه الزيادة هو ارتفاع عدد السكان خلال

نفس الفترة، ويعزو الباحث إلى أن عدد الممرضين العامين منخفض بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر، على اعتبار أن 1 ممرض عام لكل 439 نسمة هو معدل منخفض لا يستطيع أن يلبي احتياجات المستفيدين.

ت. تطور التغطية الصحية لممرضي التخدير والإنعاش بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية لممرضي التخدير والإنعاش بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-14): تطور التغطية الصحية لممرضي التخدير والإنعاش بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر خلال الفترة (2008-2018):

البيان	عدد ممرضي التخدير والإنعاش بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية				مجموع ممرضي التخدير والإنعاش	عدد السكان خلال الفترة	عدد السكان لكل ممرض تخدير وإنعاش
	CHU +EHU	*EHS*	*EPH+ EH*	*EPSP*			
2008	792	407	1897	40	3136	**34 783 191**	**11092 نسمة**
2009	837	468	2028	43	3376	**35 293 819**	**10454 نسمة**
2010	900	501	2192	50	3580	**35 785 442**	**9996 نسمة**
2011	992	535	2247	45	3819	**36 780 023**	**9631 نسمة**
2012	1092	607	2518	59	4276	**37 330 578**	**8730 نسمة**
2013	1125	655	2752	65	4597	**38 066 972**	**8281 نسمة**
2014	1033	663	2435	64	4195	**38 915 844**	**9277 نسمة**
2015	1015	603	2676	62	4356	**39 678 023**	**9109 نسمة**
2016	986	577	2503	57	4123	**40 614 462**	**9851 نسمة**
2017	910	557	2401	50	3918	**41 349 458**	**10554 نسمة**
2018	938	607	2615	71	4231	**41 815 199**	**9883 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous-Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008, p: {216, 262, 308, 335}, 2009, p: {225, 284,340, 370 }, 2010, p: {164, 200 , 240, 283 }, 2011, p: {242, 301, 363, 416}, 2012, p: {252, 312, 377, 432}, 2013, p: {263, 323, 389, 441}, 2014, p: {271, 331, 401, 465}, 2015, p: {322, 381, 452}, 2016, p: {333, 391, 466, 526}, 2017, p: {334, 397, 472, 532}, 2018, p: {287, 350, 425, 489}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد ممرضي التخدير والإنعاش قد شهد ارتفاعا حلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان مجموعهم 3136 سنة 2008 أي بمعدل 1 ممرض تخدير وإنعاش لكل 11092 نسمة أصبح 4231 ممرض تخدير وإنعاش سنة 2018 أي بمعدل 1 ممرض تخدير وإنعاش لكل 9883 نسمة، والسبب في هذه الزيادة هو ارتفاع عدد السكان خلال نفس الفترة، ويعزو الباحث إلى أن عدد ممرضي التخدير والإنعاش منخفض جدا وفي أدنى مستوى له بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر، على اعتبار أن 1 ممرض تخدير وإنعاش لكل 9883 نسمة هو معدل منخفض وليس بمقدوره أن يلبي جميع احتياجات المستفيدين.

المبحث الثاني: تقديم المنظومة الصحية لولاية المدية

إن ولاية المدية مثلها مثل باقي ولايات الوطن، تتمتع بمنظومة صحية تحتوي على صنفين من المؤسسات العمومية الصحية المتواجدة بالجزائر، ألا وهي المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، حيث تتوزع هذه المؤسسات على مختلف مناطق وبلديات الولاية، بالإضافة إلى احتوائها على عدد من العيادات الخاصة التي تتقاسم خدمة المواطن مع المؤسسات الصحية العمومية.

المطلب الأول: تطور عدد المؤسسات الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد المؤسسات الصحية لولاية المدية (***EPSP*** + ***EPH***) خلال الفترة (2008-2018)، ولكن قبل ذلك لا بد أن نعرض تطور القطاع الصحي في المدية.

وقد جاء في التقسيم القديم للمنظومة العمومية الصحية لولاية المدية التي كانت تنقسم إلى قطاعات صحية، وهذه الأخيرة بدورها تنقسم إلى مستشفيات ووحدات صحية قاعدية، وأهم القطاعات الصحية لولاية المدية التي جاءت حسب المرسوم التنفيذي رقم: 97-466 المؤرخ في: 02 ديسمبر 1997، يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها كما يلي:

الجدول رقم (3-15): تقسيم القطاع الصحي في ولاية المدية

الرقم	القطاع الصحي
01	المدية
02	البرواقية
03	تابلاط
04	بني سليمان
05	قصر البخاري
06	عين بوسيف

المصدر: الجريدة الرسمية، العدد رقم: 81، المرسوم التنفيذي رقم: 97-466 المؤرخ في: 02 شعبان 1418هـ، الموافق لـ 02 ديسمبر 1997، يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها.

نلاحظ من الجدول بأن القطاع الصحي لولاية المدية كان مقسم إلى 06 قطاعات أساسية كل في منطقة معينة، كما أن كل قطاع يغطي مجموعة من المناطق والبلديات، أي المنطقة المتواجد بها القطاع والمناطق المجاورة.

ولكن بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم:07-140 المؤرخ في: 19 ماي 2007 تم إنشاء ما يسمى بالمؤسسات العمومية الاستشفائية (***EPH***) والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (***EPSP***)، وعليه فقد تشكلت قائمة المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية فيمايلي:

الجدول رقم (3-16): قائمة المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية (*EPH + EPSP*)

المؤسسات العمومية الاستشفائية (***EPH***)	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (***EPSP***)
المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالمدية
المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبرواقية	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالبرواقية
المؤسسة العمومية الاستشفائية بقصر البخاري	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بتابلاط
المؤسسة العمومية الاستشفائية ببني سليمان	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالشهبونية
المؤسسة العمومية الاستشفائية عين بوسيف	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بشلالة العذاورة
المؤسسة العمومية الاستشفائية بتابلاط	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقصر البخاري
	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ببني سليمان

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على: معطيات مصلحة الهياكل والنشاطات الصحية، مديرية الصحة والسكان لولاية المدية، سنة 2018.

نلاحظ من خلال الجدول بأن المنظومة العمومية الصحية لولاية المدية تتكون من **13** مؤسسة عمومية صحية، منها **6** مؤسسات عمومية استشفائية و**7** مؤسسات عمومية للصحة الجوارية موزعة على مختلف مناطق وبلديات الولاية.

كذلك نلاحظ بأن المنظومة العمومية الصحية لولاية المدية لا يتواجد بها مركز استشفائي جامعي (***CHU***) وذلك للأسباب التالية[1]:

- عدم وجود كلية الطب في جامعة المدية؛ لأن المركز الاستشفائي الجامعي يتضمن أساتذة متخصصين وأساتذة مساعدين، الذين بدورهم يقومون بتقديم دروس أساسية لطلبة الطب القادمين من الجامعة؛ وبالتالي فإن المركز الاستشفائي الجامعي يتواجد بالولايات التي بها كلية الطب علما أن هذا شرط أساسي.
- نقص الأطباء الأخصائيين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية، لأن المركز الاستشفائي الجامعي يتضمن تخصصات كثيرة الأمر الذي يتطلب عدد معين من الأطباء الأخصائيين.

[1]- مقابلة أجريت مع السيدة: فكاك أميرة، المدير الفرعي للموارد البشرية، المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية، بتاريخ 29 سبتمبر 2020، على الساعة 14:00.

أولا: تطور عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية (*EPH*) للفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–17): تطور عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية (*EPH*) خلال الفترة (2008–2018)

البيان	عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية	عدد البلديات المغطاة	عدد السكان	عدد السكان لكل مؤسسة
2008	06	64	830943	**138491 نسمة**
2009	06	64	832763	**138794 نسمة**
2010	06	64	849417	**141570 نسمة**
2011	06	64	866406	**144401 نسمة**
2012	06	64	883735	**147289 نسمة**
2013	06	64	901412	**150235 نسمة**
2014	06	64	919444	**153241 نسمة**
2015	06	64	937380	**156230 نسمة**
2016	06	64	956588	**159431 نسمة**
2017	06	64	975725	**162621 نسمة**
2018	06	64	995240	**165873 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018)**, Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {9}, 2009, p : {10}, 2010, p : {11}, 2011, p : {9}, 2012, p : {9}, 2013, p : {9}, 2014, p : {9}, 2015, p : {55}, 2016, p : {55}, 2017, p : {54}, 2018, p : {14}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية بقي ثابتا طيلة الفترة المدروسة بالرغم من زيادة عدد السكان خلال نفس الفترة، فبعد أن كانت التغطية الصحية من طرف المؤسسات العمومية الاستشفائية 138491 نسمة لكل مؤسسة استشفائية سنة 2008 أصبحت 165873 نسمة لكل مؤسسة استشفائية سنة 2018، وبالتالي نلاحظ بأن عدد السكان ارتفع ولم يصاحب ذلك زيادة في عدد المؤسسات الاستشفائية، وإنما صاحبه زيادة في عدد الموارد البشرية من طبيين وشبه طبيين وأخصائيين نفسانيين ... الخ.

ثانيا: تطور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية (*EPSP*) للفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–18): تطور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية (*EPSP*) خلال الفترة (2008–2018)

البيان	عيادات متعددة الخدمات	عيادات التوليد	عدد قاعات العلاج	عدد السكان
2008	45	03	139	830943
2009	45	03	141	832763
2010	54	04	142	849417
2011	54	04	144	866406
2012	64	03	137	883735
2013	64	03	139	901412
2014	64	03	138	919444
2015	64	04	145	937380
2016	66	04	150	956588
2017	67	04	157	975725
2018	67	04	162	995240

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {9}, 2009, p : {10}, 2010, p : {11}, 2011, p : {9}, 2012, p : {9}, 2013, p : {9}, 2014, p : {9}, 2015, p : {55}, 2016, p : {55}, 2017, p : {61}, 2018, p : {21}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد العيادات المتعددة الخدمات شهد زيادة ملحوظة فبعد أن كان 45 عيادة سنة 2008 أي بتغطية صحية تقدر بـ: 18465 نسمة لكل عيادة أصبح 67 عيادة سنة 2018 أي بتغطية صحية تقدر بـ: 14563 نسمة لكل قاعة، أي أن حجم التغطية قد ارتفع تقريبا بـ: 900 نسمة من سنة 2008 إلى سنة 2018، كما نلاحظ بأن عدد عيادات التوليد لم يشهد تطورا كبيرا فبعد أن كان 03 عيادات سنة 2008 أصبح 04 عيادات سنة 2018، وقد يرجع السبب وراء عدم وجود زيادة ملحوظة في عدد عيادات التوليد إلى انخفاض الزواجات وارتفاع حالات الطلاق، كما نلاحظ ارتفاع في عدد قاعات العلاج فبعد أن كانت 139 قاعة سنة 2008 أي بتغطية صحية تقدر بـ: 5978 نسمة لكل قاعة إلى أن أصبح 167 عيادة سنة 2018 بتغطية صحية تقدر بـ: 6214 نسمة لكل قاعة، وعليه يمكن إرجاع الزيادة في عدد العيادات وفي عدد قاعات العلاج إلى الزيادة في عدد السكان خلال الفترة المدروسة.

ثالثا: تطور العيادات الخاصة في ولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في العيادات الخاصة بمختلف أصنافها (عيادات أطباء أخصائيين، عيادات أطباء عامين، صيادلة، ...الخ) في ولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–19): تطور عيادات الأطباء في القطاع الخاص خلال الفترة (2008–2018)

البيان	عيادة طبيب متخصص	عيادة طبيب عام	عيادة جراح أسنان	صيدلي	عيادة جماعية	مجموع العيادات
2008	59	79	60	102	04	**304**
2009	63	77	62	109	6	**317**
2010	68	81	66	119	6	**340**
2011	68	82	70	130	7	**357**
2012	76	82	69	137	7	**371**
2013	85	85	73	145	7	**395**
2014	95	86	80	156	13	**430**
2015	110	97	84	161	16	**468**
2016	122	107	91	170	19	**509**
2017	137	124	103	178	19	**561**
2018	149	140	104	180	22	**595**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {14}, 2009, p : {16}, 2010, p : {17}, 2011, p : {15}, 2012, p : {15}, 2013, p : {15}, 2014, p : {15}, 2015, p : {61}, 2016, p : {61}, 2017, p : {63}, 2018, p : {23}.*

نلاحظ من خلال الجدول أن العيادات الصحية الخاصة في ولاية المدية شهدت ارتفاعا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان عدد العيادات 304 سنة 2008 أصبح 595 عيادة سنة 2018، وما هو ملاحظ أن عيادة الأطباء المتخصصين هي التي شهدت ارتفاع أكثر خلال الفترة المدروسة فقد ارتفعت بأكثر من ضعفين ما بين سنة 2008 وسنة 2018، وبالتالي قد يكون السبب وراء ارتفاع عدد العيادات الخاصة هو ترك الأطباء العمل في القطاع العام والذهاب إلى العمل في العيادات الخاصة، كما قد يكون السبب زيادة طلب المستفيدين على خدمات العيادات الخاصة.

المطلب الثاني: تطور عدد الأسرة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008–2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الأسرة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية (***EPH + EPSP***) خلال الفترة (2008-2018)، ونقوم بمقارنة عدد الأسرة مع عدد السكان خلال نفس الفترة، وعلى ضوء ذلك سنحدد عدد السكان لكل سرير واحد، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–20): تطور عدد الأسرة الحقيقية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008–2018)

البيان	إجمالي عدد الأسرة بـ: ***EPH***	إجمالي عدد الأسرة بـ: ***EPSP***	مجموع الأسرة	عدد السكان	عدد السكان لكل واحد سرير
2008	1024	76	1100	830943	**755 نسمة**
2009	1141	132	1273	832763	**654 نسمة**
2010	1141	142	1283	849417	**662 نسمة**
2011	1107	146	1253	866406	**691 نسمة**
2012	1158	178	1336	883735	**662 نسمة**
2013	1200	181	1381	901412	**653 نسمة**
2014	1202	166	1368	919444	**672 نسمة**
2015	1236	166	1402	937380	**669 نسمة**
2016	1283	185	1468	956588	**652 نسمة**
2017	1234	203	1437	975725	**679 نسمة**
2018	1242	212	1454	995240	**685 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {9}, 2009, p : {10}, 2010, p : {11}, 2011, p : {9}, 2012, p : {9}, 2013, p : {9}, 2014, p : {9}, 2015, p : {55}, 2016, p : {55}, 2017, p : {54}, 2018, p : {14}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الأسرة بالمؤسسات العمومية الصحية بولاية المدية شهد زيادة بعد أن كان 1100 سنة 2008 أي بمعدل 1 سرير لكل 755 نسمة إلى أن أصبح 1468 سنة 2018 أي بمعدل 1 سرير لكل 652 نسمة، وبالتالي فإن الزيادة التي كانت وراء زيادة عدد الأسرة هي زياد عدد السكان خلال الفترة المدروسة، وبالتالي يمكن القول بأن عدد الأسرة بالمؤسسات العمومية الصحية بولاية المدية منخفض جدا، الأمر الذي من شأنه أن يعود سلبا على جودة الخدمات الصحية وعدم رضا المستفيد.

ومن جملة التحديات المرتبطة بزيادة عدد الأسرة بالقطاع الصحي العمومي لولاية المدية، أن مصالح القطاع مملوءة بالأسرة الأمر الذي ينتج عنه عدم القدرة على زيادة عدد الأسرة لعدم وجود المساحة الكافية، وبالتالي فإن زيادة عدد الأسرة مرهون إما ببناء مصالح جديدة داخل المؤسسات الصحية أو بناء مؤسسات صحية جديدة، ضف إلى ذلك أزمة التقشف التي تمر بها الجزائر جعلت الموارد المالية للقطاع محدودة، ما ينتج عنه أن تشييد مؤسسات صحية جديدة أو زيادة عدد المصالح بالمؤسسات أمر مستبعد تماما[1].

[1]– مقابلة أجريت مع السيد: عمراوي يوسف، المدير الفرعي للموارد البشرية، المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين بوسيف، بتاريخ 20 سبتمبر 2020، على الساعة 10:00.

المطلب الثالث: حالة المعدات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008–2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح حالة المعدات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008–2018)، وذلك من خلال عرض حالة المعدات الطبية وحالة معدات النقل الصحي.

أولا: حالة المعدات الطبية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح حالة المعدات الطبية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008–2018)، من خلال توضيح حالة معدات الجراحة، وطاولات التشغيل، وكراسي طب الأسنان.

أ. حالة معدات الجراحة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح حالة معدات الجراحة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–21): حالة معدات الجراحة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	الحالة	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
المدية	يعمل	00	00	06	06	06	06	06	06	06	06	06
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
البرواقية	يعمل	02	02	03	03	04	04	04	07	06	06	06
	معطل	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
قصر البخاري	يعمل	04	06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
بني سليمان	يعمل	15	15	20	20	17	17	17	15	05	05	05
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
تابلاط	يعمل	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
	معطل	00	00	00	01	01	00	00	00	00	00	00
عين بوسيف	يعمل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
المجموع	**يعمل**	**26**	**28**	**40**	**40**	**38**	**38**	**38**	**39**	**28**	**28**	**28**
	معطل	**01**	**00**	**00**	**01**	**01**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**06**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {26}, 2009, p : {27}, 2010, p : {27}, 2011, p : {26-27}, 2012, p : {27}, 2013, p : {27}, 2014, p : {27}, 2015, p : {73}, 2016, p : {74}, 2017, p : {74-75}, 2018, p : {34-35}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن حالة معدات الجراحة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة المدروسة في حالة جيدة نتيجة انخفاض عدد الأعطال، حيث نلاحظ بأن عدد الأعطال ينعدم تماما خلال الخمس سنوات الأخيرة، وبالتالي فإن هذا مؤشر إيجابي يحسب للمنظومة الصحية لولاية المدية.

ب. حالة طاولات التشغيل بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح حالة طاولات التشغيل بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–22): حالة طاولات التشغيل بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	الحالة	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
المدية	يعمل	00	00	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
البرواقية	يعمل	02	02	03	03	04	04	05	06	06	06	06
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
قصر البخاري	يعمل	03	04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
بني سليمان	يعمل	04	04	06	06	08	08	08	09	08	08	08
	معطل	01	01	01	01	01	01	00	00	00	00	00
تابلاط	يعمل	02	02	02	02	02	03	03	02	02	02	02
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	02	02
عين بوسيف	يعمل	02	02	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
المجموع	**يعمل**	**13**	**14**	**25**	**25**	**28**	**29**	**30**	**31**	**30**	**30**	**30**
	معطل	**01**	**01**	**01**	**01**	**01**	**01**	**00**	**00**	**00**	**02**	**02**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {26}, 2009, p : {27}, 2010, p : {27}, 2011, p : {26-27}, 2012, p : {27}, 2013, p : {27}, 2014, p : {27}, 2015, p : {73}, 2016, p : {74}, 2017, p : {74-75}, 2018, p : {34-35}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن حالة طاولات التشغيل بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة المدروسة في حالة جيدة نتيجة وجود أعطال قليلة، فنلاحظ بأن عدد الأعطال بقيت ثابتة خلال الست سنوات الأولى ثم انعدمت في السنوات التي تليها ثم ارتفعت خلال السنة الأخيرة، ومع ذلك تبقى هذه الأعطال قليلة وهذا ما يعزّز من فعالية القطاع الصحي.

ت. حالة كراسي طب الأسنان بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح حالة كراسي طب الأسنان بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-23): حالة كراسي طب الأسنان بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	الحالة	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
المدية	يعمل	01	01	01	01	01	01	01	01	01	00	00
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
البرواقية	يعمل	00	00	00	00	00	00	00	00	01	01	00
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
قصر البخاري	يعمل	01	01	01	01	01	00	01	01	01	01	00
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
بني سليمان	يعمل	01	01	01	01	01	01	01	01	01	00	00
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
تابلاط	يعمل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
عين بوسيف	يعمل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
المجموع	**يعمل**	**03**	**03**	**03**	**03**	**03**	**02**	**03**	**03**	**04**	**02**	**00**
	معطل	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {26}, 2009, p : {27}, 2010, p : {27}, 2011, p : {26-27}, 2012, p : {27}, 2013, p : {27}, 2014, p : {27}, 2015, p : {73}, 2016, p : {74}, 2017, p : {74-75}, 2018, p : {34-35}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن حالة كراسي طب الأسنان بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة المدروسة هي في حالة جيدة نتيجة انعدام تام لحالات الأعطال، وهذه نقطة إيجابية تحسب للقطاع الصحي العمومي بولاية المدية.

ثانيا: حالة معدات النقل الصحي بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح حالة معدات النقل الصحي بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008-2018)، من خلال توضيح حالة سيارات الإسعاف والشاحنات والمركبات.

أ. حالة سيارات الإسعاف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008-2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح حالة سيارات الإسعاف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-24): حالة سيارات الإسعاف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	الحالة	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
المدية	يعمل	06	10	07	04	04	08	08	08	11	05	06
	معطل	01	00	03	03	06	02	02	02	02	01	01
البرواقية	يعمل	04	04	03	03	05	02	01	03	04	03	03
	معطل	00	03	02	01	01	01	02	00	00	01	01
قصر البخاري	يعمل	02	03	02	02	01	02	02	03	04	03	04
	معطل	01	00	01	00	01	00	00	00	00	01	01
بني سليمان	يعمل	02	03	03	03	03	03	03	04	04	04	04
	معطل	01	02	02	02	00	01	00	00	00	00	00
تابلاط	يعمل	04	07	06	05	05	05	05	04	04	04	03
	معطل	01	00	00	01	01	01	01	00	00	00	01
عين بوسيف	يعمل	03	06	06	05	05	06	04	04	04	04	03
	معطل	02	01	01	01	01	00	00	00	00	00	01
المجموع	**يعمل**	**21**	**33**	**27**	**22**	**23**	**26**	**23**	**26**	**31**	**23**	**23**
	معطل	**06**	**06**	**09**	**08**	**10**	**05**	**05**	**02**	**02**	**03**	**05**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {57}, 2009, p : {60}, 2010, p : {60}, 2011, p : {67 }, 2012, p : {66}, 2013, p : {72}, 2014, p : {76}, 2015, p : {122}, 2016, p : {129-130}, 2017, p : {133-134}, 2018, p : {87}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن حالة سيارات الإسعاف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية المدية خلال الفترة المدروسة في مستوى متوسط، فنلاحظ أن حالات الأعطال قد ارتفعت في السنوات الخمس الأولى ثم بدأت تنخفض في السنوات التي تليها، كما نلاحظ حالات العمل قد ارتفعت خلال الثلاث سنوات الأولى ثم بدأت تنخفض في السنوات التي تليها، وعليه يمكن القول بأن حالة سيارات الإسعاف خلال الفترة المدروسة في حالة متكافئة بين حالات العمل وحالات العطل.

ب. حالة الشاحنات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح حالة الشاحنات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–25): حالة الشاحنات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	الحالة	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
المدية	يعمل	01	01	01	01	00	00	00	00	00	01	01
	معطل	00	00	00	00	01	01	01	01	01	00	00
البرواقية	يعمل	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
قصر البخاري	يعمل	01	01	01	01	00	00	00	00	01	00	00
	معطل	00	00	00	00	00	01	01	01	00	01	01
بني سليمان	يعمل	01	01	01	01	01	01	01	02	02	02	02
	معطل	01	01	01	01	00	00	00	00	00	00	00
تابلاط	يعمل	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
عين بوسيف	يعمل	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
المجموع	**يعمل**	**06**	**06**	**06**	**06**	**05**	**04**	**04**	**05**	**06**	**06**	**06**
	معطل	**01**	**01**	**01**	**01**	**01**	**02**	**02**	**02**	**01**	**01**	**01**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {57}, 2009, p : {60}, 2010, p : {60}, 2011, p : {67 }, 2012, p : {66}, 2013, p : {72}, 2014, p : {76}, 2015, p : {122}, 2016, p : {129-130}, 2017, p : {133-134}, 2018, p : {87}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن حالة الشاحنات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية المدية خلال الفترة المدروسة في حالة جيدة نتيجة وجود حالات عطل قليلة، فنلاحظ بأن حالات العطل بقيت ثابتة خلال الخمس سنوات الأولى ثم ارتفعت خلال الثلاث سنوات التي تليها ثم عادت إلى الانخفاض من جديد في السنوات الأخيرة، مما يدل على أن هناك متابعة مستمرة من طرف قسم الصيانة، ولكن مع ذلك فإن قسم الصيانة غير مفعّل، فلو كان كذلك لما كانت هناك حالات عطل أبدا.

ت. حالة المركبات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح حالة المركبات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–26): حالة المركبات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	الحالة	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
المدية	يعمل	02	02	02	03	03	03	03	03	03	03	03
	معطل	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
البرواقية	يعمل	01	01	02	03	03	03	03	03	03	02	02
	معطل	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
قصر البخاري	يعمل	02	01	01	02	02	02	02	02	02	02	02
	معطل	01	01	02	00	00	00	00	00	00	00	00
بني سليمان	يعمل	02	02	02	02	03	03	00	03	03	00	03
	معطل	01	01	01	01	00	00	00	01	01	01	01
تابلاط	يعمل	03	03	03	03	03	02	02	02	02	02	02
	معطل	00	00	00	00	00	01	01	00	00	00	00
عين بوسيف	يعمل	02	03	03	01	04	02	03	03	03	03	03
	معطل	02	01	01	03	01	03	00	00	00	00	00
المجموع	**يعمل**	**12**	**12**	**13**	**14**	**18**	**15**	**13**	**16**	**16**	**12**	**15**
	معطل	**05**	**03**	**04**	**04**	**01**	**04**	**01**	**01**	**01**	**01**	**01**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {57}, 2009, p : {60}, 2010, p : {60}, 2011, p : {67 }, 2012, p : {66}, 2013, p : {72}, 2014, p : {76}, 2015, p : {122}, 2016, p : {129-130}, 2017, p : {133-134}, 2018, p : {87}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن حالة المركبات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية المدية خلال الفترة المدروسة في مستوى جيد نتيجة الانخفاض المستمر في حالات الأعطال سنة تلوى الأخرى، فبعد أن كانت حالات الأعطال 5 حالات سنة 2008 أصبحت حالة واحدة سنة 2018، وهذا ما يدل على أن المركبات محل مراقبة مستمرة من طرف قسم الصيانة بالمؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية المدية.

وما يفسر حالات العطل التي تتعرض لها معدات القطاع الصحي العمومي لولاية المدية إنما هو نتيجة طول عدد ساعات العمل لهذه المعدات، فمثلا في جائحة كوفيد -19- ظل جهاز الراديو يعمل على مدار

الساعة ولم يتوقف دقيقة واحدة، الأمر الذي قد ينتج عنه حالة عطل للجهاز، وتتم عملية الصيانة في القطاع الصحي العمومي لولاية المدية على شكلين هما[1]:

- الصيانة الوقائية: والتي تكون بصفة دورية بغرض مراقبة حالة المعدات وهل هي في حالة جيدة أم لا.
- الصيانة العلاجية: وتتم بعد وقوع المعدات في حالة عطل بغرض التعرف على أسباب العطل وإصلاحها.

إلا أن هناك جملة من التحديات المرتبطة بنظام الصيانة في القطاع الصحي العمومي لولاية المدية كما يلي[2]:

- نقص الإمكانيات المالية، الأمر الذي ينتج عنه عدم فعالية نظام الصيانة واستمرار وجود حالات العطل في معدات القطاع؛
- نقص المهندسين المتخصصين في صيانة معدات القطاع الصحي لولاية المدية، أي وجود نقص فادح في عدد العاملين الذين يعملون في مجال الصيانة بالقطاع الصحي العمومي للولاية، الأمر الذي يتطلب التعاقد مع القطاع الخاص في هذا المجال، ولكن مع كون الإجراءات الإدارية ذو طابع معقد، فإن التعاقد مع القطاع الخاص يأخذ وقتا كبيرا، مما يزيد من طول الفترة الزمنية لحالة العطل في معدات القطاع.

المبحث الثالث: تطور الموارد البشرية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008-2018)

سنحاول في هذا المبحث توضيح التطور الحاصل في الموارد البشرية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، وذلك من طبيين وشبه طبيين وإداريين وتقنيين وعمال الخدمات.

المطلب الأول: تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين بمختلف فئاتهم (طبيب متخصص، طبيب عام، جراح أسنان، صيادلة...الخ) بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية (***EPSP*** + ***EPH***) خلال الفترة (2008-2018)، حيث سنقوم بتحليل كل فئة من فئات الطبيين على حدى.

أولا: تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين الأخصائيين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الممارسين الطبيين

[1]- مقابلة أجريت مع السيد: كليلي محمد أمين، مدير فرعي للتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة، المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية، بتاريخ 23 سبتمبر 2020، على الساعة 11:00.

[2]- مقابلة أجريت مع السيد: ميموني جمال، موظف بمكتب الصفقات العمومية، المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبرواقية، بتاريخ 08 سبتمبر 2020، على الساعة 14:30.

الأخصائيين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، وكذلك في هياكل القطاع الخاص بهدف معرفة معدل التغطية الصحية للأطباء الأخصائيين نسبة إلى السكان في ولاية المدية.

أ. تطور عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-27): تطور عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	عين بوسيف	تابلاط	مجموع الأخصائيين
2008	59	34	23	12	07	12	147
2009	82	38	29	22	18	06	195
2010	87	26	20	18	21	07	179
2011	99	31	20	21	16	08	195
2012	115	32	16	24	24	09	220
2013	120	34	15	29	17	13	228
2014	124	30	20	29	27	14	244
2015	112	31	27	29	27	19	245
2016	111	41	34	29	28	20	263
2017	113	42	22	24	28	25	254
2018	112	33	20	16	22	21	224

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008 , p : {78-79}, 2009, p : {81-82}, 2010, p : {77} , 2011, p : {88-89 }, 2012, p : {95}, 2013, p : {106}, 2014, p : {111}, 2015, p : {159}, 2016, p : {167}, 2017, p : {165-166}, 2018, p : {118-119}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الأخصائيين شهد ارتفاعا ملحوظا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان 147 أخصائي سنة 2008 أصبح 224 أخصائي سنة 2018، كما نلاحظ بأن هذه الزيادة الواضحة كانت في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية، وقد يرجع السبب إلى كبر الحجم السكاني في مدينة المدية وفي كثرة عدد البلديات التي تغطيها المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية دون سائر المؤسسات العمومية الاستشفائية الأخرى المتواجدة في الولاية، وبالتالي الزيادة في الطلب على الخدمات الصحية المتخصصة.

ب. تطور عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية للفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بالمدية للفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-28): تطور عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	تابلاط	شلالة العذاورة	الشهبونية	مجموع الأخصائيين
2008	03	01	01	00	00	00	00	05
2009	02	02	01	00	01	00	00	06
2010	02	02	02	01	01	00	00	08
2011	01	01	01	01	01	00	00	05
2012	01	01	01	02	01	00	00	06
2013	04	01	01	02	02	01	00	11
2014	03	02	02	02	02	02	00	13
2015	05	03	02	02	02	00	00	14
2016	03	03	01	03	04	01	00	15
2017	04	03	03	01	03	02	00	16
2018	04	01	02	00	01	02	00	10

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {324}, 2009, p : {359}, 2010, p : {255}, 2011, p : {381 }, 2012, p : {395}, 2013, p : {408}, 2014, p : {423}, 2015, p : {474}, 2016, p : {487}, 02017, p : {493}, 2018, p : {446}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الأخصائيين لم يشهد تطورا واضحا فبعد أن كان 05 أخصائيين سنة 2008 أصبح 10 أخصائيين سنة 2018، كما نلاحظ بأن عدد الأخصائيين في الخمس سنوات الأولى تقريبا بقي ثابتا، ثم ارتفع في الأربع سنوات الموالية ثم شهد تراجعا في سنة 2017 مقارنة مع سنة 2016، وقد يرجع السبب إلى هجرة الأخصائيين من العمل في القطاع العام والتوجه إلى فتح عيادات خاصة.

ت. تطور عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (3–29): تطور عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
عدد الأطباء الأخصائيين	66	72	81	80	91	103	120	141	154	176	182

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {348}, 2009, p : {383}, 2010, p : {316}, 2011, p : {455 }, 2012, p : {475}, 2013, p : {494}, 2014, p : {512}, 2015, p : {565}, 2016, p : {571}, 2017, p : {579}, 2018, p : {537}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الأخصائيين في القطاع الخاص شهد تطورا ملحوظا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان 66 أخصائي سنة 2008 أصبح 182 أخصائي سنة 2018، وقد يرجع السبب وراء ذلك إلى رغبة الأخصائيين في العمل لصالحهم في عيادات خاصة بسبب تدهور بيئة العمل في القطاع العام، كما قد يكون السبب تدني الأجر خاصة وأن الأجر في الوظيف العمومي في الجزائر متدني، وهذا ما ينعكس سلبا على الرضا الوظيفي للعاملين.

ومن جملة الأسباب التي دفعت الأطباء الأخصائيين لترك العمل في القطاع العام والذهاب إلى العمل في القطاع الخاص ما يلي[1]:

– التسهيلات الممنوحة من طرف الوكالة الوطنية لدعم وتشغيل الشباب، حيث تقوم هذه الأخيرة بتزويد الأطباء الأخصائيين بالأجهزة والمعدات اللازمة، وهذا ما يعطيهم الحافز نحو الانتقال إلى العمل الخاص.

– ضعف الأجر في القطاع العام مقارنة مع ما يمكنه تحقيقه من العمل في القطاع الخاص.

– رغبة الأطباء الأخصائيين في العمل بالقرب من مكان إيوائهم، فالطبيب الأخصائي يتم تعيينه من قبل السلطة المركزية (وزارة الصحة) وله مدة عمل قانونية محددة على الأقل بسنتين في القطاع العام، ليسمح له القانون فيما بعد إلى فتح عيادة خاصة ويحبذ بأن تكون بالقرب من مكان إيوائه.

ث. إجمالي عدد الأطباء الأخصائيين المتواجدين في ولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): بعدما قمنا بتحديد عدد الممارسين الطبيين الأخصائيين في المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وفي القطاع الخاص لولاية المدية، سنقوم الآن بتحديد عدد السكان لكل طبيب أخصائي من خلال قسمة عدد السكان على إجمالي الأخصائيين في القطاعين العام والخاص، والجدول التالي يوضح ذلك:

[1]– مقابلة أجريت مع السيد: يعقوب لخضر، موظف بمصلحة محاسبة التكاليف، المؤسسة العمومية الاستشفائية بقصر البخاري، بتاريخ 17 سبتمبر 2020، على الساعة 17:00.

الجدول رقم (3–30): إجمالي عدد الأطباء الأخصائيين المتواجدين في ولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	إجمالي الأخصائيين في: ***EPH***	إجمالي الأخصائيين في: ***EPSP***	إجمالي الأخصائيين في: القطاع الخاص	إجمالي الأخصائيين في القطاعين العام والخاص	عدد السكان	عدد السكان لكل طبيب أخصائي
2008	147	05	66	218	830943	**3812 نسمة**
2009	195	06	72	273	832763	**3050 نسمة**
2010	179	08	81	268	849417	**3196 نسمة**
2011	195	05	80	280	866406	**3094 نسمة**
2012	220	06	91	317	883735	**2788 نسمة**
2013	228	11	103	342	901412	**2636 نسمة**
2014	244	13	120	377	919444	**2439 نسمة**
2015	245	14	141	400	937380	**2343 نسمة**
2016	263	15	154	432	956588	**2214 نسمة**
2017	254	16	176	446	975725	**2188 نسمة**
2018	224	10	182	416	995240	**2392 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب.

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الأخصائيين في القطاعين العام والخاص في ولاية المدية شهد ارتفاعا ملحوظا، فبعد أن كان 218 أخصائي سنة 2008 بمعدل 1 طبيب أخصائي لكل 3812 نسمة أصبح 416 طبيب بمعدل 1 طبيب أخصائي لكل 2392 نسمة، وبالتالي فإن معدل الأطباء الأخصائيين قد ارتفع خلال الفترة المدروسة، ويعزو الباحث إلى أن معدل الأطباء الأخصائيين في القطاع الصحي لولاية المدية منخفض جدا مقارنة مع التطور الهائل في عدد السكان.

ثانيا: تطور التغطية الصحية للممارسين الطبيين العامين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الممارسين الطبيين العامين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، وكذلك في هياكل القطاع الخاص بهدف معرفة معدل التغطية الصحية للأطباء العامين نسبة إلى السكان في ولاية المدية.

أ. **تطور عدد الممارسين الطبيين العامين في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)**: سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الممارسين الطبيين العامين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–31): تطور عدد الممارسين الطبيين العامين في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	عين بوسيف	تابلاط	مجموع الأطباء العامين
2008	65	11	12	15	12	08	123
2009	68	13	17	15	16	11	140
2010	73	19	16	18	20	14	160
2011	83	29	22	21	19	21	195
2012	84	31	22	19	20	18	194
2013	94	31	23	20	24	17	209
2014	102	34	25	19	24	20	224
2015	101	27	27	19	23	25	222
2016	105	35	25	24	20	24	233
2017	101	34	25	24	30	24	238
2018	109	34	26	27	26	26	248

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018)**, Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {78-79}, 2009, p : {81-82}, 2010, p : {77} , 2011, p : {88-89 }, 2012, p : {95}, 2013, p : {106}, 2014, p : {111}, 2015, p : {159}, 2016, p : {167}, 2017, p : {165-166}, 2018, p : {118-119}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الأطباء العامين في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية المدية شهد ارتفاعا ملحوظا، فبعد أن كان 123 طبيب سنة 2008 أصبح 248 طبيب سنة 2018، حيث أن هذا الارتفاع كان من سنة لأخرى بسبب زيادة عدد السكان، ومع ذلك فإنه لازالت المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية تعاني من نقص في الأطباء العامين، خاصة وأن الخدمات الصحية تتميز بالارتفاع المستمر في طلب الحصول عليها، بسبب كثرة المستفيدين الذي يقابله عجز في الأطباء.

ب. تطور عدد الممارسين الطبيين العامين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الممارسين الطبيين العامين بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بالمدية للفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–32): تطور عدد الممارسين الطبيين العامين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	تابلاط	شلالة العذاورة	الشهبونية	مجموع الأطباء العامين
2008	71	42	28	20	29	18	22	230
2009	67	46	35	31	34	29	23	265
2010	67	47	34	36	40	25	20	269
2011	73	46	36	39	43	25	24	286
2012	75	45	35	33	45	39	21	293
2013	80	45	34	38	46	37	19	299
2014	90	50	33	32	48	31	14	298
2015	88	57	35	31	51	38	24	324
2016	88	51	32	34	57	38	22	322
2017	83	66	40	32	57	40	07	325
2018	84	69	38	36	57	46	28	358

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {324}, 2009, p : {359}, 2010, p : {255}, 2011, p : {381 }, 2012, p : {395}, 2013, p : {408}, 2014, p : {423}, 2015, p : {474}, 2016, p : {487}, 2017, p : {493}, 2018, p : {446}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الأطباء العامين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بولاية المدية شهد ارتفاعا، فبعد أن كان 230 طبيب سنة 2008 أصبح 358 طبيب سنة 2018، أي زيادة تقدر بـ: 95 طبيب خلال الفترة المدروسة، والسبب هو زيادة عدد السكان خلال نفس الفترة، ومع ذلك فإن هذا لا يكفي لمواجهة الطلبات المتزايدة من طرف المستفيدين بسبب النقص الواضح في عدد الأطباء العامين.

ت. تطور عدد الممارسين الطبيين العامين في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الممارسين الطبيين العامين مديرية الصحة والسكان لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–33): تطور عدد الممارسين الطبيين العامين في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
عدد الأطباء العامين	02	02	02	02	02	02	02	02	04	04	02

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {345}, 2009, p : {380}, 2010, p : {313}, 2011, p : {452 }, 2012, p : {472}, 2013, p : {491}, 2014, p : {509}, 2015, p : {562}, 2016, p : {568}, 2017, p : {576}, 2018, p : {534}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الممارسين الطبيين العاملين في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية لم يعرف تطورا ملحوظا خلال الفترة المدروسة، حيث نلاحظ بأنه بقي ثابتا ما بين سنة 2008 وسنة 2015، إلى أن ارتفع بطبيبين في سنة 2016 وبقي ثابتا في السنتين المواليتين.

ث. تطور عدد الممارسين الطبيين العامين في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الممارسين الطبيين العامين في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-34): تطور عدد الممارسين الطبيين العامين في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
عدد الأطباء العامين	84	84	88	92	85	83	86	111	121	142	158

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {348}, 2009, p : {383}, 2010, p : {316}, 2011, p : {455 }, 2012, p : {475}, 2013, p : {494}, 2014, p : {512}, 2015, p : {565}, 2016, p : {571}, 2017, p : {579}, 2018, p : {537}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الأطباء العامين العاملين في القطاع الخاص شهد ارتفاعا ولكن هذا الارتفاع لم يكن كبيرا، على اعتبار أنه في سنة 2010 ارتفع العدد بـ: 4 أطباء فقط، كما أنه في سنة 2012 تراجع عدد الأطباء على ما كان عليه في سنة 2011، على اعتبار أن الأطباء العامين لا يفضلون العمل في القطاع الخاص على عكس الأطباء الأخصائيين الذي يفضلون ذلك، لأن زيادة الطلبات من طرف المستفيدين تكون في الحالات المتخصصة كطب الأطفال، أمراض القلب ... الخ، وبالتالي فإن السبب وراء عدم تزايد عدد الأطباء العامين بكثرة في القطاع الخاص هو قلة الطلب من المستفيدين على الخدمات العامة على عكس الخدمات المتخصصة التي يقدمها الأخصائيين.

ج. إجمالي عدد الأطباء العامين المتواجدين في ولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): بعدما قمنا بتحديد عدد الممارسين الطبيين العامين في المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وفي هياكل القطاع الخاص، سنقوم الآن بتحديد عدد السكان لكل طبيب عام من خلال قسمة عدد السكان على إجمالي الطبيين العامين في القطاعين العام والخاص، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-35): إجمالي عدد الأطباء العامين المتواجدين في ولاية المدية للفترة (2008-2018)

البيان	إجمالي الطبيين العامين في: *EPH*	إجمالي الطبيين العامين في: *EPSP*	إجمالي الطبيين العامين في: *DSP*	إجمالي الطبيين العامين في: القطاع الخاص	إجمالي الطبيين العامين في القطاعين العام والخاص	عدد السكان	عدد السكان لكل طبيب عام
2008	123	230	02	84	439	830943	**1893 نسمة**
2009	140	265	02	84	491	832763	**1696 نسمة**
2010	160	269	02	88	519	849417	**1637 نسمة**
2011	195	286	02	92	575	866406	**1507 نسمة**
2012	194	293	02	85	574	883735	**1540 نسمة**
2013	209	299	02	83	593	901412	**1520 نسمة**
2014	224	298	02	86	610	919444	**1507 نسمة**
2015	222	324	02	111	659	937380	**1422 نسمة**
2016	233	322	04	121	680	956588	**1407 نسمة**
2017	238	325	04	142	709	975725	**1376 نسمة**
2018	222	358	02	158	740	995240	**1345 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب.

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الأطباء العامين في ولاية المدية قد ارتفع من سنة لأخرى بسبب زيادة عدد السكان، فبعد أن كان 439 طبيب سنة 2008 أي بمعدل 1 طبيب عام لكل 1893 نسمة أصبح 740 طبيب سنة 2018 أي بمعدل 1 طبيب عام لكل 1345 نسمة، وبالتالي فإن القطاع الصحي في ولاية المدية يشهد نقص فادح في عدد الأطباء العامين، على اعتبار أن الصحة هي مطلب كل إنسان والسكان في تزايد مستمر، فحتى تكون هناك تغطية صحية ينبغي على الأقل 10 أطباء لكل 1000 نسمة.

ومن جملة الأسباب التي تجبر الأطباء العامين على البقاء في القطاع العام وعدم فتح عيادات خاصة، هو رغبة الأطباء الأخصائيين على العمل في القطاع الخاص، لأن المنطقة التي يتواجد بها عدد كبير من الأطباء الأخصائيين تستوجب من الأطباء العامين على عدم فتح عيادات خاصة بتلك المنطقة، لأن المستفيدين يحبذون الحصول على الخدمة من الطبيب الأخصائي لأنه الأجدر على تشخيص المرض باعتباره متخصصا فيه، وبالتالي فإن الأطباء العامين يفضلون المناطق التي لا يتواجد بها الأطباء الأخصائيين، وهذا قد يكون في البلديات الصغيرة والمناطق النائية، لأن الأخصائيين يفضلون البلديات المكتظة بالسكان باعتبارهم يسعون إلى تحقيق الربح، وعليه فإن هذا هو السبب الرئيس الذي يدفع بالأطباء العامين على البقاء في القطاع العام[1].

[1]- مقابلة أجريت مع السيد: بوهدة سمير، طبيب عام، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ببني سليمان، بتاريخ 09 سبتمبر 2020، على الساعة 18:00.

ثالثا: تطور التغطية الصحية لجراحي الأسنان في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد جراحي الأسنان بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، وكذلك في هياكل القطاع الخاص بهدف معرفة معدل التغطية الصحية لجراحي الأسنان نسبة إلى السكان في ولاية المدية.

أ. تطور عدد جراحي الأسنان في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد جراحي الأسنان بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-36): تطور عدد جراحي الأسنان في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	عين بوسيف	تابلاط	مجموع جراحي الأسنان
2008	04	00	02	02	01	00	09
2009	04	00	02	02	01	00	09
2010	04	00	02	02	00	00	08
2011	04	00	02	03	00	00	09
2012	04	00	02	02	00	00	08
2013	04	00	02	02	00	00	08
2014	04	00	02	02	00	00	08
2015	05	01	02	02	00	00	10
2016	04	01	01	01	00	00	07
2017	03	01	01	01	00	00	06
2018	02	01	01	01	00	00	05

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008 , p : {78-79}, 2009, p : {81-82}, 2010, p : {77} , 2011, p : {88-89 }, 2012, p : {95}, 2013, p : {106}, 2014, p : {111}, 2015, p : {159}, 2016, p : {167}, 2017, p : {165-166}, 2018, p : {118-119}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد جراحي الأسنان في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية المدية شهد انخفاضا، فبعد أن كان 09 جراحي أسنان سنة 2008 أصبح 05 جراحي أسنان سنة 2018، كما نلاحظ بأنه في أغلب السنوات بقي العدد ثابتا، ضف إلى ذلك فإن المؤسسة العمومية الاستشفائية بتابلاط والمؤسسة العمومية الاستشفائية بعين بوسيف لا تحتوي على أي جراح أسنان، وهذا ما ينقص من جودة النظام الصحي عند المستفيد ويجعله يشعر بالاستياء من الخدمات العمومية والتوجه إلى خدمات القطاع الخاص.

ب. تطور عدد جراحي الأسنان في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد جراحي الأسنان بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بالمدية خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–37): تطور عدد جراحي الأسنان في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	تابلاط	شلالة العذاورة	الشهبونية	مجموع جراحي الأسنان
2008	49	24	12	15	13	09	08	130
2009	51	23	13	16	14	11	08	136
2010	52	52	15	16	18	15	10	178
2011	52	23	15	16	18	16	10	150
2012	52	23	17	18	19	18	08	155
2013	48	23	16	20	19	15	07	148
2014	51	25	17	17	21	17	11	159
2015	47	23	18	15	20	12	11	146
2016	44	18	18	16	19	17	08	140
2017	44	20	17	15	18	20	21	155
2018	40	20	17	12	21	20	10	140

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {324}, 2009, p : {359}, 2010, p : {255}, 2011, p : {381 }, 2012, p : {395}, 2013, p : {408}, 2014, p : {423}, 2015, p : {474}, 2016, p : {487}, 2017, p : {493}, 2018, p : {446}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد جراحي الأسنان في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية شهد ارتفاعا، فبعد أن كان 130 جراح أسنان سنة 2008 أصبح 140 جراح أسنان سنة 2018، ولكن ما هو ملاحظ أن هذا الارتفاع لم يكن في كل المؤسسات العمومية الاستشفائية بل في بعضها، حيث نجد بأنه في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية، البرواقية، بني سليمان، فإن عدد جراحي الأسنان قد انخفض أو بقي ثابتا، وقد يكون السبب هو انتقال جراحي الأسنان إلى العمل في عيادات خاصة، خاصة وأن هذه المناطق (المدية، البرواقية، بني سليمان) تشهد اكتظاظ السكان.

ت. تطور عدد جراحي الأسنان في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية للفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد جراحي الأسنان في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–38): تطور عدد جراحي الأسنان في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
عدد جراحي الأسنان	00	00	00	00	00	00	00	00	01	01	00

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {345}, 2009, p : {380}, 2010, p : {313}, 2011, p : {452 }, 2012, p : {472}, 2013, p : {491}, 2014, p : {509}, 2015, p : {562}, 2016, p : {568}, 2017, p : {576}, 2018, p : {534}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأنه ما بين سنة 2008 وسنة 2015 لم يكن يتواجد ولا جراح أسنان في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية، إلى أن جاءت سنة 2016 التي نلاحظ بأن هناك جراح أسنان واحد فقط خلال هذه السنة، وبقي العدد ثابتا خلال السنتين المواليتين ليعود إلى ما كان عليه في السنة الأخيرة.

ث. تطور عدد جراحي الأسنان في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد جراحي الأسنان في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–39): تطور عدد جراحي الأسنان في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
عدد جراحي الأسنان	60	62	66	70	70	73	80	92	101	111	120

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {348}, 2009, p : {383}, 2010, p : {316}, 2011, p : {455 }, 2012, p : {475}, 2013, p : {494}, 2014, p : {512}, 2015, p : {565}, 2016, p : {571}, 2017, p : {579}, 2018, p : {537}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد جراحي الأسنان في القطاع الخاص في ولاية المدية شهد ارتفاعا ملحوظا، فبعد أن كان 60 جراح أسنان في سنة 2008 أصبح هناك 120 جراح أسنان في سنة 2018، أي ارتفاع يقدر بـضعفين، والسبب هو هجرة جراحي الأسنان من العمل في القطاع العام إلى العمل في القطاع الخاص، لأننا في تحليلنا لجراحي الأسنان في القطاع العام وجدنا أن عدد جراحي الأسنان انخفض خلال الفترة المدروسة، أي انخفاض تدريجي من سنة 2008 إلى سنة 2018.

ج. إجمالي عدد جراحي الأسنان المتواجدين في ولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): بعدما قمنا بتحديد عدد جراحي الأسنان في المؤسسات العمومية الاستشفائية وفي المؤسسات العمومية للصحة الجوارية

وفي هياكل القطاع الخاص، سنقوم الآن بتحديد عدد السكان لكل جراح أسنان من خلال قسمة عدد السكان على إجمالي جراحي الأسنان في القطاعين العام والخاص، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–40): إجمالي جراحي الأسنان المتواجدين في ولاية المدية للفترة (2008–2018)

البيان	إجمالي جراحي الأسنان في: *EPH*	إجمالي جراحي الأسنان في: *EPSP*	إجمالي جراحي الأسنان في: *DSP*	إجمالي جراحي الأسنان في: القطاع الخاص	إجمالي جراحي الأسنان في القطاعين العام والخاص	عدد السكان	عدد السكان لكل جراح أسنان
2008	09	130	00	60	199	830943	**4176 نسمة**
2009	09	136	00	62	207	832763	**4023 نسمة**
2010	08	178	00	66	252	849417	**3371 نسمة**
2011	09	150	00	70	229	866406	**3783 نسمة**
2012	08	155	00	70	233	883735	**3792 نسمة**
2013	08	148	00	73	229	901412	**3936 نسمة**
2014	08	159	00	80	247	919444	**3722 نسمة**
2015	10	146	00	92	278	937380	**3372 نسمة**
2016	07	140	01	101	249	956588	**3842 نسمة**
2017	06	155	01	111	273	975725	**3574 نسمة**
2018	05	140	00	120	265	995240	**3756 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب.

نلاحظ من خلال الجدول بأن إجمالي عدد جراحي الأسنان المتواجدين في ولاية المدية قد ارتفع خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان 199 جراح أسنان سنة 2008 أي بمعدل 1 جراح أسنان لكل 4176 نسمة أصبح 265 جراح أسنان سنة 2018 أي بمعدل 1 جراح أسنان لكل 3756 نسمة، وبالتالي فإن عدد جراحي الأسنان في القطاع الصحي لولاية المدية منخفض مقارنة مع عدد السكان، على اعتبار أن 1 جراح أسنان لأكثر من 3000 نسمة يدل على أن القطاع في حالة عجز في عدد جراحي الأسنان، وهذا من شأنه أن يؤثر سلبا على النظام الصحي داخل الدولة.

ومن جملة التحديات المرتبطة بجراحي الأسنان في القطاع الصحي العمومي لولاية المدية ما يلي[1]:

– تتطلب مهنة جراحي الأسنان مجهود عضلي وليس مجهود فكري على عكس مهنة الأطباء الأخصائيين والعامين التي تتطلب جهد فكري، ومع ذلك فإن الأجر الذي يتقاضاه جراحي الأسنان لا يعكس المجهود الذي يبذلونه، الأمر الذي يدفعهم إلى الانتقال للعمل في القطاع الخاص.

[1]- مقابلة أجريت مع السيدة: عالم أمينة، طبيبة أسنان، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالمدية، بتاريخ 08 أكتوبر 2020، على الساعة 10:00.

– نقص الإمكانيات المادية مثل كراسي طب الأسنان، وإمكانيات مادية أخرى التي تجعل جراح الأسنان في عمل روتيني لا يتعلم أشياء جديدة، على عكس الذين يعملون في القطاع الخاص فهم يمتلكون موارد مادية حديثة تجعلهم في تعلم ذاتي ومستمر من خلال اكتساب معارف ومهارات جديدة، وهذا من شأنه أن يدفع بجراحي الأسنان إلى ترك العمل في القطاع العام والتوجه إلى العمل في القطاع الخاص.

أولا: تطور التغطية الصحية للصيادلة في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الصيادلة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية بالمدية خلال الفترة (2008–2018)، وكذلك في هياكل القطاع الخاص، بهدف معرفة معدل التغطية الصحية للصيادلة نسبة إلى السكان في ولاية المدية.

أ. تطور عدد الصيادلة في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الصيادلة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–41): تطور عدد الصيادلة في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	عين بوسيف	تابلاط	مجموع الصيادلة
2008	00	02	01	01	01	00	05
2009	01	02	01	00	01	00	05
2010	02	02	00	01	01	01	07
2011	03	01	01	01	02	01	09
2012	03	01	01	01	02	02	10
2013	03	02	01	00	01	02	09
2014	06	01	02	01	01	02	13
2015	05	02	02	02	02	02	15
2016	05	02	02	02	02	02	15
2017	05	02	02	03	02	02	16
2018	05	02	02	03	01	02	15

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {78-79}, 2009, p : {81-82}, 2010, p : {77} , 2011, p : {88-89 }, 2012, p : {95}, 2013, p : {106}, 2014, p : {111}, 2015, p : {159}, 2016, p : {167}, 2017, p : {165-166}, 2018, p : {118-119}.*

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد الصيادلة في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية لم يشهد ارتفاعا بالغا، فبعد أن كان 05 صيادلة سنة 2008 أصبح 15 صيدلي سنة 2018، كما نلاحظ بأن عدد

الصيادلة في أغلب المؤسسات العمومية الاستشفائية بقي ثابتا أو زاد بصيدلي واحد، والسبب هو نزوح الصيادلة من العمل في القطاع العام والذهاب إلى العمل في القطاع الخاص، بسبب ضعف الأجر في القطاع العام وأن القطاع الخاص يحقق أرباحا أفضل.

ب. تطور عدد الصيادلة في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية للفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الصيادلة بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بالمدية خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–42): تطور عدد الصيادلة في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	تابلاط	شلالة العذاورة	الشهبونية	مجموع الصيادلة
2008	01	00	01	01	01	00	01	05
2009	01	01	02	01	01	01	01	08
2010	02	01	02	01	02	01	02	11
2011	02	01	02	00	02	01	01	09
2012	02	01	02	01	01	02	00	09
2013	02	01	02	01	02	02	00	10
2014	01	02	02	02	03	03	01	14
2015	03	02	02	02	03	04	02	18
2016	02	02	02	02	01	04	02	15
2017	03	02	02	02	01	05	01	16
2018	03	02	02	03	03	04	02	19

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {324}, 2009, p : {359}, 2010, p : {255}, 2011, p : {381 }, 2012, p : {395}, 2013, p : {408}, 2014, p : {423}, 2015, p : {474}, 2016, p : {487}, 2017, p : {493}, 2018, p : {446}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الصيادلة في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لم يشهد ارتفاعا ذو أثر، فبعد أن كان 05 صيادلة سنة 2008 أصبح 19 صيدلي سنة 2018، ونلاحظ أنه في أغلب المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بقي عدد الصيادلة ثابتا أو ارتفع بصيدلي أو اثنان فقط، والسبب هو كما أشرنا إليه سابقا ألا وهو عدم رضا الصيادلة عن الأجر وانتقالهم إلى العمل في القطاع الخاص لتحقيق الأرباح.

ت. تطور عدد الصيادلة في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الصيادلة في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-43): تطور عدد الصيادلة في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
عدد الصيادلة	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {345}, 2009, p : {380}, 2010, p : {313}, 2011, p : {452 }, 2012, p : {472}, 2013, p : {491}, 2014, p : {509}, 2015, p : {562}, 2016, p : {568}, 2017, p : {576}, 2018, p : {534}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الصيادلة في مديرية الصحة والسكان لولاية المدية بقي ثابتا خلال الفترة المدروسة ولم يعرف ارتفاعا، فمنذ أن كان صيدلي واحد سنة 2008 بقي العدد على حاله حتى سنة 2018.

ث. تطور عدد الصيادلة في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008-2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الصيادلة في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-44): تطور عدد الصيادلة في هياكل القطاع الصحي الخاص بولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
عدد الصيادلة الخواص	102	109	119	130	138	145	156	161	169	178	210

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {348}, 2009, p : {383}, 2010, p : {316}, 2011, p : {455 }, 2012, p : {475}, 2013, p : {494}, 2014, p : {512}, 2015, p : {565}, 2016, p : {571}, 2017, p : {579}, 2018, p : {537}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الصيادلة في القطاع الخاص ارتفع من سنة لأخرى، فما من سنة إلا ونجد فيها عدد الصيادلة أكبر من السنة التي سبقتها، والسبب في هذه الزيادة المستمرة هو نزوح الصيادلة من العمل في المؤسسات العمومية الصحية والانتقال إلى العمل في القطاع الخاص.

ج. إجمالي عدد الصيادلة المتواجدين في ولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): بعدما قمنا بتحديد عدد الصيادلة في المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وفي هياكل القطاع الخاص، سنقوم الآن بتحديد عدد السكان لكل صيدلي من خلال قسمة عدد السكان على إجمالي الصيادلة في القطاعين العام والخاص، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-45): إجمالي عدد الصيادلة المتواجدين في ولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	إجمالي الصيادلة في: ***EPH***	إجمالي الصيادلة في: ***EPSP***	إجمالي الصيادلة في: ***DSP***	إجمالي الصيادلة في: القطاع الخاص	إجمالي الصيادلة في القطاعين العام والخاص	عدد السكان	عدد السكان لكل صيدلي
2008	05	05	01	102	113	830943	**7353 نسمة**
2009	05	08	01	109	123	832763	**6770 نسمة**
2010	07	11	01	119	138	849417	**6155 نسمة**
2011	09	09	01	130	149	866406	**5814 نسمة**
2012	10	09	01	138	158	883735	**5593 نسمة**
2013	09	10	01	145	165	901412	**5463 نسمة**
2014	13	14	01	156	184	919444	**4997 نسمة**
2015	15	18	01	161	195	937380	**4807 نسمة**
2016	15	15	01	169	200	956588	**4783 نسمة**
2017	16	16	01	178	211	975725	**4624 نسمة**
2018	15	19	11	210	255	995240	**3903 نسمة**

المصدر: من إعداد الطالب.

نلاحظ من خلال الجدول أن إجمالي عدد الصيادلة في القطاع الصحي في ولاية المدية ارتفع بشكل ملحوظ خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان 113 صيدلي سنة 2008 أي بمعدل صيدلي لكل 7353 نسمة أصبح 255 صيدلي سنة 2018 أي بمعدل صيدلي لكل 3903 نسمة، وبالتالي فإن عدد الصيادلة منخفض جدا في ولاية المدية مقارنة مع عدد السكان الهائل، أي أن معدل 1 صيدلي لأكثر من 4000 نسمة يعبر عن وجود عجز في عدد الصيادلة في القطاع الصحي بولاية المدية.

ومن أهم التحديات المتعلقة بالممارسين الصيادلة في القطاع العمومي الصحي هو ضعف الأجر الذي يتقاضونه، ما يجعلهم يهجرون العمل في القطاع العمومي والذهاب إلى العمل لصالحهم من خلال فتح محلات خاصة بهم، ظنا منهم أن هذا يحقق أرباحا أفضل من عملهم في القطاع العام[1].

المطلب الثاني: تطور التغطية الصحية للممارسين شبه الطبيين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008-2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الممارسين شبه الطبيين بمختلف أصنافهم (ممرضي الإنعاش، ممرضين عامين، مساعدين اجتماعيين... الخ) بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية (***EPSP*** **+** ***EPH***) خلال الفترة (2008-2018)، حيث سنقوم بتحليل كل صنف على حدى.

[1]- مقابلة أجريت مع السيدة: بن زروق نادية، رئيس مكتب البرامج السكانية، مديرية الصحة والسكان لولاية المدية، بتاريخ 12 فيفري 2020، على الساعة 10:30.

أولا: تطور التغطية الصحية لمرضي التخدير الإنعاش بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية لمرضي التخدير والإنعاش بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، وذلك من خلال قسمة عدد السكان على عدد ممرضي التخدير والإنعاش، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–46): تطور التغطية الصحية لمرضي التخدير والإنعاش بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	المؤسسة العمومية الصحية	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
المدية	***EPH***	18	19	22	23	26	31	30	30	29	25	25
	EPSP	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
البرواقية	***EPH***	07	09	09	12	14	13	13	13	13	15	15
	EPSP	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
قصر البخاري	***EPH***	12	11	13	15	16	18	19	19	18	17	17
	EPSP	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01	00
بني سليمان	***EPH***	08	08	08	08	09	09	09	07	08	07	11
	EPSP	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
تابلاط	***EPH***	04	06	08	09	11	11	11	10	09	09	10
	EPSP	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
عين بوسيف	***EPH***	03	04	06	06	06	06	06	07	07	06	06
شلالة العذاورة	**EPSP**	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	02
الشهبونية	**EPSP**	00	00	01	01	01	01	01	01	00	00	00
المجموع	***EPH + EPSP***	52	57	67	74	83	89	89	87	84	80	86
عدد السكان خلال الفترة		830943	832763	849417	866406	883735	901412	919444	937380	956588	975725	995240
عدد السكان لكل ممرض تخدير وإنعاش		15980	14610	12678	11708	10647	10128	10331	10774	11388	12196	11573

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018)**, Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {212-330}, 2009, p : {220-366}, 2010, p : {162-279} , 2011, p : {237-412 }, 2012, p : {248-427}, 2013, p : {259-441}, 2014, p : {267-459}, 2015, p : {317-512}, 2016, p : {328-521}, 2017, p : {329-526}, 2018, p : {282-483}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد ممرضي التخدير والإنعاش شهد ارتفاعا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان عددهم 52 سنة 2008 بمعدل تغطية ممرض إنعاش لكل 15980 نسمة، أصبح 86 سنة 2018

بمعدل تغطية ممرض إنعاش لكل 11573 نسمة بسبب زيادة عدد السكان خلال نفس الفترة، وبالتالي فإن عدد ممرضي التخدير والإنعاش منخفض جدا بالاعتماد على معدل التغطية الصحية، وهذا من شأنه أن يؤثر سلبا على أداء القطاع الصحي العمومي لولاية المدية وعدم رضا المستفيدين عن الخدمات المقدمة.

ثانيا: تطور التغطية الصحية لمشغلي أجهزة الأشعة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية لمشغلي أجهزة الأشعة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، وذلك من خلال قسمة عدد السكان على عدد مشغلي أجهزة الأشعة، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–47): تطور التغطية الصحية لمشغلي أجهزة الأشعة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	المؤسسة العمومية الصحية	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
المدية	***EPH***	12	09	12	15	15	12	11	10	12	15	19
	EPSP	13	13	13	15	15	17	20	22	27	26	28
البرواقية	***EPH***	09	09	09	10	12	12	12	13	12	12	14
	EPSP	09	09	09	12	12	12	17	19	21	21	24
قصر البخاري	***EPH***	07	08	08	09	09	11	11	11	12	08	10
	EPSP	09	09	09	10	10	12	12	13	11	11	13
بني سليمان	***EPH***	08	08	07	08	09	08	08	10	09	09	12
	EPSP	04	04	04	04	09	10	08	11	12	12	14
تابلاط	***EPH***	04	04	05	06	07	09	09	10	12	10	14
	EPSP	10	10	10	13	13	15	14	17	18	22	23
عين بوسيف	***EPH***	07	07	07	06	06	06	06	04	04	04	05
شلالة العذاورة	**EPSP**	07	07	07	06	09	09	09	12	12	14	12
الشهبونية	**EPSP**	04	04	04	06	07	05	05	06	06	06	06
المجموع	***EPH + EPSP***	103	101	104	120	127	138	142	158	168	170	194
عدد السكان خلال الفترة		830943	832763	849417	866406	883735	901412	919444	937380	956588	975725	995240
عدد السكان لكل مشغل أجهزة أشعة		**8067**	**8245**	**8168**	**7220**	**6959**	**6532**	**6475**	**5933**	**5694**	**5740**	**5130**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {212-330}, 2009, p : {220-366}, 2010, p : {162-279} , 2011, p : {237-412 }, 2012, p : {248-427}, 2013, p : {259-441}, 2014, p : {267-459}, 2015, p : {317-512}, 2016, p : {328-521}, 2017, p : {329-526}, 2018, p : {282-483}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد مشغلي أجهزة الأشعة شهد ارتفاعا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان عددهم 103 سنة 2008 بمعدل تغطية مشغل جهاز أشعة لكل 8067 نسمة، أصبح 194 سنة 2018 بمعدل تغطية 1 مشغل أشعة لكل 5130 نسمة بسبب زيادة عدد السكان خلال نفس الفترة، وبالتالي فإن عدد مشغلي أجهزة الأشعة منخفض جدا، على اعتبار أن 1 مشغل جهاز أشعة لأكثر من 5000 نسمة هي تغطية ضعيفة، وهذا من شأنه أن يؤثر سلبا على أداء القطاع الصحي العمومي لولاية المدية ومنه على جودة الخدمة الصحية المقدمة للمستفيدين.

ثالثا: تطور التغطية الصحية لمرضي جناح العمليات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية لمرضي جناح العمليات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، وذلك من خلال قسمة عدد السكان على إجمالي ممرضي جناح العمليات، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-48): تطور التغطية الصحية لمرضي جناح العمليات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

المؤسسة العمومية الاستشفائية	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
المدية	00	03	03	03	03	03	03	02	00	00	03
البرواقية	00	01	01	01	01	00	00	00	00	00	00
قصر البخاري	00	00	03	03	03	04	02	02	01	01	01
بني سليمان	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
عين بوسيف	00	01	01	01	01	00	00	00	00	00	01
تابلاط	00	01	01	01	01	01	00	00	00	00	00
المجموع	00	06	09	09	09	08	05	04	01	01	05
عدد السكان	830943	832763	849417	866406	883735	901412	919444	937380	956588	975725	995240
عدد السكان لكل ممرض جناح العمليات	**830943**	**138794**	**94380**	**96267**	**98193**	**112677**	**183889**	**234345**	**956588**	**975725**	**199048**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {212-330}, 2009, p : {220-366}, 2010, p : {162-279} , 2011, p : {237-412 }, 2012, p : {248-427}, 2013, p : {259-441}, 2014, p : {267-459}, 2015, p : {317-512}, 2016, p : {328-521}, 2017, p : {329-526}, 2018, p : {282-483}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد ممرضي جناح العمليات شهد تطورات ملحوظة خلال سنوات الدراسة، ففي سنة 2008 لم يكن يتواجد ولا ممرض في جناح العمليات ثم ارتفع بعد ذلك في السنوات المتتالية ثم انخفض في سنة 2016 وسنة 2017 إلى أن صار ممرض واحد ليرتفع في السنة الأخيرة إلى 5 ممرضين، أي بمعدل تغطية صحية 199048 نسمة لكل ممرض واحد، ويعزوا الباحث إلى أن معدل التغطية الصحية لممرضي جناح العمليات ضعيفة جدا وفي أدنى مستوياتها.

وما يفسر الانخفاض الحاد في عدد شبه الطبيين في جناح العمليات هو أن هذا الأخير لا يحتاج إلى شبه الطبيين بقدر ما يحتاج إلى الجراحين، فمثلا عند إجراء عملية لمستفيد ما فإن هذا يتطلب فريق من الجراحين ومعهم شبه طبي واحد فقط، والسبب هو أن مهمة الشبه طبي في جناح العمليات هي مساعدة الجراحين فقط من خلال إحضار معدات الجراحة أو تقديم أي وسائل أخرى يحتاجون إليها، وبالتالي فإن مهمة شبه الطبي في جناح العمليات هي مهمة محدودة ولا تحتاج إلى عدد كبير من شبه الطبيين[1].

رابعا: تطور التغطية الصحية للممرضين العامين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية للممرضين العامين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، وذلك من خلال قسمة عدد السكان على عدد الممرضين العامين، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-49): تطور التغطية الصحية للممرضين العامين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	المؤسسة العمومية الصحية	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
المدية	*EPH*	234	235	233	233	251	253	254	254	254	263	294
	EPSP	104	104	104	98	124	126	112	123	143	150	180
البرواقية	*EPH*	98	97	96	101	121	139	137	154	164	166	197
	EPSP	81	81	81	99	119	119	117	129	150	140	174
قصر البخاري	*EPH*	113	115	112	113	126	129	126	128	130	128	147
	EPSP	79	79	79	78	90	87	107	89	103	98	120
بني سليمان	*EPH*	89	88	91	91	106	109	107	116	132	128	152
	EPSP	60	60	60	65	72	74	74	60	103	96	132
تابلاط	*EPH*	70	71	77	80	93	87	82	90	114	112	138
	EPSP	89	89	89	91	105	105	102	113	118	143	175

[1]- مقابلة أجريت مع السيد: ليسير خالد، مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبرواقية، بتاريخ 24 سبتمبر 2020، على الساعة 10:00.

99	86	91	87	87	87	91	68	66	65	69	***EPH***	عين بوسيف
128	91	110	76	77	88	83	72	65	65	65	***EPSP***	شلالة العذاورة
108	80	71	60	55	58	61	45	43	43	43	***EPSP***	الشهونية
2044	1779	1683	1479	1437	1461	1442	1234	1196	1192	1194	***EPSP*** + ***EPH***	المجموع
995240	975725	956588	937380	919444	901412	883735	866406	849417	832763	830943	**عدد السكان خلال الفترة**	
487	**548**	**569**	**634**	**634**	**617**	**613**	**702**	**710**	**699**	**696**	**عدد السكان لكل ممرض عام**	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, ***Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),*** *Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {212-330}, 2009, p : {220-366}, 2010, p : {162-279} , 2011, p : {237-412 }, 2012, p : {248-427}, 2013, p : {259-441}, 2014, p : {267-459}, 2015, p : {317-512}, 2016, p : {328-521}, 2017, p : {329-526}, 2018, p : {282-483}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الممرضين العامين شهد ارتفاعا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان عددهم 1194 سنة 2008 بمعدل تغطية ممرض عام لكل 696 نسمة، أصبح 2044 سنة 2018 بمعدل تغطية ممرض عام لكل 487 نسمة، ومع ذلك يبقى عدد الممرضين العامين قليل على اعتبار أن 2 ممرض عام لكل 1000 نسمة معدل ضعيف لا يستطيع أن يلبي جميع احتياجات المستفيدين.

خامسا: تطور التغطية الصحية للمساعدين الاجتماعيين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية للمساعدين الاجتماعيين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، وذلك من خلال قسمة عدد السكان على عدد المساعدين الاجتماعيين، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–50): تطور التغطية الصحية للمساعدين الاجتماعيين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	المؤسسة العمومية الصحية	البيان
03	03	03	03	03	03	02	02	02	02	02	***EPH***	المدية
01	01	01	01	01	01	02	02	02	02	02	***EPSP***	
02	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	***EPH***	البرواقية
02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	***EPSP***	
01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	***EPH***	قصر البخاري
00	02	00	00	00	00	00	00	00	00	00	***EPSP***	
03	03	03	03	03	03	02	02	02	02	02	***EPH***	بني سليمان
00	01	01	01	00	00	00	00	00	00	00	***EPSP***	
02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	***EPH***	تابلاط

	EPSP	00	00	00	00	00	00	00	00	01	00
عين بوسيف	***EPH***	01	01	01	01	01	00	02	02	02	02
شلالة العذاورة	**EPSP**	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
الشهبونية	**EPSP**	00	00	01	01	00	00	00	00	00	00
المجموع	***EPH + EPSP***	13	13	14	14	13	13	15	16	16	19
عدد السكان خلال الفترة		830943	832763	849417	866406	883735	901412	919444	937380	956588	975725
عدد السكان لكل مساعد اجتماعي		**63919**	**64059**	**60673**	**61886**	**67980**	**69339**	**61296**	**58587**	**59787**	**51354**	**62203**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, ***Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),*** *Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {212-330}, 2009, p : {220-366}, 2010, p : {162-279} , 2011, p : {237-412 }, 2012, p : {248-427}, 2013, p : {259-441}, 2014, p : {267-459}, 2015, p : {317-512}, 2016, p : {328-521}, 2017, p : {329-526}, 2018, p : {282-483}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد المساعدين الاجتماعيين لم يشهد ارتفاعا ملحوظا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان عددهم 13 سنة 2008 بمعدل تغطية مساعد اجتماعي لكل 63919 نسمة، أصبح 16 سنة 2018 بمعدل تغطية مساعد اجتماعي لكل 62203 نسمة، أي زيادة تقدر بـ: 3 مساعدين فقط بالرغم من تطور عدد السكان خلال نفس الفترة، ويعزوا الباحث إلى أن عدد المساعدين الاجتماعيين قليل جدا على اعتبار أن 1 مساعد اجتماعي لأكثر من 62000 نسمة معدل ضعيف جدا، وهذا ما يؤثر سلبا على أداء القطاع الصحي العمومي لولاية المدية.

سادسا: تطور التغطية الصحية للممرضين في العلاج الطبيعي بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية للممرضين في العلاج الطبيعي بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، وذلك من خلال قسمة عدد السكان على عدد الممرضين في العلاج الطبيعي، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–51): تطور التغطية الصحية للممرضين في العلاج الطبيعي بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

المؤسسة العمومية الاستشفائية	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
المدية	03	03	03	04	04	05	05	05	07	06	06
البرواقية	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
قصر البخاري	00	00	00	00	00	00	00	01	01	02	02
بني سليمان	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01	01
عين بوسيف	00	00	00	00	00	00	01	01	00	00	01
تابلاط	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
المجموع	03	03	03	04	04	05	06	07	08	09	10
عدد السكان	830943	832763	849417	866406	883735	901412	919444	937380	956588	975725	995240
عدد السكان لكل ممرض في العلاج الطبيعي	**276981**	**277588**	**283139**	**216602**	**220934**	**180282**	**153241**	**133911**	**119574**	**108414**	**99524**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {212-330}, 2009, p : {220-366}, 2010, p : {162-279} , 2011, p : {237-412 }, 2012, p : {248-427}, 2013, p : {259-441}, 2014, p : {267-459}, 2015, p : {317-512}, 2016, p : {328-521}, 2017, p : {329-526}, 2018, p : {282-483}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الممرضين في العلاج الطبيعي لم يشهد ارتفاعا ملحوظا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان عددهم 03 سنة 2008 بمعدل تغطية ممرض في العلاج الطبيعي لكل 276981 نسمة، أصبح 10 سنة 2018 بمعدل تغطية ممرض في العلاج الطبيعي لكل 99524 نسمة، أي زيادة تقدر بـ: 07 ممرضين فقط بالرغم من تطور عدد السكان خلال نفس الفترة، ويعزوا الباحث إلى أن عدد الممرضين في العلاج الطبيعي منخفض جدا مقارنة مع تطور عدد السكان، وبالتالي فإذا كانت التغطية الصحية ضعيفة فإن هذا سينعكس سلبا على أداء القطاع الصحي العمومي بالولاية وينقص من فعاليته.

سابعا: تطور التغطية الصحية للتقنيين في علم الأوبئة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح تطور التغطية الصحية للتقنيين في علم الأوبئة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية بالمدية خلال الفترة (2008–2018)، وذلك من خلال قسمة عدد السكان على عدد التقنيين في علم الأوبئة، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–52): تطور التغطية الصحية للتقنيين في علم الأوبئة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	المؤسسة	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
المدية	***EPH***	04	04	04	04	03	02	02	02	02	02	02
	EPSP	08	08	08	08	08	00	00	00	00	00	00
البرواقية	***EPH***	03	03	03	03	03	03	03	02	01	01	01
	EPSP	05	05	05	06	05	05	04	05	05	07	07
قصر البخاري	***EPH***	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	EPSP	00	01	01	00	01	00	00	00	00	00	00
بني سليمان	***EPH***	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	EPSP	03	03	03	03	03	03	03	03	03	03	00
تابلاط	***EPH***	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	EPSP	02	02	02	02	00	00	00	00	00	00	00
عين بوسيف	***EPH***	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
شلالة العذاورة	**EPSP**	00	00	00	01	03	02	01	01	01	01	01
الشهبونية	**EPSP**	02	02	02	02	03	03	03	03	03	03	03
المجموع	***EPH + EPSP***	29	30	30	34	31	20	18	18	17	19	15
عدد السكان خلال الفترة		830943	832763	849417	866406	883735	901412	919444	937380	956588	975725	995240
عدد السكان لكل تقني في علم الأوبئة		**28653**	**27759**	**28314**	**25483**	**28508**	**45071**	**51080**	**52077**	**56270**	**51354**	**66349**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, ***Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),*** *Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {212-330}, 2009, p : {220-366}, 2010, p : {162-279} , 2011, p : {237-412 }, 2012, p : {248-427}, 2013, p : {259-441}, 2014, p : {267-459}, 2015, p : {317-512}, 2016, p : {328-521}, 2017, p : {329-526}, 2018, p : {282-483}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد التقنيين في علم الأوبئة شهد تراجعا ملحوظا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان عددهم 29 سنة 2008 بمعدل تغطية تقني في علم الأوبئة لكل 28653 نسمة، أصبح 15 سنة 2018 بمعدل تغطية تقني في علم الأوبئة لكل 66349 نسمة، أي انخفاض يقدر بضعفين بالرغم من تطور عدد السكان خلال نفس الفترة، ما نتج عنه انخفاض في التغطية الصحية، التي ينتج عنها انخفاض في جودة أداء القطاع الصحي العمومي بالولاية وعدم رضا المستفيد عن خدمات القطاع.

المطلب الثالث: تطور الإداريين والتقنيين وعمال الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الإداريين والتقنيين وعمال الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية (***EPH + EPSP***) خلال الفترة (2008-2018)، حيث سنقوم بتحليل الإداريين على حدى والتقنيين على حدى وعمال الخدمات على حدى.

أولا: تطور عدد الإداريين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الإداريين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية بالمدية (***EPH + EPSP***) خلال الفترة (2008-2018).

أ. تطور عدد الإداريين في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في الإداريين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية خلال الفترة (2008-2018) والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-53): تطور عدد الإداريين في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	عين بوسيف	تابلاط	مجموع الإداريين
2008	44	22	23	29	42	16	176
2009	46	22	22	30	40	16	176
2010	45	21	23	33	38	21	181
2011	47	25	27	37	41	21	198
2012	45	27	27	40	41	24	204
2013	53	23	28	39	48	26	217
2014	59	27	32	39	52	35	244
2015	54	39	34	37	52	38	254
2016	55	37	35	29	51	36	243
2017	59	37	34	30	59	35	254
2018	59	42	38	42	63	32	276

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {238}, 2009, p : {254}, 2010, p : {181}, 2011, p : {271 }, 2012, p : {281}, 2013, p : {292}, 2014, p : {300}, 2015, p : {350}, 2016, p : {360}, 2017, p : {361}, 2018, p : {314}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الإداريين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية المدية شهد ارتفاعا، فبعد أن كان مجموع الإداريين 176 إداري سنة 2008 أصبح 276 إداري سنة 2018، أي زيادة تقدر بـ: 78 إداري، وكما هو معروف أن المؤسسات العمومية الاستشفائية تستقطب الإداريين من المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة المتخصصة في تكوين المتصرفين الرئيسيين بالمستشفيات، وبالتالي ارتفاع عدد الإداريين خلال الفترة المدروسة جاء نتيجة كثرة الخريجين الذي يتخرجون من هذه المدرسة كل سنة.

ب. تطور الإداريين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية للفترة (2008-2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في الإداريين بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-54): تطور عدد الإداريين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	تابلاط	شلالة العذاورة	الشهبونية	مجموع الإداريين
2008	12	19	08	04	10	10	04	67
2009	15	19	08	04	10	11	04	71
2010	14	20	08	06	11	13	04	76
2011	16	27	11	06	12	14	06	92
2012	19	25	16	09	15	18	09	111
2013	21	26	16	09	15	18	12	117
2014	32	29	23	08	19	20	12	143
2015	31	34	24	12	23	27	19	170
2016	32	33	24	09	20	23	19	160
2017	27	34	22	11	22	30	23	169
2018	35	31	25	18	21	28	23	181

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {340}, 2009, p : {375}, 2010, p : {360}, 2011, p : {447 }, 2012, p : {467}, 2013, p : {486}, 2014, p : {504}, 2015, p : {557}, 2016, p : {563}, 2017, p : {570}, 2018, p : {529}.*

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد الإداريين بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية قد ارتفع خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان مجموع الإداريين 67 إداري سنة 2008 أصبح 181 إداري سنة 2018، أي زيادة تقدر بـ: 102 إداري، والسبب في هذه الزيادة كما أشرنا سابقا قد يرجع إلى زيادة عدد المتصرفين الرئيسيين الذين يتخرجون من المدرسة الوطنية المتخصصة في تكوين متصرفي مصالح الصحة.

ثانيا: تطور عدد التقنيين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد التقنيين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية (***EPH + EPSP***) خلال الفترة (2008-2018).

أ. تطور عدد التقنيين في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد التقنيين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–55): تطور عدد التقنيين في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	عين بوسيف	تابلاط	مجموع التقنيين
2008	20	01	03	08	04	02	38
2009	20	02	03	08	04	02	39
2010	19	03	05	09	05	05	46
2011	18	03	05	13	05	05	49
2012	19	03	06	14	05	06	53
2013	20	05	06	15	09	07	62
2014	20	04	07	15	08	11	65
2015	20	07	07	14	10	10	68
2016	23	07	07	14	10	13	74
2017	23	07	06	16	13	13	78
2018	23	07	06	16	18	13	83

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, ***Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),*** *Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {238}, 2009, p : {254}, 2010, p : {181}, 2011, p : {271 }, 2012, p : {281}, 2013, p : {292}, 2014, p : {300}, 2015, p : {350}, 2016, p : {360}, 2017, p : {361}, 2018, p : {314}.*

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد التقنيين في المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية المدية قد ارتفع خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان مجموع التقنيين 38 تقني سنة 2008 أصبح 83 تقني سنة 2018، أي أن هناك زيادة تقدر بـ: 45 تقني، وما هو ملاحظ أن هذه الزيادة كانت بصورة أكبر في المؤسسات العمومية الاستشفائية (بني سليمان، تابلاط، عين بوسيف)، وقد يرجع السبب في هذه الزيادة إلى حاجة المؤسسات إلى هذا النوع من العاملين نتيجة زيادة بعض النشاطات التي تستوجب الزيادة في عدد التقنيين.

ب. تطور عدد التقنيين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية للفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد التقنيين بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بالمدية خلال الفترة (2008–2018) والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3–56): تطور عدد التقنيين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	تابلاط	شلالة العذاورة	الشهبونية	مجموع التقنيين
2008	06	02	01	01	01	00	00	11
2009	06	02	01	01	01	00	00	11
2010	08	02	02	01	02	01	01	17
2011	07	02	02	01	02	01	03	18
2012	08	01	03	03	04	02	03	24
2013	12	01	02	03	04	01	05	28
2014	20	02	03	03	05	05	06	44
2015	23	02	03	02	07	07	06	50
2016	24	02	04	03	08	06	06	50
2017	26	02	04	03	09	09	06	59
2018	27	05	04	05	08	08	06	63

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {340}, 2009, p : {375}, 2010, p : {360}, 2011, p : {447 }, 2012, p : {467}, 2013, p : {486}, 2014, p : {504}, 2015, p : {557}, 2016, p : {563}, 2017, p : {570}, 2018, p : {529}.*

نلاحظ من الجدول بأن عدد التقنيين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية شهد ارتفاعا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان مجموعهم 11 تقني سنة 2008 أصبح 63 تقني سنة 2018، وما هو ملاحظ أن هذه الزيادة ظهرت بصورة واضحة في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالمدية، فقد قدرت نسبة الزيادة بـ: 21 تقني ما بين سنة 2008 وسنة 2018، وقد يرجع السبب في هذا إلى كثرة عدد البلديات التي تغطيها هذه المؤسسة، وبالتالي كثرة النشاطات الصحية وكثرة المستفيدين التي قد تتطلب زيادة في التقنيين.

ثالثا: تطور عدد عمال الخدمات في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008–2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد عمال الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية (***EPH + EPSP***) خلال الفترة (2008–2018).

أ. تطور عدد عمال الخدمات في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد عمال الخدمات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-57): تطور عدد عمال الخدمات في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	عين بوسيف	تابلاط	مجموع عمال الخدمات
2008	128	49	52	86	74	76	465
2009	126	46	56	82	74	100	484
2010	124	43	51	75	75	116	484
2011	121	41	51	69	84	116	482
2012	115	41	47	64	84	116	467
2013	115	34	37	56	74	108	424
2014	106	34	31	51	62	110	394
2015	96	33	30	45	66	104	374
2016	71	27	24	34	38	103	297
2017	67	21	23	31	34	111	287
2018	65	20	23	28	34	110	280

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {238}, 2009, p : {254}, 2010, p : {181}, 2011, p : {271 }, 2012, p : {281}, 2013, p : {292}, 2014, p : {300}, 2015, p : {350}, 2016, p : {360}, 2017, p : {361}, 2018, p : {314}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد عمال الخدمات في المؤسسات العمومية الاستشفائية شهد انخفاضا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان مجموعهم 465 عامل سنة 2008 أصبح 280 عامل سنة 2018، وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن أغلب هؤلاء العاملين متعاقدين وليسوا عمال دائمين، كما قد يكون السبب إلى وجود بطالة مقنعة، مما أدى بالمؤسسات العمومية الاستشفائية إلى الاستغناء عن عدد من العاملين.

ب. تطور عدد عمال الخدمات في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد عمال الخدمات بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-58): تطور عدد عمال الخدمات في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان	المدية	البرواقية	قصر البخاري	بني سليمان	تابلاط	شلالة العذاورة	الشهبونية	مجموع عمال الخدمات
2008	43	45	19	23	45	32	10	217
2009	49	90	18	23	50	31	24	285
2010	38	69	19	21	27	31	10	215
2011	33	75	16	44	26	55	09	258
2012	33	74	15	17	25	43	10	217
2013	25	293	12	15	26	24	08	403
2014	20	272	11	15	22	21	08	369
2015	17	25	11	11	22	19	08	113
2016	11	15	09	06	222	14	07	284
2017	28	256	06	06	222	13	06	537
2018	28	193	54	90	224	13	49	651

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {340}, 2009, p : {375}, 2010, p : {360}, 2011, p : {447 }, 2012, p : {467}, 2013, p : {486}, 2014, p : {504}, 2015, p : {557}, 2016, p : {563}, 2017, p : {570}, 2018, p : {529}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد عمال الخدمات شهد ارتفاعا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان مجموعهم 217 عامل سنة 2008 أصبح 651 عامل سنة 2018، وقد يرجع السبب إلى ارتفاع عدد قاعات العلاج وعيادات التوليد وارتفاع عدد العيادات المتعددة الخدمات خلال نفس الفترة.

المبحث الرابع: تطور النشاطات الصحية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

تقوم المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية (***EPH + EPSP***) بالعديد من النشاطات الصحية كنشاط الأمومة، نشاطات الفحوصات... الخ بهدف إشباع حاجات المستفيدين، وعليه سنقوم في هذا المبحث بتحليل أهم هذه النشاطات ومعرفة مدى تطورها خلال الفترة المدروسة.

المطلب الأول: تطور النشاطات الاستعجالية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في النشاطات الاستعجالية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-59): تطور النشاطات الاستعجالية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

	البيان	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
القبول لأقل من 24 ساعة	المدية	12738	9536	7753	7313	5796	6412	6694	32086	6391	33428	35620
	البرواقية	2439	2617	6434	7896	8923	7526	12818	15660	9711	9100	14682
	قصر البخاري	2412	2642	2645	2471	2268	2954	2956	2639	2629	2653	2907
	بني سليمان	1108	1318	1134	1765	1883	693	635	552	694	707	818
	تابلاط	405	451	487	526	533	537	553	687	852	1030	1055
	عين بوسيف	3654	3874	4572	6138	7059	8472	8796	102991	122156	2752	95483
	المجموع	**22756**	**20438**	**23025**	**26109**	**26462**	**26594**	**32452**	**154615**	**142433**	**49670**	**150565**
عدد الوفيات	المدية	246	242	183	223	193	293	311	281	217	334	322
	البرواقية	84	122	88	94	67	113	140	86	70	228	202
	قصر البخاري	51	58	48	56	45	57	68	60	81	95	102
	بني سليمان	47	49	42	63	55	68	85	83	90	65	70
	تابلاط	20	24	35	30	30	45	41	27	41	50	50
	عين بوسيف	8	8	21	22	21	17	21	31	32	25	28
	المجموع	**456**	**503**	**417**	**488**	**411**	**593**	**666**	**568**	**531**	**797**	**774**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018)**, Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008 , p : {385}, 2009, p : {441}, 2010, p : {347}, 2011, p : {512 }, 2012, p : {530}, 2013, p : {554}, 2014, p : {574}, 2015, p : {626}, 2016, p : {627}, 2017, p : {635}, 2018, p : {595}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن قبول المستفيدين لأقل من 24 ساعة شهد ارتفاعا خلال الفترة المدروسة، نظر لارتفاع عدد السكان وما صاحبها من ارتفاع في عدد الطبيين وشبه الطبيين خلال نفس الفترة، ونظر لارتفاع عدد المستفيدين وارتفاع عدد القبول فإننا نلاحظ بأن عدد الوفيات قد ارتفع خلال نفس الفترة، وهذا ما ينعكس سلبا على أداء القطاع الصحي العمومي لولاية المدية.

المطلب الثاني: تطور نشاط الأمومة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية للفترة (2008-2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في نشاط الأمومة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، وذلك من خلال استخدام بعض المؤشرات التي تساعد على ذلك كعدد الولادات الحية والميتة ووفاة الأمهات ... الخ.

أولا: تطور عدد الولادات الحية والميتة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الولادات الحية والميتة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-60): تطور عدد الولادات الحية والميتة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
عدد الولادات الحية	المدية	6210	6718	6925	7741	8787	9389	8435	7689	8178	8000	8968
	البرواقية	2329	2382	3564	3195	2845	2606	2909	3705	3076	2322	1905
	قصر البخاري	2824	2973	2997	3120	3425	3515	3243	2646	2882	2759	2281
	بني سليمان	2096	2253	2248	2281	2511	2814	3556	4013	4055	3919	3390
	تابلاط	904	769	1169	1124	1389	1246	1300	1407	1522	1433	1260
	عين بوسيف	2172	2194	2346	2527	2947	2783	2939	3100	1814	1576	1489
	المجموع	**16535**	**17289**	**19249**	**19988**	**21904**	**22353**	**22382**	**22560**	**21527**	**20009**	**19293**
عدد الولادات الميتة	المدية	129	126	87	150	186	160	117	90	61	94	62
	البرواقية	14	31	80	50	50	22	25	33	30	18	10
	قصر البخاري	39	28	28	35	04	39	37	33	25	28	11
	بني سليمان	43	35	25	21	25	27	49	57	43	26	42
	تابلاط	08	10	09	12	15	07	10	09	14	20	06
	عين بوسيف	30	36	29	17	30	22	36	44	25	16	21
	المجموع	**263**	**266**	**258**	**285**	**310**	**277**	**274**	**266**	**198**	**202**	**152**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {390}, 2009, p : {450}, 2010, p : {351-352}, 2011, p :{521 }, 2012, p : {539}, 2013, p : {564}, 2014, p : {574}, 2015, p : {636}, 2016, p : {637}, 2017, p : {645}, 2018, p : {605}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الولادات الحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية قد ارتفع خلال المدروسة، فبعد أن كان مجموعهم 16535 سنة 2008 أصبح 19293 سنة 2018، وبالتالي هناك تحسنا وهذه نقطة إيجابية تحسب للقطاع الصحي، كما نلاحظ بأن عدد الولادات الميتة شهدت تطورا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان عددها 263 ولادة ميتة سنة 2008 أصبح 152 ولادة ميتة سنة 2018، وبالتالي نلاحظ أن هناك انخفاض في عدد الوفيات، مما يدل على أن هناك تحسن في أداء القطاع الصحي العمومي بولاية المدية.

ثانيا: تطور عدد الولادات الحية والميتة بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية للفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الولادات الحية والميتة بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية للفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-61): تطور عدد الولادات الحية والميتة بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

	البيان	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
عدد الولادات الحية	المدية	313	268	361	343	408	472	459	500	450	403	402
	البرواقية	264	520	481	517	526	596	515	648	648	650	590
	قصر البخاري	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	بني سليمان	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	تابلاط	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	شلالة العذاورة	00	00	00	00	00	00	00	00	1221	1110	937
	الشهبونية	210	211	224	220	210	166	435	569	586	525	450
	المجموع	**787**	**999**	**1066**	**1080**	**1144**	**1234**	**1409**	**1717**	**2905**	**2688**	**2379**
عدد الولادات الميتة	المدية	04	03	04	02	01	00	00	02	00	06	00
	البرواقية	02	04	04	06	08	08	06	03	03	08	05
	قصر البخاري	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	بني سليمان	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	تابلاط	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	شلالة العذاورة	00	00	00	00	00	00	00	00	20	04	04
	الشهبونية	03	03	02	01	00	01	00	01	05	04	04
	المجموع	**09**	**10**	**10**	**09**	**09**	**09**	**06**	**06**	**28**	**22**	**13**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008 , p : {461}, 2009, p : {553}, 2010, p : {422}, 2011, p :{627 } , 2012, p : {646}, 2013, p : {670}, 2014, p : {693}, 2015, p : {745}, 2016, p : {748}, 2017, p : {755}, 2018, p : {719}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد الولادات الحية بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية شهدت ارتفاعا ملحوظا خلال الفترة المدروسة، فبعد أن كان عددها 787 سنة 2008 أصبح 2379 سنة 2018، حيث أن هذا الارتفاع كان في كل سنة تلوى الأخرى، وقد يكون السبب في ذلك ارتفاع عدد حالات الزواج خلال نفس الفترة، كما قد يكون السبب أن هناك تحسنا في أداء القطاع الصحي انعكس إيجابا على الولادات، كما نلاحظ أن عدد الولادات الميتة قد ارتفعت خلال المدروسة، وهذا مؤشر سلبي ينقص من جودة أداء المنظومة الصحية بولاية المدية.

ثالثا: تطور عدد الوفيات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008-2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الوفيات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-62): تطور عدد الوفيات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008-2018)

	البيان	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
الوفاة بعد الولادة	المدية	12	16	75	20	18	130	117	06	45	00	06
	البرواقية	14	41	65	76	41	42	43	35	36	19	09
	قصر البخاري	32	54	41	38	41	65	53	44	39	52	35
	بني سليمان	29	19	13	24	27	42	32	23	47	36	38
	تابلاط	08	12	11	11	12	00	17	13	18	12	12
	عين بوسيف	06	05	03	02	02	05	25	04	43	11	22
	المجموع	**101**	**147**	**208**	**171**	**141**	**284**	**287**	**125**	**228**	**130**	**122**
وفاة الأمهات	المدية	04	02	01	00	02	03	00	01	05	00	02
	البرواقية	01	01	02	00	00	01	01	01	00	00	00
	قصر البخاري	00	01	00	00	00	02	01	01	00	00	00
	بني سليمان	00	00	00	00	00	00	00	00	00	01	01
	تابلاط	00	00	01	00	00	01	00	03	00	00	01
	عين بوسيف	02	00	00	00	00	00	01	00	00	00	00
	المجموع	**07**	**04**	**03**	**00**	**02**	**07**	**03**	**06**	**05**	**01**	**04**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008 , p : {390}, 2009, p : {450}, 2010, p : {351-352}, 2011, p :*{521 }*, 2012, p : {539}, 2013, p : {564}, 2014, p : {574}, 2015, p : {636}, 2016, p : {637}, 2017, p : {645}, 2018, p : {605}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد وفيات الولادات بعد الولادة شهد ارتفاعا خلال الفترة المدروسة ثم انخفض خلال السنتين الأخيرتين، فنلاحظ أنه ما بين سنة 2008 وسنة 2016 ارتفع عدد الوفيات وهذا ما ينعكس بالسلب على أداء القطاع الصحي العمومي بالولاية، ثم نلاحظ بعد ذلك أن عدد الوفيات قد انخفض خلال السنتين الأخيرتين، وهذا ما يدل على أن هناك تحسنا في أداء القطاع الصحي العمومي بالولاية، كما نلاحظ انخفاض في عدد وفيات الأمهات، فبعد أن كان عدد الوفيات 7 سنة 2008 أصبح عدد الوفيات 4 سنة 2018، وهذا ما يعزز من جودة أداء القطاع الصحي العمومي بولاية المدية.

رابعا: تطور عدد الوفيات بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية للفترة (2008-2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في عدد الوفيات بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-63): تطور عدد الوفيات بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

	البيان	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
الوفاة بعد الولادة	المدية	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	البرواقية	00	00	02	00	00	00	00	00	00	00	01
	قصر البخاري	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	بني سليمان	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	تابلاط	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	شلالة العذاورة	00	00	00	00	00	00	00	00	17	02	00
	الشهبونية	02	00	00	00	00	00	00	00	17	02	00
	المجموع	**02**	**00**	**02**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**34**	**04**	**01**
وفاة الأمهات	المدية	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	البرواقية	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	قصر البخاري	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	بني سليمان	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	تابلاط	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	شلالة العذاورة	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	الشهبونية	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	المجموع	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**	**00**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {461}, 2009, p : {553}, 2010, p : {422}, 2011, p :{627 }, 2012, p : {646}, 2013, p : {670}, 2014, p : {693}, 2015, p : {745}, 2016, p : {748}, 2017, p : {755}, 2018, p : {719}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن عدد وفيات الولادات بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بالمدية شهد تطورا خلال الفترة المدروسة، فنلاحظ بأن هناك حالتين وفاة في سنة 2008 ولم تسجل السنوات الموالية أي وفاة حتى سنة 2016 ارتفع عدد الوفيات إلى 34 وفاة، ثم عاد لينخفض إلى وفاة وحيدة في السنة الأخيرة، وهذا مؤشر إيجابي ينعكس بالإيجاب على أداء القطاع، كما نلاحظ أن السنوات المدروسة لم تسجل أي وفاة للأمهات، وهذا ما يدل على أن نشاط الأمومة في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية في حالة جيدة.

المطلب الثالث: تطور نشاط الفحوصات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في نشاط الفحوصات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، من خلال عرض كل من الفحوصات المتخصصة والاستعجالية.

أولا: تطور نشاط الفحوصات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية للفترة (2008-2018):

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في نشاط الفحوصات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-64): تطور نشاط الفحوصات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

البيان		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
الفحوصات المتخصصة	المدية	24306	28102	25186	34973	33514	42539	48507	45249	58725	87470	72088
	البرواقية	14163	53621	80038	81893	89280	26235	00	00	00	00	00
	قصر البخاري	1130	5971	5834	6679	7220	5775	4620	2612	400	1154	00
	بني سليمان	859	4542	10222	8283	9602	11031	17611	18521	17379	16723	13078
	تابلاط	00	87	913	00	00	00	00	520	960	1260	3692
	عين بوسيف	5284	2961	3115	2571	3425	2292	4360	4288	6385	2854	10475
	المجموع	**45742**	**95284**	**125308**	**134399**	**143041**	**87872**	**75098**	**71190**	**83849**	**109461**	**99333**
الفحوصات الاستعجالية	المدية	66155	53084	61954	97219	88902	73182	73112	80944	78414	89653	101668
	البرواقية	48426	46112	62654	66789	66256	73130	68810	41360	30836	41303	64373
	قصر البخاري	71713	64092	56052	54872	57066	67356	71710	66101	66305	56172	21795
	بني سليمان	28695	24747	24034	25063	33108	32724	39681	42807	43432	45328	37214
	تابلاط	28854	29468	27724	35166	37682	38756	44768	50294	47909	43309	48902
	عين بوسيف	46915	53346	55839	76736	78993	88186	94497	99908	117689	111279	102265
	المجموع	**290758**	**270849**	**288257**	**355845**	**362007**	**373334**	**392578**	**381414**	**384585**	**387044**	**376217**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {396}, 2009, p : {458}, 2010, p : {356}, 2011, p :{529 }, 2012, p : {546}, 2013, p : {571}, 2014, p : {591}, 2015, p : {643}, 2016, p : {644}, 2017, p : {652}, 2018, p : {612}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن الفحوصات المتخصصة قد شهدت ارتفاعا هائلا خلال الفترة المدروسة، فبعد ما بلغت 45742 سنة 2008 أصبحت 99333 سنة 2018، وما هو ملاحظ أن هذه الزيادة كانت بكثرة في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية، والسبب هو كثرة عدد المواطنين الذين يستفيدون من خدمات هذه المؤسسة مقارنة مع باقي المؤسسات الاستشفائية الأخرى المتواجدة بالولاية، وقد يرجع السبب وراء ارتفاع عدد الفحوصات إلى ارتفاع عدد الأطباء الأخصائيين خلال نفس الفترة، كما نلاحظ بأن الفحوصات الاستعجالية أيضا قد شهدت ارتفاعا خلال الفترة المدروسة، وقد يكون السبب في ذلك إلى ارتفاع عدد الأطباء العامين الذين يقدمون هذه الفحوصات خلال نفس الفترة.

ثانيا: تطور نشاط الفحوصات بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية للفترة (2008-2018): سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في نشاط الفحوصات بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-65): تطور نشاط الفحوصات بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لولاية المدية للفترة (2008-2018)

البيان		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
الفحوصات المتخصصة	المدية	13677	13190	18992	17 288	20361	45142	52200	56043	66934	66441	62535
	البرواقية	6154	428	3655	11 669	12781	15382	17685	20830	19810	24142	21923
	قصر البخاري	8639	8083	8700	12 554	12501	10924	13633	13387	21508	20600	13705
	بني سليمان	326	1284	2137	3 167	4245	6725	6491	9134	10358	9651	7417
	تابلاط	2457	4743	6239	7 700	5008	6671	8047	8085	8185	9766	10413
	شلالة العذاورة	00	00	415	3 613	1958	2315	1872	5099	8037	6804	5085
	الشهبونية	00	00	00	95	65	8807	00	77	267	253	153
	المجموع	**31253**	**27728**	**40138**	**56086**	**56919**	**95966**	**99928**	**112628**	**135099**	**137657**	**121231**
الفحوصات الاستعجالية	المدية	7806	8 359	10790	16 188	20 622	15 378	4551	4876	26 998	29836	5127
	البرواقية	27165	49582	41212	74 951	67556	108942	122188	118177	118177	126518	160792
	قصر البخاري	00	00	00	21 754	32522	32590	37408	31 434	26861	31084	42014
	بني سليمان	8986	11833	10970	13 110	14025	12717	14301	25052	25 475	24 327	38523
	تابلاط	15846	27363	44650	45 355	45040	43563	56724	59918	62 021	74009	79561
	شلالة العذاورة	29101	35124	38257	49 901	60652	63642	50953	56893	56 935	61426	66394
	الشهبونية	8581	8683	8687	8 168	6 623	8 807	7948	10 069	14 788	25840	36489
	المجموع	**97485**	**140944**	**154566**	**229427**	**247040**	**285639**	**294073**	**306419**	**331255**	**373040**	**428900**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique,2008 , p : {469}, 2009, p : {561}, 2010, p : {428}, 2011, p :{635 } , 2012, p : {654}, 2013, p : {678}, 2014, p : {701}, 2015, p : {753}, 2016, p : {756}, 2017, p : {763}, 2018, p : {727}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن الفحوصات المتخصصة بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بالمدية شهدت ارتفاعا خلال الفترة المدروسة، وكذلك بالنسبة للفحوصات الاستعجالية التي شهدت أيضا ارتفاعا هائلا خلال نفس الفترة، وقد يكون السبب ارتفاع عدد السكان خلال نفس الفترة مما ينتج عنه ارتفاع في الطلب على الفحوصات المتخصصة والاستعجالية.

المطلب الرابع: تطور نشاط غسيل الكلى بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية

سنحاول في هذا المطلب توضيح التطور الحاصل في نشاط غسيل الكلى بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (3-66): تطور نشاط غسيل الكلى بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

	البيان	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
عدد المرضى المعالجين	المدية	74	78	91	92	83	92	89	81	76	70	95
	البرواقية	65	68	71	52	54	53	56	56	56	59	57
	قصر البخاري	48	48	80	63	84	74	80	82	78	73	80
	بني سليمان	68	70	73	71	71	72	74	74	129	75	72
	عين بوسيف	22	29	38	41	16	25	26	27	29	32	36
	المجموع	**277**	**293**	**353**	**319**	**308**	**316**	**325**	**320**	**368**	**309**	**340**
عدد جلسات غسيل الكلى												
	المدية	4747	9602	10166	11466	3758	3832	3923	10909	10312	9464	9200
	البرواقية	9240	10812	10652	8593	9112	7409	8282	8472	8398	8928	8356
	قصر البخاري	6557	7112	7279	8088	9227	10344	11055	11289	11456	11395	11368
	بني سليمان	9312	10040	11246	11278	10992	10868	10713	11575	11996	11593	10787
	عين بوسيف	2703	3762	4538	5803	2228	3407	3582	3531	4021	4406	4882
	المجموع	**32559**	**41328**	**43881**	**45174**	**35317**	**35860**	**37564**	**45776**	**46183**	**45786**	**44593**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

*-MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année (2008-2018),** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, 2008 , p : {423}, 2009, p : {502}, 2010, p : {381}, 2011, p :{573 }, 2012, p : {592}, 2013, p : {616}, 2014, p : {636}, 2015, p : {688}, 2016, p : {690}, 2017, p : {699}, 2018, p : {659}.*

نلاحظ من خلال الجدول بأن نشاط غسيل الكلى بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية شهد ارتفاعا خلال الفترة المدروسة، كما أن عدد جلسات غسيل الكلى أيضا قد ارتفع خلال نفس الفترة، وقد يرجع السبب إلى ارتفاع عدد المستفيدين المصابين بداء الكلى خلال نفس الفترة.

خلاصة الفصل:

إن النظام العمومي الصحي الجزائري نظام غير فعال خلال الفترة المدروسة وفقا لمعيار التغطية الصحية، الذي بين بأن هذا النظام غير قادر على مواجهة طلبات المستفيدين لقلة المعدات التي يحتوي عليها وللنقص الحاد في عدد الطبيين وشبه الطبيين مقارنة مع التطور الهائل في عدد السكان، بالرغم من المجهودات التي بذلتها الدولة في قطاع الصحة، ومع ذلك فإن النظام الصحي العمومي الجزائري لا يزال دون المستوى ولم يرتقي إلى المستوى المطلوب.

إن المنظومة الصحية العمومية لولاية المدية لم تشهد زيادة في عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية خلال الفترة المدروسة بالرغم من زيادة عدد السكان خلال نفس الفترة، وإنما شهدت زيادة في عدد العيادات المتعددة الخدمات وفي عدد قاعات العلاج، كذلك فإن القطاع الخاص شهد ارتفاعا في عدد العيادات خلال الفترة المدروسة، وفقا لرغبة الأطباء للعمل في القطاع الخاص أكثر من العمل في القطاع العام، نظرا لزيادة طلب المستفيدين على خدمات القطاع الخاص.

يسعنا القول بأن المنظومة الصحية لولاية المدية بقطاعيها العام والخاص لا تحقق التغطية الصحية خلال الفترة المدروسة، نظر لقلة في عدد المعدات مثل معدل عدد الأسرة المنخفض الذي يقابله عدد كبير من السكان، كذلك العدد المنخفض للأطباء وجراحي الأسنان والصيادلة الذي يقابله عدد هائل من السكان، وعليه فإن معدل التغطية الصحية في ولاية المدية منخفض جدا لا يستطيع مواجهة الطلبات المستمرة والمتزايدة يوما بعد يوم من طرف المستفيدين.

لازالت المنظومة العمومية الصحية لولاية المدية دون المستوى لعدم قدرتها على مواجهة طلبات كافة المستفيدين، وفقا لقلة عدد المؤسسات الصحية مقارنة مع التطور الهائل في عدد السكان خلال الفترة المدروسة، وكذلك لقلة عدد الموارد البشرية العاملة بهذه المؤسسات، مما يجعل المستفيد يشعر بالاستياء من خدمات القطاع العام ويذهب لطلب خدمات القطاع الخاص، لاعتقاده بأن القطاع الخاص يتمتع بمعدات وأجهزة حديثة تقوم بإجراء عمليات تشخيص دقيقة، ولاعتقاده أنه يضم كفاءات ومؤهلات أحسن من القطاع العام.

الفصل الرابع:

دراسة ميدانية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية

تمهيد الفصل:

بعد ما قمنا باستعراض الجانب النظري لكل من تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية، سنشرع في تحليل الدراسة الميدانية والتعرف على أهم النتائج التي تم التوصل إليها، حيث قمنا في دراستنا بمعالجة خمس فئات وظيفية هي (فئة الأطباء، فئة شبه الطبيين، فئة الأخصائيين النفسانيين، فئة البيولوجيين، فئة الإداريين)، وقد تم معالجة كل فئة على حدى، حتى تكون الدراسة أكثر تفصيلا بدلا من معالجة كل الفئات الوظيفية مع بعضها، وهذا حتى يتسنى للباحث التوصل إلى نتائج كل فئة على حدى، وعلى ضوء النقائص نقوم بتقديم التوصيات والمقترحات التي نرى بأنها مناسبة.

كما سنحاول في هذا الفصل إسقاط الجانب النظري على الجانب التطبيقي، من خلال تحليل أبعاد تمكين العاملين وتحليل أبعاد جودة الخدمات الصحية، حيث سنقوم بتحليل كل بعد على حدى، وذلك باستخدام مقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت حتى يتسنى للباحث التعليق على نتائج كل بعد، ثم بعد ذلك سنشرع في دراسة كل من العلاقة والأثر بين تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية، ليبقى لنا في الأخير اختبار الفروقات في إجابات أفراد عينة البحث.

وعلى ضوء ذلك قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى أربعة مباحث، نسعى من خلالها إلى الإلمام بمختلف الاختبارات التي تساعد في توضيح وتحليل الدراسة الميدانية وهي كالتالي:

المبحث الأول: الخطوات المنهجية للدراسة الميدانية.

المبحث الثاني: الاختبارات القبلية في معالجة أداة البحث.

المبحث الثالث: تحليل متغيرات الدراسة للفئات المدروسة.

المبحث الرابع: نماذج مقترحة لتطبيق تمكين العاملين وتحسين الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية.

المبحث الأول: الخطوات المنهجية للدراسة الميدانية

سنقوم في هذا المبحث بعرض الخطوات الأساسية اللازمة لإجراء الدراسة الميدانية، حيث تعتبر هذه الخطوات القاعدة التي تبنى عليها الدراسة الميدانية، ونجاح الباحث في الدراسة الميدانية يعتمد على مدى نجاحه في مدى الدقة في تحديد هذه الخطوات، وتتمثل هذه الخطوات في تحديد كل من مجتمع وعينة البحث، وصياغة أداة البحث، وتحديد أهم الأساليب الإحصائية لمعالجة أداة البحث.

المطلب الأول: مجتمع وعينة البحث

بعد أن ينتهي الباحث من تحديد إشكالية البحث وتحديد الفرضيات يلجأ إلى تحديد مجتمع البحث، حيث يعتبر مجتمع البحث أمرا ضروريا بالنسبة للباحث في العلوم الاجتماعية والإدارية، فهو يساعده على تحديد الأسلوب العلمي لدراسة هذا المجتمع، خاصة وأن بعض المشكلات المدروسة أحيانا تغطي مجتمعات كبيرة يصعب دراسة كل عنصر أو حالة فيها[1]، حيث يختلف مجتمع البحث عن عينة البحث، في حين يعرّف مجتمع البحث على أنه "جميع المفردات التي لها صفة أو صفات مشتركة وجميع هذه المفردات خاضعة للدراسة من قبل الباحث[2]، أما العينة تعرف على أنها "فئة تمثل مجتمع البحث أي جميع مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث، أو جميع الأفراد أو الأشياء موضوع مشكلة البحث.[3]

كما يتمثل مجتمع هذا البحث في خمس فئات أساسية تتمثل في كل من (الطبيين، شبه الطبيين، الأخصائيين النفسانيين، البيولوجيين، الإداريين) العاملين بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية، وقدر مجتمع هذه الدراسة بـ: **4765** عامل موزعين على الفئات الخمس المذكورة سابقا بالمؤسسات محل الدراسة، والجدول التالي يوضح ذلك:

[1]- العساف أحمد عارف، الوادي محمود، **منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإدارية: المفاهيم والأدوات**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2011، ص: 220.

[2]- القاضي دلال، البياتي محمود، **منهجية أساليب البحث العلمي وتحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي spss**، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص: 156.

[3]- فوقية حسن رضوان، **منهجية البحث العلمي وتنظيمه**، الطبعة الأولى، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر، 2007، ص: 117.

الجدول رقم (4-1): توزيع مجتمع البحث في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية حسب كل فئة

البيان:		الإداريين	الأطباء	شبه الطبيين	الأخصائيين النفسانيين	البيولوجيين	المجموع:
المؤسسات العمومية الإستشفائية EPH (*)	المدية	80	216	455	08	23	**782**
	البرواقية	42	69	273	02	04	**390**
	قصر البخاري	43	50	243	01	07	**344**
	بني سليمان	48	47	220	01	07	**323**
	تابلاط	43	47	189	03	04	**286**
	عين بوسيف	70	45	148	04	09	**276**
المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP (**)	الزبيرية	56	131	321	10	18	**536**
	البرواقية	37	92	268	09	30	**436**
	تابلاط	28	82	229	08	09	**356**
	الشهبونية	40	40	135	02	11	**228**
	شلالة العذاورة	37	72	155	07	20	**291**
	قصر البخاري	29	59	171	06	06	**271**
	بني سليمان	27	51	149	08	11	**246**
المجموع:		**580**	**1001**	**2956**	**69**	**159**	**4765**

المصدر: مديرية الموارد البشرية، مديرية الصحة لولاية المدية، سنة 2018.

ولقد تم تحديد عينة البحث بـــ: **356** عامل بالمؤسسات محل الدراسة، وذلك بالاعتماد على معادلة "***ستيفن ثامبسون***" وهي كالتالي[1]:

$$n = \frac{N \times p(1-p)}{\{N-1 \times (d^2 \div z^2)\} + p(1-p)}$$

- عينة الدراسة: $\boldsymbol{n}$
- مجتمع الدراسة: $\boldsymbol{N}$
- الدرجة المعيارية التي تساوي (1.96) عند معامل ثقة (0.95): $\boldsymbol{z}$
- نسبة الخطأ (0.05): $\boldsymbol{d}$
- القيمة الاحتمالية (50%): $\boldsymbol{p}$

[1]- *Thompson Steven K., **Sampling**, Third Edition,published by John Wiiley & Sonc, Inc, Hoboken, New Jersey, 2012, p p: 59-60.*

ولقد تم توزيع حجم العينة (356) بالتناسب على الفئات المدروسة (الإداريين، الطبيين، شبه الطبيين، الأخصائيين النفسانيين، البيولوجيين)، وبالتالي فإن عينة هذا البحث هي عينة عشوائية طبقية تناسبية، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-2): تحديد عينة البحث لكل فئة مدروسة بالتناسب من حجم المجتمع ككل

الفئات المدروسة	الإداريين	الأطباء	شبه الطبيين	الأخصائيين النفسانيين	البيولوجيين	المجموع
مجتمع الدراسة	580	1001	2956	69	159	**7465**
عينة الدراسة	43	75	221	05	12	**356**

المصدر: من إعداد الطالب.

المطلب الثاني: خطوات إعداد وصياغة أداة البحث:

اعتمدنا عند صياغة أداة الباحث على نوعين من الصياغة، أولها الصياغة الأولية التي يتم إعدادها من خلال مراجعة المراجع العربية والأجنبية، ليتم فيما بعد اختبار صدقها عن طريق عرضها للتحكيم، وأخيرا تأتي الصياغة النهائية التي يتم إعدادها من خلال جملة التعديلات والنصائح التي قدموها الأساتذة المحكمين، وفيما يلي توضيح لما قمنا به عند صياغة أداة البحث.

أولا: صياغة أداة البحث: بالإضافة إلى الدراسة التحليلية للفترة (**2008-2018**)، فقد اعتمدنا أيضا على الاستبانة في جمع البيانات المتعلقة بمتغيرات الدراسة، لكونها تعد إحدى الأساليب في جمع البيانات المتعلقة بالمتغيرات النوعية، أي المتغيرات غير الكمية التي يصعب قياسها كميا، حيث تعرف الاستبانة على أنها مجموعة من الأسئلة المتعلقة بموضوع البحث، والتي قد تكون مغلقة أو مفتوحة يضعها الباحث في قائمة مكتوبة ومنظمة ليقوم فيما بعد بتوزيعها على العينة المدروسة للإجابة عليها، حيث اعتمدنا في صياغة الاستبانة على مراجعة الأدبيات النظرية المتعلقة بموضوع البحث من كتب ومقالات وأطروحات، وكان الهدف من الاستبانة هو وضع عدد معين من الأبعاد تندرج تحتها عدد معين من الأسئلة التي تعكس أهداف البحث، وبعد انتهائنا من الصياغة الأولية للاستبانة، كان لزاما عرض محتواها على عدد من الأساتذة المتخصصين لأجل اختبار صدقها (انظر الملحق رقم 01).

ثانيا: صدق أداة البحث: يعتبر صدق أداة البحث أمر جد هام بالنسبة للباحث، حيث يقوم بإعطاء نسخ من الاستبانات إلى الأساتذة المتخصصين في ميدان دراسته، بغرض الاستفادة من خبراتهم ومعارفهم للتأكد من مدى ملاءمة عبارات الاستبانة لقياس الموضوع المتبع، فهم يقومون باكتشاف الأخطاء الواردة في الاستبانة، وعلى ضوء ذلك يقومون بإعطاء التعديلات اللازمة لإخراج الاستبانة في صورتها النهائية، وهذا حتى

تكون صالحة لتوزيعها على أفراد العينة، حيث قمنا بعرض الاستبانة على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في إدارة الأعمال والتسويق، ومنهجية البحث العلمي، والاقتصاد القياسي، واللغة العربية، من مختلف الجامعات داخل الوطن وخارج الوطن، وعدد من المهنيين ببعض المؤسسات محل الدراسة (انظر الملحق رقم 02).

ثالثا: الصياغة النهائية للاستبانة: بعد تلقينا لجملة الملاحظات والنصائح والآراء من طرف الأساتذة المحكّمين، قمنا بالالتزام بها في تعديل الاستبانة حتى تكون في شكلها النهائي تحتوي على المحاور التالية (انظر الملحق رقم 03):

❖ **المحور الأول: الخصائص الشخصية والوظيفية:** تضمن هذا المحور خمسة أبعاد يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (4-3): الخصائص الشخصية والوظيفية لعينة الدراسة

الجنس	العمر	المؤهل العلمي		الأقدمية		الفئة الوظيفية
ذكر	من **20** إلى **30** سنة	متوسط	ماجستير	أقل من أو يساوي **5** سنوات	من **26** إلى **30** سنة	طبي
	من **31** إلى **40** سنة	ثانوي		من **6** إلى **10** سنة		شبه طبي
	من **41** إلى **50** سنة	دبلوم		من **11** إلى **15** سنة		أخصائي نفساني
أنثى	من **51** إلى **60** سنة	ليسانس	دكتوراه	من **16** إلى **20** سنة	**31** سنة فما فوق	بيولوجي
	61 سنة فما فوق	ماستر		**من 21** إلى **25** سنة		إداري

المصدر: من إعداد الطالب.

❖ **المحور الثاني: تمكين العاملين (المتغير المستقل):** تضمن هذا المحور المتغير المستقل، حيث قمنا بتقسيمه إلى خمسة أبعاد هي: (تفويض السلطة، فرق العمل، الاتصال الفعال والمشاركة بالمعلومات، التدريب، التحفيز)، وتضمن كل بعد من هذه الأبعاد **7** عبارات، وعلى ضوء ذلك فإن المتغير المستقل تضمن **35** عبارة عكست أهداف البحث، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-4): أبعاد تمكين العاملين

تمكين العاملين	الاتصال الفعّال	فرق العمل	التحفيز	التدريب	تفويض السلطة
ع1 – ع35	ع1 – ع7	ع8 – ع14	ع15 – ع21	ع22 – ع28	ع29 – ع35

المصدر: من إعداد الطالب.

❖ **المحور الثالث: جودة الخدمات الصحية (المتغير التابع):** تضمن هذا المحور المتغير التابع، حيث قمنا بتقسيمه إلى خمسة أبعاد وذلك من خلال الاعتماد على نموذج ***SERVQUAL*** الذي يعد أداة قياسية لقياس جودة الخدمة، فهو يتضمن خمسة أبعاد تعتبر القواعد الأساسية التي ينبغي على أي مؤسسة صحية أن تتبعها لتحقيق الجودة في خدماتها المقدمة هي: (الاعتمادية، الاستجابة، الملموسية، الأمان،

التعاطف)، وتضمن كل بعد من هذه الأبعاد **7** عبارات، وعلى ضوء ذلك فإن المتغير التابع تضمن **35** عبارة عكست أهداف البحث، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-5): أبعاد جودة الخدمات الصحية

جودة الخدمات الصحية	الاعتمادية	الاستجابة	الملموسية	الأمان	التعاطف
ع36 – ع70	ع36 – ع42	ع43 – ع49	ع50 – ع56	ع57 – ع63	ع64 – ع70

المصدر: من إعداد الطالب.

كما تم الاعتماد على مقياس ليكرت الخماسي لقياس إجابات أفراد عينة البحث، والجدول التالي يوضح درجات المقياس المستخدم:

الجدول رقم (4-6): درجات مقياس ليكرت الخماسي

الخيارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الأوزان	5	4	3	2	1

المصدر: إيهاب عبد السلام محمود، **تحليل البرنامج الإحصائي spss**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص: 22.

وبما أن أغلب أفراد عينة البحث من الطبيين وشبه الطبيين وطبيعة تكوينهم باللغة الفرنسية، كان لزاما علينا ترجمة عبارات الاستبيان إلى اللغة الفرنسية، حيث قمنا بالاستعانة بأستاذ متخصص في الترجمة من أجل ترجمة محتوى الاستبيان ليكون صالحا في الأخير لتوزيعه على أفراد عينة البحث (انظر الملحق رقم 04).

رابعا: توزيع أداة البحث (الاستبانة): بعد الصياغة النهائية للاستبيان أداة البحث، قمنا بالذهاب إلى المؤسسات محل الدراسة من أجل تطبيق أداة البحث ميدانيا من خلال توزيعها على عينة البحث، وكانت أولى المؤسسات التي اتجهنا إليها هي المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبرواقية، وكان ذلك في 11 ماي 2019، حيث تم عرض فكرة الموضوع على مدير المؤسسة وتم الاتفاق معه على توزيع الاستبيان على عينة البحث، كما قمنا في نفس اليوم بتوزيع الاستبيانات على عينة البحث، وتم الاتفاق معهم على مدة 20 يوما لاسترجاع الاستبيانات، ثم قمنا بعدها في الأيام التالية بالتوجه إلى باقي المؤسسات العمومية الصحية بولاية المدية، وتم الاتفاق مع مدرائها على توزيع الاستبيان على عينة البحث، وكذلك تم الاتفاق على فترة الاسترجاع ألا وهي 15 يوما.

وقد تعمّدنا عند توزيعنا للاستبيان على توزيع استبيانات بمعدل ضعفين من حجم العينة المطلوبة، حتى نضمن استرجاع حجم العينة المراد دراستها، ولقد تم توزيع الاستبيان باللغتين العربية والفرنسية، حيث تم توزيع

700 استبانة وقمنا بتوزيعها يدا بيد على المبحوثين بالمؤسسات محل الدراسة لنشرح لهم مضمون الاستبانة، واتفقنا معهم على فترة الاسترجاع المحددة بـ: 15 يوما، حيث بدأنا في استرجاع الاستبيانات منذ جوان 2019 حتى أوت 2019، وقد كانت حصيلة الاستبيانات المسترجعة أكبر من حجم العينة المطلوبة (**356**)، أي أننا حصلنا على **455** استبانة بنسبة **65%** من مجموع الاستبيانات الموزعة، منها **435** استبانة صالحة للتحليل أي بنسبة **95%** من مجموع الاستبيانات المسترجعة، في حين لم نتمكن من استرجاع **245** استبانة، وقد يرجع السبب وراء ذلك إلى أن جل العاملين في المؤسسة يعملون بالمناوبة عدا فئة الإداريين (انظر الملحق رقم 05)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-7): حصيلة الاستبيانات الموزعة والمسترجعة والصالحة للتحليل

الاستبيانات الموزعة	الاستبيانات المسترجعة	الاستبيانات المفقودة	الاستبيانات الملغاة	الاستبيانات الصالحة للتحليل
700	455	245	20	435
%100	%65	%35	%4	%95

المصدر: من إعداد الطالب.

نلاحظ من الجدول بأن الاستبيانات الصالحة للتحليل بلغت **435** استبانة وهي أكبر من حجم العينة المطلوبة **356**، أي أن هناك زيادة تقدر بـ: **78** مبحوثا، وعليه فقد اعتمدنا على جميع الاستبيانات الصالحة للتحليل باعتبارها تعكس حجم العينة وتزيد عليها، وبالتالي فإن عينة هذا البحث بلغت **435** مبحوثا موزعة على الفئات المدروسة، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-8): توزيع عينة البحث على الفئات المدروسة

الفئات المدروسة	الإداريين	الأطباء	شبه الطبيين	الأخصائيين النفسانيين	البيولوجيين	المجموع
عينة الدراسة	82	75	223	17	38	**435**

المصدر: من إعداد الطالب.

المطلب الثالث: الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة أداة البحث

تم الاعتماد في معالجة أداة البحث على أدوات الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية، باعتبارها الأدوات المناسبة لمعالجة موضوع بحثنا، وتتمثل أهم الأساليب التي تم استخدامها فيما يلي (انظر الملحق رقم 06):

- التكرارات والنسب المئوية؛
- الأسلوب الإحصائي كولمجروف سميرنوف لتحليل التوزيع الطبيعي؛
- معامل الارتباط سبيرمان لقياس العلاقة بين متغيرات الدراسة؛
- معامل ألفاكرونباخ لقياس ثباة أداة البحث؛

- المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري؛
- اختبار تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس أثر المتغير المستقل على المتغير التابع؛
- اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروقات في إجابات أفراد عينة البحث؛
- اختبار التجانس.

كما تم التطرق إلى حساب كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لتحليل متغيرات الدراسة، حيث قمنا بتفسير نتائج المتوسط الحسابي على أساس ثلاث مستويات هي منخفض، متوسط، مرتفع، وقمنا بتقدير مجال لكل مستوى من المستويات الثلاث كالتالي:

$$\text{طول الفئة} = \frac{\text{الحد الأعلى} - \text{الحد الأدنى}}{\text{عدد المستويات}} + 1$$

أي بعدما نطرح الحد الأدنى من الحد الأعلى ثم نقوم بقسمته على عدد المستويات، يتم إضافة القيمة الناتجة إلى أصغر قيمة ألا وهي الواحد وصولا إلى المستوى الأخير، وبالتالي يصبح لكل مستوى مجال محدد والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-9): مستويات المتوسط الحسابي

المستوى	منخفض	متوسط	مرتفع
المجال	{2.33-1}	{3.67-2.34}	{5-3.68}

المصدر: من إعداد الطالب.

كما تم تقدير متوسط استجابة كل عبارات من عبارات الاستبيان من خلال القاعدة التالية:

$$\text{طول الفئة} = \frac{\text{الحد الأعلى} - \text{الحد الأدنى}}{\text{عدد الخيارات}} + 1$$

أي بعدما نطرح الحد الأدنى من الحد الأعلى ثم نقوم بقسمته على عدد الخيارات، يتم إضافة القيمة الناتجة إلى أصغر وزن لخيارات الإجابة ألا وهو الواحد وصولا إلى أعلى وزن للخيارات ألا وهو **5**، وبالتالي يصبح لكل خيار مجال محدد والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-10): مجالات خيارات الإجابة

الخيار	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
المجال	{ 1 -1.79}	{ 1.80 - 2.59}	{ 2.60 - 3.39}	{ 3.40 - 4.19}	{ 4.20 - 5.00}

المصدر: من إعداد الطالب.

المبحث الثاني: الاختبارات القبلية في معالجة أداة البحث

تم الاعتماد في معالجة أداة البحث على نوعين من الاختبارات المعتمدة في بحوث العلوم الاجتماعية، وهي الاختبارات القبلية والاختبارات البعدية، حيث تناولنا في هذا المبحث الاختبارات القبلية فقط وتتمثل في ثلاثة اختبارات أساسية هي:

- ✓ اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة من خلال الأسلوب الإحصائي كولموجروف–سميرنوف؛
- ✓ اختبار صدق أداة البحث من خلال معامل الارتباط سبيرمان؛
- ✓ اختبار ثبات أداة البحث من خلال معامل الثبات ألفاكرونباخ؛

المطلب الأول: التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة

سنعتمد في إجراء اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة على كل من اختبار كولموجروف – سميرنوف، واختبار شابيرو – ويلك، حيث سنعتمد على مستوى الدلالة (α=0.05)، فإذا كانت القيمة الاحتمالية أكبر من مستوى الدلالة (α=0.05) فإن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي، وهذا ما سيسمح لنا بإجراء مختلف الاختبارات المعلمية للإجابة على أسئلة وفرضيات الدراسة، أما إذا كانت القيمة الاحتمالية أقل من مستوى الدلالة (α=0.05) فإن البيانات لا تتبع التوزيع الطبيعي وهذا ما سيسمح لنا بإجراء مختلف الاختبارات اللامعلمية وهذا ما يجعلنا أما فرضيتين أساسيتين هما:

- ➢ (H_0) : بيانات الدراسة لا تتبع التوزيع الطبيعي.
- ➢ (H_1) : بيانات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي.

والجدول التالي يوضح اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة حسب كل فئة مدروسة كما يلي:

الجدول رقم (4–11): اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة حسب كل فئة

فئات الدراسة	محاور الدراسة	*Kolmogorov-smirnov*		*Shapiro- wlik*	
		قيمةZ	Sig	قيمةZ	Sig
فئة شبه الطبيين	تمكين العاملين	0.39	0.20	0.993	0.428
	جودة الخدمات الصحية	0.58	0.70	0.984	0.15
فئة الأطباء	تمكين العاملين	0.51	0.20	0.988	0.716
	جودة الخدمات الصحية	0.63	0.20	0.982	0.356
فئة الإداريين	تمكين العاملين	0.49	0.20	0.988	0.658
	جودة الخدمات الصحية	0.103	0.30	0.963	0.19
فئة الأخصائيين	تمكين العاملين	0.146	0.20	0.947	0.414

النفسانيين	جودة الخدمات الصحية	0.164	0.20	0.905	0.82
فئة البيولوجيين	تمكين العاملين	0.131	0.10	0.961	0.197
	جودة الخدمات الصحية	0.89	0.20	0.985	0.867

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن مستوى الدلالة (***Sig***) للمتغيرين المستقل والتابع لجميع الفئات المدروسة كان أكبر من مستوى الدلالة (α=0.05)، وعليه يمكننا القول بأنّ بيانات الدّراسة تخضع للتوزيع الطبيعي، وهذا ما يسمح لنا بإجراء مختلف الاختبارات المعلمية للإجابة على فرضيات الدراسة، وعلي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على أن البيانات المدروسة تتبع التوزيع الطبيعي.

المطلب الثاني: اختبار صدق وثبات أداة البحث

يعد كل من اختبار الصدق واختبار الثبات من الاختبارات الأساسية في معالجة أداة البحث، ويعتبران من الاختبارات القبلية، فلا يمكن قياس العلاقة أو الأثر بين متغيرات الدراسة قبل إجراء اختباري الصدق والثبات، وهذا ما سنقوم به في هذا المطلب وهو قياس صدق وثبات أداة البحث.

أولا: صدق أداة البحث: يعد الصدق من الشروط المهمة الواجب توافرها في أداة البحث، ويقصد بالصدق قدرة الأداة على قياس ما وضعت لأجله[1]، فبالإضافة إلى الصدق الظاهري تم أيضا الاعتماد على الاتساق الداخلي والصدق البنائي كما يلي:

أ. صدق الاتساق الداخلي: يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى ارتباط العبارات مع البعد الذي تنتمي إليه، أي أن العبارات تقيس المراد قياسه، وعلى ضوء ذلك قمنا بحساب معامل الارتباط سبيرمان لقياس العلاقة بين العبارات والبعد الذي تنتمي إليه لكلى المتغيرين المستقل والتابع بجميع أبعادهما.

1. الاتساق الداخلي لأبعاد تمكين العاملين: قمنا بحساب معامل الارتباط سبيرمان والقيمة الاحتمالية لكل عبارة من عبارات تمكين العاملين مع البعد الذي تنتمي إليه، والجدول التالي يوضح ذلك:

[1]– الجبوري حسن محمد جواد، **منهجية البحث العلمي: مدخل لبناء المهارات البحثية**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص: 168.

الجدول رقم (4-12): الاتساق الداخلي لعبارات تمكين العاملين مع أبعادها

البعد	العبارات	الأطباء		شبه الطبيين		الإداريين		الأخصائيين		البيولوجيين	
		معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الاتصال الفعّال	ع1	0.636**	0.000	0.610**	0.000	0.814**	0.000	0.547**	0.000	0.732**	0.000
	ع2	0.802**	0.000	0.741**	0.000	0.792**	0.000	0.746**	0.000	0.753**	0.000
	ع3	0.688**	0.000	0.602**	0.000	0.691**	0.000	0.536**	0.000	0.669**	0.000
	ع4	0.738**	0.000	0.787**	0.000	0.732**	0.000	0.879**	0.000	0.867**	0.000
	ع5	0.710**	0.000	0.722**	0.000	0.861**	0.000	0.663**	0.000	0.668**	0.000
	ع6	0.702**	0.000	0.795**	0.000	0.737**	0.000	0.664**	0.000	0.840**	0.000
	ع7	0.741**	0.000	0.796**	0.000	0.828**	0.000	0.534**	0.000	0.674**	0.000
فرق العمل	ع8	0.702**	0.000	0.676**	0.000	0.835**	0.000	0.707**	0.000	0.634**	0.000
	ع9	0.727**	0.000	0.816**	0.000	0.890**	0.000	0.841**	0.000	0.806**	0.000
	ع10	0.748**	0.000	0.856**	0.000	0.788**	0.000	0.718**	0.000	0.853**	0.000
	ع11	0.732**	0.000	0.838**	0.000	0.826**	0.000	0.880**	0.000	0.771**	0.000
	ع12	0.607**	0.000	0.672**	0.000	0.660**	0.000	0.747**	0.000	0.559**	0.000
	ع13	0.780**	0.000	0.835**	0.000	0.868**	0.000	0.903**	0.000	0.749**	0.000
	ع14	0.676**	0.000	0.659**	0.000	0.804**	0.000	0.816**	0.000	0.612**	0.000
التحفيز	ع15	0.707**	0.000	0.760**	0.000	0.842**	0.000	0.790**	0.000	0.792**	0.000
	ع16	0.765**	0.000	0.555**	0.000	0.833**	0.000	0.893**	0.000	0.690**	0.000
	ع17	0.853**	0.000	0.806**	0.000	0.755**	0.000	0.921**	0.000	0.733**	0.000
	ع18	0.852**	0.000	0.821**	0.000	0.817**	0.000	0.710**	0.000	0.820**	0.000
	ع19	0.641**	0.000	0.735**	0.000	0.789**	0.000	0.890**	0.000	0.889**	0.000
	ع20	0.851**	0.000	0.771**	0.000	0.760**	0.000	0.595**	0.000	0.704**	0.000
	ع21	0.772**	0.000	0.751**	0.000	0.831**	0.000	0.914**	0.000	0.859**	0.000
التدريب	ع22	0.853**	0.000	0.818**	0.000	0.810**	0.000	0.963**	0.000	0.821**	0.000
	ع23	0.891**	0.000	0.867**	0.000	0.851**	0.000	0.929**	0.000	0.841**	0.000
	ع24	0.899**	0.000	0.822**	0.000	0.890**	0.000	0.792**	0.000	0.841**	0.000
	ع25	0.903**	0.000	0.865**	0.000	0.829**	0.000	0.923**	0.000	0.902**	0.000
	ع26	0.843**	0.000	0.865**	0.000	0.782**	0.000	0.910**	0.000	0.795**	0.000
	ع27	0.805**	0.000	0.754**	0.000	0.746**	0.000	0.825**	0.000	0.779**	0.000
	ع28	0.827**	0.000	0.776**	0.000	0.786**	0.000	0.919**	0.000	0.689**	0.000

تفويض السلطة	ع29	0.675**	0.000	0.736**	0.000	0.709**	0.000	0.593**	0.000	0.699**	0.000
	ع30	0.709**	0.000	0.736**	0.000	0.788**	0.000	0.889**	0.000	0.773**	0.000
	ع31	0.736**	0.000	0.817**	0.000	0.734**	0.000	0.702**	0.000	0.715**	0.000
	ع32	0.762**	0.000	0.826**	0.000	0.786**	0.000	0.816**	0.000	0.799**	0.000
	ع33	0.711**	0.000	0.834**	0.000	0.868**	0.000	0.853**	0.000	0.861**	0.000
	ع34	0.736**	0.000	0.671**	0.000	0.691**	0.000	0.592**	0.000	0.774**	0.000
	ع35	0.684**	0.000	0.583**	0.000	0.580**	0.000	0.457**	0.000	0.632**	0.000

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

** دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 0.01

نلاحظ من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط لجميع العبارات كانت موجبة، وهذا يدل على أن هناك علاقة طردية بين العبارات والأبعاد التي تنتمي إليها، حيث اختلفت هذه العلاقة من حيث درجتها، فقد أتت بدرجات متفاوتة، حيث أتت قوية أي سجلت أعلى ارتباط لها بمعامل ارتباط أكبر من 75%، وأيضا بدرجة متوسطة أي سجلت ارتباط في مستوى متوسط أي ما بين 50% و75%، أما بالنسبة للارتباط الضعيف فهناك حالات قليلة التي أتت دون 50%، وعليه فإن جميع العبارات تتمتع باتساق جيد، وبالتالي لا نستثني أي عبارة من التحليل.

2. الاتساق الداخلي لأبعاد جودة الخدمات الصحية: قمنا بحساب معامل الارتباط سبيرمان والقيمة الاحتمالية لكل عبارة من عبارات جودة الخدمات الصحية مع البعد الذي تنتمي إليه، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-13): الاتساق الداخلي لعبارات جودة الخدمات الصحية مع أبعادها

البعد	العبارات	الأطباء		شبه الطبيين		الإداريين		الأخصائيين		البيولوجيين	
		معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الاعتمادية	ع36	0.529**	0.000	0.583**	0.000	0.589**	0.000	0.617**	0.000	0.739**	0.000
	ع37	0.832**	0.000	0.812**	0.000	0.785**	0.000	0.716**	0.000	0.763**	0.000
	ع38	0.772**	0.000	0.782**	0.000	0.694**	0.000	0.672**	0.000	0.753**	0.000
	ع39	0.782**	0.000	0.721**	0.000	0.799**	0.000	0.595**	0.000	0.684**	0.000
	ع40	0.799**	0.000	0.778**	0.000	0.777**	0.000	0.684**	0.000	0.665**	0.000
	ع41	0.764**	0.000	0.639**	0.000	0.644**	0.000	0.634**	0.000	0.387**	0.000
	ع42	0.757**	0.000	0.719**	0.000	0.745**	0.000	0.788**	0.000	0.447**	0.000

0.000	0.526**	0.000	0.312**	0.000	0.662**	0.000	0.499**	0.000	0.648**	ع43	الاستجابة
0.000	0.599**	0.000	0.722**	0.000	0.762**	0.000	0.646**	0.000	0.751**	ع44	
0.000	0.545**	0.000	0.754**	0.000	0.668	0.000	0.604**	0.000	0.766**	ع45	
0.000	0.565**	0.000	0.810**	0.000	0.644**	0.000	0.642**	0.000	0.586**	ع46	
0.000	0.433**	0.000	0.139**	0.000	0.556**	0.000	0.659**	0.000	0.532**	ع47	
0.000	0.649**	0.000	0.838**	0.000	0.752**	0.000	0.688**	0.000	0.564**	ع48	
0.000	0.571**	0.000	0.620**	0.000	0.637**	0.000	0.624**	0.000	0.649**	ع49	
0.000	0.842**	0.000	0.781**	0.000	0.803**	0.000	0.850**	0.000	0.770**	ع50	الملموسية
0.000	0.704**	0.000	0.706**	0.000	0.804**	0.000	0.790**	0.000	0.816**	ع51	
0.000	0.702**	0.000	0.650**	0.000	0.782**	0.000	0.751**	0.000	0.691**	ع52	
0.000	0.685**	0.000	0.847**	0.000	0.740**	0.000	0.784**	0.000	0.713**	ع53	
0.000	0.700**	0.000	0.698**	0.000	0.742**	0.000	0.715**	0.000	0.828**	ع54	
0.000	0.293**	0.000	0.614**	0.000	0.562**	0.000	0.533**	0.000	0.489**	ع55	
0.000	0.634**	0.000	0.565**	0.000	0.554**	0.000	0.715**	0.000	0.766**	ع56	
0.000	0.548**	0.000	0.758**	0.000	0.603**	0.000	0.705**	0.000	0.749**	ع57	الأمان
0.000	0.394**	0.000	0.711**	0.000	0.767**	0.000	0.654**	0.000	0.824**	ع58	
0.000	0.556**	0.000	0.398**	0.000	0.706**	0.000	0.589**	0.000	0.677**	ع59	
0.000	0.498**	0.000	0.768**	0.000	0.726**	0.000	0.611**	0.000	0.650**	ع60	
0.000	0.514**	0.000	0.785**	0.000	0.828**	0.000	0.622**	0.000	0.737**	ع61	
0.000	0.493**	0.000	0.353**	0.000	0.733**	0.000	0.568**	0.000	0.775**	ع62	
0.000	0.344**	0.000	0.533**	0.000	0.729**	0.000	0.679**	0.000	0.664**	ع63	
0.000	0.841**	0.000	0.912**	0.000	0.813**	0.000	0.740**	0.000	0.709**	ع64	التعاطف
0.000	0.822**	0.000	0.739**	0.000	0.746**	0.000	0.779**	0.000	0.714**	ع65	
0.000	0.572**	0.000	0.747**	0.000	0.591**	0.000	0.697**	0.000	0.792**	ع66	
0.000	0.684**	0.000	0.937**	0.000	0.760**	0.000	0.784**	0.000	0.883**	ع67	
0.000	0.829**	0.000	0.793**	0.000	0.811**	0.000	0.713**	0.000	0.818**	ع68	
0.000	0.764**	0.000	0.671**	0.000	0.796**	0.000	0.734**	0.000	0.834**	ع69	
0.000	0.691**	0.000	0.799**	0.000	0.741**	0.000	0.730**	0.000	0.882**	ع70	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss* ** دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 0.01

نلاحظ من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط لجميع العبارات كانت موجبة، وهذا يدل على أن هناك علاقة طردية بين العبارات والأبعاد التي تنتمي إليها، حيث اختلفت هذه العلاقة من حيث درجتها، فقد

أتت بدرجات متفاوتة، حيث أتت قوية أي سجلت أعلى ارتباط لها بمعامل ارتباط أكبر من 75%، وأيضا بدرجة متوسطة أي سجلت ارتباط في مستوى متوسط أي ما بين 50% و75%، أما بالنسبة للارتباط الضعيف فهناك حالات قليلة التي أتت دون 50%، وعليه فإن جميع العبارات تتمتع باتساق جيد، وبالتالي لا نستثني أي عبارة من التحليل.

ب. الصدق البنائي: يقصد بالصدق البنائي لأداة الدراسة قدرة الأداة على الوصول إلى الأهداف المراد الوصول إليها، أي أن الأداة تغطي كل المجالات المستهدف تغطيتها، حيث يقيس الصدق البنائي العلاقة بين متغيرات الدراسة والاستبيان ككل، أي العلاقة بين المتغير المستقل والاستبيان ككل، والعلاقة بين المتغير التابع والاستبيان ككل، وعلى ضوء ذلك قمنا بحساب معامل الارتباط سبيرمان لقياس العلاقة بين متغيرات الدراسة والاستبيان ككل، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (4-14): معامل الارتباط سبيرمان يوضح العلاقة بين متغيرات الدراسة والاستبيان ككل

الفئات المدروسة	متغيرات الدراسة	معامل الارتباط سبيرمان	القيمة الاحتمالية
فئة الإداريين	تمكين العاملين	0.891**	0.000
	جودة الخدمات الصحية	0.752**	0.000
فئة الأطباء	تمكين العاملين	0.889**	0.000
	جودة الخدمات الصحية	0.788**	0.000
فئة شبه الطبيين	تمكين العاملين	0.889**	0.000
	جودة الخدمات الصحية	0.808**	0.000
فئة الأخصائيين النفسانيين	تمكين العاملين	0.864**	0.000
	جودة الخدمات الصحية	0.806**	0.000
فئة البيولوجيين	تمكين العاملين	0.909**	0.000
	جودة الخدمات الصحية	0.772**	0.000

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

** دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 0.01

نلاحظ من خلال الجدول أن قيم معامل الارتباط سبيرمان لمحور تمكين العاملين لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {**0.864 و0.909**}، وهي قيم عالية تدل على أن هناك علاقة ارتباط قوية بين العبارات والبعد التي تنتمي إليه، مما يدل على أن العبارات تقيس المراد قياسه، كما أن القيمة الاحتمالية لجميع الفئات المدروسة هي (**0.000**)، مما يدل أن معامل الارتباط معنوي عند مستوى (**0.01**)، أما قيم معامل الارتباط سبيرمان لمحور جودة الخدمات الصحية لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {**0.752 و0.808**}، وهي

قيم عالية تدل على أن هناك علاقة ارتباط قوية بين العبارات والبعد التي تنتمي إليه، مما يدل على أن العبارات تقيس المراد قياسه، كما أن القيمة الاحتمالية لجميع الفئات المدروسة هي (**0.000**)، وهي أقل من مستوى المعنوية (**0.05**)، مما يدل أن معامل الارتباط معنوي عند مستوى (**0.01**).

ثانيا: ثبات أداة البحث: يعرف الثبات على أنه إلى أي درجة يعطي المقياس نتائج متقاربة عند كل مرة يستخدم فيها[1]، أي أن الثبات يعني الاستقرار في نتائج أداة البحث، ويتم التحقق من ثبات أداة البحث من خلال معامل ألفاكرونباخ الذي تتراوح قيمته ما بين {**0** و**1**}، وكلما اقتربت قيمة معامل ألفاكرونباخ من الواحد دلّ ذلك على ثبات أكبر لأداة البحث، أما إذا كان العكس أي إذا اقتربت قيمة معامل ألفا كرونباخ من الصفر دلّ ذلك على عدم وجود ثبات واستقرار في أداة البحث، إلا أنه عموما تعتبر قيمة معامل ألفا كرونباخ أكثر من {**0.6**} مقبولا في البحوث الاجتماعية والإدارية، وعلى ضوء ذلك قمنا بحساب معامل ألفاكرونباخ للتحقق من مدى ثبات أداة البحث من عدمها، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-15): معامل ألفاكرونباخ يوضح ثبات متغيرات الدراسة حسب كل فئة مدروسة

الفئات المدروسة	متغيرات الدراسة	معامل ألفاكرونباخ
فئة الإداريين	تمكين العاملين	0.891**
	جودة الخدمات الصحية	0.752**
	الاستبانة ككل	0.962
فئة الأطباء	تمكين العاملين	0.889**
	جودة الخدمات الصحية	0.788**
	الاستبانة ككل	0.961
فئة شبه الطبيين	تمكين العاملين	0.889**
	جودة الخدمات الصحية	0.808**
	الاستبانة ككل	0.941
فئة الأخصائيين النفسانيين	تمكين العاملين	0.864**
	جودة الخدمات الصحية	0.806**
	الاستبانة ككل	0.969
فئة البيولوجيين	تمكين العاملين	0.909**
	جودة الخدمات الصحية	0.772**
	الاستبانة ككل	0.939

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

** دال إحصائيا عند مستوى المعنوية 0.01

[1]- البرق عباس وآخرون، **دليل المبتدئين في استخدام التحليل الإحصائي باستخدام برنامج أموس**، الطبعة الأولى، دار إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013. ص: 92.

نلاحظ من خلال الجدول أن قيم معامل ألفا كرونباخ لمحور تمكين العاملين لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {**0.940** و**0.968**} وهي قيم عالية، أي أكبر من **60**% وقريبة إلى القيمة {**1**}، وهذا ما يدل على ثبات عال لهذا المحور، أما قيم معامل ألفا كرونباخ لمحور جودة الخدمات الصحية لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {**0.834** و**0.943**} وهي قيم عالية، أي أكبر من **60**% وقريبة إلى القيمة {**1**} وهذا ما يدل أيضا على ثبات عال لهذا المحور.

المطلب الثالث: الخصائص الشخصية والوظيفية لعينة الدراسة لكل الفئات المدروسة

سيتم في هذا المطلب تحليل الخصائص الشخصية والوظيفية لكل فئة مدروسة على حدى، من خلال استخدام التكرارات والنسبة المئوية، بدءا بخاصية الجنس، ثم خاصية العمر، ثم خاصية المؤهل العلمي، ثم خاصية الأقدمية.

أولا: تحليل خاصية الجنس للفئات المدروسة: سنعتمد في تحليل خاصية الجنس على حساب التكرارات والنسب المئوية لكل فئة مدروسة على حدى، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (4-16): خاصية الجنس لجميع الفئات المدروسة

الفئات المدروسة	فئة الإداريين		فئة الأطباء		فئة شبه الطبيين		الأخصائيين النفسانيين		البيولوجيين	
الجنس	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
ذكر	39	%47.6	18	%24	86	%38.6	3	%17.6	7	%18.4
أنثى	43	%52.4	57	%76	137	%61.4	14	%82.4	31	%81.6
المجموع	**82**	**%100**	**75**	**%100**	**223**	**%100**	**17**	**%100**	**38**	**%100**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*.

- ✓ **فئة الإداريين**: نلاحظ من الجدول بأن هناك تكافؤ في عدد أفراد العينة الإناث والذكور، حيث بلغ عدد الإناث **43** فردا بنسبة **52.4%**، أما الذكور فقد بلغ عددهم **39** فردا بنسبة **47.6%**.
- ✓ **فئة الأطباء**: نلاحظ من الجدول بأن الغالبية من أفراد العينة إناث، حيث بلغ عددهم **57** فردا بنسبة **76%**، أما الذكور فقد بلغ عددهم **18** فردا بنسبة **24%**.
- ✓ **فئة شبه الطبيين**: نلاحظ من الجدول بأن الغالبية من أفراد العينة إناث، حيث بلغ عددهم **137** فردا بنسبة **61.4%**، أما الذكور فقد بلغ عددهم **86** فردا بنسبة **38.6%**.
- ✓ **فئة الأخصائيين النفسانيين**: نلاحظ من الجدول بأن الغالبية من أفراد العينة إناث، حيث بلغ عددهم **14** فردا بنسبة **82.4%**، أما الذكور فقد بلغ عددهم **03** أفراد بنسبة **17.6%**.

✓ **فئة البيولوجيين**: نلاحظ من الجدول بأن الغالبية من أفراد العينة إناث، حيث بلغ عددهم **31** فردا بنسبة **81.6%**، أما الذكور فقد بلغ عددهم **07** فردا بنسبة **18.4%**.

نستنتج من خلال خاصية الجنس، بأن الغالبية من أفراد العينة لجميع الفئات المدروسة كانوا إناث، ما عدا فئة الإداريين التي وجدنا فيها تكافؤ بين الذكور والإناث، ويعزوا الباحث السبب وراء ذلك ربما رغبة الإناث إلى العمل في القطاع الصحي كونهم يفضلوم مهنة الصحة على مهن أخرى.

ثانيا: تحليل خاصية العمر للفئات المدروسة: سنعتمد في تحليل خاصية العمر على حساب التكرارات والنسب المئوية لكل فئة مدروسة على حدى، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (4-17): خاصية العمر لجميع الفئات المدروسة

الفئات المدروسة	فئة الإداريين		فئة الأطباء		فئة شبه الطبيين		الأخصائيين النفسانيين		البيولوجيين	
الفئة العمرية	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
30 - 20	14	%17.1	26	%34.7	107	48%	04	%23.5	14	%36.8
40 - 31	56	%68.3	34	%45.3	63	28.3%	09	%52.9	16	%42.1
50 - 41	11	%13.4	09	%12	30	13.5%	3	%17.6	08	%21.1
60 - 51	01	1.2%	06	8%	23	10.3%	01	%5.9	00	%00
61 سنة فما فوق	00	%00	00	%00	00	00%	00	%00	00	00%
المجموع	**82**	**%100**	**75**	**%100**	**223**	**100%**	**17**	**%100**	**38**	**%100**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

✓ **فئة الإداريين**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم من {31-40} وبلغ عددهم **56** فردا بنسبة **68.3%**، تليها فئة من {20-30} وبلغ عدد أفراد هاته الفئة **14** بنسبة **17.1%**، تليها فئة من {41-50} وبلغ عدد أفراد هاته الفئة **11** بنسبة **13.4%**، تليها فئة من {51 -60} وبلغ عدد أفراد هاته الفئة فرد واحد بنسبة **1.2%**.

✓ **فئة الأطباء**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم من {31-40} وبلغ عددهم **34** فردا بنسبة **45.3%**، تليها فئة من {20-30} وبلغ عدد أفراد هاته الفئة **26** بنسبة **34.7%**، تليها فئة من {41-50} وبلغ عدد أفراد هاته الفئة **09** أفراد بنسبة **12%**، تليها فئة من {51-60} وبلغ عدد أفراد هاته الفئة **06** أفراد بنسبة **8%**.

- ✓ **فئة شبه الطبيين**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم من {20-30} وبلغ عددهم **107** فردا بنسبة **48%**، تليها فئة من {31-40} وبلغ عدد أفراد هاته الفئة **63** بنسبة **28.3%**، تليها فئة من {41-50} حيث بلغ عدد أفراد هاته الفئة **30** بنسبة **13.5%**، تليها فئة من {51-60} وبلغ عدد أفراد هاته الفئة **23** بنسبة **10.3%**.
- ✓ **فئة الأخصائيين النفسانيين**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم من {31-40} وبلغ عددهم **09** أفراد بنسبة **52.9%**، تليها فئة من {20-30} وبلغ عدد أفراد هاته الفئة **04** بنسبة **23.5%**، تليها فئة من {41-50} حيث بلغ عدد أفراد هاته الفئة **03** بنسبة **17.6%**، تليها فئة من {51-60} حيث بلغ عدد أفراد هاته الفئة فرد واحد بنسبة **5.9%**.
- ✓ **فئة البيولوجيين**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم من {31-40} وبلغ عددهم **16** فردا بنسبة **42.1%**، تليها فئة من {20-30} حيث بلغ عدد أفراد هاته الفئة **14** بنسبة **36.8%**، تليها فئة من {41-50} حيث بلغ عدد أفراد هاته الفئة **08** بنسبة **21.1%**.

نستنتج من خلال خاصية العمر، بأن غالبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم من {31-40} ما عدا فئة شبه الطبيين الذين تتراوح أعمارهم من {20-30}، ويعزوا الباحث السبب ربما إلى أن كون فئة شبه الطبيين بعد حصولهم على شهادة البكالوريا، يتوجهون مباشرة إلى التكوين في معهد التكوين شبه الطبي لمدة ثلاث سنوات ويتخرجون في سن مبكر، وبما أن غالبية أفراد العينة لجميع الفئات المدروسة متقاربين فيما بينهم من حيث العمر، فإن هذا أمر إيجابي يجعل العاملين في وضع أفضل متعاونين فيما بينهم.

ثالثا: تحليل خاصية المؤهل العلمي للفئات المدروسة: سنعتمد في تحليل خاصية المؤهل العلمي على حساب التكرارات والنسب المئوية لكل فئة مدروسة على حدى، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (4-18): خاصية المؤهل العلمي لجميع الفئات المدروسة

الفئات المدروسة	فئة الإداريين		فئة الأطباء		فئة شبه الطبيين		الأخصائيين النفسانيين		البيولوجيين	
المؤهل العلمي	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
متوسط	01	1.2%	00	00%	2	0.9%	00	00%	00	00%
ثانوي	09	11%	00	00%	47	21.1%	01	%5.9	01	2.6%
دبلوم	15	18.3%	03	4%	107	48%	00	00%	04	10.5%
ليسانس	41	50%	02	2.7%	60	26.9%	16	%94.1	24	63.2%
ماستر	15	18.3%	00	00%	00	00%	00	00%	00	00%
ماجستير	01	1.2%	00	00%	06	2.7%	00	00%	09	23.7%

دكتوراه	00	00%	70	93.3%	01	0.4%	00	00%	00	00%
المجموع	**82**	**100**	**75**	**100%**	**223**	**100**	**17**	**%100**	**38**	**100%**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

- ✓ **فئة الإداريين**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة من حملة الليسانس، وبلغ عددهم **41** فرد بنسبة **50%**، تليها فئة حملة الماستر والدبلوم حيث بلغ عددهم **15** فردا بنسبة **18.3%**، تليها فئة ثانوي، حيث بلغ عدد أفراد هاته الفئة **09** أفراد بنسبة **11%**، تليها فئة حملة الماجستير والمتوسط، حيث بلغ عددهم فرد واحد بنسبة **1.2%**.
- ✓ **فئة الأطباء**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة من حملة الدكتوراه، حيث بلغ عددهم **70** فردا بنسبة **93.3%**، تليها فئة حملة الدبلوم، حيث بلغ عددهم **03** أفراد بنسبة **4%**، تليها فئة الليسانس، حيث بلغ عدد أفراد هاته الفئة **02** أفراد بنسبة **2.4%**.
- ✓ **فئة شبه الطبيين**: نلاحظ من الجدول بأن الغالبية من أفراد العينة من حملة الدبلوم، حيث بلغ عددهم **107** فرد بنسبة 48%، تليها فئة حملة الليسانس، حيث بلغ عددهم **60** فردا بنسبة **26.9%**، تليها فئة ثانوي، حيث بلغ عدد أفراد هاته الفئة **47** أفراد بنسبة **21.1%**، تليها فئة حملة الماجستير، حيث بلغ عددهم **06** أفراد بنسبة **2.7%**، تليها فئة متوسط، حيث بلغ عدد أفراد هاته الفئة **02** فرد بنسبة 9%، تليها فئة حملة الدكتوراه، حيث بلغ عدد أفرد هاته الفئة فرد واحد بنسبة **4%**.
- ✓ **فئة الأخصائيين النفسانيين**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة من حملة الليسانس، وبلغ عددهم **16** فرد بنسبة **94.1%**، تليها فئة ثانوي، حيث بلغ عدد أفراد هاته الفئة **01** فرد بنسبة **5.9%**.
- ✓ **فئة البيولوجيين**: نلاحظ من الجدول أن غالبية أفراد العينة من حملة الليسانس حيث بلغ عددهم **24** فرد بنسبة **63.2%**، تليها فئة الماجستير التي بلغ عددهم **09** أفراد بنسبة **23.7%**، تليها فئة حملة الدبلوم حيث بلغ عددهم **04** بنسبة **10.5%**، تليها فئة ثانوي حيث بلغ عددهم فرد واحد بنسبة **2.6%**.

نستنتج من خلال خاصية المؤهل العلمي، بأن غالبية أفراد العينة لجميع الفئات المدروسة من حملة الشهادات الجامعية، ويعزوا الباحث السبب وراء ذلك إلى خصوصية القطاع الذين يعملون فيه وطبيعة الخدمات التي يقدمونها، فالخدمة الصحية ليست كباقي الخدمات لأنها تتعلق بصحة العنصر البشري، وبالتالي تتطلب كفاءات ومهارات عالية بغرض تقديم خدمة دقيقة خالية من الأخطاء.

ثالثا: تحليل خاصية الأقدمية للفئات المدروسة: سنعتمد في تحليل خاصية الأقدمية على حساب التكرارات والنسب المئوية لكل فئة مدروسة على حدى، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (4-19): خاصية الأقدمية لجميع الفئات المدروسة

الفئات المدروسة	فئة الإداريين		فئة الأطباء		فئة شبه الطبيين		الأخصائيين النفسانيين		البيولوجيين	
الأقدمية	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
5 - 0	34	%41.5	36	%48	93	%41.7	04	%23.5	13	%34.2
10 - 6	30	%36.6	16	%21.3	40	%17.9	09	%52.9	14	%36.8
15 - 11	06	%7.3	08	%10.7	30	%13.5	00	00%	04	%10.5
20 - 16	08	%9.8	08	%10.7	14	%6.3	01	%5.9	05	%13.2
25 - 21	03	%3.7	02	%2.7	10	%4.5	02	%11.8	01	%2.6
30 - 26	00	%00	03	%4	25	%11.2	00	00%	01	%2.6
31 سنة فما فوق	01	%1.2	02	%2.7	11	%4.9	01	%5.9	00	%00
المجموع	**82**	**100**	**75**	**100%**	**223**	**100%**	**17**	**%100**	**38**	**100%**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

- ✓ **فئة الإداريين**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة ذو أقدمية أقل من أو يساوي 5 سنوات وبلغ عددهم 34 فرد بنسبة 41.5%، تليها فئة من {6-10} وبلغ عددهم 30 فرد بنسبة 36.6%، تليها فئة من {16-20} وبلغ عددهم 08 أفراد بنسبة 9.8%، تليها فئة من {11-15} وبلغ عددهم 06 أفراد بنسبة 7.3%، تليها فئة من {21-25} وبلغ عددهم 03 أفراد بنسبة 3.7%، تليها فئة 31 سنة فما فوق وبلغ عددهم فرد واحد بنسبة 1.2%، ليكون المجموع في الأخير **82** فرد بنسبة **100%**.
- ✓ **فئة الأطباء**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة ذو أقدمية أقل من أو يساوي 5 سنوات وبلغ عددهم 33 فرد بنسبة 48%، تليها فئة من {6-10} وبلغ عددهم **16** فرد بنسبة 21.3%، تليها كل من فئة {11-15} وفئة من {16-20} وبلغ عددهم **08** أفراد بنسبة 10.7%، تليها فئة من{26-30} وبلغ عددهم **03** أفراد بنسبة 4%، ثم تليها كل من فئة من {21-25} وفئة **31** سنة فما فوق وبلغ عددهم **02** أفراد بنسبة 2.7%، ليكون المجموع في الأخير **75** فرد بنسبة **100%**.
- ✓ **فئة شبه الطبيين**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة ذو أقدمية أقل من أو يساوي 5 سنوات وبلغ عددهم 93 فرد بنسبة 41.7%، تليها فئة من {6-10} وبلغ عددهم **40** فرد بنسبة 17.9%، تليها فئة من {11-15} وبلغ عددهم **30** فرد بنسبة 13.5%، تليها فئة من {26-30} وبلغ

عددهم 25 فرد بنسبة 11.2%، تليها فئة من {16-20} وبلغ عددهم 14 فرد بنسبة 6.3%، تليها فئة 31 سنة فما فوق وبلغ عددهم 11 فرد بنسبة 4.9%، تليها فئة من 21 إلى 25 وبلغ عددهم 10 أفراد بنسبة 4.5%، ليكون المجموع في الأخير **223** فرد بنسبة **100%**.

- ✓ **فئة الأخصائيين النفسانيين**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة ذو أقدمية من {6-10} وبلغ عددهم 09 أفراد بنسبة 52.9%، تليها فئة أقل من أو يساوي 5 سنوات وبلغ عددهم 04 أفراد بنسبة 23.5%، تليها فئة من {21-25} وبلغ عددهم فردين بنسبة 11.8%، تليها كل من فئة {16-20} وفئة 31 سنة فما فوق وبلغ عددهم فرد واحد بنسبة 5.9%، ليكون المجموع في الأخير **17** فرد بنسبة **100%**.
- ✓ **فئة البيولوجيين**: نلاحظ من الجدول بأن غالبية أفراد العينة ذو أقدمية من{6-10} وبلغ عددهم 14 فرد بنسبة 36.8%، تليها فئة أقل أو يساوي 5 سنوات وبلغ عددهم 13 فرد بنسبة 34.2%، تليها فئة من {16-20} وبلغ عددهم 05 أفراد بنسبة 13.2%، تليها فئة من {11-15} وبلغ عددهم 04 أفراد بنسبة 10.5%، تليها كل من فئة {21-25} وفئة من {26-30} وبلغ عددهم فرد واحد بنسبة 2.6%، ليكون المجموع في الأخير **38** فرد بنسبة **100%**.

نستنتج من خلال خاصية الأقدمية، بأن غالبية أفراد العينة لفئة الإداريين وفئة الأطباء وفئة شبه الطبيين ذو أقدمية أقل من أويساوي 5 سنوات، أما فئة الأخصائيين النفسانيين وفئة البيولوجيين فإن غالبية أفراد هاتين الفئتين ذو أقدمية من 6 إلى 10 سنوات، وبالتالي فإن أغلب العاملين لازالوا يفتقرون إلى الخبرة الكافية التي تؤهلهم إلى تقديم خدمة صحية دقيقة خالية من الشك والأخطاء.

المبحث الثالث: تحليل متغيرات الدراسة للفئات المدروسة

سنقوم في هذا المبحث بتحليل متغيرات الدراسة، أي تحليل المتغير المستقل (تمكين العاملين) من خلال تحليل الأبعاد المكونة له، وكذلك تحليل المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) من خلال تحليل الأبعاد المكونة له، وهذا من خلال حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكذلك تقدير متوسط إجابة أفراد العينة على كل بعد وتقدير مستوى المتوسط الحسابي، علما بأن التحليل سيكون لكل فئة مدروسة على حدى (فئة الإداريين، فئة الطبيين، فئة شبه الطبيين، فئة الأخصائيين النفسانيين، فئة البيولوجيين).

المطلب الأول: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو متغيرات تمكين العاملين:

سنقوم في هذا المطلب بتحليل متغيرات الدراسة المتعلقة بتمكين العاملين لجميع الفئات المدروسة، حيث سنقوم بتحليل كل أبعاد تمكين العاملين من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري، ولكثرة الفئات المدروسة اعتمدنا فقط على الأبعاد الكلية دون العبارات (انظر الملحق رقم 07).

أولا: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو بعد الاتصال الفعّال: سنعتمد في تحليل هذا البعد على حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكذلك تقدير متوسط إجابات أفراد العينة على جميع العبارات وتقدير مستوى المتوسط الحسابي، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-20): تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد الاتصال الفعّال

البعد	الفئات المدروسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاستجابة	المستوى	الرتبة
الاتصال الفعّال	فئة الإداريين	3.128	0.890	محايد	متوسط	02
	فئة الأطباء	3.07	0.782	محايد	متوسط	03
	فئة شبه الطبيين	3.12	0.858	محايد	متوسط	01
	فئة الأخصائيين النفسانيين	2.95	0.806	محايد	متوسط	04
	فئة البيولوجيين	2.92	0.842	محايد	متوسط	05

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي لبعد الاتصال الفعال لجميع الفئات المدروسة تراوحت {**2.92 و3.128**}، وهي قيمة **متوسطة** أي ذو مستوى **متوسط** لأنها تدخل في فئة {من **2.34** إلى **3.67**}، كما أن قيمة الانحراف المعياري تراوحت بين {**0.782 و0.890**}، كما أن متوسط إجابات أفراد العينة جاء بدرجة استجابة "**محايد**"، وهذا يدل على أن أفراد العينة يتفقون على أن هناك مستوى **متوسط** لبعد الاتصال الفعّال بالمؤسسات محل الدراسة.

يستنتج الباحث من خلال التحليل بأن الفئات المدروسة تتفق على أن المؤسسات محل الدراسة لا زالت تفتقر إلى نظم اتصالات حديثة، التي من شأنها تسهيل عملية الاتصال بين العاملين داخل المؤسسة، وكذلك فإن العاملين ربما قد لا يجدون التشجيع والحافز من الرؤساء على المناقشة والحوار وتبادل المعلومات فيما بينهم، وهذا مما يفسد العلاقة بين الرؤساء والمرؤوسين ويجعلها علاقة سلبية تحكمها سلطة الرئيس، وعليه يمكن القول بأن نظرة الفئات المدروسة لبعد الاتصال الفعّال من خلال الواقع المعمول به في المؤسسة، أن هذا البعد لازال لم يتحقق بصورة فعّالة أو بالشكل الذي ينبغي أن يكون عليه وإنما هو في مستوى متوسط.

ثانيا: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو بعد فرق العمل: سنعتمد في تحليل هذا البعد على حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكذلك تقدير متوسط إجابات أفراد العينة على جميع العبارات وتقدير مستوى المتوسط الحسابي، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-21): تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد فرق العمل

البعد	الفئات المدروسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاستجابة	المستوى	الرتبة
فرق العمل	فئة الإداريين	2.86	0.920	محايد	متوسط	05
	فئة الأطباء	3.01	0.804	محايد	متوسط	01
	فئة شبه الطبيين	2.95	0.929	محايد	متوسط	03
	فئة الأخصائيين النفسانيين	2.97	0.975	محايد	متوسط	02
	فئة البيولوجيين	2.93	0.782	محايد	متوسط	04

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي لبعد فرق العمل لجميع الفئات المدروسة تراوحت {**2.869 و3.01**}، وهي قيمة **متوسطة** أي ذو مستوى **متوسط** لأنها تدخل في فئة {من **2.34** إلى **3.67**}، كما أن قيمة الانحراف المعياري تراوحت بين {**0.782 و0.975**}، كما أن متوسط إجابات أفراد العينة لهذا البعد جاء بدرجة استجابة "**محايد**"، وهذا يدل على أن أفراد العينة يتفقون على أن هناك مستوى **متوسط** لبعد فرق العمل بالمؤسسات محل الدراسة.

يستنتج الباحث من خلال التحليل بأن الفئات المدروسة تتفق على أن العمل في فريق وضمن مجموعات لا زال لم يرتقي إلى المستوى المطلوب، وهذا نتيجة غياب ثقافة العمل الجماعي، فربما قد يكون هناك تعاون بين العاملين في المؤسسات محل الدراسة ولكن هذا التعاون قد يحدث بطريقة عفوية، أي لم يحدث بطريقة

مخطط لها أو بطريقة منظمة، كما قد يرجع السبب وراء عدم نجاح العمل الجماعي إلى مجانية الخدمة الصحية التي تقدمها المؤسسات محل الدراسة، مما يجعلها في منأى عن إقامة الحلقات النقاشية وطرح أفكار جديدة، خاصة وأن المؤسسات محل الدراسة لا تهتم بالمنافسة كونها تقدم خدمات مجانية.

ثالثا: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو بعد التحفيز: سنعتمد في تحليل هذا البعد على حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكذلك تقدير متوسط إجابات أفراد العينة على جميع العبارات وتقدير مستوى المتوسط الحسابي، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-22): تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد التحفيز

البعد	الفئات المدروسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاستجابة	المستوى	الرتبة
التحفيز	فئة الإداريين	2.75	0.994	محايد	متوسط	01
	فئة الأطباء	2.61	0.967	محايد	متوسط	03
	فئة شبه الطبيين	2.48	0.892	غير موافق	متوسط	04
	فئة الأخصائيين النفسانيين	2.68	0.988	محايد	متوسط	02
	فئة البيولوجيين	2.34	0.914	محايد	متوسط	05

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي لبعد التحفيز لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {**2.34 و2.759**}، وهي قيمة **متوسطة** أي ذو مستوى **متوسط** لأنها تدخل في فئة {من **2.34** إلى **3.67**}، كما أن قيمة الانحراف المعياري تراوحت بين {**0.892 و0.994**}، كما أن أغلب إجابات أفراد العينة لهذا البعد جاء بدرجة استجابة "**محايد**"، وهذا يدل على أن أفراد العينة يتفقون على أن هناك مستوى **متوسط** لبعد التحفيز بالمؤسسات محل الدراسة.

يستنتج الباحث من خلال التحليل بأن الفئات المدروسة تتفق على أن نظام الحوافز في المؤسسات محل الدراسة هو نظام غير فعّال، وقد يرجع السبب وراء ذلك إلى كون أن المؤسسات محل الدراسة هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري، أي مؤسسات اجتماعية تقدم خدمة اجتماعية مجانية ولا تخضع للمنافسة، وهذا ما يجعل العاملين في المؤسسة لا يحصلون على حوافز إيجابية تؤثر على أدائهم الوظيفي، حيث أن نظام الحوافز المعمول به في المؤسسات محل الدراسة هو نظام قائم على تحقيق طرف واحد ألا وهو تحقيق الحوافز السلبية فقط دون الحوافز الإيجابية، خاصة وأن المؤسسات محل الدراسة هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري أي

تقوم بتطبيق قانون العقوبات على كل من يرتكب أي خطأ في عمله، وتقوم بإهمال جانب آخر من نظام الحوافز ألا وهو الحوافز الإيجابية، ويبقى رأي الباحث في هذا بأن هذا التفكير هو ناتج عن ثقافة سلبية، فلا يمكننا أن نتصور بأن العامل الذي يعمل في مؤسسة تقدم خدمة مجانية ولا تخضع للمنافسة لا يحصل على حوافز إيجابية، فالحوافز الإيجابية هي حق للعامل لا بد أن تعترف به المؤسسة في أي قطاع كانت تعمل.

وماهو معمول به في الواقع في القطاع الصحي العمومي لولاية المدية، أن التحفيز الإيجابي لا يوجد له أثر تماما، على عكس الحوافز السلبية التي تطبق على مجال واسع على العاملين، فالحوافز الإيجابية قد تظهر في صورتها المادية أو المعنوية، فالمادية تظهر من خلال عملية الترقية في الرتبة أو في الدرجة التي يصاحبها زيادة قليلة جدا في أجر العامل، الأمر الذي يجعل العامل لا يعتبر هذا تحفيزا ماديا، أما المعنوية فتظهر من خلال تقديم هدايا وهبات والتي من المفروض أن تقدم إلى العامل المتقن لعمله، ولكن ما هو واقع فهي تمنح بالمحاباة، الأمر الذي ينتج عنه انهيار نفسي للعاملين المتقنين لعملهم ويحولهم إلى الوضعية المعاكسة وهي عدم تأدية عملهم بإتقان وعلى أكمل وجه، ليؤدي بهم في النهاية إلى هجران العمل في القطاع العام والتوجه إلى العمل في القطاع الخاص أو الذهاب إلى الخارج، وهذا بالنسبة للطبيين وشبه الطبيين، أما الإداريين فمنهم من قدم استقالته مباشرة نتيجة ملاحظته لممارسة مثل هذه السياسات في حق العاملين[1].

رابعا: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو بعد التدريب: سنعتمد في تحليل هذا البعد على حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكذلك تقدير متوسط إجابات أفراد العينة على جميع العبارات وتقدير مستوى المتوسط الحسابي، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-23): تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد التدريب

البعد	الفئات المدروسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاستجابة	المستوى	الرتبة
التدريب	فئة الإداريين	2.703	0.976	محايد	متوسط	01
	فئة الأطباء	2.57	1.041	محايد	متوسط	02
	فئة شبه الطبيين	2.42	1.161	غير موافق	متوسط	03
	فئة الأخصائيين النفسانيين	2.37	0.997	محايد	متوسط	04
	فئة البيولوجيين	2.30	0.797	غير موافق	منخفض	05

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

[1]- مقابلة أجريت مع السيد: ضويفي الزبير، المدير الفرعي للموارد البشرية، المؤسسة العمومية الاستشفائية بقصر البخاري، بتاريخ 07 سبتمبر 2020، على الساعة 15:00.

نلاحظ من الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي لبعد التدريب لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {**2.3 و2.703**}، وهي قيمة **متوسطة** أي ذو مستوى **متوسط** لأنها تدخل في فئة {من **2.34** إلى **3.67**}، كما أن قيمة الانحراف المعياري تراوحت بين {**0.797 و1.161**}، كما أن أغلب إجابات أفراد العينة لهذا البعد جاء بدرجة استجابة "**محايد**"، وهذا يدل على أن أفراد العينة يتفقون على أن هناك مستوى **متوسط** لبعد التدريب بالمؤسسات محل الدراسة.

يستنتج الباحث من خلال التحليل بأن الفئات المدروسة تتفق على أن نظام التدريب في المؤسسات محل الدراسة غير كفء، على اعتبار أن البرامج التدريبية في المؤسسات محل الدراسة قليلة، وقد يكون أحد أسباب نقص البرامج التدريبية هو عدم تحديد المؤسسات محل الدراسة للمعدات والأجهزة المعمول بها، وربما قد يكون السبب نفقات التكوين المرتفعة التي تقابلها نقص في الموارد التي تأتي إلى المؤسسات محل الدراسة من قبل الوزارة الوصية، وبالتالي فإذا كان نظام التدريب بالمؤسسات محل الدراسة غير فعال، فهذا يعني أن الوزارة الوصية لا تعطي اهتمام كاف للتدريب باعتبار أن الميزانية المخصصة غير معتبرة.

ومن جملة التحديات المرتبطة بالتدريب في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية ما يلي[1]:

– نقص ميزانية التدريب والتي لا تكفي لإخضاع جميع العاملين في المؤسسة إلى التدريب، الأمر الذي يستدعي تدريب عامل واحد، ليقوم هذا الأخير فيما بعد نقل ما اكتسبه من معرفة إلى باقي العاملين في المؤسسة.

– مقاومة العاملين لعملية التدريب، فعندما يقوم قسم التكوين بإصدار قرار التدريب في حق أحد العاملين، عندئذ يتسبب العاملين بظروفهم الشخصية وأنهم لا يستطيعون الذهاب إلى مكان التدريب، خاصة وأنه لا يوجد نص قانوني يعاقب العاملين على عدم استجابتهم للتدريب.

خامسا: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو بعد تفويض السلطة: سنعتمد في تحليل هذا البعد على حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكذلك تقدير متوسط إجابات أفراد العينة على جميع العبارات وتقدير مستوى المتوسط الحسابي، والجدول التالي يوضح ذلك:

[1]– مقابلة أجريت مع السيد: حموش فريد، المدير الفرعي للموارد البشرية، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالمدية، بتاريخ 06 سبتمبر 2020، على الساعة 10:20.

الجدول رقم (4-24): تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد تفويض السلطة

البعد	الفئات المدروسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاستجابة	المستوى	الرتبة
تفويض السلطة	فئة الإداريين	3.04	0.874	محايد	متوسط	04
	فئة الأطباء	3.12	0.749	محايد	متوسط	01
	فئة شبه الطبيين	3.10	0.890	محايد	متوسط	02
	فئة الأخصائيين النفسانيين	2.84	0.755	محايد	متوسط	05
	فئة البيولوجيين	3.05	0.808	محايد	متوسط	03

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي لبعد تفويض السلطة لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {**2.84 و3.10**}، وهي قيمة **متوسطة** أي ذو مستوى **متوسط** لأنها تدخل في فئة {من **2.34** إلى **3.67**}، كما أن قيمة الانحراف المعياري تراوحت بين {**0.749 و0.890**}، كما أن متوسط إجابات أفراد العينة لهذا البعد جاء بدرجة استجابة "**محايد**"، وهذا يدل على أن أفراد العينة يتفقون على أن هناك مستوى **متوسط** لبعد تفويض السلطة بالمؤسسات محل الدراسة.

يستنتج الباحث من خلال التحليل بأن الفئات المدروسة تتفق على أن عملية التفويض في المؤسسات محل الدراسة ليست عملية فعّالة، وقد يرجع السبب إلى كون المؤسسات محل الدراسة هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري، أي تخضع إلى القوانين والتشريعات، أي أن العامل مقيد وإذا أخطأ يعاقب وهذا من شأنه قد يحد من التفويض، على عكس المؤسسات الاقتصادية أين يكون مدير المؤسسة حرا ويمارس التفويض، كما قد يكون السبب وراء عدم نجاح عملية التفويض عدم اعتراف المؤسسات محل الدراسة بالحوافز الإيجابية، لأن الحوافز الإيجابية لها أثر كبير على نجاح عملية التفويض، من خلال شكر العاملين والثناء عليهم عند إتمام المهام المفوضة وكذلك منحهم مكافآت على ذلك، لأن عدم تلقي العاملين على مكافآت جراء ممارستهم لأعمال إضافية هو ما يجعلهم يقاومون عملية التفويض، وبالتالي ضعف عملتي التدريب والتحفيز تعد العائق الأساسي وراء عدم نجاح التفويض.

المطلب الثاني: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو متغيرات جودة الخدمات الصحية:

سنقوم في هذا المطلب بتحليل متغيرات الدراسة المتعلقة بجودة الخدمات الصحية للفئات المدروسة، حيث سنقوم بتحليل كل أبعاد جودة الخدمات الصحية من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري.

أولا: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو بعد الاعتمادية: سنعتمد في تحليل هذا البعد على حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكذلك تقدير متوسط إجابات أفراد العينة على جميع العبارات وتقدير مستوى المتوسط الحسابي، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-25): تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد الاعتمادية

البعد	الفئات المدروسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاستجابة	المستوى	الرتبة
الاعتمادية	فئة الإداريين	3.88	0.676	موافق	مرتفع	04
	فئة الأطباء	4.00	0.659	موافق	مرتفع	03
	فئة شبه الطبيين	4.04	0.860	موافق	مرتفع	02
	فئة الأخصائيين النفسانيين	3.86	0.512	موافق	مرتفع	05
	فئة البيولوجيين	4.06	0.476	موافق	مرتفع	01

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي لبعد الاعتمادية لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {**3.86 و4.06**}، وهي قيمة **مرتفعة** أي ذو مستوى **مرتفع** لأنها تدخل في فئة {أكثر من **3.67**}، كما أن قيمة الانحراف المعياري تراوحت بين {**0.476 و0.860**}، كما أن متوسط إجابات أفراد العينة لهذا البعد جاء بدرجة استجابة "**موافق**"، وهذا يدل على أن أفراد العينة يتفقون على أن هناك مستوى **مرتفع** لبعد بالمؤسسات محل الدراسة.

يستنتج الباحث من خلال التحليل بأن الفئات المدروسة تتفق على أن أغلب العاملين في المؤسسات محل الدراسة يتحلون بخاصية الاعتمادية، أي لهم القدرة والخبرة والمعرفة والمهارة الكافية التي تجعلهم يقدمون خدمة صحية تلقى القبول والرضا من المستفيدين.

ثانيا: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو بعد الاستجابة: سنعتمد في تحليل هذا البعد على حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكذلك تقدير متوسط إجابات أفراد العينة على جميع العبارات وتقدير مستوى المتوسط الحسابي، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-26): تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد الاستجابة

البعد	الفئات المدروسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاستجابة	المستوى	الرتبة
الاستجابة	فئة الإداريين	3.74	0.653	موافق	مرتفع	04
	فئة الأطباء	3.80	0.689	موافق	مرتفع	02
	فئة شبه الطبيين	3.76	0.634	موافق	مرتفع	03
	فئة الأخصائيين النفسانيين	3.47	0.610	موافق	متوسط	05
	فئة البيولوجيين	3.80	0.484	موافق	مرتفع	01

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي لبعد الاستجابة لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {**3.47 و3.80**}، وهي قيمة **مرتفعة** أي ذو مستوى **مرتفع** لأنها تدخل في فئة {أكثر من **3.67**}، كما أن قيمة الانحراف المعياري تراوحت بين {**0.484 و0.689**}، كما أن متوسط إجابات أفراد العينة لهذا البعد جاء بدرجة استجابة "**موافق**"، وهذا يدل على أن أفراد العينة يتفقون على أن هناك مستوى **مرتفع** لبعد الاستجابة بالمؤسسات محل الدراسة.

يستنتج الباحث من خلال التحليل بأن الفئات المدروسة تتفق على أن أغلب العاملين بالمؤسسات محل الدراسة يتحلون بخاصية الاستجابة، أي يحرصون على تقديم الخدمة للمستفيد في مواقيتها المحددة، من خلال امتلاكهم القدرة على الاستجابة السريعة لمتطلبات المستفيدين، وأنهم على استعداد دائم على تقديم الخدمة بسرعة، وبالشكل الذي يلبي احتياجات المستفيد من الخدمة الصحية.

ثالثا: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو بعد الملموسية: سنعتمد في تحليل هذا البعد على حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكذلك تقدير متوسط إجابات أفراد العينة على جميع العبارات وتقدير مستوى المتوسط الحسابي، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-27): تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد الملموسية

البعد	الفئات المدروسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاستجابة	المستوى	الرتبة
الملموسية	فئة الإداريين	3.22	0.976	محايد	متوسط	01
	فئة الأطباء	2.62	0.957	محايد	متوسط	05
	فئة شبه الطبيين	2.81	0.930	محايد	متوسط	03
	فئة الأخصائيين النفسانيين	3.05	0.685	محايد	متوسط	02
	فئة البيولوجيين	2.76	0.756	محايد	متوسط	04

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي لبعد الملموسية لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {**2.62 و3.22**}، وهي قيمة **متوسطة** أي ذو مستوى **متوسط** لأنها تدخل في فئة {من **2.34** إلى **3.67**}، كما أن قيمة الانحراف المعياري تراوحت بين {**0.685 و0.976**}، كما أن متوسط إجابات أفراد العينة جاء بدرجة استجابة "**محايد**"، وهذا يدل على أن أفراد العينة يتفقون على أن هناك مستوى **متوسط** لبعد الملموسية بالمؤسسات محل الدراسة.

يستنتج الباحث من خلال التحليل بأن الفئات المدروسة تتفق على أن المؤسسات محل الدراسة تفتقر إلى معدات وأجهزة حديثة، والتي من شأنها أن تساعدهم على إنجاز عملهم بفعالية وتنعكس على عملية تقديمهم للخدمة بالصورة المطلوبة، بالإضافة إلى عدم حرص المؤسسات محل الدراسة على توفير محيط داخلي متميز ينعكس بالإيجاب على نفسية المستفيد، وهذا ما قد يجعل المستفيد غير راض عن الخدمة المقدمة.

ومن جملة التحديات المرتبطة ببعد الملموسية في القطاع الصحي العمومي لولاية المدية[1]:

- المشكل المالي، فما هو واقع في قطاع الصحة العمومية في ولاية المدية أن النفقات مرتفعة جدا يقابلها نقص كبير في الموارد التي تأتي إلى القطاع، ما ينتج عنه عجز في موازنة القطاع؛
- السبب الرئيسي وراء ارتفاع نفقات القطاع الصحي العمومي بالولاية هو الدواء، فالإيرادات التي تأتي إلى القطاع لا تكفي حتى لتغطية نفقات الدواء، الأمر الذي ينتج عنه إهمال تام لجانب الملموسية؛
- تضخم حجم الديون الملقاة على عاتق القطاع، وبالتالي تضخم حجم نفقات القطاع، ما يجعل مؤسسات القطاع تغفل تماما عن جانب الملموسية.

رابعا: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو بعد الأمان: سنعتمد في تحليل هذا البعد على حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكذلك تقدير متوسط إجابات أفراد العينة على جميع العبارات وتقدير مستوى المتوسط الحسابي، والجدول التالي يوضح ذلك:

[1]- مقابلة أجريت مع السيد: كراش سليم، رئيس مصلحة السكان، مديرية الصحة والسكان لولاية المدية، بتاريخ 08 سبتمبر 2020، على الساعة 10:15.

الجدول رقم (4-28): تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد الأمان

البعد	الفئات المدروسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاستجابة	المستوى	الرتبة
الأمان	فئة الإداريين	3.49	0.654	موافق	متوسط	05
	فئة الأطباء	3.51	0.772	موافق	متوسط	04
	فئة شبه الطبيين	3.56	0.690	موافق	متوسط	02
	فئة الأخصائيين النفسانيين	3.57	0.473	موافق	متوسط	01
	فئة البيولوجيين	3.54	0.503	موافق	متوسط	03

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي لبعد الأمان لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {**3.49 و3.56**}، وهي قيمة **متوسطة** أي ذو مستوى **متوسط** لأنها تدخل في فئة {من **2.34** إلى **3.67**}، كما أن قيمة الانحراف المعياري بلغت {**0.473 و0.772**}، كما أن متوسط إجابات أفراد العينة لهذا البعد جاء بدرجة استجابة "**موافق**"، وهذا يدل على أن أفراد العينة يتفقون على أن هناك مستوى **متوسط** لبعد الأمان بالمؤسسات محل الدراسة.

يستنتج الباحث من خلال التحليل بأن فئة شبه الطبيين تتفق على أن أغلب العاملين بالمؤسسات محل الدراسة تتوفر لديهم خاصية الأمان، ولكن كل حسب معرفته وكفاءته وطريقة تعامله مع المستفيد، فهناك من العاملين من يحسن التعامل مع المستفيد ويجيب على أسئلته بكل ثقة، وهناك من العاملين من هو في الحالة المعاكسة تماما، أي لا يحسن التعامل مع المستفيد ويرى بأن العمل عبء ينبغي التخلص منه.

خامسا: تحليل ومناقشة إجابات الفئات المدروسة نحو بعد التعاطف: سنعتمد في تحليل هذا البعد على حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكذلك تقدير متوسط إجابات أفراد العينة على جميع العبارات وتقدير مستوى المتوسط الحسابي، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-29): تحليل إجابات الفئات المدروسة نحو عبارات بعد التعاطف

البعد	الفئات المدروسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاستجابة	المستوى	الرتبة
التعاطف	فئة الإداريين	3.72	0.641	موافق	مرتفع	04
	فئة الأطباء	3.98	0.706	موافق	مرتفع	03
	فئة شبه الطبيين	4.01	0.609	موافق	مرتفع	02
	فئة الأخصائيين النفسانيين	3.58	0.701	موافق	متوسط	05
	فئة البيولوجيين	4.03	0.579	موافق	مرتفع	01

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن قيمة المتوسط الحسابي لبعد التعاطف لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {**3.58 و4.03**}، وهي قيمة **مرتفعة** أي ذو مستوى **مرتفع** لأنها تدخل في فئة {أكثر من **3.67**}، كما أن قيمة الانحراف المعياري تراوحت بين {**0.579 و0.706**}، كما أن متوسط إجابات أفراد العينة لهذا البعد جاء بدرجة استجابة "**موافق**"، وهذا يدل على أن أفراد العينة يتفقون على أن هناك مستوى **مرتفع** لبعد التعاطف بالمؤسسات محل الدراسة.

يستنتج الباحث من خلال التحليل بأن الفئات المدروسة تتفق على أن العاملين بالمؤسسات محل الدراسة يتحلون بخاصية التعاطف، أي يتعاطفون مع المستفيدين أثناء تقديمهم للخدمة ويعطونهم الرعاية والاهتمام ويتبادلون معهم الاحترام، ويقدرون ظروفهم ويحرصون على تحقيق رضاهم.

المطلب الثالث: اختبار الفرضيات

يعد اختبار الفرضيات آخر الاختبارات التي تعالج في الدراسات الميدانية في ميدان العلوم الاجتماعية والإدارية، حيث اعتمدنا في دراستنا على ثلاثة اختبارات أساسية في اختبار الفرضيات، هي اختبار فرضية العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع، واختبار فرضية الأثر واختبار الفروقات.

أولا: اختبار فرضية العلاقة بين متغيرات الدراسة: سنقوم في هذا المطلب باختبار الفرضية التي تنص على: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية (**$\alpha \leq 0.05$**) بين أبعاد تمكين العاملين (مجتمعة)، على تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية.

وعلى ضوء ذلك سنقوم بقياس العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع لجميع الفئات المدروسة، حيث سنعتمد في قياس العلاقة على معامل الارتباط سبيرمان، لأن كلى المتغيرين المستقل والتابع متغيرات ترتيبية، والعلاقة قد تكون على نوعين إما علاقة طردية أي موجبة أو علاقة عكسية أي سالبة، وكل نوع يأخذ ثلاث مستويات من العلاقة، بمعنى إما تكون قوية أو متوسطة أو ضعيفة، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-30): مستويات العلاقة بين متغيرين أو أكثر

ارتباط موجب (طردي)			ارتباط سالب (عكسي)		
قوي	متوسط	ضعيف	ضعيف	متوسط	قوي
{1 - 0.75}	{0.75 - 0.5}	{0.5 - 0}	{0 -0.5}	{-0.5 -0.75}	{-0.75 إلى -1}

المصدر: إيهاب عبد السلام محمود، **تحليل البرنامج الإحصائي *spss***، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013، ص: 272.

ولاختبار الفرضية قمنا بحساب معامل الارتباط سبيرمان لقياس العلاقة بين المتغير المستقل (تمكين العاملين) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (4-31): معامل الارتباط سبيرمان يوضح العلاقة بين تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية

البيان	فئة الإداريين	فئة الأطباء	فئة شبه الطبيين	الأخصائيين النفسانيين	البيولوجيين
معامل الارتباط سبيرمان	0.442	0.463	0.488	0.506**	0.477**
القيمة الاحتمالية	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن قيمة معامل الارتباط سبيرمان لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين {0.442 و0.506}، وهي تدل على أن هناك علاقة بين تمكين العاملين وتحقيق جودة الخدمات الصحية، كما أن القيمة الاحتمالية لجميع الفئات المدروسة أقل من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي فإنه توجد هناك علاقة طردية ضعيفة بين تمكين العاملين وجودة الخدمات الصحية لجميع الفئات المدروسة، وأن معامل الارتباط معنوي عند مستوى (0.01)، وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه توجد علاقة بين تمكين العاملين وجودة الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية.

ثانيا: اختبار فرضية الأثر: سنقوم في هذا المطلب باختبار الفرضية التي تنص على: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين على تحقيق جودة الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$).

وعلى ضوء ذلك سنقوم بقياس أثر المتغير المستقل (تمكين العاملين) على المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) لكل فئة مدروسة على حدى (الإداريين، الطبيين، شبه الطبيين، الأخصائيين النفسانيين، البيولوجيين)، من خلال اختبار تحليل الانحدار الخطي البسيط، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (4-32): اختبار تحليل الانحدار الخطي البسيط يوضح أثر تمكين العاملين على جودة الخدمات الصحية

الفئات	R	R^2	F	sig	درجات الحرية		معامل B الانحدار	T	sig
فئة الإداريين	0.462	0.213	21.434	0.000	الانحدار	01	0.462	4.630	0.000
					البواقي	79			
					المجموع	80			
فئة الطبيين	0.516	0.266	26.490	0.000	الانحدار	01	0.516	5.147	0.000
					البواقي	73			
					المجموع	74			
فئة شبه الطبيين	0.478	0.228	64.798	0.000	الانحدار	01	0.478	8.050	0.000
					البواقي	219			
					المجموع	220			
الأخصائيين النفسانيين	0.592	0.350	8.076	0.000	الانحدار	01	0.592	2.842	0.000
					البواقي	15			
					المجموع	16			
فئة البيولوجيين	0.445	0.198	8.893	0.000	الانحدار	01	0.445	2.982	0.000
					البواقي	36			
					المجموع	37			

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من خلال الجدول أنه يوجد تأثير ذي دلالة إحصائية لتمكين العاملين في تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية لجميع الفئات المدروسة، حيث تراوحت قيمة معامل الارتباط (R) لجميع الفئات المدروسة {0.445 و0.592}، وهذا ما يدل أن معامل الارتباط دال عند مستوى المعنوية (0.01)، كما تراوحت قيمة معامل التحديد (R^2) لجميع الفئات المدروسة (0.198 و0.350)، وهاته النسب تدل على أن التغيرات الحاصلة في تحقيق جودة الخدمات الصحية يعود إلى مستوى الاهتمام بالتمكين وأبعاده، بالرغم من أن الاهتمام ضعيف نوعا ما، كما تراوحت قيمة (F) المحسوبة لجميع الفئات المدروسة (8.07 و64.798) وهي دالة عند مستوى المعنوية (0.01)، ونلاحظ بأن قيمة (F) لفئة شبه الطبيين هي أكبر قيمة، وهذا راجع إلى كبر حجم العينة باعتبارها أكبر عينة للفئات المدروسة مقارنة بقيمة (F) لفئة الأخصائيين النفسانيين التي هي أصغر قيمة، وهذا راجع إلى صغر حجم العينة باعتبارها

أصغر عينة للفئات المدروسة، كما تراوحت قيمة (t) المحسوبة لجميع الفئات المدروسة {2.842 و8.050} وهي دالة عند مستوى المعنوية (0.01)، وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين على تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$).

ثالثا: اختبار الفروقات: سنقوم في هذا المطلب باختبار الفرضية التي تنص على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) حول استجابة الأفراد المبحوثين وفقا لمتغيرات (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، والأقدمية في الميدان الصحي) في المؤسسات العمومية الصحية محل الدراسة.

وعلى ضوء ذلك سنقوم باختبار تحليل التباين الأحادي واختبار التجانس، لمعرفة الفروقات بين إجابات أفراد عينة البحث حول الخصائص الشخصية والوظيفية، حيث سنقوم بتحليل كل فئة مدروسة على حدى، بدءا بمتغير الجنس، ثم متغير العمر، ثم متغير المؤهل العلمي، ثم متغير الأقدمية.

أ. اختبار الفروقات في إجابات الفئات المدروسة نحو خاصية الجنس: لمعرفة ما إذا كانت هناك فرق ذات دلالة إحصائية في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية الجنس، فإننا سنعتمد على مقارنة القيمة الاحتمالية بمستوى المعنوية (0.05)، فإذا كانت القيمة الاحتمالية أكبر من مستوى المعنوية فإنه لا توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة، أما إذا كانت القيمة الاحتمالية أقل من مستوى المعنوية (0.05) فإنه توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة، وهذا ما يضعنا أما م فرضيتين أساسيتين:

- (H_0) : لا توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية الجنس.
- (H_1) : توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية الجنس.

والجدول التالي يوضح اختبار تحليل التباين الأحادي لخاصية الجنس حسب كل فئة مدروسة كما يلي:

الجدول رقم (4-33): اختبار تحليل التباين الأحادي لخاصية الجنس للفئات المدروسة

الفئة	المجال	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار التجانس	قيمة T	القيمة الاحتمالية
فئة الإداريين	تمكين العاملين	ذكر	39	2.94	0.835	0.258	0.386	0.613
		أنثى	42	2.87	0.780		0.385	
	جودة الخدمات الصحية	ذكر	39	3.52	0.606	0.894	-1.382	0.347
		أنثى	42	3.69	0.533		-1.374	
فئة الأطباء	تمكين العاملين	ذكر	18	2.88	0.550	3.015	0.37	0.087
		أنثى	57	2.87	0.738		0.43	
	جودة الخدمات الصحية	ذكر	18	3.70	0.486	0.886	0.99	0.350

		أنثى	57	3.57	0.625		1.128	
فئة شبه الطبيين	تمكين العاملين	ذكر	86	2.85	0.779	0.009	0.507	0.925
		أنثى	136	2.79	0.784		0.503	
	جودة الخدمات الصحية	ذكر	86	3.66	0.561	0.509	0.541	0.476
		أنثى	136	3.62	0.513		0.531	
فئة الأخصائيين النفسانيين	تمكين العاملين	ذكر	03	3.21	0.730	0.09	1.108	0.768
		أنثى	14	2.67	0.780		1.159	
	جودة الخدمات الصحية	ذكر	03	3.46	0.444	0.468	-0.167	0.504
		أنثى	14	3.52	0.513		-0.185	
فئة البيولوجيين	تمكين العاملين	ذكر	07	2.59	0.187	0.874	-0.536	0.05
		أنثى	31	2.74	0.719		-1.006	
	جودة الخدمات الصحية	ذكر	07	3.63	0.188	3.737	-0.050	0.061
		أنثى	31	3.64	0.385		-0.076	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن القيمة الاحتمالية للمتغير المستقل (تمكين العاملين) لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين (**0.05 و0.925**)، والقيمة الاحتمالية للمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين (**0.061 و0.504**)، وهما أكبر من مستوى المعنوية (**0.05**)، وعليه فإننا نقبل **الفرضية الصفرية** التي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية الجنس".

ب. اختبار الفروقات في إجابات الفئات المدروسة نحو خاصية العمر: لمعرفة ما إذا كانت هناك فرق ذات دلالة إحصائية في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية العمر، فإننا سنعتمد على مقارنة القيمة الاحتمالية بمستوى المعنوية (0.05)، فإذا كانت القيمة الاحتمالية أكبر من مستوى المعنوية فإنه لا توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة، أما إذا كانت القيمة الاحتمالية أقل من مستوى المعنوية (0.05) فإنه توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة، وهذا ما يضعنا أما م فرضيتين أساسيتين:

- (H_0) : لا توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية العمر.
- (H_1) : توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية العمر.

والجدول التالي يوضح اختبار تحليل التباين الأحادي لخاصية العمر حسب كل فئة مدروسة كما يلي:

الجدول رقم (4-34): اختبار تحليل التباين الأحادي لخاصية العمر للفئات المدروسة

الفئة	المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	القيمة الاحتمالية
فئة الإداريين	تمكين العاملين	بين المجموعات	0.220	03	0.73	0.110	0.954
		داخل المجموعات	51.381	77	0.667		
		المجموع	51.602	80			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	0.386	03	0.129	0.384	0.765
		داخل المجموعات	26.160	78	0.335		
		المجموع	26.546	81			
فئة الأطباء	تمكين العاملين	بين المجموعات	3.913	03	1.304	2.912	0.04
		داخل المجموعات	31.804	71	0.448		
		المجموع	35.717	74			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	1.874	03	0.625	1.819	0.152
		داخل المجموعات	24.394	71	0.344		
		المجموع	26.268	74			
فئة شبه الطبيين	تمكين العاملين	بين المجموعات	2.595	03	0.865	1.511	0.213
		داخل المجموعات	124.822	218	0.573		
		المجموع	127.417	221			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	1.269	03	0.423	1.505	0.214
		داخل المجموعات	61.295	218	0.281		
		المجموع	62.564	221			
فئة الأخصائيين النفسانيين	تمكين العاملين	بين المجموعات	2.133	03	0.711	1.218	0.342
		داخل المجموعات	7.591	13	0.584		
		المجموع	9.725	16			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	0.280	03	0.093	0.341	0.796
		داخل المجموعات	3.549	13	0.273		
		المجموع	3.828	16			
فئة البيولوجيين	تمكين العاملين	بين المجموعات	0.801	02	0.400	0.930	0.404
		داخل المجموعات	15.073	35	0.431		
		المجموع	15.874	37			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	0.197	02	0.098	0.771	0.470
		داخل المجموعات	4.470	35	0.128		
		المجموع	4.667	37			

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن القيمة الاحتمالية للمتغير المستقل (تمكين العاملين) لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين (**0.213 و0.954**) وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية التي

تنص على أنه لا توجد فروق، ما عدا فئة الطبيين التي بلغت القيمة الاحتمالية لتمكين العاملين (0.04) وهي أقل من مستوى المعنوية، وعليه توجد فروق في إجابات فئة الطبيين، وفي هذه الحالة يجب تحديد مصدر الفروق من خلال إجراء اختبار ***LSD***، وبناء على نتائج هذا الاختبار نحدد مصدر الفروق، أما القيمة الاحتمالية للمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين (**0.152 و0.796**) وهما أكبر من مستوى المعنوية (**0.05**)، وعليه فإننا نقبل **الفرضية الصفرية** التي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية العمر".

وبعد إجرائنا لاختبار ***LSD*** لتحديد مصدر الفروق في إجابات فئة الطبيين حول محور تمكين العاملين بالمؤسسات محل الدراسة، توصلنا إلى النتائج الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (4–35): نتائج اختبار *LSD* لتحديد مصدر الفروق في إجابات فئة الأطباء حول محور تمكين العاملين

المجال	الفئة العمرية	التكرارات	متوسط الفروقات	القيمة الاحتمالية
تمكين العاملين	30-20	26	0.222	0.207
	40-31	34		
	30-20	26	0.693	0.009
	50-41	09		
	30-20	26	0.547	0.075
	60-51	06		
	40-31	34	0.471	0.064
	50-41	09		
	40-31	34	0.325	0.276
	60-51	06		
	50-41	09	0.146	0.680
	60-51	06		

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من خلال الجدول أن مستوى الدلالة لجميع الفئات العمرية أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي لا توجد فروقات في إجابات الفئة العمرية ما عدا الفئة العمرية الأولى مع الفئة العمرية الثالثة، التي نلاحظ بأن مستوى الدلالة فيها أقل من 0.05، وبالتالي توجد فروق في إجابات هاتين الفئتين حول تمكين العاملين، ويعزوا الباحث هذا الفرق إلى أن أفراد هاتين الفئتين يختلفون في إدراكهم لأبعاد تمكين العاملين، بالإضافة إلى ذلك فإن عدد أفراد الفئة الثالثة أقل من عدد أفراد الفئة الأولى إذ بلغت 09 مقابل 26.

ت. اختبار الفروقات في إجابات الفئات المدروسة نحو خاصية المؤهل العلمي: لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات المبحوثين تعزى لخاصية المؤهل العلمي، فإننا سنعتمد على مقارنة القيمة الاحتمالية بمستوى المعنوية (0.05)، فإذا كانت القيمة الاحتمالية أكبر من مستوى المعنوية فإنه لا توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة، أما إذا كانت القيمة الاحتمالية أقل من مستوى المعنوية (0.05) فإنه توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة، وهذا ما يضعنا أما م فرضيتين أساسيتين:

- (H_0) : لا توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية المؤهل العلمي.
- (H_1) : توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية المؤهل العلمي.

والجدول التالي يوضح اختبار تحليل التباين الأحادي لخاصية المؤهل العلمي حسب كل فئة مدروسة كما يلي:

جدول رقم (4-36): اختبار تحليل التباين الأحادي لخاصية المؤهل العلمي للفئات المدروسة

الفئة	المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	القيمة الاحتمالية
فئة الإداريين	تمكين العاملين	بين المجموعات	0.960	05	0.192	0.284	0.920
		داخل المجموعات	50.642	75	0.675		
		المجموع	51.602	80			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	3.263	05	0.653	2.130	0.071
		داخل المجموعات	23.282	76	0.306		
		المجموع	26.546	81			
فئة الأطباء	تمكين العاملين	بين المجموعات	3.554	02	1.777	3.978	0.023
		داخل المجموعات	32.163	72	0.447		
		المجموع	35.717	74			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	1.888	02	0.944	2.788	0.68
		داخل المجموعات	24.380	72	0.339		
		المجموع	26.268	74			
فئة شبه الطبيين	تمكين العاملين	بين المجموعات	6.597	05	1.319	2.359	0.051
		داخل المجموعات	120.820	216	0.559		
		المجموع	127.417	221			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	1.766	05	0.353	1.255	0.285
		داخل المجموعات	60.798	216	0.281		
		المجموع	62.564	221			
فئة الأخصائيين النفسانيين	تمكين العاملين	بين المجموعات	1.392	01	1.392	2.505	0.134
		داخل المجموعات	8.333	15	0.556		
		المجموع	9.725	16			
	جودة الخدمات	بين المجموعات	0.149	01	0.149	0.608	0.447
		داخل المجموعات	3.679	15	0.245		

	الصحية	المجموع	3.828	16			
فئة البيولوجيين	تمكين العاملين	بين المجموعات	2.352	03	0.784	1.971	0.137
		داخل المجموعات	13.522	34	0.398		
		المجموع	15.874	37			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	0.285	03	0.095	0.738	0.537
		داخل المجموعات	4.382	34	0.129		
		المجموع	4.667	37			

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

نلاحظ من الجدول أن القيمة الاحتمالية للمتغير المستقل (تمكين العاملين) لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين (**0.134 و0.920**) وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه لا توجد فروق، ما عدا فئة الطبيين التي بلغت القيمة الاحتمالية لتمكين العاملين (0.023) وهي أقل من مستوى المعنوية وعليه توجد فروق في إجابات فئة الطبيين، وفي هذه الحالة يجب تحديد مصدر الفروق من خلال إجراء اختبار ***LSD***، وبناء على نتائج هذا الاختبار نحدد مصدر الفروق، أما القيمة الاحتمالية للمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين (**0.071 و0.68**) وهما أكبر من مستوى المعنوية (**0.05**)، وعليه فإننا نقبل **الفرضية الصفرية** التي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية العمر".

وبعد إجرائنا لاختبار ***LSD*** لتحديد مصدر الفروق في إجابات فئة الطبيين حول محور تمكين العاملين بالمؤسسات محل الدراسة، توصلنا إلى النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (4–37): نتائج اختبار *LSD* لتحديد مصدر الفروق في إجابات فئة الطبيين حول محور تمكين العاملين

المجال	المؤهل العلمي	التكرارات	متوسط الفروقات	القيمة الاحتمالية
تمكين العاملين	دبلوم	03	1.304	0.036
	ليسانس	02		
	دبلوم	03	1.090	0.007
	دكتوراه	70		
	ليسانس	02	0.213	0.657
	دكتوراه	70		

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول أن مستوى الدلالة أقل من 0.05 بالنسبة لحاملي الدبلوم مع حاملي الليسانس والدكتوراه، أي توجد فروق بين إجابات حاملي الدبلوم مع حاملي الليسانس والدكتوراه، ويعزو

الباحث هذا إلى أن حاملي الدبلوم لا يملكون المعرفة والمهارة الكافية مثل حاملي الليسانس والدكتوراه، ما جعلهم لا يستجيبون إلى أبعاد تمكين العاملين، على عكس حاملي الليسانس والدكتوراه الذين يملكون القدر الكافي من المعرفة والمهارة والتي جعلتهم يتقبلون فكرة التمكين.

ث. اختبار الفروقات في إجابات الفئات المدروسة نحو خاصية الأقدمية: لمعرفة ما إذا كانت هناك فرق ذات دلالة إحصائية في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية الأقدمية، فإننا سنعتمد على مقارنة القيمة الاحتمالية بمستوى المعنوية (0.05)، فإذا كانت القيمة الاحتمالية أكبر من مستوى المعنوية فإنه لا توجد فرق في إجابات الفئات المدروسة، أما إذا كانت القيمة الاحتمالية أقل من مستوى المعنوية (0.05) فإنه توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة، وهذا ما يضعنا أما م فرضيتين أساسيتين:

- (H_0) : لا توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية الأقدمية.
- (H_1) : توجد فروق في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية الأقدمية.

والجدول التالي يوضح اختبار تحليل التباين الأحادي لخاصية الأقدمية حسب كل فئة مدروسة كما يلي:

جدول رقم (4-38): اختبار تحليل التباين الأحادي لخاصية الأقدمية للفئات المدروسة

الفئة	المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	القيمة الاحتمالية
فئة الإداريين	تمكين العاملين	بين المجموعات	0.486	05	0.097	0.143	0.982
		داخل المجموعات	51.116	75	0.682		
		المجموع	51.602	80			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	2.323	05	0.465	1.458	0.214
		داخل المجموعات	24.223	76	0.319		
		المجموع	26.546	81			
فئة الأطباء	تمكين العاملين	بين المجموعات	3.893	06	0.649	1.386	0.233
		داخل المجموعات	31.824	68	0.468		
		المجموع	35.717	74			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	3.581	06	0.597	1.789	0.114
		داخل المجموعات	22.687	68	0.334		
		المجموع	26.268	74			
فئة شبه الطبيين	تمكين العاملين	بين المجموعات	5.073	06	0.846	1.486	0.184
		داخل المجموعات	122.343	215	0.569		
		المجموع	127.417	221			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	3.144	06	0.524	1.896	0.083
		داخل المجموعات	59.420	215	0.276		
		المجموع	62.564	221			

فئة الأخصائيين النفسانيين	تمكين العاملين	بين المجموعات	2.824	04	0.706	1.228	0.350
		داخل المجموعات	6.901	12	0.575		
		المجموع	9.725	16			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	1.159	04	0.290	1.303	0.323
		داخل المجموعات	2.669	12	0.222		
		المجموع	3.828	16			
فئة البيولوجيين	تمكين العاملين	بين المجموعات	2.556	05	0.511	1.228	0.319
		داخل المجموعات	13.319	32	0.416		
		المجموع	15.874	37			
	جودة الخدمات الصحية	بين المجموعات	0.971	05	0.194	1.681	0.168
		داخل المجموعات	3.696	32	0.116		
		المجموع	4.667	37			

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج spss

نلاحظ من الجدول أن القيمة الاحتمالية للمتغير المستقل (تمكين العاملين) لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين (**0.184 و0.982**)، والقيمة الاحتمالية للمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) لجميع الفئات المدروسة تراوحت بين (**0.083 و0.323**)، وهما أكبر من مستوى المعنوية (**0.05**)، وعليه فإننا نقبل **الفرضية الصفرية** التي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية الأقدمية".

المبحث الرابع: نماذج مقترحة لتطبيق تمكين العاملين وتحسين الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية

بعد استعراض الإطار النظري لتمكين العاملين والإطار النظري لجودة الخدمات الصحية، وكذلك بعد إجراء الدراسة التطبيقية ومعرفة نقاط القوة ونقاط الضعف، فإننا نقترح جملة من الأفكار، التي نظن أنها قد تساعد على تهيئة الفرص لتطبيق تمكين العاملين وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية.

المطلب الأول: نموذج مقترح لتطبيق تمكين العاملين في المؤسسة العمومية الصحية لولاية المدية

بناء على ما تم عرضه من الجانب النظري لتمكين العاملين والإحاطة بماهيته، وفهمنا المتواضع لهذا المفهوم الإداري الحديث، وبناء على ما تم عرضه من تجارب رائدة في عملية تطبيق التمكين، فعلى ضوء ذلك سنقوم في هذا المطلب بتقديم نموذج مقترح لكيفية تطبيق تمكين العاملين في المؤسسة العمومية الصحية لولاية المدية.

سبق لنا وأن تعرضنا إلى البحث في التمكين، والإحاطة بماهيته ومحاولته فهمه بشكل صحيح من أجل وضع الخطوط العريضة التي تقوم عليها فلسفة التمكين، وعليه يقترح الباحث مجموعة من الأفكار التي يرى بأنه إذا تم تجسيدها على أرض الواقع فإنها ستشكل الأرض الخصبة للتمكين، وتعزز وتثمن نجاح التمكين في المؤسسة العمومية الصحية لولاية المدية، حيث أن هذه الأفكار في حقيقة الأمر هي ليست من صنع الباحث، وإنما جاءت نتيجة فهم الباحث لعملية التمكين من خلال تراكم المعلومات في ذهن الباحث نتيجة ما قام به من أبحاث في فلسفة التمكين، وعليه فإن جملة الأفكار التي يقترحها الباحث هي كالتالي:

أولا: ثقافة الأفراد (الذهنيات): تشكل الثقافة أحد أهم الدعائم الرئيسية لنجاح عملية التمكين كما قد تكون عائقا يقف أمام التمكين، فالسبب الذي يجعل الثقافة عائقا أمام تطبيق التمكين هو كونها ثقافة سلبية، أي أن الرؤساء داخل المؤسسة يتمتعون بذهنيات لا تتوافق ومضمون التمكين، فالرؤساء ينظرون إلى التمكين على أنه سيفقدهم سيطرتهم وسيحد من سلطتهم ولكن في واقع الأمر هذا خطأ ينبغي تصحيحه وإعادة النظر فيه، حيث أن هذا لا يقف عائقا أمام التمكين فقط، بل أمام العديد من الفلسفات الإدارية كإدارة الجودة الشاملة، فرق العمل ...الخ، فالرؤساء ينبغي أن لا يفكروا بمثل هذا التفكير، وينتقلون من هذا التفكير الهدّام ومن هذه الثقافة السلبية إلى ثقافة التمكين، التي تجعل من المورد البشري موردا كفؤا مساهم في إنشاء القيمة

المضافة، وعليه فإن الثقافة هي القاعدة التي يبنى عليها التمكين وهي أهم عنصر لنجاحه، مع ضرورة أن تكون هذه الثقافة إيجابية يحسن من خلالها الرؤساء الظن بالآخرين، وتجعلهم ينظرون إلى التمكين على أنه مفهوم إداري له مكانه مثل باقي المفاهيم الإدارية ينبغي تطبيقه، وأنه لا يحد من سلطتهم ويفقدهم سيطرتهم بل على العكس فهو يحسن صورتهم أمام المرؤوسين، من خلال إعطائهم المرؤوسين فرصة للظهور وتحقيق الأفضل.

ثانيا: نمط القيادة: يعد نمط القيادة عامل أساسي في تطبيق التمكين، حيث أن نمط القيادة يعتمد بشكل كبير على العامل الأول الذي ذكرناه سابقا هو عامل الثقافة، لأن أنماط القيادة هي ثلاثة أنماط: قيادة أوتوقراطية، قيادة ديمقراطية، قيادة حرة، فالقيادة الأوتوقراطية تشكل عائقا أمام تطبيق التمكين ولا ترحب به، لأن هذا النمط من القيادة يتناقض ومفهوم التمكين، فهذا النمط القيادي ينظر إلى التمكين على أنه يحد من سلطة القادة (الرؤساء)، وعلى ضوء ذلك فهو يقوم على مبدأ تركيز السلطة في يد القادة دون توزيعها على العاملين، وبالتالي يمكن القول بأن المؤسسات إذا أرادت تطبيق التمكين فعليها الابتعاد كليا عن هذا النمط القيادي والانتقال إلى الأنماط الأخرى وهي النمط الديمقراطي أو نمط القيادة الحرة، فهذين النمطين الأخيرين يعترفان بالتمكين ويعتبرانه عاملا أساسيا لتحقيق رضا العامل داخل المؤسسة، ويعتبران أن عملية إعطائه الحرية والاستقلالية هي التي ستجعل منه فرد مبدع ومنتج للأفكار الإبداعية، وعليه فإن نمط القيادة له تأثير كبير على عملية التمكين، على اعتبار أن التمكين يأتي من القائد أي أن القائد هو من يمكّن الآخرين من خلال إعطائهم المزيد من الصلاحيات، حيث أن هناك أنماط تدعم فكرة التمكين وهناك أنماط لا تدعم فكرة التمكين بل على العكس تقف عائقا أمام تطبيقه، ومن بين هذه الأنماط النمط الأوتوقراطي الذي لا يرحب أبدا بفكرة التمكين، أما النمط القيادي الديمقراطي والقيادة الحرة هي التي تناسب فكرة التمكين وتتفقان معه وتدعمانه، لأن هذين النمطين يقومان على إشراك الآخرين في اتخاذ القرارات.

ثالثا: الاهتمام بالموارد البشرية: إن التمكين يستهدف الموارد البشرية، فلما نقول التمكين يعني تمكين الموارد البشرية داخل المؤسسة، لذا فالمؤسسة التي تعطي للموارد البشرية اهتماما أكبر من خلال توفير فرص التدريب والتعلم وتنمية المعارف والمهارات والقدرات هي التي تنجح في تطبيق التمكين، لأن المؤسسة التي تستثمر في قدرات الموارد البشرية ترحب بأي شيء من شأنه أن يعطي اهتمام بالموارد البشرية، والتمكين يعتبر من أهم المفاهيم والفلسفات الإدارية الحديثة التي أعطت الاهتمام بالمورد البشري لأننا لو نلاحظ أهم الأبعاد التي يعتمد عليها التمكين فهي كلها أبعاد تتعلق بالموارد البشرية، مثل التفويض الذي يقضي بزيادة مهام

وصلاحيات المرؤوسين بصفة مؤقتة، كذلك بعد التدريب الذي يهتم بتطوير مهارات الموارد البشرية، أيضا بعد فرق العمل أي العمل في فرق واحد وليس بصفة انفرادية، وكذلك بعد الاتصال أي تبادل المعلومات بين الموارد البشرية، وكذلك بعد التحفيز أي التأثير على أداء الموارد البشرية، وعليه فإن نجاح التمكين يتطلب الاهتمام بالموارد البشرية وإعطائها الكثير من الفرص حتى تظهر قدراتها ومهاراتها وتظهر على مستواها الحقيقي، والإيمان بأن الموارد البشرية لها قدرات وإمكانات هائلة ولكن تفتقد إلى من يحيي هذه القدرات والإمكانات وهذا هو المغزى من عملية التمكين.

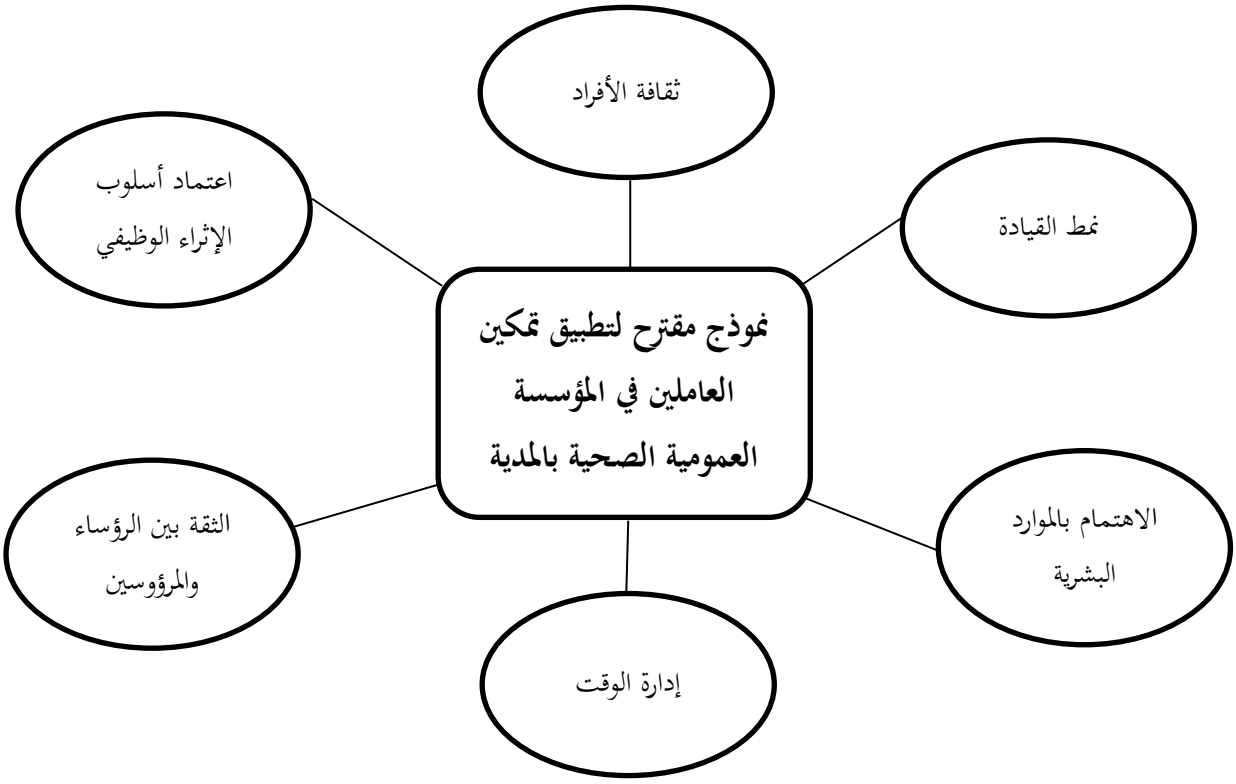
رابعا: إدارة الوقت: يعتبر التمكين أحد أساليب إدارة الوقت من خلال تنازل الرؤساء عن بعض المهام والصلاحيات إلى المرؤوسين، حتى يتسنى لهم تنظيم وقتهم والقيام بأعمال أخرى أكثر أهمية، فإذا كانت المؤسسة تعتمد على فلسفة إدارة الوقت في أداء مهامها وأنشطتها، فهذا سيسهل عملية تطبيق التمكين في المؤسسة، لأننا كما نعرف فإن للإدارة أربعة وظائف أساسية هي التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة، فما يهمنا هنا هو وظيفة التنظيم أي تنظيم الوقت، فمن خلال هذه الوظيفة يسعى الرؤساء إلى تنظيم وقتهم حتى يقومون بعملهم على أكمل وجه، فمن بين أساليب تنظيم الوقت نجد التمكين حيث يقوم الرؤساء بتنظيم أعمالهم حسب الأهمية، فالأعمال التي يرون بأنها أقل أهمية يتنازلون عنها للمرؤوسين للقيام بها، وهذا حتى يخفف الرؤساء من العبء الملقى على عاتقهم والقيام بأعمال أكثر أهمية مثل القيام بعملية التخطيط الاستراتيجي، وعليه يمكن القول بأن ما يساهم في عملية تطبيق التمكين ويزيد من فرص نجاحه هو تبني المؤسسة لفلسفة إدارة الوقت، على اعتبار أن التمكين هو أحد الأساليب التي يعتمد عليها الرؤساء في عملية تنظيم الوقت وتفادي مضيعاته.

خامسا: اعتماد أسلوب الإثراء الوظيفي في تصميم العمل: يعد أسلوب تصميم العمل أمر غاية في الأهمية إذا ما أرادت المؤسسة تطبيق التمكين، حيث أن هناك عدة أساليب لتصميم العمل كأسلوب التصميم المبسط، أسلوب الإثراء الوظيفي...الخ، وبما أننا ندرس التمكين فإن الأسلوب المناسب في تصميم العمل هو أسلوب الإثراء الوظيفي، لأن التمكين يقوم على إعطاء العاملين المزيد من المهام والصلاحيات وهذا هو جوهر الإثراء الوظيفي، أي أن الإثراء الوظيفي يهدف إلى إثراء الوظيفية من خلال تنويع المهام والأنشطة وهذا ما يتوافق وعملية التمكين، وعليه فإن ما يسهل عملية تطبيق التمكين في المؤسسة، هو الاعتماد على أسلوب الإثراء الوظيفي في تصميم العمل وتنويع المهام والأنشطة.

سادسا: تعزيز الثقة بين الرؤساء والمرؤوسين: إن تمكين العاملين يعتمد على عامل أساسي هو عامل الثقة، فالرئيس عندما يقوم بالتنازل عن المهام والصلاحيات إلى المرؤوسين، فقد نجده ربما يتنازل عن هذه المهام إلى العاملين الذين يثق فيهم ويهمل العاملين الآخرين، ولكن يبقى رأي الباحث في هذا بأن هذا ليس عدل، مما قد يسبب صراع بين العاملين وتوتر العلاقات فيما بينهم، ولكن ما ينبغي أن يكون هو أن يحسن الرئيس الظن بالآخرين ويؤمن بأن لهم قدرات ومهارات تجعلهم يستجيبون لما يريده منهم، وعليه فإن ما يسهل تطبيق عملية التمكين في المؤسسة، هو أن يكون للرئيس ثقة تامة بمرؤوسيه وأن يكون على دراية بأن كافة المرؤوسين يتمتعون بمعارف ومهارات عالية تؤهلهم لأداء الأعمال المكلفين بها، وهذا ما يجعله يمارس التمكين مع كافة المرؤوسين دون استثناء.

وعليه يمكن تمثيل ما قدمناه من اقتراحات في الشكل التالي:

الشكل رقم (4-1): نموذج مقترح لتطبيق تمكين العاملين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية



المصدر: من إعداد الطالب.

المطلب الثاني: نموذج مقترح لتحسين الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية

بناء على ما تم التعرض له من ماهية الخدمات الصحية وكيفيات تحقيق الجودة فيها، وطبقا لما تم عرضه من تجارب رائدة في تطوير الخدمات الصحية، فعلى ضوء ذلك سنقوم في هذا المطلب بتقديم نموذج مقترح لكيفية تطوير وتحسين الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية.

يقترح الباحث جملة من الأفكار التي يرى بأنها قد تكون لها مساهمة كبيرة في تحسين الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية لولاية المدية، ومن جملة ما يقترحه الباحث ما يلي:

أولا: تفعيل عملية التخطيط الصحي: يعتبر التخطيط عملية ضرورية لتصور ما سيكون عليه المستقبل، لذا ينبغي على المؤسسات العمومية الصحية بولاية المدية أن تفعّل من عملية التخطيط الصحي، بهدف تحسين الخدمات الصحية العمومية المقدمة إلى المستفيدين، حيث ينبغي أن يكون فحوى هذا التخطيط ما يلي:

- بلوغ مستويات أفضل من التغطية الصحية للطبيين وشبه الطبيين وللتغطية السريرية.
- الاستجابة لمطالب المستفيدين من خلال تحقيق الجودة في الخدمات المقدمة وضمان سلامتهم.
- تمكين المستفيدين من الحصول على الخدمات الصحية من خلال تشييد مؤسسات صحية جديدة، خاصة في المناطق النائية التي تتطلب من المستفيدين الوقت والتكلفة للحصول على الخدمة الصحية.
- تنمية قدرات ومهارات الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي.

ثانيا: التجديد المستمر للأجهزة والآلات ومواكبة التطور التكنولوجي:تعتبر الأجهزة والآلات من أهم الأشياء التي يعتمد عليها العاملون في أداء عملهم، حيث لا يكاد العامل أن يمارس عمله دون أن تكون لديه ما يحتاجه من أجهزة تساعده في مواصلة سير عمله، فالمؤسسة مسؤولة عن توفير مختلف الآلات والمعدات وبتكنولوجيا حديثة، فلا يكفي توفير الآلات فقط، وإنما ينبغي مراعاة التكنولوجيا أي أن تكون هذه الآلات بأحدث التكنولوجيا، وما ينبغي على المؤسسات الصحية هو أن تعزّز اهتمامها بالتكنولوجيا الحديثة، وهذا الاهتمام يقاس بالموارد المالية المخصصة، حيث يتوجب عليها تخصيص مبالغ مالية معتبرة لمواكبة التطور التكنولوجي ، وعليه فإن اهتمام المؤسسة الصحية بتجديد الآلات والمعدات وبتكنولوجيا متطورة، فإن لهذا الأمر دور بالغ الأهمية في الارتقاء بالخدمات الصحية وتحقيق أفضل مستويات الجودة.

ثالثا: التحسين المستمر لظروف العمل وللمحيط الداخلي للمؤسسة الصحية: إن أول شيء يتبادر إلى ذهن المستفيد عند دخوله إلى المؤسسة الصحية هو المنظر الداخلي للمؤسسة، وهل يعطي جوا مريحا ينعكس

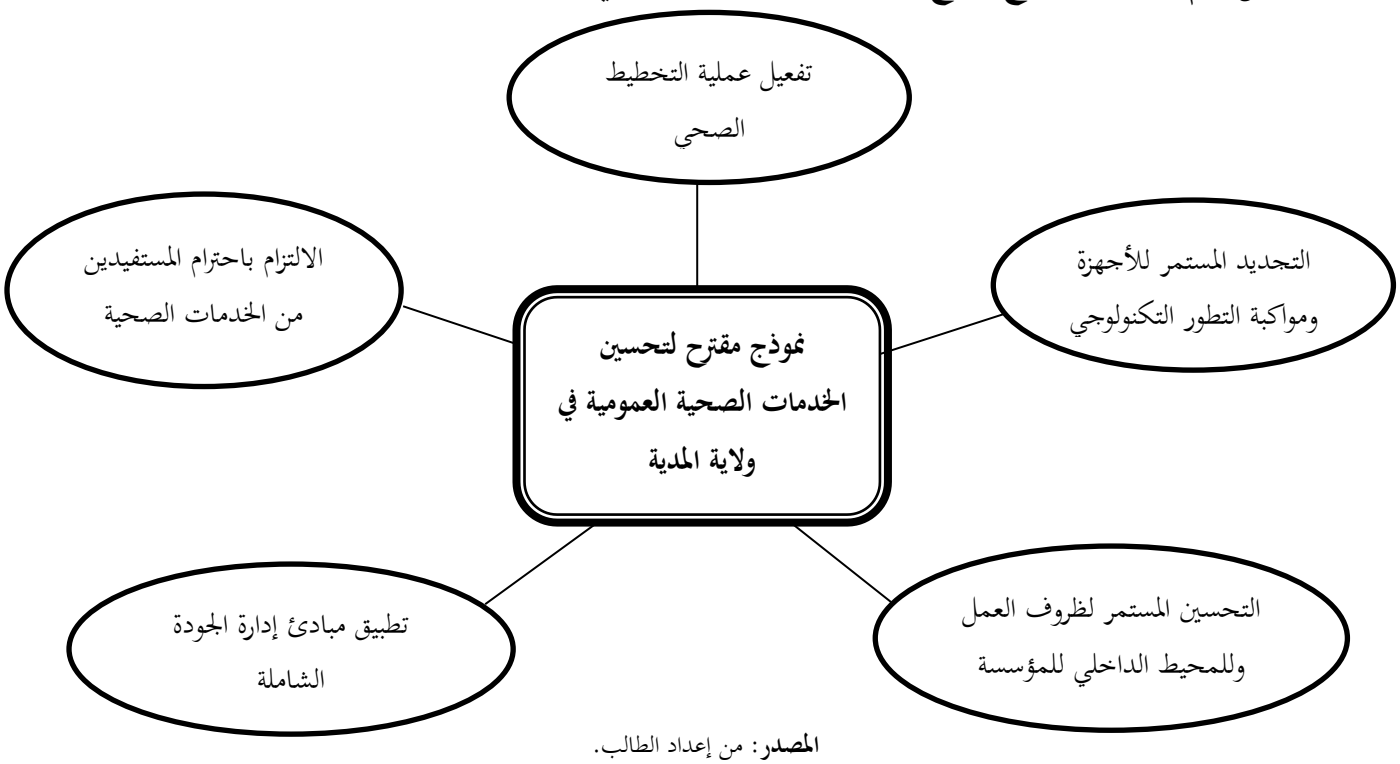
بالإيجاب على نفسية المستفيد، كما يعد هذا العنصر أول شيء يعطي المستفيد تصور وانطباع حول مستوى جودة الخدمة المقدمة، فالمؤسسة الصحية مطالبة بتوفير وتهيئة محيط داخلي متميز يشعر المستفيد بالاطمئنان النفسي بأنه في مؤسسة تعتبر تحقيق سعادة المستفيد ورضاه عن الخدمة المقدمة الحجر الأساس من عملية تقديم الخدمة، إلى جانب المحيط الداخلي فإن المؤسسة الصحية مطالبة بتحسين ظروف العمل وذلك من تحسين مظهر مكاتب العاملين والتجديد المستمر لملابس العمل بالإضافة إلى توفير مختلف أدوات العمل، وعليه فإن اهتمام المؤسسة الصحية بالمحيط الداخلي له أثر كبير على جودة الخدمة الصحية، باعتباره أول معيار يقيم من خلاله المستفيد جودة الخدمة المقدمة.

رابعا: تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة: إن تدني جودة الخدمات الصحية في مؤسسات القطاع العام في ولاية المدية قد يرجع ربما إلى عدم تطبيق هذه المؤسسات لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، فإذا ما أرادت المؤسسة الصحية تحسين جودة خدماتها ما عليها إلا بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وذلك من خلال التدريب والتعليم المستمر للعاملين والتجديد المستمر لمعارفهم ومهاراتهم، وتبني فلسفة التحسين المستمر كعملية لا نهاية لها، وكذلك تمكين العاملين وإعطائهم الحرية والاستقلالية وصلاحية اتخاذ القرار، بالإضافة إلى الاعتماد على عملية المقارنة المرجعية والاستفادة من التجارب الناجحة، وعليه فإن تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة له مساهمة كبيرة في تحسين جودة الخدمات الصحية والارتقاء بها نحو الأفضل، وبالتالي فإن تبني مبادئ إدارة الجودة الشاملة يعتمد على دعم الإدارة العليا في المؤسسة الصحية.

خامسا: الالتزام باحترام المستفيدين من الخدمات الصحية: إن التحدث مع المستفيد بلباقة واحترام متبادل أمر غاية في الأهمية باعتباره أحد أهم أبعاد جودة الخدمات الصحية ألا وهو بعد التعاطف، فإذا كان العامل يبذل أقصى جهده في عمله ولكنه لا يحسن التعامل مع المستفيد فإن هذا سيهدم كل ما يبذله العامل من مجهود، لأن المستفيد عندما يتعامل مع العاملين فإن أول شيء يحكم عليه ويقيم من خلاله جودة الخدمة الصحية هو طريقة تعامل العامل معه، أي هل يبدي العامل روح الصداقة ويشعر المستفيد بأهميته ويتعاطف معه، وهل يرغب في تقديم الخدمة والعناية الخاصة وإعطائه كل الرعاية والاهتمام، وعليه فإن احترام المستفيد وحسن التعامل معه وتقدير ظروفه له أثر كبير على جودة الخدمة الصحية على اعتبار أن أول شيء يحدث بين العامل والمستفيد هو المعاملة.

وعليه يمكن تمثيل ما قدمناه من اقتراحات في الشكل التالي:

الشكل رقم (4-2): نموذج مقترح لتحسين الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الصحية بالمدية



المصدر: من إعداد الطالب.

خلاصة الفصل:

توصلنا في نهاية هذه الدراسة إلى أن مستوى تمكين العاملين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية هو في مستوى متدني ولا يزال دون المستويات المطلوبة، ويرّجح الباحث هذا الأمر إلى كون المؤسسات محل الدراسة هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري وتقدم خدمات مجانية مما يجعلها في منأى عن تطبيق الفلسفات الإدارية الحديثة التي من بينها تمكين العاملين، وبما أنها تقدم خدمات مجانية فهي لا تهتم بالمنافسة ولا يهمها منافسة القطاع الخاص لها، وكنتيجة لهذا فإن المؤسسات محل الدراسة لا يهمها الجانب النفسي للعاملين، ولقد لاحظنا من خلال تحليل النتائج أن المؤسسات محل الدراسة لا تهتم بعامل التحفيز لأنه لا يهمها زيادة الأداء وكذلك تهمل عامل التدريب، وهذا تتحمل مسؤوليته الوزارة الوصية وليس المؤسسات محل الدراسة على اعتبار أن ميزانية التدريب تأتي من الوزارة الوصية، وكذلك يعزو الباحث إلى أن عدم نجاح التمكين في المؤسسات محل الدراسة هو أن هذه المؤسسات صارمة في تطبيق العقوبات على العاملين، وهذا ما يجعل العاملين يتهربون من تحمل المسؤولية مما ينعكس سلبا على عملية التمكين.

بينت النتائج أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة حسب إجابات أفراد عينة الدراسة يتوقف على جانبين هما جانب الملموسية وجانب اللاملموسية، فمن حيث جانب الملموسية فإن مستوى جودة الخدمات الصحية هي في أدنى مستوياتها نظرا لعدم توفر المؤسسات محل الدراسة على بيئة داخلية مناسبة تنعكس بالإيجاب على نفسية المستفيدين، وكذلك لعدم توفرها على أحدث الأجهزة والمعدات التي تساعد العاملين على أداء عملهم بالجودة المطلوبة ومنه تحقيق جودة الخدمة الصحية وتحقيق رضا المستفيدين، أما من حيث جانب اللاملموسية فهو يتعلق بالعاملين أي بمقدمي الخدمات، فقد بينت النتائج أن العاملين يسعون جاهدين على تحقيق رضا المستفيد وأنهم على استعداد دائم في تقديم الخدمة في مواعيدها المحددة وتقديم العناية الازمة للمستفيد، وعليه فإن جانب الملموسية هو الذي انعكس سلبا على الخدمات الصحية بالمؤسسات محل الدراسة، وهذا ما ينتج عنه استياء المستفيد من خدمات القطاع العام وانتقاله إلى طلب خدمات القطاع الخاص.

خاتمة

توصلنا في نهاية هذا البحث إلى أن تمكين العاملين يعد من أهم الفلسفات الإدارية الحديثة التي أعطت اهتماما كبيرا بالجانب النفسي للموارد البشرية، وعززت من قيمة وأهمية الموارد البشرية واعتبرت أن الاستثمار في أدائها هي أساس تفوق المؤسسات وبقائها في عالم الأعمال، وما يدل على ذلك نجد بأن هذه الفلسفة الحديثة استهدفت أهم موارد المؤسسة ألا وهي الموارد البشرية، من خلال إعطائها الحرية والتصرف في أداء الأعمال وكذلك تمكينها للعمل في فريق واحد، وبما أننا في عصر المعرفة وأن من يمتلك المعرفة فقد امتلك القوة، فإن التمكين هو مفتاح القوة باعتباره أحد أساليب إنتاج المعرفة من خلال الاتصال الفاعل بين الموارد البشرية والمناقشة والتشاور وتبادل الأفكار، وعليه فإن التمكين أعطى اهتماما كافيا للموارد البشرية واعتبرها أغلى موارد المؤسسة على الإطلاق.

إن الخدمات الصحية التي لا تتصف بمعايير الجودة أولا تكتسي طابع الجودة لا تعتبر خدمة أساسا، فإننا لا يمكن أن نتصور الخدمة بدون الجودة، فالجودة تعطي الخدمة طابعا مميزا وخاصة في قطاع الخدمات الصحية، الخدمات التي لا تقبل الخطأ وتتطلب الدقة في التشخيص والعلاج، لأنها تتعلق بأغلى موارد المجتمع ألا وهو الإنسان، فجودة النظام الصحي تعكس حالة الدولة أمتقدمة أم متخلفة على اعتبار أن النظام الصحي يهتم بحياة وصحة المواطنين داخل الدولة، ولأن الإنسان هو مصدر التنمية في الدولة بات على الدول إرساء نظام صحي يكتسي جودة فائقة من خلال تسخير كل الجهود للحفاظ على صحة وحياة المواطنين.

بما أن الخدمات الصحية تتطلب تحقيق الجودة في تقديمها فإن تمكين العاملين يعد من أهم الأساليب التي تساهم في تحقيق الجودة، على اعتبار أن مقدم الخدمة يتعامل بصورة مباشرة وجها لوجه مع المستفيد من الخدمة، وعليه فإذا كان مقدم الخدمة يملك الحرية والتصرف في أداء الأعمال ويتخذ القرارات دون الرجوع إلى المسؤول المباشر، فإن هذا سينعكس إيجابا على جودة الخدمة المقدمة إلى المستفيدين وتحقيق رضاهم.

إن معدل التغطية الصحية في ولاية المدية خلال العقد الأخير من الزمن ضعيف جدا، على اعتبار أن القطاع الصحي لولاية المدية يعاني من نقص كبير في عدد الموارد البشرية الصحية، فالسكان في الولاية في تزايد مستمر ولكن لم يصاحب هذه الزيادة زيادة في عدد الموارد البشرية تتناسب وزيادة عدد السكان، وعليه فإن القطاع الصحي في ولاية المدية بفرعيه العام والخاص لا يستطيع أن يغطي جميع طلبات المستفيدين.

إن مستوى تطبيق تمكين العاملين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية في أدنى مستوى له، على اعتبار أن المؤسسات محل الدراسة لا تستجيب للأبعاد المساعدة على تطبيق التمكين مثل التحفيز والتدريب والعمل الجماعي ...الخ، كذلك فإن مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات محل الدراسة تتوقف على بعدين أساسيين هما بعد الملموسية الذي يقع عاتقه على المؤسسات محل الدراسة، والذي أظهر فيه المبحوثين استياءهم من هذا البعد على اعتبار أن هذه المؤسسات تفتقر إلى التكنولوجيا الحديثة، وبعد اللاملموسية الذي يقع عاتقه على العاملين، والذي أظهر فيه المبحوثين أنهم على استعداد دائم لتحقيق رضا المستفيدين.

1. اختبار فرضيات البحث: لقد كانت اختبار صحة الفرضيات كمايلي:

أ. اختبار صحة الفرضية الأولى: سجل القطاع الصحي لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018) معدلات تغطية صحية منخفضة جدا، ما أثر سلبا على جودة الخدمات الصحية وجعلها في مستوى منخفض **وهذا ما يثبت صحة الفرضية الأولى.**

ب. اختبار صحة الفرضية الثانية: بلغت قيمة معامل الارتباط سبيرمان لجميع الفئات المدروسة بين {0.442 و0.506}، وهذا ما يدل على أن هناك علاقة بين تمكين العاملين وتحقيق جودة الخدمات الصحية، كما أن القيمة الاحتمالية لجميع الفئات المدروسة أقل من مستوى المعنوية 0.05، وبالتالي توجد علاقة بين تمكين العاملين وتحقيق جودة الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية، **وهذا ما ينفي صحة الفرضية الثانية.**

ت. اختبار صحة الفرضية الثالثة: تراوحت قيمة معامل الارتباط (R) لجميع الفئات المدروسة ما بين {0.445 و0.592}، كما تراوحت قيمة معامل التحديد (R^2) لجميع الفئات المدروسة ما بين (0.198 و0.350)، وهاته النسب تدل على أن التغيرات الحاصلة في تحقيق جودة الخدمات الصحية يعود إلى مستوى الاهتمام بالتمكين وأبعاده، كما تراوحت قيمة (F) المحسوبة لجميع الفئات المدروسة (8.07 و64.798)، وتراوحت قيمة (t) المحسوبة لجميع الفئات المدروسة {2.842 و8.050}، وبالتالي يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لتمكين العاملين على تحقيق جودة الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$)، **وهذا ما ينفي صحة الفرضية الثالثة.**

ث. اختبار صحة الفرضية الرابعة: لقد تم قبول هذه الفرضية جزئيا وهذا راجع إلى:

– بالنسبة لخاصية الجنس: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية الجنس.

– بالنسبة لخاصية العمر: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية العمر، ما عدا فئة الطبيين التي بلغت القيمة الاحتمالية لتمكين العاملين (0.04) وهي أقل من مستوى المعنوية، وعليه توجد فروق في إجابات فئة الطبيين حول تمكين العاملين لصالح الفئة العمرية ($20-30$) مع الفئة العمرية ($40-50$).

– بالنسبة لخاصية المؤهل العلمي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية المؤهل العلمي، ما عدا فئة الطبيين التي بلغت القيمة الاحتمالية لتمكين العاملين (0.023) وهي أقل من مستوى المعنوية، وعليه توجد فروق في إجابات حاملي الدبلوم مع حاملي الليسانس، وكذلك فروق في إجابات حاملي الدبلوم مع حاملي الدكتوراه.

– بالنسبة لخاصية الأقدمية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha \leq 0.05$) في إجابات الفئات المدروسة تعزى لخاصية الأقدمية.

2. نتائج البحث: توصلنا في نهاية هذا البحث إلى جملة من النتائج النظرية والتطبيقية التي سنستعرضها كل على حدى كما يلي:

أ. النتائج النظرية: توصلنا من خلال عرضنا للجانب النظري إلى جملة من النتائج التي تتمثل أهمها فيما يلي:

- يعد تمكين العاملين من أهم الفلسفات الإدارية الحديثة التي ثمّنت من قيمة المورد البشري وعززت أهميته داخل المؤسسة، خاصة وأن هذه الفلسفة ركزت على الجوانب التي تعود بالإيجاب على نفسية العاملين مثل الحرية والاستقلالية التي تصنع لنا فرد مبدع ومنتج ويساهم في تحقيق القيمة المضافة.
- إن عملية تمكين العاملين تقوم على فكرة تخلي المؤسسة عن القيادة الأوتوقراطية والرقابة الشديدة والتحول إلى القيادة التشاركية والرقابة الذاتية ومنح العاملين القوة والاستقلالية، أين تتاح الفرصة للعامل لإظهار إمكانياته وقدراته، مما يتولد لدى العامل إحساس بأن نجاح المؤسسة وبقائها في عالم الأعمال وتحقيق السبق التنافسي إنما يعتمد على أفكاره ومؤهلاته التي لا غنى للمؤسسة عنها.

- إن ما عزز من أهمية تمكين العاملين هو ظهور اقتصاد المعرفة الذي يعتبر أن المعرفة هي مصدر القوة، وأن امتلاك المؤسسة المعرفة يعني امتلاكها السيطرة والتفوق في الأعمال، وهذا ما دفع المؤسسات إلى تبني فكرة التمكين وإعطاء العاملين القوة والحرية التصرف حتى يكونوا منتجين للمعرفة وللأفكار الجديدة.
- إن لتمكين العاملين جانبين أساسيين هما الجانب النفسي والجانب الهيكلي، فالجانب النفسي ينعكس على القدرة النفسية للعاملين من خلال قدرتهم وتمكنهم من أداء عملهم، وقدرتهم على التأثير في عملهم، وكذلك استقلاليتهم في كيفية أداء عملهم، أما الجانب الهيكلي فينعكس على مشاركة الإدارة العليا للعاملين في الإدارة التنفيذية في عملية اتخاذ القرارات ومنحهم السلطة والمسؤولية.
- يتمثل سر نجاح المؤسسات في تطبيق عملية التمكين في تبني الأبعاد الأساسية لهذه العملية ألا وهي تفويض السلطة، فرق العمل، التدريب، التحفيز، الاتصال الفعّال، حيث لا يمكن تقديم بعد على الآخر لأن هذه الأبعاد تكمل بعضها البعض، ويشكل كل بعد من هذه الأبعاد الأرضية التي تهيئ على تطبيق التمكين، إلا أنه عندما تجتمع هذه الأبعاد مع بعضها فإن العاملين يكونون في عملية تمكين حقيقية.
- يواجه التمكين العديد من المعوقات التي تحول دون نجاحه ودون عملية تطبيقه في المؤسسة، حيث أن هذه المعوقات ناتجة عن ثقافة سلبية لدى المدراء، لأنهم يعتبرون عملية منح العاملين الحرية والاستقلالية سيفقدهم السلطة والسيطرة على أداء الأعمال ويحد من تأثيرهم على عمل المؤسسة.
- ينتج عن عملية التمكين العديد من النتائج الإيجابية التي تظهر في ثلاث جوانب أساسية هي نتائج على العاملين، نتائج على المؤسسة، نتائج على الزبائن، إلا أن أهمها هي النتائج التي تظهر على العاملين لأن النتائج على المؤسسة والنتائج على الزبائن تكون نتيجة النتائج على العاملين، لأنه عندما يتولد لدى العامل الرضا الوظيفي نتيجة التمكين وإعطائه الحرية والاستقلالية فإن هذا سينعكس على أدائه ومنه على أداء المؤسسة ومنه تحقيق رضا الزبائن.
- يعد التمكين أهم عامل للتأثير على أداء العاملين والارتقاء به نحو الأفضل وتحقيق مستويات أعلى من الإنتاجية، وبما أن عملية التمكين تقوم على منح العاملين المشاركة في اتخاذ القرارات ومنحهم الاستقلالية في العمل، فإن هذا كله مفاده التأثير على أداء العاملين وتحسينه، وبعد أن يصبح العاملين ذو أداء عال فإن هذا سيرفع من معنوياتهم ويجعلهم يدركون مدى أهمية مكانتهم داخل المؤسسة.
- يعتبر التمكين الخيار الأمثل أمام الإدارة العليا من خلال عدم انشغالها بالأمور الروتينية وتركيزها على الأهداف الاستراتيجية والخطط الطويلة الأمد، وبالتالي فإن التمكين له مزايا على كافة المستويات الإدارية

وليس فقط المستوى التنفيذي، ولكن يبقى هذا في حالة ما إذا كانت الإدارة العليا تعترف بالتمكين ولا تنظر إليه على أنه سيفقدها السلطة والنفوذ داخل المؤسسة.

- يساهم التمكين في التقليل من المستويات الإدارية من خلال تطبيق أسلوب الإثراء الوظيفي عند عملية تصميم الوظيفية، أين يكون للعامل صلاحيات واسعة وهذا من شأنه أن يخفض من عدد العاملين وبالتالي تخفيض تكاليف التشغيل التي تقع على عاتق المؤسسة.
- إن التمكين يعد فرصة حقيقية أمام الأفراد الذين يمتلكون قدرات ومؤهلات ومعارف ومهارات من أجل تنميتها والاستثمار فيها، لأنه في حالة ما إذا كانت المؤسسة لا تمارس التمكين تجاه عامليها فإن ما يمتلكه العاملون من معارف ومهارات فإنه سيكون مصيرها الهلاك وموت هاته المعارف والمهارات، لأنها لن تجد مكانة أو فرصة للظهور وهذا ما ينعكس سلبا على أداء الموارد البشرية.
- يعد قطاع الخدمات الصحية أهم قطاع في الخدمات على الإطلاق لكونه يهتم بصحة أهم مورد داخل الدولة، والذي يعد الطاقة الحقيقية للنهوض بالتنمية وتحقيق التقدم والازدهار ألا وهو الإنسان، وعليه فإن جودة القطاع الصحي تقاس بمدى قدرته وكفاءته في الاهتمام بصحة وحياة الإنسان متى أراد هذا الأخير ذلك ومتى شاء وفي أي وقت.
- يعتبر النظام الصحي أحد عناصر تقييم شكل الدولة أمتخلفة أم متطورة، لأن صحة وسلامة الموطنين هي سلامة الدولة، ولأن الدولة تسعى إلى تحقيق التنمية والإنسان هو من يقوم بالتنمية، وبالتالي فإن تجهيز نظام صحي متين أصبح أمرا ضروريا لمواجهة طلبات وحاجات المستفيدين التي تتزايد يوما بعد يوم باعتبار أن الصحة هي مطلب كل إنسان.
- إن ما يميز المرافق العامة الصحية عن المرافق العامة الأخرى هو أنها تعمل على مدار الساعة، لأنها تقدم خدمات تتعلق بصحة وسلامة الإنسان الذي يعد أغلى مورد داخل الدولة، لأن صحته وسلامته هي التي تصنع الاقتصاد وتنهض بالتنمية وتحقيق التقدم أمام باقي المجتمعات.
- تتمثل الخدمة الصحية في نوعين أساسيين هما الخدمة العلاجية والخدمة الوقائية، فالخدمة العلاجية تقدم في المؤسسة الصحية ويتحصل عليها المريض، أما الخدمة الوقائية فلا تقدم فقط في المؤسسة الصحية بل وإننا نجد عامل النظافة يقدم خدمة وقائية، وبالتالي فإننا لا ينبغي أن نسمي من يحصل على الخدمة الصحية بالمريض وإنما نسميه بالمستفيد لأن المستفيد يحصل على الخدمة الوقائية والعلاجية في نفس الوقت أما المريض فيحصل على الخدمة العلاجية فقط، وعليه فإن مصطلح المستفيد أشمل من المريض.

- إن للخدمات الصحية مزيج تسويقي مثلها مثل الخدمات الأخرى، لكن ما يثير الجدل في هذا المزيج التسويقي أنه يحتوي على قرار تسويقي صعب ألا وهو قرار التسعير، وما هو متعارف عليه أن قرار التسعير في باقي القطاعات عدا قطاع الخدمات الصحية يعتبر قرار سهل في المؤسسات الربحية، لكن في قطاع الصحة نجد بأن الخدمة الصحية موجهة إلى خدمة الجمهور أي هي خدمة اجتماعية وإنسانية، وبالتالي يصعب تحديد السعر فيها.
- تعتبر الخدمة الصحية الخدمة الوحيدة التي لا تقبل الخطأ عند تقديمها، لأنها تتعلق بصحة وحياة الإنسان، لذا فإن هذه الخدمة تتطلب الدقة وجودة عالية في التشخيص والعلاج.
- يعتمد تحقيق الجودة في الخدمات الصحية على بعدين أساسيين لابد منهما وهما بعد الملموسية وبعد اللاّملموسية، فالأول يقع عاتقه على المؤسسة الصحية لكونه يعتمد على الجوانب الملموسة مثل المظهر الداخلي للمؤسسة، توفير الأجهزة والمعدات ...الخ، أما الثاني فيقع عاتقه على مقدم الخدمة لكونه يعتمد على الجوانب اللاّملموسة مثل قدرة وكفاءة مقدم الخدمة التي تظهر أثناء تقديمه للخدمة، وكذلك قدرة مقدم الخدمة على الاستجابة السريعة لما يريده منه المستفيد بالإضافة إلى رغبة مقدم الخدمة على تبادل عبارات الاحترام والتقدير مع المستفيد، وعليه فإن هذين البعدين يكملان بعضهما البعض ولا يمكن أن تتحقق جودة الخدمة بالاعتماد على بعد واحد فقط دون البعد الآخر.
- لا يتم تقييم جودة الخدمات الصحية فقط من وجهة نظر المستفيد (العميل الخارجي) وإنما يمكن تقييمها من وجهت نظر الطبيين وشبه الطبيين وكذلك من إدارة المؤسسة الصحية، فالمستفيد يقيم جودة الخدمة الصحية من جانب الملموسية واللاملموسية، أما الطبيين وشبه الطبيين وإدارة المؤسسة الصحية فيحكمون على جودة الخدمة الصحية من جانب الملموسية، فاللاملموسية هي نتيجة الملموسية فإذا كانت المؤسسة الصحية تمتلك تكنولوجيا وأجهزة ومعدات حديثة فإن هذا سيسهل من عمل الطبيين وشبه الطبيين بما ينعكس إيجابا على أدائهم وفي تعاملهم مع المستفيد وبالتالي تحقيق رضا المستفيد.
- يعد تطبيق التمكين في قطاع الخدمات أمر غاية في الأهمية، لأن ما يميز قطاع الخدمات عن باقي القطاعات هو أنه في هذا القطاع نجد بأن العامل على احتكاك مباشر ودائم مع المستفيدين، وعليه فإذا كان العامل ممكّن في عمله فإن هذا سينعكس على تقديم خدمة ذات جودة تجعل المستفيد راض عن الخدمة وعن المؤسسة مما يتولد لدى المستفيد الولاء تجاه المؤسسة والتزامه بالتعاون معها.

- إن لتمكين العاملين أهمية كبيرة في تحسين جودة الخدمات الصحية ولكن التمكين يتماشى وبعد اللاملموسية، لأن بعد اللاملموسية يرتكز على الأفراد مقدمي الخدمة، وبالتالي فإذا كان مقدم الخدمة يمتلك الحرية في التصرف والاستقلالية في أداء العمل، فإن هذا سينعكس على عملية تقديمه للخدمة ويجعلها خدمة ذات جودة تلقى القبول والرضا من المستفيد، ولكن التمكين يشترط أن يكون بعد الملموسية محقق في المؤسسة، فإذا كانت المؤسسة الصحية لا تملك بيئة داخلية مريحة وأجهزة ومعدات حديثة فإنه لا داعي لتطبيق التمكين، لأن أول شيء يجعل المستفيد يحكم على جودة الخدمة الصحية هو عند دخوله المؤسسة الصحية وهل تمتلك أجواء مريحة تنعكس إيجابا على نفسية المستفيد.

ب. النتائج التطبيقية: توصلنا من خلال عرضنا للدراسة التحليلية وللدراسة الميدانية إلى جملة من النتائج التي تتمثل أهمها فيما يلي:

- يوجد عدد قليل من المؤسسات العمومية الصحية بالجزائر مقارنة مع التطور الهائل لعدد السكان خلال الفترة (2008-2018)، ففي الجزائر ككل يوجد 15 مركز استشفائي جامعي وهو عدد قليل جدا لا يستطيع مواجهة طلبات المستفيدين المتزايدة، وكذلك الأمر بالنسبة للمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية فبالرغم من تواجدها في كافة ولايات الوطن إلا أنها أثبتت عجزها عن سد احتياجات وطلبات المستفيدين.
- شهد القطاع الصحي العمومي الجزائري نقص فادح في عدد الأسرة خلال الفترة (2008-2018) مقارنة مع التطور الهائل في عدد السكان خلال نفس الفترة، وبالتالي فإن القطاع عاجز عن تغطية جميع طلبات المستفيدين.
- يعاني القطاع الصحي الجزائري بفرعيه العام والخاص من نقص حاد في الموارد البشرية الصحية خلال الفترة (2008-2018) مقارنة مع التطور في عدد السكان خلال نفس الفترة، أي نقص في عدد الأطباء الأخصائيين والعامين وجراحي الأسنان والصيادلة وشبه الطبيين، وبالتالي فإن معدل التغطية الصحية منخفض جدا وهذا ما يؤكد على عدم كفاءة وفعالية القطاع الصحي الجزائري.
- لوحظ بأن القطاع الصحي الخاص في الجزائر شهد ارتفاع في عدد الأطباء خلال الفترة (2008-2018)، بسبب نزوحهم من العمل في القطاع العام والانتقال إلى العمل في العيادات خاصة.
- يشهد القطاع الصحي العمومي لولاية المدية من نقص حاد في عدد الأسرة مقارنة مع التطور الهائل لعدد السكان خلال الفترة المدروسة، وبالتالي فإن عدد الأسرة لا يستطيع أن يغطي جميع طلبات المستفيدين.

- أثبت القطاع الصحي لولاية المدية بفرعيه العام والخاص أنه يشهد نقص كبير في عدد الموارد البشرية الصحية خلال الفترة (2008-2018) مقارنة مع تطور عدد السكان خلال نفس الفترة، أي هناك نقص في عدد الطبيين وشبه الطبيين وبالتالي انخفاض معدل التغطية الصحية، هذا الذي من شأنه أن يؤثر سلبا على أداء القطاع ويؤكد على عدم فعالية القطاع الصحي لولاية المدية.
- يعاني القطاع الصحي لولاية المدية من نقص في عدد العيادات المتعددة الخدمات ومن نقص في عدد قاعات العلاج، الأمر الذي ينتج عنه اكتظاظ المستفيدين وزيادة طلباتهم، وهذا ما يجعل المستفيد يستاء من خدمات القطاع العام ويتوجه إلى طلبه على خدمات القطاع الخاص.
- شهد القطاع الصحي العمومي لولاية المدية هجرة الأطباء الأخصائيين والصيادلة من العمل في القطاع العام وانتقالهم إلى العمل في القطاع الخاص بسبب تدهور ظروف العمل وانخفاض الأجر في القطاع العام، على عكس الأطباء العامين الذين لم يشهد القطاع الخاص زيادة معتبرة في عددهم خلال الفترة المدروسة.
- سجل القطاع الصحي العمومي لولاية المدية تحسنا في أدائه خلال الفترة (2008-2018) من خلال ارتفاع عدد الولادات الحية وانخفاض في عدد الولادات الميتة وكذلك انخفاض مستمر في وفيات الأمهات.
- بعدما تمت عملية معالجة الاستبيانات تبين بأن أغلب أفراد عينة الدراسة في جميع الفئات المدروسة كانوا متجانسين من حيث إجاباتهم، مما يدل على أنهم متفقين في أراءهم تجاه عبارات الاستبانة.
- اتضح من خلال تحليل خاصية الجنس للفئات المدروسة أن أغلب العاملين كانوا إناث، وكما هو متعارف عليه فإن الإناث يفضلون العمل في القطاع الصحي دون سائر القطاعات الأخرى.
- أجمع العاملون بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية على أنهم لا يتحصلون على تحفيزات تؤثر إيجابا على أداء عملهم، على اعتبار أنهم يعملون في مؤسسات عمومية ذات طابع إداري وتقدم خدمة مجانية، وبالتالي فالمؤسسات في منأى عن تقديم تحفيزات للعاملين.
- اتفق العاملون بالمؤسسات محل الدراسة على أن بعد التدريب احتل المرتبة الأخيرة من بين أبعاد تمكين العاملين، بسبب عدم اقتناء المؤسسات لتكنولوجيا جديدة، وكذلك بسبب انخفاض ميزانية التدريب التي تأتي من الوزارة الوصية.
- بعدما حللنا أبعاد تمكين العاملين يمكن القول بأن عملية تطبيق التمكين بالمؤسسات محل الدراسة لا تزال دون المستوى المطلوب، والسبب هو عدم تحفيز وتدريب العاملين وعدم تلقيهم التشجيع والدعم من قبل الرؤساء للعمل ضمن فريق واحد، الأمر الذي شكل حاجزا وعائقا أمام نجاح التمكين.

- أبدى العاملون بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية استيائهم من بعد الملموسية، وقد احتل هذا البعد المرتبة الأخيرة من بين أبعاد جودة الخدمات الصحية المدروسة، فقد أجمع العاملون على أن المؤسسات محل الدراسة لا تتوفر على محيط داخلي مناسب ينعكس إيجابا على نفسية المستفيد، وكذلك فإنها لا تتوفر على تكنولوجيا ولا على أجهزة ومعدات حديثة تسهل من عملهم وتحقق رضا المستفيد.
- أظهر العاملون بالمؤسسات محل الدراسة نوايا حسنة اتجاه بعد اللاملموسية واتفقوا على أنهم على استعداد دائم لتحقيق رضا المستفيدين، وأنهم يبذلون أقصى جهدهم لخدمتهم عند احتياجهم الخدمة وتقديم العناية الخاصة لهم وتقدير ظروفهم والتعاطف معهم.
- بعدما حللنا أبعاد جودة الخدمة الصحية توصلنا إلى أن السبب الذي ينقص من جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات محل الدراسة هو جانب الملموسية، لعدم توفر المؤسسات على محيط داخلي مميز وعدم توفرها على الأجهزة والمعدات الازمة التي تساعد على تلبية ما يريده المستفيد، الأمر الذي ينتج عنه استياء المستفيد وعدم رضاه على خدمات المؤسسة.

3. توصيات ومقترحات البحث: بعدما قمنا بعرض النتائج النظرية والتطبيقية فإننا نقترح ما يلي:

- ضرورة إعداد مخططات تنموية صحية شاملة تستهدف تحسين أداء القطاع الصحي العمومي الجزائري من خلال وضع برامج لرعاية الأمومة والطفولة، برامج لمواجهة الأمراض المعدية والتقليل منها، برامج للاكتشاف المبكر عن الأمراض الخطيرة... الخ.
- على الوزارة الوصية أن تسخر كل جهودها للنهوض بقطاع الصحة وتحقيق التنمية الصحية من خلال تخصيص ميزانية كافية لتغطية الأعباء الصحية، وكذلك من خلال إرسال الموارد البشرية الصحية إلى الدول التي حققت التنمية في قطاع الصحة للتعلم من كفاءاتها وخبراتها.
- ضرورة الزيادة في عدد المؤسسات الصحية وفي عدد قاعات العلاج بالقطاع الصحي العمومي الجزائري حتى يستطيع مواجهة طلبات المستفيدين دون أن يحدث اكتظاظ منهم، لأن السكان في تزايد مستمر وينبغي أن تصاحب هذه الزيادة زيادة في عدد الهياكل الصحية.
- ينبغي على المسؤولين عن القطاع الصحي العمومي الجزائري مراعاة التطور السكاني من خلال زيادة عدد الأسرة وزيادة عدد الطبيين وشبه الطبيين، حتى تكون هناك تغطية صحية بمعدلات عالية ينتج عنها رضا المستفيد عن خدمات القطاع العام.

- ينبغي على الوزارة الوصية التطلع إلى التجارب الرائدة للدول التي سعت إلى إصلاح منظومتها الصحية، والتي بذلت مجهودات كبيرة في تحسين خدماتها الصحية بما يتناسب ومتطلبات المستفيدين، مثل تجربة دولة قطر، تجربة المملكة العربية السعودية ...الخ.
- على المديرية العامة للوظيفة العمومية إعادة النظر في مستوى الأجور التي يتقاضاها العمال في قطاع الصحة، من خلال رفعها إلى مستوى مقبول يلقى إقبال عاملي القطاع وعدم تركهم العمل في القطاع العام والذهاب إلى العمل في القطاع الخاص.
- على المؤسسات العمومية الصحية بولاية المدية الاهتمام بجانب الملموسية من خلال إرساء محيط داخلي مميز ينعكس إيجابا على الحالة النفسية المستفيد وعلى صحته، من خلال توفير أماكن استقبال وانتظار مناسبة وتوفير إقامة مميزة حتى يشعر المستفيد بأنه بين أياد آمنة تكفل له الشفاء.
- ينبغي على المؤسسات محل الدراسة القيام بعملية التجديد التكنولوجي وتحديث الأجهزة والمعدات، التي من شأنها أن تسهل من عمل العاملين وبما ينعكس على رضا المستفيدين.
- ضرورة تقديم الحوافز الإيجابية للعاملين بالمؤسسات محل الدراسة بصفة مستمرة والاعتراف بهذه العملية كمبدأ أساسي تلتزم به المؤسسات في عملها، خاصة وأن هذه المؤسسات خدمية وبالتالي يحتاج عامليها إلى التحفيز الإيجابي من أجل التأثير على جودة الخدمة المقدمة.
- على الوزارة الوصية تخصيص ميزانية كافية لتمويل البرنامج التدريبي من أجل القيام بدورات تدريبية للعاملين بصفة مستمرة، مفادها تحسين أداء العاملين ومنه تحسين جودة الخدمات الصحية.
- على رؤساء العمل في المؤسسات محل الدراسة مهما كان السلك الذي ينتمون إليه سواء كان إداري أوطبي أو شبه طبي تشجيع المرؤوسين على توسيع دائرة النقاش والحوار وتبادل المعلومات فيما ينهم، من أجل توطيد العلاقة بين الرؤساء والمرؤوسين وجعلها علاقة إيجابية لا علاقة سلبية تحكمها سلطة الرؤساء.
- ضرورة ترسيخ عامل الثقة بين الرؤساء والمرؤوسين في المؤسسات محل الدراسة، وأن ينظر الرئيس إلى المرؤوسين بنظرة إيجابية ويمنحهم الثقة تمهيدا لنجاح عملية التمكين؛
- على المؤسسات محل الدراسة الاهتمام بمدخل تمكين العاملين، وتبنيه كعملية أساسية تساهم في تحقيق جودة الخدمات الصحية وتحقيق الرضا الوظيفي للعاملين.
- ضرورة تبني المؤسسات محل الدراسة لمبادئ إدارة الجودة الشاملة من تدريب وتحفيز وتمكين وتعليم العاملين، من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية العمومية ومنه تحسين صورة القطاع العام.

- ضرورة تفعيل قسم الصيانة بالمؤسسات محل الدراسة حتى لا تكون هناك حالات عطل في الأجهزة والمعدات، من خلال تخصيص الموارد المالية الكافية لتغطية أعباء الصيانة.
- ينبغي على المؤسسات محل الدراسة العمل على تحسين ظروف عمل العاملين، من خلال توفير أدوات العمل وتنظيف أماكن العمل وتحسين مظهر المكاتب، بما يحقق رضا العاملين وعدم تركهم العمل في القطاع العام ومنه تحقيق رضا المستفيد.
- ضرورة تكثيف حملات التنظيف بالمؤسسات محل الدراسة باعتبارها حملات وقائية والتي تنعكس إيجابا على نفسية المستفيد وتجعله يشعر بالأمان تجاه المؤسسة التي يطلب خدماتها.
- على المؤسسات محل الدراسة أن تقوم بتقييم أدائها بصفة مستمرة من أجل التعرف على نقاط قوتها ومحاولة الاستفادة منها والتعرف على نقاط ضعفها والمسارعة إلى معالجتها.

4.أفاق البحث: بعدما قمنا بمعالجة موضوع البحث، وفي حدود المعلومات والمعطيات التي تم الحصول عليها، ظهرت لنا العديد من الإشكاليات الجديرة بالبحث، وفي هذا الصدد نقترح عدد من المواضيع التي يمكن أن تكون مواضيع بحث مستقبلية وهي كمايلي:

- دور تمكين العاملين في تفعيل إدارة الوقت في المؤسسة العمومية الصحية الجزائرية.
- فعالية تمكين العاملين في تحقيق جودة الأداء الوظيفي للعاملين بالمؤسسة العمومية الصحية الجزائرية.
- إدارة التغيير وأثرها في تفعيل ثقافة التمكين في المؤسسة العمومية الصحية الجزائرية.
- تقييم جودة الخدمات الصحية بالقطاع الصحي الجزائري من منظور التغطية الصحية خلال الفترة (2010-2020).
- فعالية التخطيط الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية.
- دور المقارنة المرجعية في تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الصحية الجزائرية.
- إعادة هندسة العمليات كمدخل لتحسين الأداء في القطاع الصحي العمومي الجزائري.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية

أ.القرآن الكريم:

1-سورة الأعراف، الآية: 69.

2-سورة الأنفال، الآية: 26.

3-سورة يوسف، الآية: 21.

4-سورة الكهف، الآية: 84.

5-سورة الحج، الآية: 41.

6-سورة النمل، الآية: 16.

7-سورة القصص، الآية: 06، الآية: 57.

8-سورة ص، الآية: 26.

9-سورة الأحقاف، الآية: 26.

ب.التفاسير والمعاجم:

1-أبي الفداء إسماعيل بن عمر بن كثير القرشي الدمشقي، **تفسير القرآن العظيم**، الطبعة الأولى، دار ابن حزم، لبنان، 2000.

2-البغوي أبي محمد الحسين بن مسعود، **معالم التنزيل**، المجلّد الخامس، دون طبعة، دار طيبة للنشر والتوزيع، الرياض، 1990.

3-السعدي عبد الرحمن بن ناصر، **تيسير الكريم الرّحمن في تفسير كلام المنّان**، الطبعة الثانية، دار السلام للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، 2002.

4-الطبري محمد بن جرير، **تفسير الطبري "جامع البيان عن تأويل آي القرآن"**، الطبعة الأولى، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1994.

5-محمد بن يوسف الشهير بأبي حيّان الأندلسي، **تفسير البحر المحيط**، الطبعة الأولى، دار الكتب العلمية، لبنان، 1993.

6-محمد الرّازي فخر الدين، **تفسير الفخر الرّازي**، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، لبنان، 1981.

ت.الكتب:

1-أحمد سيد مصطفى، **المدير ومهاراته السلوكية**، الجمعية العربية للإدارة، مصر، 2005.

2-أفندي عطية حسين، **تمكين العاملين: مدخل للتحسين والتطوير المستمر**، دون طبعة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2003.

3-أوما سيكاران، تعريب: بسيوني إسماعيل علي، **طرق البحث في الإدارة: مدخل لبناء المهارات البحثية**، دون طبعة، دار المريخ للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، 2006.

4-البرق عباس، المعلا عايد، سليمان أمل، **دليل المبتدئين في استخدام التحليل الإحصائي باستخدام برنامج أموس**، الطبعة الأولى، دار إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2013.

5-البغدادي عادل هادي، الحدراوي رافد حميد، **الاستشراف الاستراتيجي ومستوى التمكين التنظيمي: أسلوب كمي تحليلي**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2013.

6-البكري ثامر ياسر، **إدارة المستشفيات**، دون طبعة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.

7-البنا حسين موسى قاسم، الخفاجي نعمة عباس، **إستراتيجية التمكين التنظيمي لتعزيز فاعلية عمليات إدارة المعرفة**، دون طبعة، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2014.

8-الجبوري حسن محمد جواد، **منهجية البحث العلمي: مدخل لبناء المهارات البحثية**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013.

9-جرادات ناصر، المعاني أحمد، عريقات أحمد، **إدارة التغيير والتطوير**، الطبعة الأولى، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013.

10-جلاب إحسان دهش، الحسيني كمال طاهر، **إدارة التمكين والاندماج**، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2013.

11-الحاج علي توفيق، عودة سمير حسن، **تسويق الخدمات**، الطبعة الأولى، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2011.

12-حاروش نور الدين، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.

13-الحيان فهد مانع فهد، **دور تمكين العاملين في تحسين الأداء في مؤسسات التعليم العامة والخاصة**، الطبعة الأولى، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016.

14-خبراء المجموعة العربية للتدريب والنشر، **التمكين الإداري وصناعة قادة المستقبل**، الطبعة الأولى، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، مصر، 2014.

15-الخطيب حذيفة تقي الدين، **التمكين أسسه وأساليبه: دراسة بلاغية تطبيقية**، الطبعة الأولى، دار الكتب الوطنية، الإمارات العربية المتحدة، 2009.

16-الدليمي خلف حسين علي، **تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية: أسس، معايير، تقنيات**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009.

17-الدوري زكريا مطلك، صالح أحمد علي، **إدارة التمكين واقتصاديات الثقة في مؤسسات أعمال الألفية الثالثة**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمّان، 2009.

18-ديمنغ وروبيرت هاغستروم، ترجمة: رشدي هند، مراجعة محمد نجم عبد العظيم، **إدارة الجودة الشاملة: أسس ومبادئ وتطبيقات**، دون طبعة، دار كنوز للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2009.

19-ذياب صلاح محمد، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة**، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر، الأردن، 2009.

20-ذياب صلاح محمود، الساعاتي عبد الإله سيف الدين، **إدارة المستشفيات: منظور شامل**، الطبعة الأولى، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، الأردن، 2012.

21-الرب سيد محمد جاد، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات الصحية**، دون طبعة، مطبعة العشري بالإسماعيلية، مصر، 2008.

22-ردينة عثمان يوسف، **التسويق الصحي والاجتماعي**، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2008.

23-رضوان محمود عبد الفتاح، **إدارة الجودة الشاملة: فكر وفلسفة قبل أن يكون تطبيق**، الطبعة الأولى، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، 2012.

24-زاهر عبد الرحيم عاطف، **تسويق الخدمات**، دون طبعة، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.

25-زاهر محمد عبد الرحيم، **إدارة المستشفيات والسجلات الطبية**، الطبعة الأولى، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016.

26-سرحان فتحي، **إدارة الجودة الشاملة: الاتجاهات العالمية الإدارية الحديثة**، الطبعة الأولى، مكتبة الشريف ماس للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2012.

27-سعدون محمد ثائر، **السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال**، الطبعة الأولى، مركز رماح لتطوير الموارد البشرية والأبحاث، عمان، الأردن، 2016.

28-السقال ربى محمد تيسير بذول، **قياس حودة الخدمات المصرفية المقدمة في المصارف التجارية**، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016.

29-الصميدعي محمود جاسم، ردينة عثمان يوسف، **تسويق الخدمات**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010.

30-الصيرفي محمد، **التسويق الصحي**، الطبعة الأولى، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر، 2016.

31-الطائي رعد عبد الله، قدادة عيسى، **إدارة الجودة الشاملة**، دون طبعة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.

32-الطائي يوسف حجيم، ليث علي الحكيم، الفضل مؤيد، **نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.

33-عبد المقصود ابتسام حسن، **إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث، دون ذكر بلد النشر، 2016.

34-عرفة سيد سالم، **اتجاهات حديثة في إدارة التغير**، دون طبعة، دون ذكر دار النشر والتوزيع، دون ذكر بلد النشر.

35-عزام زكريا أحمد، حسونة عبد الباسط، الشيخ مصطفى سعيد، **مبادئ التسويق الحديث: بين النظرية والتطبيق**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.

36-العساف أحمد عارف، الوادي محمود، **منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإدارية: المفاهيم والأدوات**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2011.

37-العلي عبد الستار، **تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.

38-عليان ربحي مصطفى، **إدارة التغيير**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2015.

39-العنزي سعد علي، **الإدارة الصحية**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009.

40-غواري مليكة، **إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية**، دون طبعة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016.

41-فليه فاروق عبده، محمد عبد المجيد، **السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.

42-فوقية حسن رضوان، **منهجية البحث العلمي وتنظيمه**، الطبعة الأولى، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر، 2007.

43-القاضي دلال، البياتي محمود، **منهجية أساليب البحث العلمي وتحليل البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي spss**، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007.

44-قدري حسن محمد، **إدارة الأداء المتميز**، دون طبعة، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2015.

45-كافي مصطفى يوسف، **إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات**، الطبعة الأولى، دار الابتكار للنشر والتوزيع، عمان، 2017.

46-ماهر أحمد، **إدارة التغيير**، الطبعة الأولى، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 2010.

47-محمد عبد الله عادل، **إدارة جودة الخدمات**، الطبعة الأول، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013.

48-محمد عبد الله عادل، **استراتيجية التمكين المتسلسل: مدخل البناء المتسلسل لقدرات المورد البشري المشارك في صنع القرارات**، دون طبعة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2018.

49-مريزق محمد عدمان، **مداخل في الإدارة الصحية**، الطبعة الأولى، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان، 2012.

50-مخيمر عبد العزيز، الطعامنة محمد، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات**، دون طبعة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2003.

51-مساعد زكي خليل، **تسويق الخدمات وتطبيقاته**، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006.

52-مشهور ثروت، **استراتيجيات التطوير الإداري**، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010.

53-المغربي محمد الفاتح محمود بشير، **السلوك التنظيمي**، الطبعة الأولى، دار الجنان للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016.

54-المغربي محمد الفاتح محمود بشير، **إدارة الموارد البشرية**، الطبعة الأولى، دار الجنان للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2016.

55-ملحم يحي سليم، **التمكين كمفهوم إداري معاصر**، الطبعة الثانية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2006.

56-نصيرات فريد توفيق، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.

57-نصيرات فريد توفيق، **إدارة المستشفيات**، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2014.

58-الهلالات صالح علي عودة، **إدارة التميز: الممارسة الحديثة في إدارة مؤسسات الأعمال**، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2014.

59-همشري عمر أحمد، **إدارة المعرفة: الطريق إلى التميز والريادة**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013.

60-الوادي محمود حسين، **التمكين الإداري في العصر الحديث**، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.

ث. أطروحات الدكتوراه:

1-أبوروف عمر آدم علي، **أثر تطبيق مفاهيم الجودة على كفاءة الخدمات الصحية بولاية الخرطوم من خلال خدمات التخلص من النفايات الطبية**، أطروحة دكتوراه، تخصص: فلسفة إدارة الجودة والامتياز، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، 2016.

2-برني لطيفة، **أثر تمكين العاملين في تحسين الأداء الاجتماعي للمؤسسات الجزائرية: دراسة مقارنة بين المستشفيات العمومية والعيادات الإستشفائية الخاصة لولاية بسكرة**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2014 – 2015.

3-بوخلوة باديس، **أثر تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة المنتجات النفطية: دراسة ميدانية في مؤسسة سوناطراك –قسم التكرير–**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة ورقلة، 2015-2016.

4-بودلة يوسف، **تطبيق الإدارة الاستراتيجية للموارد البشرية في ظل متطلبات التسيير وتحديات بيئة وأنشطة المؤسسات العمومية الاستشفائية: دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي بني مسوس –الجزائر–**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2015-2016.

5-بوزورين فيروز، **أثر ممارسات إدارة الموارد البشرية على بناء المزايا التنافسية للمؤسسات المتوسطة الجزائرية: دراسة ميدانية في بعض المؤسسات بولاية سطيف**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، دون ذكر التخصص، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف1، 2016-2017.

6-بوسالم أبوبكر، **دور التمكين الإداري في التميز التنظيمي: دراسة ميدانية على مؤسسة سوناطراك البترولية الجزائرية، المديرية الجهوية للإنتاج بحاسي الرمل**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص إدارة الأعمال، جامعة تلمسان، 2014 – 2015.

7-بوصالح سفيان، **التحكم في جودة الخدمة البنكية: دراسة نوعية كمية في البنك الوطني الجزائري**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص: إدارة العمليات والإنتاج، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، 2015-2016.

8-جنان شريفة، **عقود العمل ودورها في إشباع حاجات خريجي الجامعة حسب هرم ماسلو: دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الخدماتية والتربوية بمدينة بسكرة**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاجتماعية: تخصص علم النفس عمل وتنظيم، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة بسكرة، 2015-2016.

9-جيلالي أمير، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص: تخطيط، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2008-2009.

10-حاج عيسى سيد أحمد، **أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية: دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية**، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية: تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2011-2012.

11-خثير محمد، **المداخل الحديثة في التطوير الإداري وإمكانية تطبيقها في قطاع الصحة: دراسة حالة إعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة الأعمال، المدرسة العليا للتجارة، 2010.

12-خليل صبرينة، **تطوير كفاءات المسيرين وأثره في إدارة المؤسسات الاستشفائية: دراسة عينة من المؤسسات الاستشفائية**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة البليدة2، 2014-2015.

13-دغرير فتحي، **دراسة متطلبات التحول إلى المنظمة المتعلمة من خلال مدخل التمكين: دراسة ميدانية على القطاع البنكي في الجزائر**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة البليدة2، 2017-2018.

14-دفع الله محمد أحمد إبراهيم، **تقييم مستوى جودة الخدمات الطبية بالمستشفيات السودانية لتحقيق الميزة التنافسية بينها: دراسة حالة مستشفيي كوستي وربك**، أطروحة دكتوراه في إدارة الجودة الشاملة والامتياز، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2017.

15-زديرة شرف الدين، **دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات المؤسسات الاستشفائية: دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص: مناجمنت المؤسسات، جامعة بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2016-2017.

16-زقاي دياب، **الاتصال التجاري وفعاليته في المؤسسة الاقتصادية: دراسة حالة المؤسسة الوطنية للصناعات الالكترونية**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص: تسيير، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، 2009-2010.

17-سلخان هنية، **أثر تمكين العاملين على تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة عينة من مستشفيات القطاع الخاص بمنطقة الجنوب الشرقي الجزائري**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة وتسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة ورقلة، 2017-2018.

18-سلطاني وفاء، **تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها: دراسة ميدانية بولاية باتنة**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص تسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باتنة1، 2015-2016.

19-سيد أحمد علي حسين هبة، **إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية**، أطروحة دكتوراه في فلسفة إدارة الجودة الشاملة، مركز إدارة الجودة الشاملة والامتياز، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2015.

20-شرع مريم، **الإدارة التمكينية كمدخل حديث في تحقيق جودة الخدمات التعليمية الجامعية، دراسة ميدانية من وجهة نظر أعضاء الأسرة الجامعية بجامعة غرداية وقياداتها الأكاديمية**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، دون ذكر التخصص، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الشلف، 2014 – 2015.

21-العابد محمد، **معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية: دراسة ميدانية مقارنة لمجموعة من المؤسسات الصحية العمومية**، أطروحة دكتوراه علوم في علوم التسيير، تخصص: الاقتصاد التطبيقي في إدارة الأعمال والمالية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة المدية، 2016-2017.

22-عرابة الحاج، **أثر ازدواجية السلطة على أداء العاملين في المستشفيات: دراسة مقارنة بين القطاع العام والخاص**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص تسيير عمومي، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، 2010-2011.

23-علي ابراهيم عبد الحق، **دور السلوك التنظيمي في أداء منظمات الأعمال: بيئة المنظمة الداخلية كمتغير معدل: دراسة على عينة من البنوك التجارية في ولاية الخرطوم**، أطروحة دكتوراه، تخصص: إدارة الأعمال، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2015.

24-فيها خير مريم، **تمكين العاملين وأهميته في فعالية تطبيق إدارة المعرفة بالمؤسسة: دراسة ميدانية لمديريات مؤسسة سوناطراك بحاسي مسعود**، ورقلة، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة وتسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة ورقلة، 2017-2018.

25-قاسي ياسين، **دور التسويق الاجتماعي في تنمية المراكز الاستشفائية الجامعية: دراسة حالة فرانز فانون بالبليدة**، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية: تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر3، 2012-2013.

26-قبة فاطمة، **تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية وعلاقته بجودة الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص: إدارة أعمال، جامعة البليدة 2، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2014-2015.

27-كرمية توفيق، **تمكين العاملين في قطاع الخدمات: دراسة حالة المصارف الإسلامية**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الأغواط، 2015 – 2016.

28-مباني محمد، **سبل دعم تنافسية المؤسسات الصغيرة والمتوسطة: دراسة حالة الجزائر**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية: تخصص التحليل الاقتصادي، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر3، 2016-2017.

29-معالي عباس الشريف عبد الرحمن، **إدارة الجودة الشاملة الموجهة وأثرها على الأداء المؤسسي–الدور المعدل للثقافة التنظيمية: دراسة على عينة من المصانع العاملة بولاية الخرطوم**، أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2018.

30-الهلة محمد، **إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر: دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير تخصص: اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة ورقلة، 2016-2017.

31-يحياوي فاطمة، **أثر القيادة بالتمكين على كفاءة رأس المال الفكري في ظل اقتصاد المعرفة: دراسة حالة المديرية العامة لاتصالات الجزائر**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة الأعمال والتسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة المدية، 2016-2017.

ج. مذكرات الماجستير:

1-أولاد حيمودة عبد اللطيف، **دور التسويق في رفع الميزة التنافسية في سوق الهاتف النقال بالجزائر: دراسة ميدانية للهاتف النقال بمؤسسة موبيليس**، مذكرة الماجستير في علوم التسيير تخصص: تسويق الخدمات، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، 2010-2011.

2-باقبص هدى بنت عمر بن عبد الله، **آلية التمكين الإداري**، مذكرة الماجستير في الإدارة العامة، كلية الاقتصاد والإدارة، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية، 2018، ص: 27.

3-بحدادة نجاة، **تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية**، مذكرة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص: بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، 2011-2012.

4-البحيصي عبد المعطي محمود، **دور تمكين العاملين في تحقيق التميز المؤسسي، دراسة ميدانية على الكليات التقنية في محافظات قطاع غزة**، مذكرة الماجستير، تخصص إدارة الأعمال، جامعة الأزهر، غزة، 2014.

5-البلوي محمد سليمان، **التمكين الإداري وعلاقته بالأداء الوظيفي لدى معلمي المدارس الحكومية في محافظة الوجه، المملكة العربية السعودية من وجهة نظرهم**، مذكرة الماجستير، تخصص الإدارة التربوية، جامعة مؤتة، المملكة العربية السعودية، 2008.

6-بوباح عالية، **دور الانترنت في مجال تسويق الخدمات: دراسة حالة قطاع الاتصالات**، مذكرة الماجستير في العلوم التجارية تخصص: تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة، 2010-2011.

7-بوسالم أبوبكر، **دور سياسة تمكين العاملين في تحقيق الميزة التنافسية المستدامة: دراسة ميدانية على مؤسسة سوناطراك البترولية**، مذكرة الماجستير في علوم التسيير، تخصص: إدارة الأعمال الاستراتيجية للتنمية المستدامة، جامعة سطيف 1، 2012-2013.

8-الجميلي مطر بن عبد المحسن، **الأنماط القيادية وعلاقتها بمستويات التمكين من وجهة نظر موظفي مجلس الشورى**، مذكرة الماجستير في العلوم الإدارية، دون ذكر التخصص، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2008.

9-حاج حسين هيام، **أثر التمكين الهيكلي والنفسي للموظفين في رضا العملاء: دراسة مسحية على مؤسسات التأمين الخاصة في اللاذقية**، مذكرة الماجستير، تخصص: إدارة الأعمال، الجامعة الافتراضية السورية، الجمهورية العربية السورية، 2016.

10-دريدي أحلام، **دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ببسكرة (رزيق يونس)**، مذكرة الماجستير في علوم التسيير، تخصص: الأساليب الكمية في التسيير، جامعة بسكرة، 2013-2014.

11-رزق الله حنان، **أثر التمكين على تحسين جودة الخدمة التعليمية بالجامعة: دراسة ميدانية لعينة من كليات جامعة قسنطينة**، مذكرة الماجستير في تسيير المؤسسات: تخصص تسيير الموارد البشرية، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة منتوري قسنطينة، 2009-2010.

12-سعود أمال، **التمكين الإداري وعلاقته بأهداف المؤسسة: دراسة حالة مؤسسة الكوابل ببسكرة**، مذكرة الماجستير في علم الاجتماع: تخصص تنظيم وعمل، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة بسكرة، 2014-2015.

13-شقورة محمد يوسف، **متطلبات التمكين الإداري لدى مديري المدارس الثانوية بمحافظات غزة وعلاقتها بثقافة الإنجاز لديهم**، مذكرة الماجستير، تخصص: أصول التربية، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة، 2015.

14-العابد محمد، **أثر تفعيل منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة**، مذكرة الماجستير في علوم التسيير، تخصص: الاقتصاد التطبيقي في إدارة الأعمال والمالية، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة

المدية، 2010-2011.

15-العامري نجاة، **تسويق الخدمات الصحية: دراسة حالة مصحة أبو القاسم بسكيكدة**، مذكرة الماجستير، دون ذكر التخصص، دون ذكر الكلية، جامعة سكيكدة، 2008-2009.

16-علاء عادل درويش، **دور تخطيط الموارد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على المشافي العامة في الساحل السوري**، مذكرة الماجستير، تخصص: إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد الثانية في طرطوس، جامعة تشرين، الجمهورية العربية السورية، 2012-2013.

17-فليسي ليندة، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات ودورها في تحقيق الأداء المتميز: دراسة حالة كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير بجامعة امحمد بوقرة بومرداس**، مذكرة الماجستير في العلوم الاقتصادية: تخصص تسيير المؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة بومرداس، 2011-2012.

18-قوز عبد الله أحمد آدم، **التمكين الإداري وأثره على الولاء التنظيمي، دراسة على عينة من المصارف التجارية السودانية**، مذكرة الماجستير، تخصص إدارة الأعمال، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2016.

19-كلاّب داليا جهاد عبد الوهاب، **استراتيجيات تحقيق الاستدامة في مباني المستشفيات: حالة مباني المستشفيات في قطاع غزة**، مذكرة الماجستير في الهندسة: تخصص الهندسة المعمارية، كلية الهندسة، الجامعة الاسلامية غزة، 2016.

20-المصري شادي حمدان عطية، **متطلبات التمكين من وجهة نظر العاملين الإداريين في الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة**، مذكرة الماجستير، تخصص: إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الأزهر، غزة، 2015.

21-الملفوح فاتن محمود عبد الرحمن، **تمكين العاملين ودوره في تحقيق الأهداف الإستراتيجية للجامعة الإسلامية بغزة**، مذكرة الماجستير، تخصص: القيادة والإدارة، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا، جامعة الأقصى، غزة، 2016.

22-واله عائشة، **أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون**، مذكرة الماجستير في العلوم التجارية: تخصص تسويق، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2010-2011.

ح. المقالات العلمية:

1-إبراهيمي أسماء، ولد محي الدين سعاد، **الإبداع والتمكين الإداري: نظرة في واقع ثقافة الإبداع في المؤسسة الجزائرية**، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد: 01، العدد: 02، جامعة المسيلة، 2016.

2-الأسدي طارق محمد، الصرن رعد حسن، **العلاقة بين التدريب وأبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق**، مجلة جامعة البعث، المجلد: 39، العدد: 44، جامعة البعث، 2017.

3-أنساعد رضوان، **أثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة للمؤسسات الصحية**، مجلة الريادة لاقتصادات الأعمال، المجلد: 01، العدد: 01، جامعة الشلف، 2015.

4-أنساعد رضوان، **رضا المرضى عن سياسة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة بمدينة الشلف: دراسة ميدانية**، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، المجلد: 06، العدد: 08، جامعة الشلف، 2010.

5-بديسي فهيمة، زويوش بلال، **جودة الخدمات الصحية: الخصائص والأبعاد والمؤشرات**، مجلة الاقتصاد والمجتمع، المجلد: 07، العدد: 07، جامعة قسنطينة2، 2011.

6-برقاوي باسم يوسف، **أثر التمكين في تعزيز في أداء الموارد البشرية: دراسة حالة على إدارة المشتريات والمستودعات في شرطة أبوظبي**،

مجلة معارف، المجلد: 11، العدد: 20، جامعة البويرة، 2016.

7-برني لطيفة، **التمكين الإداري وأثره في تعزيز التمكين النفسي لدى العاملين في القطاع الصحي في ولاية بسكرة**، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد: 08، العدد 01، جامعة بسكرة، 2014.

8-برهوم أديب، **دور تمكين العاملين في زيادة الرضا الوظيفي: دراسة مسحية على المشافي العامة في الساحل السوري**، مجلة جامعة البعث، المجلد: 39، العدد: 66، سوريا، 2017.

9-بروكي عبد الرحمن، **دور التمكين الإداري في تنمية رأس المال الفكري بالمؤسسة: دراسة تحليلية لعينة من المسؤولين بالمؤسسات الصحية في ولاية بشار**، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد: 04، العدد: 01، جامعة بشار، 2018.

10-البريدي عبد الله بن عبد الرحمن، نورة بنت محمد الرشيد، **مستويات ومعوقات التمكين وعلاقته بالولاء التنظيمي في المصارف السعودية: دراسة تطبيقية على عينة من مصارف مدينة بريدة**، مجلة الإدارة العامة، المجلد: 52، العدد: 02، معهد الإدارة العامة، 2012.

11-بضياف عادل، العايب رابح، **التمكين الإداري وعلاقته بتنمية القدرات القيادية في المؤسسات الجامعية**، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد: 03، العدد 47، جامعة قسنطينة2، 2017.

12-بطاهر بختة، **دور التسويق الصحي في تحسين جودة الخدمات المؤسسات الاستشفائية: مستشفى محمد بوضياف بغليزان نموذجا**، مجلة المنهل الاقتصادي، المجلد: 01، العدد: 01، جامعة الوادي، 2018.

13-بلخضر مسعودة، بوخضير مريم، **واقع تمكين العاملين بالمديرية العملية لاتصالات الجزائر بعنابة وأثره على الإبداع**، مجلة العلوم الاقتصادية، المجلد: 17، العدد: 02، 2016.

14-بلكبير خليدة محمد، **واقع تمكين العاملين لدى مسيري المؤسسات الجزائرية**، مجلة الاقتصاد الجديد، المجلد: 04، العدد 01، جامعة خميس مليانة، 2013.

15-بن إيمان زيان، بوسعد زكية، **دور استراتيجية التمكين في تعزيز رأس المال الزبوني**، مجلة الاقتصاد الصناعي، المجلد: 07، العدد: 02، جامعة باتنة1، 2017.

16-بن حليمة حميدة، **تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالبوني بعنابة**، مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد: 23، العدد: 02، جامعة عنابة، 2017.

17-بن عيشي عمار، **أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق رضا الزبون (المرضى): دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة"الجزائر"**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، المجلد: 03، العدد: 01، جامعة الجلفة، 2017.

18-بن نذير نصر الدين، بعيليش فائزة، **أثر إستراتيجية تنمية الموارد البشرية على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية "محمد بوضياف" بالمدية**، مجلة الاقتصاد والتنمية، المجلد: 02، العدد: 03، جامعة المدية، 2015.

19-بنان منير محسن، **أثر التمكين الإداري على الرضا الوظيفي: دراسة ميدانية على المصارف السورية**، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المجلد 37، العدد 04، جامعة تشرين، سوريا، 2015.

20-بوالفلفل إبراهيم، لزغد راضية، **دور الرقابة في تقديم الخدمة الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية "الأخطاء الطبية نموذجا"**، مجلة آفاق للعلوم، المجلد: 03، العدد: 01، جامعة الجلفة، 2018.

21-بوخلوة باديس، جعفور إيمان، **أثر ضغوط العمل على جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الأطباء والممرضين: دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية سعد دحلب بمدينة جامعة ولاية الوادي**، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، المجلد: 13، العدد: 01، جامعة ورقلة، 2018.

22-بوخلوة باديس، قمو سهيلة، **أثر الدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية بمستشفى الأم والطفل بتقرت**، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، المجلد: 03، العدد: 05، جامعة ورقلة، 2016.

23-بوخلوة باديس، بن قرينة محمد حمزة، **أثر تمكين العاملين على الرضا الوظيفي: دراسة ميدانية في مؤسسة مطاحن الواحات بتقرت "ولاية ورقلة"**، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، المجلد: 04، العدد: 07، جامعة ورقلة، 2015.

24-بوخمخم عبد الفتاح، بوتاعة سليمة، **إشكالية تمكين العاملين في المؤسسة الاقتصادية: دراسة ميدانية بمؤسسة سونلغاز لإنتاج الكهرباء**، مجلة ميلاف للبحوث والدراسات، المجلد: 01، العدد: 01، المركز الجامعي ميلة، 2015.

25-بودية بشير، **أثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى ترابي بوجمعة" بشار"**، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد: 03، العدد: 02، جامعة بشّار، 2017.

26-بودي عبد القادر، بن جيمة نصيرة، **أثر التسويق الداخلي على الرضا الوظيفي: دراسة تطبيقية على مستوى الصندوق الوطني للتقاعد –وكالة بشار–**، مجلة الابتكار والتسويق، المجلد: 05، العدد: 01، جامعة سيدي بلعباس، 2018.

27-بوجحان عادل، عبد الناصر موسى، **التمكين الإداري وأثره على أداء المؤسسة: دراسة حالة مؤسسة صناعة الكوابل فرع جنرال كابل ببسكرة**، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد: 09، العدد: 01، جامعة بسكرة، 2015.

28-بومنقار مراد، عيساوي فلة، **تمكين العاملين مدخل للتحسين المستمر والتطوير التنظيمي**، مجلة أبحاث نفسية وتربوية، المجلد: 01، العدد: 07، جامعة قسنطينة2، 2014.

29-تايه محمد صفاء، **اعتماد التمكين المنظمي لتحقيق استراتيجية التمايز: دراسة تطبيقية في المؤسسة العامة للإسمنت الجنوبية**، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد: 08، العدد: 22، جامعة الكوفة، 2012.

30-تومي ميلود، قشي حبيبة، **آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية**، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد: 01، العدد: 02، جامعة بسكرة، 2007.

31-تيقاوي العربي، **مدى إدراك أهمية قياس جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر: دراسة مقارنة بين فئة العاملين وبين المستشفيات**، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد: 11، العدد: 01، جامعة بسكرة، 2017.

32-جدي شوقي، **تمكين العاملين وعلاقته بالولاء التنظيمي: دراسة ميدانية على الأطباء العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية تبسة**، مجلة الباحث، المجلد: 14، العدد: 14، جامعة ورقلة، 2014.

33-الجريري صالح عمر، **قياس جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية لأراء عينة من الزبائن "المرضى" المتعاملين مع المستشفيات الخاصة في محافظة عدن**، مجلة العلوم الإدارية والاقتصادية، العدد: 04، جامعة عدن، اليمن، 2009.

34-الجزائري صفاء محمد هادي، غباش محمد علي، شتيت بشرى عبد الله، **قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام "البصرة"**، مجلة دراسات إدارية، المجلد: **04**، العدد: **07**، جامعة البصرة، **2011**.

35-جمعة الطيب، **قياس مؤشرات جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى: دراسة استطلاعية لعينة من مرضى المستشفى الجامعي بمدينة باتنة "الجزائر"**، مجلة رؤى اقتصادية، المجلد: 04، العدد: 07، جامعة الوادي، 2014.

36-جناد مباركة، **تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والممرضين بالمستشفيات الجزائرية: دراسة حالة بعض المستشفيات بولاية سطيف**، مجلة دراسات اقتصادية، العدد: 36، جامعة الجلفة، 2018.

37-جواد عبد الحسين صفاء، **أثر التمكين الإداري على الرضا الوظيفي لدى العاملين في هيئة التعليم التقني**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد 32، جامعة بغداد، العراق، 2012.

38-جوال محمد السعيد، **تمكين العاملين مطلب أساسي للمدير المعاصر: مقاربة نظرية**، مجلة دراسات، المجلد: 05، العدد: 01، جامعة الأغواط، 2014.

39-حدمر زينب، يحياوي مريم، **جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى في المؤسسة الاستشفائية**، مجلة الإحياء، المجلد: 18، العدد: 01، جامعة باتنة1، 2018.

40-حسونة عبد الباسط إبراهيم، أبوقلة محمد عبد مهاوش، محمد عبد القادر خليل، السكارنة بلال، **تمكين العاملين وأثره على جودة الخدمات المصرفية: دراسة ميدانية على القطاع المصرفي في الأردن**، مجلة تنمية الرافدين، المجلد: 36، العدد: 115، مجلة تنمية الرافدين، جامعة الموصل، العراق، 2013.

41-حسونة عبد الباسط، السكارنة بلال، **تمكين العاملين وأثره على جودة الخدمات المصرفية: دراسة ميدانية على القطاع المصرفي في الأردن**، مجلة تنمية الرافدين، المجلد: 32، العدد: 115، جامعة الموصل، العراق، 2014.

42-الخرشوم محمد، دره عمر، **دور التمكين في تحول المصارف إلى مؤسسات متعلمة: دراسة حالة على المصرف التجاري بمدينة حلب**، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الإدارية، المجلد: 22، العدد: 01، جامعة الملك سعود، السعودية، 2011.

43-خلفة سارة، عيساوي فلة، **التمكين الإداري كثقافة جديدة في مؤسسات الأعمال**، مجلة المنتدى للدراسات والأبحاث الاقتصادية، المجلد: 02، العدد: 01، جامعة الجلفة، 2018.

44-خيوكة زياد مصطفى حامد عبد الله، **مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة لإصلاح واقع القطاع الصحي في العراق: دراسة حالة في مستشفى دار التمريض الخاص: دائرة مدينة الطب في بغداد**، مجلة دنانير، المجلد: 01، العدد: 05، الجامعة العراقية، 2014.

45-داوود فضيلة سلمان، البلداوي علاء عبد الكريم، **قياس كفاءة جودة خدمات المراكز الصحية في محافظة كربلاء باستخدام نماذج التحليل التطويقي للبيانات**، المعهد العالي للدراسات المحاسبية والمالية، المجلد: 07، العدد: 02، جامعة بغداد، العراق، 2012.

46-دايرة عيد الحفيظ، كيسرى مسعود، **تمكين العاملين وأثره على تنمية الإبداع في المؤسسة: حالة مؤسسة فريتال لصناعة الأسمدة البيتروكيماوية في الجزائر**، مجلة رؤى اقتصادية، المجلد: 06، العدد: 02، جامعة الوادي، 2016.

47-دبلة عبد العالي، وفاء العمري، **آلية التمكين الإداري في الفكر التنظيمي الحديث**، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، المجلد: 05، العدد: 18، جامعة بسكرة، 2016.

48-دبون عبد القادر، **دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية: حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة**، مجلة الباحث، المجلد: 11، العدد: 11، جامعة ورقلة، 2012.

49-دربوش محمد الطاهر، عروف راضية، **التمكين كاستراتيجية لتنمية رأس المال الفكري بالمنظمات**، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد: 26، العدد 04، جامعة قسنطينة1، 2015.

50-دره عمر، غريب معاذ، سالم بيت سعيد، **تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى: دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة**، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد: 24، العدد: 105، جامعة بغداد، 2018.

51-دن أحمد، **أثر تمكين العاملين على الرضا الوظيفي: دراسة حالة جامعة زيان عاشور بالجلفة**، مجلة مجاميع المعرفة، المجلد: 03، العدد 02، المركز الجامعي تندوف، 2017.

52-ديوب أيمن حسن، **تمكين العاملين كمدخل لتحسين جودة الحياة الوظيفية في قطاع الاتصالات: دراسة ميدانية على المؤسسة السورية للاتصالات**، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد: 30، العدد: 01، جامعة دمشق، سوريا، 2014.

53-ذياب صلاح محمود، **قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين**، مجلة

الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد: 20، العدد: 01، الجامعة الإسلامية، غزّة، فلسطين، 2012.

54-راضي جواد محسن، **التمكين الإداري وعلاقته بإبداع العاملين: دراسة ميدانية على عينة من موظفي كلية الإدارة والاقتصاد**، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 12، العدد 01، جامعة القادسية، العراق، 2010.

55-رشام كهينة، أحمد جميل، **التمكين الإداري كمدخل حديث لتحقيق جودة الخدمة في منظمات الأعمال: دراسة ميدانية على مؤسسة اتصالات الجزائر**، مجلة ميلاف للبحوث والدراسات، المجلد: 03، العدد: 01، المركز الجامعي ميلة، 2017.

56-الروقي مطلق بن مقعد بن مطلق، **التمكين الإداري لدى قادة مدارس التعليم العام في محافظة عفيف**، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 05، العدد 08، مركز ديبونو لتعليم التفكير بالتعاون مع دار سمات للدراسات والبحوث، الأردن، 2016.

57-الزبيدي غني دحام تناي، فاتن عباس خليل، **تقييم جودة الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية: دراسة حالة في مراكز طب الأسرة في بغداد**، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد: 24، العدد: 106، جامعة بغداد، 2018.

58-زديرة شرف الدين، **دراسة تحليلية لنوعية خدمات الرعاية الصحية باستخدام مؤشرات الجودة من وجهة نظر مقدمي الخدمة بالمستشفى الجامعي ابن باديس "قسنطينة"**، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، المجلد: 09، العدد: 02، جامعة بسكرة، 2015.

59-زروخي فيروز، رضوان أنساعد، **التمكين الإداري كمدخل لتحسين جودة الخدمة: دراسة حالة مؤسسة اتصالات الجزائر بالشلف**، مجلة المؤسسة، المجلد: 07، العدد 01، جامعة الجزائر3، 2018.

60-زعيتر فاتح، قاسمي كمال، **مساهمة أنظمة الأمن والسلامة المهنية في تحسين جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمة: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية بوزيدي لخضر ببرج بوعريريج**، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد: 05، العدد: 01، جامعة بشّار، 2019.

61-الزيادات ممدوح طايع، **أثر تمكين العاملين في الأداء التسويقي في البنوك الإسلامية الأردنية من وجهة نظر العاملين**، مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، المجلد: 17، العدد: 01، جامعة الزرقاء، الأردن، 2017.

62-سالمي رشيد، فلاق علي، زيتوني سارة، **الرفع من جودة الخدمات الصحية من خلال تبني أسلوب التحسين المستمر (الكايزن)**، مجلة معارف، المجلد: 11، العدد: 20، جامعة البويرة، 2016.

63-سالمي رشيد، بوسطة عائشة، **أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون**، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، العدد: 05، 2014.

64-سلامة محمد وليد سالم، **أثر أبعاد التمكين الإداري على السلوك الإبداعي للعاملين في مؤسسة الاتصالات الفلسطينية**، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات الإدارية والاقتصادية، المجلد: 02، العدد: 06، فلسطين، 2016.

65-سلخان هنية، بن عيشاوي أحمد، **أثر تمكين العاملين على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع الخاص: حالة عيادة الرمال بالوادي**، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، المجلد: 12، العدد 01، جامعة ورقلة، 2017.

66-سنوسي علي، **تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر: دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية**، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، المجلد: 05، العدد: 07، جامعة الشلف، 2009.

67-شارف عبد القادر، رمضاني لعلا، **أثر إدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية "أحمد بن عجيلة" بالأغواط**، مجلة الباحث، العدد: 17، جامعة ورقلة، 2017.

68-شاكر أحمد، **مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات الصحية في المستشفيات: دراسة استطلاعية في مستشفى الكندي دائرة صحة بغداد الرصافة**، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد: 24، العدد: 108، جامعة بغداد، العراق، 2018.

69-الشبراوي عباس عبد السلام، **التمكين الإداري: مدخل لرفع كفاءة الأداء في مدارس التعليم العام في مصر**، مجلة كلية التربية، العدد 20،

جامعة بور سعيد، مصر، 2016.

70-شبوطي حكيم، خليفة أحلام، **تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات: من طرف متلقي العلاج في بعض مستشفيات ولاية المدية**، مجلة الاقتصاد الصناعي، المجلد: 07، العدد: 01، جامعة باتنة1، 2017.

71-شتاتحة عائشة، **تفعيل الإبداع في مؤسسات الأعمال من خلال مدخل التمكين**، مجلة دراسات العدد الاقتصادي، المجلد: 04، العدد 02، جامعة الأغواط، 2013.

72-شراير سعاد، حميدوش علي، **تكنولوجيا المعلومات والاتصال ودورها في تحسين مستوى الخدمات الصحية**، مجلة الاقتصاد الجديد، المجلد: 01، العدد: 16، جامعة خميس مليانة، 2017.

73-الشعلان فهد بن أحمد، **دور التمكين الإداري في اتخاذ القرار الأزموي**، مجلة الفكر الشرطي، المجلد: 25، العدد: 96، الإمارات العربية المتحدة، 2016.

74-شمس الدين عمر، **أثر تمكين العاملين على الولاء التنظيمي: دراسة قطاع التأمين وقطاع المصارف الخاصة في سورية**، مجلة جامعة البعث، المجلد 38، العدد 38، سوريا، 2016.

75-صفاء جواد عبد الحسين، **أثر التمكين الإداري على الرضا الوظيفي لدى العاملين في هيئة التعليم التقني**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد: 32، جامعة بغداد، 2012.

76-طبال لطيفة، موساوي سمية، **الثقة التنظيمية انطلاقة نحو بناء نموذج التمكين الإداري للعاملين في المنظمة**، مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية، المجلد: 02، العدد: 07، جامعة البليدة2، 2017.

77-الطراونة إخلاص إبراهيم، النهدي سميرة محمد مبارك، **التمكين الإداري ومستوى تطبيق المهارات الإدارية لدى المرأة السعودية: حالة مديرات مدارس منطقة خميس المشيط**، مجلة جامعة الحسين بن طلال للبحوث، المجلد 03، العدد 01، الأردن، 2017.

78-الطعاني حسن أحمد، السويعي عمر سلطان، **التمكين الإداري وعلاقته بالرضا الوظيفي لدى مديري المدارس الحكومية في محافظة الدمام المملكة العربية السعودية**، مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد: 40، العدد: 1، الجامعة الأردنية، الأردن، 2013.

79-طهار ناصر، **دور التسويق الاجتماعي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية: دراسة عينة من متلقي الخدمة الصحية بمستشفى الأخوات باج بالشلف**، مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، جامعة البليدة2، المجلد: 07، العدد: 01، 2018.

80-الطويل أكرم أحمد، العبيدي محمد ثائر، **إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية: دراسة استطلاعية لآراء المدراء في مستشفى ابن الأثير التعليمي في الموصل**، مجلة تنمية الرافدين، المجلد: 32، العدد: 100، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصل، العراق، 2010.

81-الطويل أكرم أحمد، الجليلي آلاء حسيب، وهاب رياض جميل، **إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة من المستشفيات في محافظة نينوى**، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد: 06، العدد: 19، جامعة تكريت، العراق، 2010.

82-العابد محمد، **تقييم جودة الخدمات الصحية**، مجلة دفاتر اقتصادية، المجلد: 01، العدد: 02، جامعة الجلفة، 2011.

83-عالية جواد محمد علي، سيف الدين عماد أحمد، **أثر التمكين العاملين في التطوير التنظيمي: دراسة استطلاعية لآراء عينة من العاملين في المؤسسة العامة للصناعات الصوفية في بغداد**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 36، جامعة بغداد، العراق، 2013.

84-عباس سامي أحمد، **قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية: دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية في مدينة تعز من وجهة نظر المستفيد**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد: 39، جامعة بغداد، العراق، 2014.

85-عباسي أبوبكر، الداوي الشيخ، **مساهمة التمكين في ترقية الإبداع التسويقي للعاملين بمؤسسة الضيافة: حالة فندق السوفيتال بالجزائر**، مجلة الدراسات الاقتصادية والمالية، المجلد: 10، العدد 01، جامعة الوادي، 2017.

86-عبد الرضا محمد إيمان، **تمكين التدريسيين في الكليات والمعاهد التقنية: دراسة تطبيقية على كليات ومعاهد هيئة التعليم التقني في مجمع الزعفرانية**، مجلة الإدارة والاقتصاد، العدد: 94، الجامعة المستنصرية، بغداد، العراق، 2018.

87-عبد الناصر عبد الله محمد عيسى، **التمكين الإداري للعاملين في مؤسسات التعليم العالي الناشئة تطبيقا على جامعة الجوف**، مجلة الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد: 07، العدد: 22، 2016.

88-عبد الوهاب نادية لطفي، حيدر منصور كاظم، **تقييم جودة الخدمات الصحية باستعمال نموذج 5QS: بحث تطبيقي في مستشفى بغداد التعليمي**، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد: 22، العدد: 92، جامعة بغداد، 2016.

89-عرابة الحاج، **ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والإشكالية**، مجلة الباحث، المجلد: 07، العدد: 07، جامعة ورقلة، 2009-2010.

90-عروف راضية، عبود زرقين، **إستراتيجية التمكين كمدخل لتفعيل وتحقيق جودة القرارات بالمنظمات**، مجلة الاقتصاد الصناعي، المجلد: 06، العدد 01، جامعة باتنة1، 2016.

91-عزمي بدير رامز، فارس محمد جودت، عفانة حسن مروان، **التمكين الإداري وعلاقته بفاعلية فرق العمل في المؤسسات الأهلية الدولية العاملة في قطاع غزة**، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد: 23، العدد: 01، غزّة، فلسطين، 2015.

92-عطاء الله فاطمة، **التمكين التنظيمي ودوره في صناعة الولاء التنظيمي لدى المورد البشري**، مجلة دراسات نفسية وتربوية، المجلد: 08، العدد: 15، جامعة البليدة2، 2017.

93-العطوي رويدا محمد، كائنكان فواز مرعي، **أثر التمكين الإداري على الإبداع من وجهة نظر القيادات النسائية في التعليم العالي السعودي كأحد مداخل تحقيق رؤية 2030**، المجلة العالمية للاقتصاد والأعمال، المجلد: 04، العدد: 02، مركز رفاد للدراسات والأبحاث، الأردن، 2018.

94-عقون شراف، بوحديد ليلى، **دور التمكين الإداري في تحقيق التطوير التنظيمي: دراسة حالة المؤسسة الوطنية للتأمين بباتنة**، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، المجلد: 04، العدد: 01، جامعة أم البواقي، 2017.

95-علك حافظ عبد الناصر، حسين وليد حسين، **تسويق الخدمات وأثرها على رضا الزبائن**، مجلة كلية المأمون الجامعة، العدد: 18، بغداد، العراق، 2011.

96-العلواني عديلة، **أثر تطبيق معايير الجودة في تحسين الخدمات الصحية**، مجلة آفاق للعلوم، المجلد: 03، العدد: 04، جامعة الجلفة، 2018.

97-علي سلطان وفاء، **أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين: دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة**، مجلة دراسات إدارية، المجلد: 05، العدد: 10، جامعة البصرة، العراق، 2013.

98-العمري غسان عيسى، **التمكين كمدخل لتحسين إدارة الأزمات في العنف الطلابي في الجامعات**، مجلة رماح للبحوث والدراسات، العدد: 08، مركز البحث وتطوير الموارد البشرية رماح، الأردن، 2011.

99-عودة هيفاء عبد الغني، **التمكين الإداري وأثره في تعزيز أداء وإبداع العاملين: دراسة ميدانية في المؤسسة العامة للموانئ العراقية**، المجلة العراقية للعلوم الإدارية، المجلد 09، العدد 36، جامعة كربلاء، العراق، دون ذكر سنة النشر.

100-عياد ليلى، **مقاربة نظرية حول جودة الخدمات الصحية**، مجلة الحقيقة، المجلد: 12، العدد: 27، جامعة أدرار، 2013.

101-عيسات فطيمة الزهرة، جميل أحمد، **العدالة التنظيمية وأثرها على التمكين الإداري في المؤسسات الجزائرية: دراسة استطلاعية على عينة من مؤسسات ولاية البويرة**، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، المجلد: 07، العدد: 01، جامعة الجزائر3، 2016.

102-عيساوي فلة، بومنقار مراد، **استراتيجية تمكين العاملين الإداريين: رؤية جديدة في الفكر الإداري الحديث**، مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد: 21، العدد: 04، جامعة عنابة، 2015.

103-فاطمة جاسم محمد، **أثر التمكين على التكامل المهني مابين المحاسب والمدقق**، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، المجلد: 04، العدد: 02، جامعة أم البواقي، 2017.

104-فرج شعبان، شيخ سعيدة، **تمكين العاملين كمدخل لتحسين جودة الخدمات**، مجلة الاقتصاد والتنمية، المجلد: 03، العدد: 02، جامعة المدية، 2015.

105-فيها خير مريم، مناصرية رشيد، **أثر تمكين العاملين على فعالية تطبيق إدارة المعرفة بالمؤسسة: دراسة حالة المديرية الجهوية للإنتاج بسوناطراك "حاسي مسعود"**، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، المجلد: 02، العدد: 02، جامعة ورقلة، 2016.

106-قاسم أحمد، غسان فيصل، فليح حكمت، **دور استراتيجية التمكين في تحسين الأداء المنظمي: دراسة تحليلية لآراء عينة من رؤساء الأقسام العلمية في جامعة تكريت**، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد: 04، العدد: 12، جامعة تكريت، العراق، 2008.

107-قاسمي السعيد، سعدي هند، **تطبيق نماذج صفوف الانتظار لقياس جودة الخدمة الصحية: حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمسيلة**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد: 46، جامعة بغداد، العراق، 2015.

108-قبطان شوقي، **واقع التمكين الإداري في الجامعة الجزائرية وأثره على الإنتاج الفكري للأستاذ الجامعي**، مجلة الاقتصاد الجديد، المجلد: 04، العدد: 01، جامعة خميس مليانة، 2013.

109-القرني نورة عوض عبد الله، **درجة تطبيق أسلوب الإدارة بالأهداف في مدارس محافظة بلقرن للمرحلة الثانوية من وجهة نظر المعلمين والمعلمات**، المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية، سلسلة العلوم الإنسانية، المجلد: 18، العدد: 01، جامعة اليرموك، 2016.

110-قريشي محمد، سبتي لطيفة، **دور التمكين الإداري في تحقيق الرضا الوظيفي لدى العاملين بجامعة محمد خيضر بسكرة**، مجلة الاقتصاد والتنمية، المجلد: 03، العدد: 02، جامعة المدية، 2015.

112-الكبيسي جنان حاتم كامل، **التمكين الإداري لدى مديري المدارس الثانوية في محافظة بغداد من وجهة نظر المعاونين والمعاونات**، مجلة الأستاذ، المجلد: 02، العدد: 216، جامعة بغداد، العراق، 2016.

113-الكعبي حميد سالم، **دور التمكين الإداري في تعزيز الابتكار التنظيمي**، مجلة المثنى للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد: 06، العدد: 1، جامعة المثنى، العراق، 2016.

114-كواشي مراد، بلحاج طارق، **تمكين العاملين وأثره في تحسين جودة الخدمات: دراسة ميدانية بمؤسسة اتصالات الجزائر**، مجلة البحوث والدراسات العلمية، المجلد: 09، العدد: 01، جامعة المدية، 2015.

115-لحول فطوم، نهار خالد بن الوليد، **دور مواقع التواصل الاجتماعي في نجاح استراتيجية الترويج لدى المؤسسات: دراسة لصفحة مؤسسة الاتصالات الجزائرية موبيليس عبر موقع الفيس بوك**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، المجلد: 04، العدد: 02، جامعة الجلفة، 2018.

116-الماضي عدنان، نصيرات فريد، **أثر التمكين الإداري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية**، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 07، العدد 04، الجامعة الأردنية، الأردن، 2011.

117-المبيضين محمد ذيب، الطراونة محمد أحمد، **أثر التمكين في السلوك الإبداعي لدى العاملين في البنوك التجارية الأردنية**، مجلة دراسات

العلوم الإدارية، المجلد: 38، العدد: 02، الجامعة الأردنية، الأردن، 2011.

118-محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر، **قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين: دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم**، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد: 11، العدد: 04، الجامعة الأردنية، الأردن، 2015.

119-محمود عبد الله محمد، برزو همزة سليمان، جيمن بابكر، **التمكين الإداري ودوره في تعزيز االإبداع الإداري: دراسة تحليلية لأراء المديرين في عينة مديري مصارف القطاع الخاص في مدينة أربيل**، مجلة زانكو للعلوم الإنسانية، المجلد: 21، العدد: 03، جامعة صلاح الدين، العراق، 2017.

120-مرزوق سارة، بوعشة مبارك، **دراسة أثر التمكين الإداري في تحقيق الاندماج الوظيفي للعاملين: دراسة حالة مجمع عموري بسكرة**، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد: 04، العدد: 03، جامعة الجلفة، 2017.

121-مرزوقي رفيق، بودرامة مصطفى، **أثر تدريب الموارد البشرية على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الجزائرية: دراسة ميدانية لبعض المؤسسات الصناعية بولاية سطيف**، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد: 09، العدد: 26، جامعة الجلفة، 2015.

122-مرماط نبيلة، **التمكين كأسلوب لتحقيق الرضا الوظيفي للعامل**، مجلة معارف، المجلد: 12، العدد: 22، جامعة البويرة، 2017.

123-مصنوعة أحمد، **التمكين الإداري كمدخل لتعزيز الالتزام التنظيمي للعاملين بالتطبيق على أعضاء الإدارة الإشرافية (رؤساء الأقسام ونوابهم) بجامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف**، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، المجلد: 13، العدد: 16، جامعة الشلف، 2017.

124-مكيد علي، يحياوي فاطمة، **أثر استراتيجية التمكين في تنمية السلوك الإبداعي لرأس المال الفكري: دراسة حالة مؤسسة صيدال فرع أنتيبيوتيكال بالمدية**، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، المجلد: 09، العدد: 14، جامعة المسيلة، 2015.

125-مكيد علي، بن عياد فريدة، **واقع اعتماد نظام جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية**، المجلة الجزائرية للاقتصاد والمالية، العدد: 06، جامعة المدية، 2016.

126-الملا عبد الرحمن مصطفى، ثامر كريم محمد، **تقييم الخدمات الصحية المقدمة في الأجنحة الخاصة للمستشفيات الحكومية من منظور المرضى**، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد: 22، العدد: 91، جامعة بغداد، 2016.

127-مهداوي زينب، بودي عبد القادر، **أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات: دراسة المؤسسة الاستشفائية**، مجلة مجاميع المعرفة، المجلد: 03، العدد: 02، جامعة الوادي، 2017.

128-موساوي سارة، بهناس العباس، بوعامر عائشة، **دور وسائل الترويج في تسويق الخدمة المصرفية: دراسة ميدانية لمجموعة من البنوك التجارية بالجلفة**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، المجلد: 04، العدد: 02، جامعة الجلفة، 2018.

129-نافع وجيه عبد الستار، **التمكين الوظيفي وأثره على أداء العاملين في جامعة الطائف**، المجلة العلمية للإدارة، العدد: 32، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 2010.

130-النعمة عادل ذاكر، آمال سرحال سليمان، **دور تمكين العاملين في دعم أهداف التحسين المستمر: دراسة ميدانية في المؤسسة العامة لصناعة الأدوية والمستلزمات الطبية في نينوى**، مجلة تنمية الرافدين، المجلد: 34، العدد: 108، جامعة الموصل، العراق، 2012.

131-النويقة عطا الله بشير، **أثر تمكين فرق العمل في تحقيق التميز التنظيمي في جامعة الطائف**، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد: 10، العدد: 03، الجامعة الأردنية، الأردن، 2014.

خ. الملتقيات العلمية:

1-البكري ثامر ياسر، العبيدي غسان عبد الرزاق، **التسويق الصحي في ظل المتغيرات المعاصرة**، المؤتمر الدولي الأول لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية بجامعة العلوم التطبيقية الأهلية الأردن، الأردن، دون ذكر عنوان الملتقى وتاريخ انعقاده.

2-عطية مختار بن سعد، علي امشيري حليمة، **جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الخمس التعليمي من وجهة نظر المستفيدين**، المؤتمر الاقتصادي الأول للاستثمار والتنمية في منطقة الخمس، 25-27 ديسمبر، جامعة المرقب، ليبيا، 2017.

3-معزوز نشيدة، بن عبد العزيز فطيمة، **التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية**، الملتقى الدولي حول: الإبداع والتغيير التنظيمي في المؤسسات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية، يومي 18 و19 ماي، جامعة سعد دحلب بالبليدة، 2011.

د. الجرائد الرسمية:

1-الجريدة الرسمية، العدد رقم: 33، المرسوم التنفيذي رقم: 07-140، المؤرخ في: 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

2-الجريدة الرسمية، العدد رقم: 48، المرسوم الرئاسي رقم: 03-270، المؤرخ في: 13 أوت 2003 المتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران وتنظيمها وسيرها.

3-الجريدة الرسمية، العدد رقم: 81، المرسوم التنفيذي رقم: 97-466 المؤرخ في: 02 شعبان 1418هـ، الموافق لـ 02 ديسمبر 1997، يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها.

4-الجريدة الرسمية، العدد رقم: 81، المرسوم التنفيذي رقم: 97-467، المؤرخ في: 02 ديسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.

5-الجريدة الرسمية، العدد رقم: 81، المرسوم التنفيذي رقم: 97-465، المؤرخ في: 02 ديسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.

ذ. الوثائق الداخلية:

1-مديرية الموارد البشرية، مديرية الصحة والسكان لولاية المدية، 2018.

2-مصلحة النشاطات والهياكل الصحية، مديرية الصحة والسكان لولاية المدية، 2018.

المراجع باللغة الأجنبية

أ. الكتب:

1- *Bauer Talya, Berrin Erdogan,* ***An Introduction to Organizational Behavior****, without edition, without mentioning the publishing house, 2012.*

2- *Berkowitz Eric N.,* ***Essentials of Health Care Marketing****, fourth edition, Jones and Bartlett Learning, USA, 2017.*

3- *Brian Tracy,* ***Time management****, Without edition, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, United States of America., 2013.*

4- *Ramachandra D.L.,* ***essentiales of hospital management and administration****, Without mentioning the edition number, educreation publishing, India, 2018.*

5- *GANAPATHY VENKATESH,* ***STRATEGIC MANAGEMENT OF HUMAN CAPITAL****, First edition, without mentioning the publishing house, Mumbai, 2018.*

*6- Govindarajin M& Natarajin S, **Principles of Management**, New Delhi, Prentice Hall of India 2007.*

*7- Malhotra A.K., **hospital management an evaluation**, Without mentioning the edition number,Global India Publication Pvt Ltd, India, 2009.*

*8- Manmohan Joshi, **Human Resource Management**, First Edition, without mentioning the publishing house, 2015.*

*9- PFannstiel Mario A., Rasche Christoph, **Service Business Model Innovation in Healthcare and Hospital Management: Model, Strategies, Tools**, Without mentioning the edition number, Springer International Publishing, Switzerlznd, 2016.*

*10- Oakland John S., **Total Quality Management and Operational Excellence: Text with cases**, Fourth edition, British Library Cataloguing in Publication Data, United Kingdom, 2014.*

*11- Pankaj Madan, **TOTAL QUALITY MANAGEMENT**, first edition, Krishna Prakashan Media (P) Ltd, India, 2006.*

*12- Pugazh S. Uthanu Mallayan M., **TOTAL QUALITY MANAGEMENT**, without edition, Arasan Ganesan Polytechnic College Sivakasi, without mentioning the year of publication.*

*13- Poornima M. Charantimath, **Total Quality Management**, second edition, published by Dorling Kindersley, licensees of pearson education, India, 2011.*

*14- Robbins Stephen P, Timothy A. Judge**, Organizational behaviour**, Fifteenth Edition, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, United States of America, 2012.*

*15-Thompson Steven K., **Sampling**, Third Edition,published by John Wiiley & Sonc, Inc, Hoboken, New Jersey, 2012.*

ب. أطروحات الدكتوراه:

*1- Umar Akeel Aisha**, Exploring Patient Empowerment: Presenting an Enhanced Model for Delivery in Practice**, PhD thesis, University of Hull, 2018.*

*2- Abdelsalam M Abdelhafid Saad, **AN INVESTIGATION INTO THE IMPLEMENTATION OF TOTAL QUALITY ENVIRONMENTAL MANAGEMENT (TQEM) FOR SUSTAINABILITY IN LIBYAN FOOD INDUSTRY,** PhD thesis, Without mentioning specialization, Nottingham Trent University, 2016..*

*3- Al Bassam Tameem A. A., **A Model for Measuring Service Quality in Internet-Based Services: The Case Study of Internet Banking Services in the Kingdom of Saudi Arabia**, PhD thesis, Brunel University, Uxbridge, Middlesex, UK, 2013.*

*4- Albadry, Omaima Munawar, **Strategic Management and its impact on university's Service Quality: The role of Organisational Commitment**, PhD thesis, Faculty of Business Plymouth Graduate School of Management, University of Plymouth, 2016.*

*5- Alotaibi Munif N., **Exploring the Implementation of Total Quality Management in Saudi Arabia**, PhD thesis, University of Hull, Without mentioning the year of publication, p: 47.*

*6- Alqasimi Ibrahim, **Can Total Quality Management Improve the Quality of Care in Saudi Arabian Hospitals? A Patient and Service Provider Perspective**, PhD thesis, School of Nursing, Midwifery, Social Work and Social Sciences, University of Salford, Manchester, United Kingdom, 2017.*

*7- Al-Sabi Samer M., **The Effect of Empowerment on the Service Recovery Performance of Front Office Agents in Five Star Hotels in Jordan**, PhD thesis, School of Hospitality and Tourism Management, University of Surrey, 2011.*

*8- ASKEY HELEN, **THE EMPOWERMENT EXPERIENCE: A STUDY OF TWO ORGANISATIONS**, PhD thesis, University of Leicester, 2017.*

*9- Altamimi Faisal A., **Total Quality Management Applications in the Saudi University Information Centres**, PhD thesis, Information School, The University of Sheffield, 2013.*

*10-ANTON ROBERT ANTON SABELLA**, STRATEGIC MANAGEMENT TRAINING AND DEVELOPMENT: AN EXPLORATION INTO THE EXTENT AND NATURE OF SENIOR AND***

***MIDDLE MANAGERS' DEVELOPMENT IN THE PALESTINIAN TELECOMMUNICATION SECTOR**, PhD thesis, School of Social and International Studies, University of Bradford, 2013.*

***11**- AZZARINA ZAKARIA, **Empowerment among Managers in Malaysian Banking: The Role of Leadership Behaviour and Motivation,** PhD thesis, Faculty of Humanities, MANCHESTER BUSINESS SCHOOL**,** University of Manchester.*

***12**- Lai Jackson, **Employee Empowerment in International Tourist Hotels in Taiwan:A Cultural Perspective**, PhD thesis, Sheffield Hallam University, 2009.*

***13**- Leslie Tickner, **Empowerment and performance in local government: the impact of empowerment strategies on service improvement**, PhD thesis, Northumbria University, 2009.*

***14**- LAPRÉ Frederik Albert Ludwig**, SERVICE QUALITY IN NURSING HOMES: A construct, measurement and performance model to increase client focus**, PhD thesis, Specialized in Business Administration, University of Bradford, 2012.*

***15**- Cooke Gillian, **A Methodology to Link Strategic Quality Requirements to Operational Activities in Manufacturing**, PhD thesis, Without mentioning specialization, Coventry University, **2010**.*

***16**- HERMEN JAN VAN REE**, SERVICE QUALITY INDICATORS FOR BUSINESS SUPPORT SERVICES**, PhD thesis, Without mentioning specialization, UNIVERSITY COLLEGE LONDON, 2009.*

***17**- Mohamed Adel Mohamed Samy Mohsen**, THE INTRODUCTION OF A TOTAL QUALITY MANAGEMENT CULTURE IN HOTELS,** PhD thesis, Cardiff School of Management, University of Wales Institute, Cardiff, UK, 2009.*

***18**- Najat Abdullrahim**, Service Quality of English Islamic Banks**, PhD thesis,, Without mentioning specialization, Business School, Bournemouth University, 2010.*

***19**- Nawaz Khurram, **Factors Affecting Implementation of Quality Excellence Framework at a Senior Management Level in the Context of Dubai,** PhD thesis, University of Salford, Manchester, 2016.*

***20**-PATTEN ELENA, **CONCEPTUALIZING SERVICE QUALITY IN MULTICHANNEL FASHION RETAILING** , PhD thesis, Faculty of Marketing, University of Gloucestershire, UK, 2017.*

***21**- Shedid Maha, **Employee Empowerment and Customer Satisfaction: An investigation from a UAE Banking-sector perspective,** PhD thesis, Robert Gordon University, 2019.*

***22**- S. Margaret Hyde, **UNDERSTANDING DIMENSIONALITY IN HEALTH CARE,** PhD thesis, Department of Marketing, Operations and Digital Business in Manchester Metropolitan University Business School, 2014.*

23**- Tzu- Hui Clara Wang, **Organisational Citizenship Behaviour: Exploring enablers within organisational culture from an employment perspective,** PhD thesis, Department of Human Resource Management, University of Strathclyde**, 2015.

ت. المقالات العلمية:

***1**- Ala'Eddin Mohammad Khalaf Ahmad, Abdullah Ali Al-Qarni, Omar Zayyan Alsharqi, Dalia Abdullah Qalai, Najla Kadi, **The Impact of Marketing Mix Strategy on Hospitals Performance Measured by Patient Satisfaction: An Empirical Investigation on Jeddah Private Sector Hospital Senior Managers Perspective**, International Journal of Marketing Studies, Vol: 5, №: 6, 2013.*

***2**- Alsamman Adel Mahmoud, Saeed Hameed Aldulaimi, Muhammad Alsharedah, **Training Effectiveness and Commitment to Organizational Change: Saudi Arabian ARAMCO**, Management and Administrative Sciences Review, Vol: 5, Issue 3, 2016.*

***3**- Al-Asoufi Batool Bader, Abdel Hakim Oqlah Akhorshaideh, **The Impact of Employee Empowerment on the Success of Organizational Change: A Study in Privatized Enterprises in Jordan**, Journal of Public Administration and Governance, Vol: 7, №: 1, 2017.*

***4**- Ameer Muhammad Haroon, Bhatti Saleem, Sajid Baig, **Impact of Employee Empowerment on Job Satisfaction,** Vol: 4, No: 9, Islamia University of Bahawalpur, Punjab,Pakistan, Department of Management Sciences, Abbasia Campus, 2014.*

5- Aryan Miss Richa, Surat Singh, Amrinder Singh,, ***Employees Empowerment and their Performance in Private Sector: An Analytical Study****, Global Journal of Management and Business Research: A Administration and Management, , Vol: 7, Issue: 12, 2016,*
*7- Bindurani Rohidas****, EMPLOYEES EMPOWERMENT IN ORGANIZATIONS: A STUDY,*** *International Research Journal of Management Sociology & Humanity, Vol: 6 Issue: 9, 2015.*
8- Boudrias Jean Sébastien, Gaudreau Patrick, Savoie André, Morin AlexandreJ.S, ***Employée Empowerment: From Managerial practices to employees, behavioral empowerment****, Dévelopement Journal, Vol :30, N :7, 2009.*
9- DAHOU Khadra, HACINI Ishaq, ***Successful Employee Empowerment: Major Determinants in the Jordanian Context****, Eurasian Journal of Business and Economics, Vol: 21, №: 11, 2018, p: 53.*
10- Detyna Beata, Detyna Jerzy, Anna Dudek-Kajewska, ***Evaluation of training programs by medical employees in a chosen hospital in Poland,*** *Managerial Economics, Vol: 17,№: 2, 2016,p :203.*
11- Diab Salah M., ***The Impact of Empowerment on the Organizational Creativity among Health Directors in the Jordanian Ministry of Health(An Empirical Study)****, International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, Vol: 7, No:12, 2017.*
12- Esayas Degago, ***A Study on Impact of Psychological Empowerment on Employee Performance in Small and Medium Scale Enterprise Sectors,*** *European Journal of Business and Management, Vol:6, No:27, 2014.*
13- Ettorchi-Tardy Amina, Marie Levif, Philippe Michel, ***Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé,*** *Hegel Vol : 1, № :2, 2011.*
14- GanjiNia Hosein, Gilaninia Shahram, PoorAli Reza Motlagh Sharami, ***OVERVIEW OF EMPLOYEES EMPOWERMENT IN ORGANIZATIONS****, Arabian Journal of Business and Management Review, Vol. 3, No.2, Oman, 2013.*
*15- CİNGÖZ AYŞE, ASLI KAPLAN****, An Examination of the Mediating Role of Job Satisfaction on the Relationship Between Psychological Empowerment and Innovative Behavior****, International Review of Social Sciences, Vol: 3 Issue:2, 2015.*
*16- Gilbert Stephanie, Heather K. S. Laschinger, Michael Leiter,****The mediating effect of+ burnout on the relationship between structural empowerment and organizational citizenship behaviours****, Journal of Nursing Management, N: 18, 2010.*
17- Handrinos Michael C., Dimitrios Folinas, Konstantinos Rotsios, ***Using the SERVQUAL model to evaluate the quality of services for a farm school store****, Journal of Marketing and Consumer Behaviour in Emerging Markets, Vol: 1, №: 1, 2015.*
18 *Heather K. Spence Laschinger, Carol A. Wong, Greta G. Cummings, Ashley L. Grau,* ***Resonant Leadership and Workplace Empowerment: The Value of Positive Organizational Cultures in Reducing Workplace Incivility****, Nursing Economics, Vol: 32, N: 1, 2014.*
19- Nezakati Hossien, Omid Asgari, Faraz Karimi, ***Fostering Organizational Citizenship Behavior (OCB) Through Human Resources Empowerment (HRE),*** *World Journal of Management, Vol: 2, №: 3, 2010.*
20- Isac Nicoleta, ***PRINCIPLES OF TQM IN AUTOMOTIVE INDUSTRY****, Romanian Economic and Business Review, Vol: 5, №: 4, Without mentioning the year of publication.*
*21- J.N.G. Sreenivas****, Impact of Psychological Empowerment on Employee Performance - A Conceptual Review,*** *IOSR Journal of Business and Management, Vol: 16, Issue 6, 2014.*
22- Karimi Abbas, Mahmoud Mokarrami, Sanjar Salajegheh, GholamHossein Bagherabadi, ***The Impact of Staff Empowerment on Service Quality in Training Organizations****, International Journal of Research in Organizational Behavior and Human Resource Management, Vol: 1, No: 3, 2013.*
23- Kaymakçı Keziban, Sümeyra Babacan, ***Employee empowerment in new public management approach and a research****, European Journal of Research on Education, n: 2, 2014.*
24- Khairul Anuar Mohd Ali, Main Naser Alolayyan, ***The impact of total quality management (TQM) on the hospital's performance: an empirical research,*** *Int. J. Services and Operations Management,*

Vol: 15, No: 4, 2013.
25- *Minhajul Islam UKIL,* ***THE IMPACT OF EMPLOYEE EMPOWERMENT ON EMPLOYEE SATISFACTION AND SERVICE QUALITY: EMPIRICAL EVIDENCE FROM FINANCIAL ENTERPRIZES IN BANGLADESH****, Business: Theory and Practice, vol: 17, N: 2, 2016.*
26- *Mohd. Adil, Odai Falah Mohammad Al Ghaswyneh, Alaa Musallam Albkour,* ***SERVQUAL and SERVPERF: A Review of Measures in Services Marketing Research****, Global Journal of Management and Business Research Marketing, Vol: 13, No: 06, 2013.*
27- *Monavvarian Abbas, Asgari Naser, Hajilouei Leila,* ***The Role of Implicit Knowledge Sharing in Psychological Empowerment of Employees: Studied Case: Business Management Staff, South Pars Gas Complex Company****, International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, Vol: 4, №: 9, 2014.*
28- *Nagwa Gouda Ahmed Abd-Elmoghith, Sanaa Hassan Mohamed El-Malah,* ***Empoweringand Job Satisfaction Among Nurse Interns,*** *IOSR Journal of Nursing a nd Health Science, Vol: 7, Issue: 2, 2018.*
29- *Nguyen Thi Thanh Huong****, Gunyadar Prachusilpa, Factors Related To Job Satisfaction Of Professional Nurses, Hanoi, Vietnam****, European Scientific Journal, Vol: 12, №: 23,*
30- *Nursalam Nursalam, Rizeki Dwi Fibriansari, Slamet Riyadi Yuwono, Hadi Muhammad, Ferry Efendi, Bushy Angeline,* ***Development of an empowerment model for burnout syndrome and quality of nursing work life in Indonesia,*** *International Journal of Nursing Sciences, Without mentioning the number, 2018:*
31- *O.M.HAJA MOHIDEEN, J.VIJAYAVEL,* ***PRINCIPLES OF TOTAL QUALITY MANAGEMENT (TQM) GOVERNING AUTOMOTIVE INDUSTRIES WITH REFERENCE TO SKILL ENHANCEMENT AND CAPACITY ADDITION****, International Journal of Pharmaceutical Sciences and Business Management, Vol: 2, Issue: 9, 2014, p: 40.*
32- *Proenca Teresa, Ana Torres, Ana Sofia Sampaio,* ***Frontline employee empowerment and perceived customer satisfaction,*** *The Journal of the Iberoamerican, Vol: 15 No: 2, Academy of Managemen.*
33- *Puncreobutr Vichian, Piyada Watttanasan,* ***Structural Empowerment and Organizational Commitment of Lecturers in Private International Educational Institutions at Thailand****, Journal of Education and Practice, Vol: 7, No: 11, 2016,*
34- *Radoica Luburić,* ***Quality Management Principles and Benefits of their Implementation in Central Banks****, Journal of Central Banking Theory and Practice, Vol: 4, No: 3, 2015.*
35- *Violeta Radulescu,* ***Healthcare Marketing Contribution to the Sustainable Development of Society****, International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, Vol: 2, №: 11, 2012, P: 356.*
36- *Rajesh Rathore****, Role of Employee Empowerment in Organizational Performance****, INTERNATIONAL JOURNAL FOR INNOVATIVE RESEARCH IN MULTIDISCIPLINARY FIELD, Vol: 2, Issue: 4, 2015.*
37- *Sadaf Zahra, Amna Iram, Hummayoun Naeem,* ***Employee Training and Its Effect on Employees' Job Motivation and Commitment: Developing and Proposing a Conceptual Model****, IOSR Journal of Business and Management, Vol: 16, Issue: 9, 2014, p: 62.*
38- *Safar Gholipour Paynevandy,* ***The role of empowerment in Organization Development****, International Academic Journal of Organizational Behavior and Human Resource Management, Vol. 3, No. 5, International Academic Institute for Science and Technology, 2016.*
39- *Salajegheh Sanjar, Nasrin Pirmoradi,* ***Employees Empowerment and Management Strategies: Case study of Governmental Organizations of Kerman****, Research Journal of Recent Sciences, Vol:3, N: 9, 2014.*
40- *Siami Sara, et Mohamed Gorji,* ***Assessement of effect of Empowerment on Employees performance (case study****), Business and Management Review, Vol: 01, N: 08, 2011.*
41- *Sreelakshmi G.,* ***Empowerment Methods and Guerilla Tactics for Managers****, Iosr Journal of Business and Management, Volume 18, Issue: 05, 2016, P 108.*

42- Surekha Rana, Vandana Singh, ***Employee Empowerment and Job Satisfaction: An Empirical study in IT Industry,*** *Journal of Humanities And Social Science, Vol: 21, №: 10.*

43- T. Sreenivas, B. Srinivasarao, U. Srinivasa Rao, ***AN ANALYSIS ON MARKETING MIX IN HOSPITALS****, International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences, Vol: 2, №: 4, 2013,.*

44- UZUNBACAK Hasan Hüseyin, ***THE IMPACTS OF EMPLOYEE EMPOWERMENT ON INNOVATION: A SURVEY ON ISPARTA AND BURDUR ORGANIZED INDUSTRIAL ZONES****, The Journal of International Social Research, Vol: 8, N: 37, 2015.*

45- Wathek S Ramez, ***Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioral Intention: An Empirical Study in Bahrain****, International Journal of Business and Social Science, Vol: 3, No: 18, 2012.*

46- Yamoah Emmanuel Erastus, ***Employee Training and Empowerment: A Conceptual Model for Achieving High Job Performance,*** *Journal of Education and Practice, Vol: 4, No: 13, 2013.*

47- Zeglat Dia, Aljaber Mohammad, Alrawabdeh Wasfi, ***Understating the Impact of Employee Empowerment on Customer-Oriented Behavior,*** *Journal of Business Studies Quarterly, , Vol :6, N :1, 2014.*

ث. الملتقيات العلمية:

1*- Hanaysha Jalal****, Examining the Effects of Employee Empowerment, Teamwork, and Employee Training on Organizational Commitment****, 5th International Conference on Leadership, Technology, Innovation and Business Management, Without mentioning the date of the Conference, Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2016.*

2*- Saremi Hamid,* ***Empowerment as a New Approach in the Management****, Proceedings of the International Conference on Global Business, Economics, Finance and Social Sciences, 20-22 February 2015, Bangkok, Thailand.*

3*- Talib Faisal, Rahman Zillur, Azam Mohammed,* ***Total Quality Management Implementation in the Healthcare Industry: A Proposed Framework,*** *2nd International Conference on Production and Industrial Engineering CPIE-2010, India.*

4 *-Golnaz Sadri،* ***Empowerment of the bottom line****, Industrial Management, Institute of Industrial Engineers, May/ June, 2011, p 13.*

ج. وثائق الديوان الوطني للإحصائيات:

1- Office Nationale des Statistiques, ***Dermographie Algérienne de L'Année 2019,*** *Direction Technique Chargée des Statistiques de Population et de L'Emploi, El Annaser, Alger, Avril 2020.*

ح. وثائق وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات:

1*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement,* ***Statistiques Sanitaires Année 2008,*** *Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, Avril 2010.*

2*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement,* ***Statistiques Sanitaires Année 2009,*** *Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, Avril 2011.*

3*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement,* ***Statistiques Sanitaires Année 2010,*** *Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, Juillet 2012.*

4*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement,* ***Statistiques Sanitaires Année 2011,*** *Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, Juillet 2013.*

5*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement,* ***Statistiques Sanitaires Année 2012,*** *Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, Mars 2014.*

6*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement,* ***Statistiques Sanitaires Année 2013,*** *Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, Mai 2015.*

7*- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement,* ***Statistiques Sanitaires Année 2014,***

Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, Janvier 2016.

***8**- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **Statistiques Sanitaires Année 2015,** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, Juillet 2016.*

***9**- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **SANTE EN CHIFFRES Année 2016,** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, Octobre 2017.*

***10**- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **SANTE EN CHIFFRES Année 2017,** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, Octobre 2018.*

***11**- MSPRH, Direction de la Planification et du Développement, **SANTE EN CHIFFRES Année 2018,** Sous Direction des Systèmes D'Information et de L'Informatique, Octobre 2019.*

خ. المراجع الالكترونية:

1- *[19.03.2020], Available from internet: URL : < http:// www.moh.gov.sa>*

2- *[18.03.2020], Available from internet: URL : < http:// www.moh.gov.bh>*

3- *[15.03.2020], Available from internet: URL : < http:// www.ppc.gov.qa>*

الملاحق

الملحق رقم (01): الاستبيان قبل التحكيم

جامعة يحيى فارس بالمدية

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

الأستاذ الدكتور ..... المحترم

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

يقوم الباحث بإجراء دراسة حول " **تمكين العاملين وأثره في تحقيق جودة الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية {دراسة تحليلية للفترة 2008-2018}**" وذلك للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة الأعمال، لذا قام الباحث بإعداد استبيان لقياس العلاقة بين متغيرات الدراسة، حيث تكونت الاستبانة من فقرات ستوجه إلى الإداريين العاملين بالمؤسسات محل الدراسة.

ونظرا لخبرتكم العلمية والعملية فإنه يشرفني مساهمتكم في تحكيم هذه الاستبانة، لذا أرجو التكرم بإبداء رأيكم السديد ومقترحاتكم بشأن فقرات الاستبيان فيما إذا كان صالحًا أو غير صالح، ومدى انتماء كل فقرة للمجال المحدد لها، وبنائها اللغوي، وأية اقتراحات أو تعديلات ترونها مناسبة لتحقيق هدف الدراسة.

ولكم منا خالص الشكر والتقدير

والسلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

البريد الالكتروني: kouadikhamza26@gmail.com

أ. **إشكالية البحث**: **كيف يمكن لتمكين العاملين أن يسهم في تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية؟**

ب. **فرضيات البحث**: للإجابة على إشكالية البحث قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

ف1. يمثل تمكين العاملين أحد المداخل والأساليب الإدارية الحديثة التي تعتمد عليها المؤسسات العمومية الصحية في مواجهة تحديات البيئة الاستشفائية، وهو يعمل على تحسين جودة الخدمات المقدمة للعميل الخارجي بها.

ف2. تسعى المؤسسات العمومية الصحية إلى تحقيق الجودة في خدماتها وتوجد العديد من المتطلبات التنظيمية والمادية المساعدة على تطبيقها.

ف3. توجد درجة عالية من تمكين العاملين في المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية ومستوى الرضا الوظيفي لدى الإداريين عن أداء وظائفهم كبير كذلك.

ف4. توجد علاقة إحصائية بين أبعاد تمكين العاملين (مجتمعة) على تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية؟

ف5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) حول استجابة الأفراد المبحوثين وفقا لمتغيرات (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، التخصص وعدد سنوات الخبرة في الميدان) في المؤسسات العمومية الصحية محل الدراسة.

التعريف بمتغيرات الاستبانة

1. **تمكين العاملين**: يقصد به منح العاملين في المؤسسة القوة والحرية في أداء الأنشطة والوظائف، ومختلف المعلومات المساعدة على صنع القرارات، والمشاركة في اتخاذها.

1.1. أبعاد تمكين العاملين (المتغير المستقل): تتمثل أبعاد تمكين العاملين فيما يلي:

أ. الاتصال الفعال والمشاركة بالمعلومات: ويقصد به فتح القنوات للاتصال لضمان وصول أوامر وتوجيهات وقرارات الإدارة العليا، ومقترحات وطرح المشكلات والشكاوى من المستويات الدنيا، حيث أن نجاح تمكين العاملين يعتمد على سهولة انسياب الاتصالات وسرعة تبادل المعلومات، وإمكانية حصول كل فرد عليها في الوقت المناسب؛

ب. فرق العمل: أي أن يعمل الأفراد على حل مشاكل العمل، من خلال التفكير الجماعي للمشكلة من زوايا متعددة، مما يولد أكبر عدد من الأفكار التي تسهم في التعامل مع أي موقف؛

ت. التحفيز: يعد التحفيز كأسلوب يهدف إلى التأثير على العاملين مما يؤدي إلى تحقيق أهداف المؤسسة وأهداف الأفراد، برنامج تمكين العاملين سيفقد الأرضية عندما لا توفر المؤسسة المكافآت المناسبة، وبرنامج التمكين يتطلب نظام عوائد مختلف يتمثل في العوائد المستندة إلى الأداء بدلا من العمل؛

ث. التدريب: يتطلب تمكين العاملين توفير تدريب مستمر ومنتظم لأجل تعلم المهارات الجديدة، وينبغي للمؤسسة أن توفر نظام طموح لتطوير العاملين لكي يزودوا بالمعرفة والمهارات الضرورية؛

ج. تفويض السلطة: هو منح الحق في التصرف وإعطاء الصلاحيات اللازمة للأفراد لتمكينهم من ممارسة أعماله بصورة تضمن تحقيق الأهداف المسطرة.

2. **جودة الخدمات الصحية**: هي درجة الالتزام بالمعايير الصحية المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة، ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أي مشكلة طبية.

1.2. أبعاد جودة الخدمات الصحية (المتغير التابع): تتمثل أبعاد جودة الخدمات الصحية فيما يلي:

أ. الاعتمادية: تعني القدرة على أداء الخدمة الصحية وبدرجة عالية من الدقة.

ب. الاستجابة: تعني مدى قدرة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم على تقديم الخدمة للمرضى عند احتياجهم لها؛

ت. الملموسية: وتعني القدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال؛

ث. الأمان: ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة؛

ج. التعاطف: ويعني إبداء روح الصداقة والحرص على المرضى وإشعارهم بأهميتهم، والرغبة في تقديم الخدمات العلاجية التي يحتاجونها وإعطائهم الرعاية والاهتمام.

البيـــانات الشـــخصية والوظيـــــفية

ضع علامة (X) في الخانة المناسبة:

1/ الجنس:

ذكر ☐ أنثى ☐

2/ السـن:

- أقل من أويساوي 25 سنة ☐
- من 26 سنة إلى 35 سنة ☐
- من 36 سنة إلى 45 سنة ☐
- أكثر من 45 سنة ☐

3/ المؤهل العلمي:

- ثانوي ☐
- جامعي ☐
- دراسات عليا ☐

4/ الأقدمية:

- أقل من أويساوي**5** سنوات ☐
- من **6** إلى **15** سنة ☐
- من **16** إلى **25** سنة ☐
- أكبر من **25** سنة ☐

5/ الفئة الوظيفية:

- إطار ☐
- عون تحكم ☐
- عون تنفيذ ☐

أبعاد المتغير المستقل: التمكين الإداري

ضع علامة (X) في الخانة التي تتناسب ووجهة نظرك

أ. الاتصال الفعال والمشاركة بالمعلومات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1- تتيح المؤسسة كافة المعلومات للعاملين عل نحو جيد					
2- تشجع الإدارة العليا العاملين على تقاسم المعلومات فيما بينهم					
3- لا توجد أية صعوبات من شأنها أن تعيق العاملين إلى الوصول إلى المعلومات المتعلقة بسير عملهم					
4- تجتهد المؤسسة إلى تشجيع المناقشات بين العاملين لتحديد كيفية إنجاز الأعمال وتحقيق الأهداف					
5- تتمتع المؤسسة بثقافة تنظيمية تؤكد على أهمية التشاور وتبادل المعلومات					
6- تجتهد الإدارة العليا إلى توطيد العلاقات العملية بين العاملين					
7- تحفز الإدارة العليا العاملين على التنافس فيما بينهم للتوصل إلى أفكار إبداعية					

الملاحظات المتعلقة بهذا البعد:

.....

.....

ب. فرق العمل					
1- تشجع الإدارة العليا العاملين على ممارسة العمل الجماعي					
2- تحترم الإدارة العليا أفكار العاملين وتأخذها على محمل الجدّ					
3- تؤكد المؤسسة على أهمية العنصر البشري وتشكيل فرق العمل من خلال المشاركة في صنع القرارات					
4- تحرص الإدارة العليا على دفع العاملين نحو التفاعل ومشاركة المعرفة فيما بينهم					
5- في حالة وجود مشاكل وأزمات يعمل الجميع على حلها					
6- تشجع الإدارة العليا على خلق ثقافة تسهم في تغيير علاقات العمل لجعلها تعاونية لمواجهة التحديات وحل المشاكل بطريقة إبداعية					
7- تسعى المؤسسة إلى توفير مناخ عمل ملائم للعمل ضمن فريق واحد					

الملاحظات المتعلقة بهذا البعد:

.....

.....

ت. التحـفيز					
1- تتبنى المؤسسة نظام للمكافآت من شأنه خلق القيمة المضافة وتشجيع الأعمال الإبداعية					
2- تحفز المؤسسة العاملين على تحمل مسؤوليات أكبر وتحمل المخاطر					
3- تعمل المؤسسة على توفير الدعم المادي والمعنوي للعاملين بهدف التأثير على أدائهم					
4- تقوم المؤسسة بالاعتراف بمجهودات العاملين وشكرهم والثناء عليهم					
5- تقوم الإدارة العليا بإرشاد الأفراد إلى الوجهة الصحيحة والتأثير إيجابا على قراراتهم					

6- تسعى المؤسسة إلى مكافأة الموظفين بشكل عادل ودون تمييز					
7- يتم تحفيز العاملين في المؤسسة بصفة مستمرة					

الملاحظات المتعلقة بهذا البعد:

.....

.....

ث. التـــدريب

1- تسعى الإدارة العليا إلى إكساب العاملين المعرفة والمهارة اللازمتين للتصرف بشكل فعال					
2- تعمل المؤسسة على تدريب العاملين بصفة مستمرة ومنتظمة من أجل تعلم مهارات جديدة					
3- تضع المؤسسة برامج تدريب مكثفة هدفها استثمارات قدرات العاملين داخل المؤسسة					
4- توفر المؤسسة نظام طموح لتطوير العاملين وتزويدهم بالمعارف والمهارات الضرورية					
5- تشجع المؤسسة الثقافة المحفّزة على التعلم المستمر					
6- تخصص المؤسسة ميزانية معتبرة لبرامج التدريب					
7- تعمل المؤسسة على التقييم المستمر لأداء الموظفين من أجل تصويب أدائهم نحو الاتجاه الصحيح					

الملاحظات المتعلقة بهذا البعد:

.....

.....

ج. تفـويض الســلطة

1- تقوم الإدارة العليا بإشراك المرؤوسين في اتخاذ القرارات					
2- يتمتع المرؤوس بحق مناقشة رئيسه وإبداء رأيه					
3- يتمتع قادة المؤسسة بأنماط قيادية تؤمن بالمشاركة والتفويض					
4- يحرص قادة المؤسسة على تشجيع العاملين على المبادرة والمشاركة باقتراحاتهم					
5- يشجع قادة المؤسسة العاملين على التعبير بأفكارهم وآرائهم الشخصية بحرية حتى ولو تعارضت مع وجهات نظرهم					
6- يمكن للموظفين اتخاذ قرارات وطرح حلول لمشاكل تواجههم دون الرجوع إلى المسؤول المباشر					
7- يعتقد قادة المؤسسة بأن تفويضهم السلطة للعاملين سينتج عنه الأعمال الصحيحة					

الملاحظات المتعلقة بهذا البعد:

.....

.....

أبعاد المتغير التابع: جودة الخدمات الصحية

أ. الاعتـــمادية	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1- يعتمد الموظفون على مهارتهم الشخصية في تقديم الخدمة					
2- يلتزم الموظفون بالمواعيد المحددة في تقديم الخدمة للمستفيد					
3- يقوم الموظفون بتقديم الخدمة بالشكل الذي يلبي احتياجات المستفيد					
4- يمتلك الموظفون المعرفة والمهارات المطلوبة لأداء الخدمة بشكل دقيق					
5- يعتبر الموظفون تحقيق رضا المستفيد أساس تقديم الخدمة					
6- يجتهد الموظفون على حل مشكلات المستفيد					
7- يقدم الموظفون خدمات خالية من الأخطاء					

الملاحظات المتعلقة بهذا البعد:

.....

.....

ب. الاستـــجابة					
1- يحرص الموظفون على تقديم الخدمة للمستفيد عند احتياجه لها					
2- يتعامل الموظفون في تقديم الخدمة للمستفيد بطريقة عادلة ودون تمييز					
3- يتمتع الموظفون بالقدرات والمهارات اللازمة التي تجعلني أستجيب بسرعة في تقديم الخدمة					
4- تجتهد المؤسسة إلى التفاعل السريع مع الشكاوي والمقترحات وتلبيتها بصورة جيدة وفقا لتطلعات المستفيد					
5- تشجع الإدارة العليا العاملين على ضرورة تحقيق رضا المستفيد					
6- تعمل إدارة المؤسسة بصفة مستمرة على تقييم جودة خدماتها بهدف تحسينها					
7- هناك استعداد دائم من طرف الموظفين للتعاون مع المستفيدين					

الملاحظات المتعلقة بهذا البعد:

.....

.....

ت. الملمـــوسية					
1- تمتلك المؤسسة معدات وأجهزة حديثة ما يسمح لها بتقديم خدمات صحية مرضية					
2- يمتاز المحيط الداخلي للمؤسسة بأجواء مريحة تنعكس على رضا المستفيد					
3- تتمتع المؤسسة بأماكن انتظار واستقبال مناسبة					
4- تعمل المؤسسة على تحسين مظهر مكاتب الأطباء والممرضين والإداريين					
5- تقوم المؤسسة إلى المتابعة والصيانة المستمرة للأجهزة والمعدات					

6- يتمتع مقدموا الخدمات بمستوى عال من الأناقة					
7- تجتهد المؤسسة إلى التجديد المستمر لهيئة ملابس العمل					

الملاحظات المتعلقة بهذا البعد:

.....

.....

ث. الأمـــان

1- يمتلك الموظفون المعرفة الكافية التي تقودهم إلى تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية					
2- تقوم مؤسستكم بتوظيف كفاءات بشرية مؤهلة قادرة على القيام بتقديم خدمات بجودة مطابقة					
3- يحسن الموظفون التعامل مع المستفيدين					
4- يسعى الموظفون جاهدين عند تقديمهم للخدمة أن يشعروا المستفيد بالاطمئنان النفسي اتجاه الخدمة المقدمة					
5- يتحلى الموظفون بقدرات عالية تجعل المستفيد يشعر بالثقة والأمان					
6- لا يجد الموظفون أي مشكل أثناء التحاور والتعامل مع المستفيدين					
7- يجيب الموظفون على أسئلة المستفيدين بكل ثقة					

الملاحظات المتعلقة بهذا البعد:

.....

.....

ج. التـــعاطف

1- يحرص الموظفون على تقديم العناية الخاصة للمستفيدين					
2- يحاول الموظفون التركيز وإعطاء انتباههم الكامل إلى المستفيد أثناء تلقيه للخدمة					
3- تضع المؤسسة مصالح المستفيد في مقدمة اهتماماتها					
4- يجتهد الموظفون إلى التحدث مع المستفيدين بلباقة وباحترام متبادل					
5- يبدي الموظفون روح الصداقة والحرص على تحقيق رضا المستفيد وإشعاره بأهميته					
6- يرغب الموظفون بدرجة كبيرة في تقديم الخدمة للمستفيد وإعطائه الرعاية والاهتمام					
7- يعمل الموظفون على تقدير ظروف المستفيدين والتعاطف معهم					

الملاحظات المتعلقة بهذا البعد:

.....

.....

المصدر: من إعداد الطالب.

الملحق رقم (02): قائمة الأساتذة المحكمين على الاستبانة

أ. التحكيم من الميل الأكاديمي:

1.الأساتذة المتخصصين في إدارة الأعمال والتسويق

الأساتذة المحكمين	الدرجة العلمية	الجامعة	الإمضاء
أ.د.عطية مصلح	أستاذ	جامعة القدس المفتوحة (فلسطين)	
أ.د.مدحت محمد أبو النصر	أستاذ	جامعة حلوان (مصر)	
أ.د.أحمد أحمد عبد الله اللحلح	أستاذ	جامعة المنوفية (مصر)	
أ.د.محمد سليم الشورة	أستاذ	جامعة العلوم الإسلامية العالمية (الأردن)	
أ.د.ممدوح عبد العزيز محمد رفاعي	أستاذ	جامعة عين شمس (مصر)	
أ.د.صلاح محمود ذياب	أستاذ	جامعة العلوم التطبيقية الخاصة (الأردن)	
أ.د.محمد محمود حامد الملاحسن	أستاذ	جامعة الموصل (العراق)	
أ.د.خالد عتيق سعيد عبد الله	أستاذ	جامعة صنعاء (اليمن)	
أ.د.شعباني مجيد	أستاذ	جامعة بومرداس	
أ.د.علوطي أمين	أستاذ	جامعة المدية	
د.بوسالم أبوبكر	أستاذ محاضر "أ"	جامعة البيض	
د.العيداني إلياس	أستاذ محاضر "أ"	المركز الجامعي تيسمسيلت	
د.جوال محمد السعيد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجلفة	
د.بن زرقة ليلى	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المدية	
د.بن عمور سمير	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المدية	
د.مولوج كمال	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المدية	
د.العيداني حبيبة	أستاذ محاضر "ب"	جامعة المدية	
د.يحياوي فاطمة	أستاذ محاضر "ب"	جامعة المدية	

المصدر: من إعداد الطالب.

2. الأساتذة المتخصصين في الإحصاء

الأساتذة المحكمين	الدرجة العلمية	الجامعة	الإمضاء
أ.د.حشمان مولود	أستاذ	جامعة الجزائر 3	
د.معوشي عماد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المدية	
د.بولصنام محمد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المدية	

المصدر: من إعداد الطالب.

3. الأساتذة المتخصصين في اللغة العربية

الأساتذة المحكمين	الدرجة العلمية	الجامعة	الإمضاء
أ.د.عبد القادر أسعد	أستاذ	جامعة الشارقة (الإمارات العربية المتحدة)	
أ.د.بن عيسى بطاهر	أستاذ	جامعة الشارقة (الإمارات العربية المتحدة)	

المصدر: من إعداد الطالب.

ب.التحكيم من الميل المهني:

4. الإطارات الإداريين العاملين في بعض المؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية

الإطارات المحكمين	المنصب الوظيفي	المؤسسة	الإمضاء
كليلي أمين	مدير فرعي لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة	المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية	
ليسير خالد	مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبرواقية	المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية	
حموش فريد	المدير الفرعي للموارد البشرية	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالمدية	
مخلوفي صفية	المدير الفرعي للموارد البشرية	المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبرواقية	
كراش سليم	رئيس مصلحة السكان	مديرية الصحة والسكان لولاية المدية	

المصدر: من إعداد الطالب.

الملحق رقم (03): الاستبيان بعد التحكيم

جامعة يحي فارس بالمدية

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

الطالب: كواديك حمزة

رقم الهاتف: 06 69 60 09 30

البريد الالكتروني: kouadikhamza26@gmail.com

إشراف الأستاذ: أ.د. يرقي حسين، د. بودلة يوسف

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته؛

سيدي المحترم، سيدتي المحترمة، تحية طيبة وبعد؛

يقوم الباحث بإجراء دراسة حول " **تمكين العاملين وأثره في تحقيق جودة الخدمات بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية المدية {دراسة تحليلية للفترة 2008– 2018}**" وذلك للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير: تخصص إدارة الأعمال، لذا قام الباحث بإعداد استبيان لقياس العلاقة بين متغيرات الدراسة، حيث تكونت الاستبانة من فقرات ستوجه إلى كل من (**الطاقم الطبي، الطاقم شبه الطبي، والإداريين**) العاملين بالمؤسسات محل الدراسة.

ولما كان لانطباعكم وأرائكم أهمية بالغة نتمنى أن تولو هذا الاستبيان اهتمامكم ونرجو منكم التكرم بالإجابة على أسئلته فمشاركتكم ضرورية باعتباركم ركيزة أساسية لنجاح الدراسة.

لكم جزيل الشكر مسبقا على مساهمتكم القيمة وعلى مشاركتكم الفعالة في إثراء هذا الموضوع بإجاباتكم على أسئلة الاستبيان، علما أن إجاباتكم ستعالج بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي، وسنوافيكم إن شاء الله بنتائج الدراسة وتوصياتها.

ولكم منا خالص الشكر والتقدير

والسلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

البيـــانات الشـــخصية والوظيـــــفية

ضع علامة (X) في الخانة المناسبة:

1/ الجنس:

ذكر ☐ أنثى ☐

2/ السـن:

– من 20 إلى 30 سنة ☐ من 31 إلى 40 سنة ☐ من 41 إلى 50 سنة ☐ من 51 إلى 60 سنة ☐

61 سنة فما فوق ☐

3/ المؤهل العلمي:

– متوسط ☐ ثانوي ☐ ليسانس ☐ ماستر ☐ ماجستير ☐ دكتوراه ☐

دبلوم ☐ غير ذلك، يرجى تحديدها .....

4/ الأقدمية:

– أقل من أو يساوي **5** سنوات ☐ من **6** إلى **10** سنة ☐ من **11** إلى **15** سنة ☐ من **16** إلى **20** سنة ☐

من 21 إلى **25** سنة ☐ من **26** إلى **30** سنة ☐ **31** سنة فما فوق ☐

5/ الفئة الوظيفية:

– طبي ☐ –بيولوجي ☐

– شبه طبي ☐ –إداري ☐

– أخصائي نفساني ☐

أبعاد المتغير المستقل: التمكين الإداري

1. **تمكين العاملين**: يقصد به منح العاملين في المؤسسة القوة والحرية في أداء الأنشطة والوظائف، ومختلف المعلومات المساعدة على صنع القرارات، والمشاركة في اتخاذها.

ضع علامة (X) في الخانة التي تتناسب ووجهة نظركم

أ. **الاتصال الفعال والمشاركة بالمعلومات:** ويقصد به فتح القنوات للاتصال لضمان وصول أوامر وتوجيهات وقرارات الإدارة العليا، ومقترحات وطرح المشكلات والشكاوى من المستويات الدنيا؛	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1- توفر المؤسسة المعلومات لعامليها على نحو جيد					
2- يشجع المسؤول المباشر العاملين على تقاسم المعلومات فيما بينهم					
3- من السهولة تبادل المعلومات فيما بين العاملين التي تخص عملهم					
4- تسعى المؤسسة إلى تشجيع المناقشات الرسمية منها وغير الرسمية بين العاملين لتحديد كيفية إنجاز الأعمال وتحقيق الأهداف					
5- تتمتع المؤسسة بثقافة تنظيمية تؤكد أهمية التشاور وتبادل الآراء بين العاملين					
6- يجتهد المسؤول المباشر في توطيد العلاقات العملية بين العاملين					
7- يحفز المسؤول المباشر العاملين على التنافس فيما بينهم للتوصل إلى أفكار مهمة					
ب. فرق العمل: أي أن يعمل الأفراد على حل مشاكل العمل، من خلال التفكير الجماعي للمشكلة من زوايا متعددة، مما يولد أكبر عدد من الأفكار التي تسهم في التعامل مع أي موقف؛					
1- تتبنى المؤسسة أفكار فرق العمل وتثمنها					
2- يحترم المسؤول المباشر أفكار العاملين ويأخذها على محمل الجدّ					
3- تهتم المؤسسة بمشاركة جميع العاملين في صنع القرارات بشكل جماعي					
4- يحرص المسؤول المباشر على تقاسم المعرفة العلمية والعملية بين العاملين					
5- يعمل جميع العاملين على حل المشاكل والأزمات التي تواجه المؤسسة					
6- يشجع المسؤول المباشر على إنشاء ثقافة العمل الإبداعي وحل المشكلات من خلال العمل كفريق					
7- تسعى المؤسسة إلى توفير مناخ عمل ملائم للعمل ضمن فريق واحد					
ت. التحـفيز: يعد التحفيز أسلوبا يهدف إلى التأثير في العاملين مما يؤدي إلى تحقيق أهداف المؤسسة وأهداف الأفراد؛					
1- تسعى المؤسسة إلى وضع نظام للحوافز ليكون موافقا للأداء ومثمنا له					
2- تحفز المؤسسة العاملين على تحمل مسؤوليات أكبر وتحمل المخاطر					
3- تعمل المؤسسة على توفير الدعم المادي للعاملين بهدف تحسين أدائهم					
4- تقدر المؤسسة العاملين وتهتم بالحوافز المعنوية الداعمة لهم					
5- تقوم الإدارة العليا بإرشاد الأفراد إلى الوجهة الصحيحة					
6- نظام المكافآت المعمول في المؤسسة عادل ولا يتم التمييز بين العاملين في حصولهم على مكافآتهم					
7- يتم تحفيز العاملين في المؤسسة بصفة مستمرة					

ث. التـــدريب: يتطلب تمكين العاملين توفير تدريب مستمر ومنتظم لأجل تعلم المهارات الجديدة؛					
1- تسعى الإدارة العليا إلى إكساب العاملين المعرفة والمهارة التي تساعدهم في إنجاز أعمالهم بكفاءة					
2- تعمل المؤسسة على تدريب العاملين بصفة مستمرة ومنتظمة من أجل تعلم مهارات جديدة					
- تضع المؤسسة برامج تدريب مكثفة هدفها استثمارات قدرات العاملين داخل المؤسسة					
4- توفر المؤسسة نظاما طموحا لتطوير العاملين وتزويدهم بالمعارف والمهارات الضرورية					
5- تشجع المؤسسة الثقافة المحفّزة على التعلم المستمر بمختلف درجاته الوظيفية					
6- يخضع جميع العاملين في المؤسسة إلى التدريب كل سنة ولو لمرة واحدة					
7- تعمل المؤسسة على التقييم المستمر لأداء العاملين من أجل تصويب أدائهم نحو الاتجاه الصحيح					
ج. تفـويض الســلطة: هو منح الحق في التصرف وإعطاء الصلاحيات اللازمة للأفراد لتمكينهم من ممارسة أعماله بصورة تضمن تحقيق الأهداف المسطرة؛					
1- يقوم المسؤول المباشر بإشراك العاملين في اتخاذ القرارات					
2- يتمتع العاملين بحق مناقشة رئيس عملهم وإبداء رأيهم					
3- يتمتع المسؤول المباشر بأنماط قيادية تؤمن بالمشاركة والتفويض					
4- يحرص المسؤول المباشر على تشجيع العاملين على المبادرة والمشاركة باقتراحاتهم					
5- يشجع المسؤول المباشر العاملين على التعبير بأفكارهم وآرائهم الشخصية بحرية حتى ولو تعارضت مع وجهات نظره					
6- يمكن للعاملين اتخاذ قرارات وطرح حلول لمشاكل تواجههم دون الرجوع إلى المسؤول المباشر					
7- تفويض السلطة للعاملين يمكنهم من القيام بالأعمال الصحيحة					

أبعاد المتغير التابع: جودة الخدمات الصحية

جودة الخدمات الصحية: هي درجة الالتزام بالمعايير الصحية المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة، ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أي مشكلة طبية.

أ. **الاعتـــمادية:** القدرة على أداء الخدمة الصحية وبدرجة عالية من الدقة	**موافق بشدة**	**موافق**	**محايد**	**غير موافق**	**غير موافق بشدة**
1- يعتمد العاملون على مهارتهم الشخصية في تقديم الخدمة					
2- يحرص العاملون في المؤسسة على الوفاء بالتزاماتهم بتقديم الخدمة في مواعيدها المحددة					
3- يقوم العاملون بتقديم الخدمة بالشكل الذي يلبي احتياجات المستفيد					
4- يمتلك العاملون المعرفة والمهارات المطلوبة لأداء الخدمة بشكل دقيق					
5- يعتبر العاملون تحقيق رضا المستفيد أساس تقديم الخدمة					
6- يسعى العاملون إلى حل مشكلات المستفيد					
7- يحرص العاملون على دقة الخدمة من خلال السعي نحو تقليص الأخطاء إلى أدنى ما يمكن					
ب. الاســـتجابة: تعني مدى قدرة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم على تقديم الخدمة للمرضى عند احتياجهم لها؛					
1- يحرص العاملون على تقديم الخدمة للمستفيد عند احتياجه إليها					
2- يقوم العاملون في تقديم الخدمة للمستفيد بطريقة عادلة ودون تمييز					

3- يتمتع العاملون بالقدرات والمهارات اللازمة التي تجعلهم يستجيبون بسرعة في تقديم الخدمة					
4- تلقى شكاوى المستفيد الاهتمام من إدارة المؤسسة					
5- تشجع الإدارة العليا العاملين على ضرورة تحقيق رضا المستفيد					
6- تعمل إدارة المؤسسة بصفة مستمرة على تقييم جودة خدماتها بهدف تحسينها					
7- هناك استعداد دائم من طرف العاملين للتعاون مع المستفيدين					
ت. الملمـــوسية: وتعني القدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال؛					
1- تمتلك المؤسسة معدات وأجهزة حديثة ما يسمح لها بتقديم خدمات صحية جيدة					
2- يمتاز المحيط الداخلي للمؤسسة بأجواء مريحة تنعكس على رضا المستفيد					
3- تتمتع المؤسسة بأماكن انتظار واستقبال مناسبة					
4- تعمل المؤسسة على تحسين مظهر مكاتب الأطباء والممرضين والإداريين					
5- تقوم المؤسسة بالمتابعة والصيانة المستمرة للأجهزة والمعدات					
6- يتمتع العاملون بمستوى عال من الأناقة وحسن المظهر					
7- تسعى المؤسسة إلى التجديد المستمر لملابس عمال المؤسسة					
ث. الأمـــان: ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة؛					
1- تهتم المؤسسة بمبدأ الأمان في كافة مراحل تقديم الخدمة					
2- تقوم المؤسسة بتوظيف كفاءات بشرية مؤهلة قادرة على القيام بتقديم خدمات بجودة مطابقة					
3- يحسن العاملون التعامل مع المستفيد					
4- يسعى العاملون جاهدين عند تقديمهم للخدمة إلى أن يشعروا المستفيد بالاطمئنان النفسي تجاه الخدمة المقدمة					
5- يتحلى العاملون بقدرات عالية تجعل المستفيد يشعر بالثقة والأمان					
6- يجد العاملون سهولة أثناء التحاور والتعامل مع المستفيد					
7- يجيب العاملون عن أسئلة المستفيد بكل ثقة					
ج. التـــعاطف: ويعني إبداء روح الصداقة والحرص على المرضى وإشعارهم بأهميتهم، والرغبة في تقديم الخدمات العلاجية التي يحتاجونها وإعطائهم الرعاية والاهتمام.					
1- يحرص العاملون على تقديم العناية الخاصة للمستفيدين					
2- يحاول العاملون التركيز وإعطاء انتباههم الكامل إلى المستفيد أثناء تلقيه الخدمة					
3- تضع المؤسسة مصالح المستفيد في مقدمة اهتماماتها					
4- يسعى العاملون إلى التحدث مع المستفيدين بلباقة وباحترام متبادل					
5- يبدي العاملون روح الصداقة والحرص على تحقيق رضا المستفيد وإشعاره بأهميته					
6- يرغب العاملون بدرجة كبيرة في تقديم الخدمة للمستفيد وإعطائه الرعاية والاهتمام					
7- يعمل العاملون على تقدير ظروف المستفيدين والتعاطف معهم					

المصدر: من إعداد الطالب.

الملحق رقم (04): الاستبيان باللغة الفرنسية

ترجمة الاستبيان

الأستاذ المترجم	الدرجة العلمية	الجامعة	الإمضاء
طهراوي سمير	أستاذ مساعد قسم "أ"	جامعة المدية	

المصدر: من إعداد الطالب.

Université Yahia Fares Médéa

Faculté des Sciences Economiques, commerciales et Sciences de Gestion

Département de Gestion

Etudiant : Hamza KOUADIK

Tél : 06 69 60 09 30

Email : kouadikhamza26@gmail.com

Promoteurs : Pr. Hocine YARKI, Dr. Youcef BOUDELLA

Assalem Alikom Mesdames et Messieurs,

L'étudiant chercheur est en train de mener une études sur l'habilitation administrative et son effet sur la qualité des services des entreprises sanitaires publiques à Médéa, il s'agit d'une étude analytique pour la période 2008-2018 qui s'inscrit dans le cadre de l'obtention d'un doctorat en sciences de gestion, spécialité management. Pour mesurer les variables de la présente étude, le chercheur adresse ce questionnaire aux médecins, infirmiers, et administrateurs des entreprises sanitaires publiques.

Nous vous remercions de votre précieuse contribution, fondamentale à la réussite de cette étude, en répondant aux questions. Vos réponses seront gardées confidentielles et ne seront utilisées que pour des fins de la recherche scientifique. Nous vous promettons de publier les résultats et les recommandations qui en découlent.

Cordialement

Démentions du variable indépendant : Habilitation Administrative

1. *On entend par habilitation administrative donner aux employés pouvoir et liberté d'exécuter leurs taches ainsi que les informations nécessaires pour qu'ils puissent prendre des décisions ou y participer.*
   *Mettez un (**X**) dans la case qui correspond à votre avis*

a. ***Communication positive et association à l'information*** *: ouvrir des canaux de communication qui assurent la transmission des ordres, orientations et décisions de l'administration supérieure et les prépositions, soucis et plaintes des nivaux inférieurs.*	***Plutôt favorable***	***favorable***	***neutre***	***contre***	***Plutôt contre***
1. *L'entreprise donne l'information aux employés de bonne manière*					
2. *Le Responsable direct favorise le partage de l'information entre employés*					
3. *L'échange de l'information (relative au travail) entre employés est facile*					
4. *L'entreprise favorise les discussion formelles et informelles entre employés concernant l'exécution des tâches et la réalisation des objectifs.*					
5. *L'entreprise a une culture organisationnelle qui favorise la communication et l'échange d'avis*					
6. *Le Responsable direct veuille à renforcer les relations entre les employés*					
7. *Le Responsable direct motive les employés à être en compétition pour proposer des idées intéressantes*					
b. ***Travail en groupe*** *: résoudre les problèmes relatifs au travail collectivement en considérant plusieurs perspectives pour avoir un grand nombre d'idées traitant une situation particulière .*					
1. *L'entreprise adopte et apprécie les idées de groupes de travail*					
2. *Le Responsable direct respecte et prend au sérieux les idées des employés*					
3. *L'entreprise veuille à ce que les tous employés soient associés à la prise des décisions.*					
4. *Le Responsable direct veuille à la diffusion du savoir théorique et pratique entre employés.*					
5. *Tous les employés participent à résoudre les problèmes et crises de l'entreprise.*					
6. *Le Responsable direct favorise la culture du travail créatif et collectif pour résoudre les problèmes*					
7. *L'entreprise veuille à créer un atmosphère favorisant le travail en groupe*					
C. ***Motivation*** *: elle a pour objet d'influer les employés en sorte qu'ils réalisent les objectifs de l'entreprises ainsi que les leurs.*					
1. *L'entreprise adopte un système de motivation favorisant et appréciant la performance*					

2. *L'entreprise motive les employés à assumer plus de responsabilités et de risques*					
3. *L'entreprise assure le soutien matériel aux employés pour améliorer leur performance*					
4. *L'entreprise estime les employés et prend en considération leur soutien moral.*					
5. *L'administration supérieure oriente les individus vers la bonne voie.*					
6. *Le système de récompenses de l'entreprise est juste et équitable pour tous les employés.*					
7. *La motivation s'exerce de façon continuelle.*					
D. ***formation*** *: elle doit être présente, organisée et continuelle pour acquérir de nouvelles compétences.*					
1. *L'administration supérieure veuille à ce que les employés aient le savoir et la compétences nécessaires pour l'exécution performante de leurs tâches.*					
2. *L'entreprise assure pour ses employés une formation régulière et continuelle pour l'acquisition de nouvelles compétences*					
3. *L'entreprise programme des formations intensives visant l'exploitation des capacités des employés au sein de l'entreprise*					
4. *L'entreprise offre un programme ambitieux aux employés qui leur donne le savoir et les compétences nécessaires*					
5. *L'entreprise favorise la culture de la formation continuelle des employés d'échelons confondus*					
6. *Les employés bénéficient d'au moins une formation par an*					
7. *L'entreprise évalue continuellement la performance des employés à fin de la mettre dans le bon sens*					
E. ***Délégation de pouvoir*** *: donner aux individus le droit d'agir et les prorogatives nécessaires pour qu'ils puissent exercer leurs tâches visant la réalisation des objectifs.*					
1. *Le Responsable direct associe les subordonnés à la prise des décisions*					
2. *Le subordonné a le droit discuter avec son supérieur et donner son propre avis*					
3. *Le Responsable direct se dote de modèles de leadership qui croient à l'association et la délégation*					
4. *Le Responsable direct encourage les employés à prendre l'initiative et donner leurs propositions*					
5. *Le Responsable direct encourage les employés à s'exprimer et donner leurs avis librement même s'ils opposent le sien*					
6. *Les employés peuvent prendre de décisions et*					

proposer des solutions sans qu'ils réfèrent à leur subordonné direct					
7. *La délégation de pouvoir aux employés leur permet de faire la bonne action*					

***Dimensions de la variable dépendante** : qualité des services sanitaires*

La qualité des services sanitaires se mesure par le respect général des normes sanitaires pour la bonne pratique, et prévoir les conséquences d'un service, d'une procédure ou d'un diagnostic médical.

A. ***Dépendance** : être en mesure d'accomplir un service médical avec un haut degré d'exactitude.*	***Plutôt favorable***	***favorable***	***neutre***	***contre***	***Plutôt contre***
1. *Les employés font appel à leur compétence personnelle en offrant le service*					
2. *Les employés veuillent à ce que le service soit offert dans les délais*					
3. *Le service offert satisfait le bénéficiaire*					
4. *Les employés ont le savoir et les compétences nécessaires pour offrir, le service avec exactitude,*					
5. *Les employés considèrent la satisfaction du bénéficiaire comme base de tout service*					
6. *Les employés font leur possible pour trouver des solutions au bénéficiaire*					
7. *Les employés veuillent à ce que le service soit offert avec exactitude en évitant toute éventuelle erreur.*					
B. ***Réaction** : être toujours prêt et capable d'offrir le service aux patients en cas de besoin*					
1. *Les employés offrent le service au bénéficiaire quand il en a besoin*					
2. *Les employés offrent le service au bénéficiaire sans distinction et de manière équitable*					
3. *Les employés ont les capacités et les compétences nécessaires pour réagir vite en offrant le service*					
4. *Les plaintes des bénéficiaires sont prises en considération par l'administration*					
5. *L'administration supérieure encourage les employés à satisfaire le bénéficiaire*					
6. *La direction de l'entreprise évalue continuellement la qualité de ses services à fin de l'améliorer*					
7. *Les employés sont toujours prêts à coopérer avec le bénéficiaire*					
C. ***Tangibilité** : c'est l'ensemble des biens matériels, équipements, individus, et logistique*					
1. *L'entreprise se dispose d'un matériel nouveau qui permet d'offrir un bon service sanitaire*					
2. *L'atmosphère à l'intérieur de l'entreprise est*					

confortable entrainant la satisfaction du bénéficiaire					
3. *Le hall d'accueil et les salles d'attentes de l'entreprise sont adéquats*					
4. *L'entreprise veuille à améliorer l'apparence des bureaux des médecins, des infirmiers et des administrateurs*					
5. *L'entreprise assure le suivi et la maintenance du matériel*					
6. *Les employés sont présentables*					
7. *L'entreprise renouvelle continuellement la tenue des employés*					
D. ***Confiance*** *: elle se reflète dans les qualités des employés telles que la connaissance, l'aptitude et la confidence en offrant le service*					
1. *L'entreprise prend en compte le principe de confiance à travers tous les stages du service*					
2. *L'entreprise emploie des ressources humaines qualifiées capable d'offrir des services de haute qualité*					
3. *Les employés se comportent très bien avec le bénéficiaire*					
4. *Les employés font leur possible de rassurer le bénéficiaire vis-à-vis le service*					
5. *Les employés sont tellement qualifiés que le bénéficiaire se sent rassuré*					
6. *Les employés se communiquent aisément avec le bénéficiaire*					
7. *Les employés répondent au questions du bénéficiaire en toute confiance*					
E. ***Compassion*** *: montrer amitié et importance aux patients, et leur donner le traitement et les soin nécessaires*					
1. *Les employés donnent les soins nécessaires aux patients*					
2. *Les employés servent les patients avec grande intention et concentration*					
3. *Les patients et leurs besoins sont prioritaires pour l'entreprise*					
4. *Les employés font leur possible pour communiquer poliment et respectueusement avec les bénéficiaires*					
5. *Les employés veuillent à la satisfaction du bénéficiaire en toute amitié, en lui montrant importance et bienveuillance*					
6. *Les employés font leur possible pour servir le bénéficiaire en lui donnant importance et soin*					
7. *Les employé traitent le bénéficiaire avec compassion et compréhension*					

الملحق رقم (05): حصيلة الاستبيانات الموزعة والمسترجعة والصالحة للتحليل بالمؤسسات العمومية الصحية

المؤسسات محل الدراسة	الاستبيانات الموزعة	الاستبيانات المفقودة	الاستبيانات المسترجعة	الاستبيانات الملغاة	الاستبيانات الصالحة للتحليل
المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية	110	45	65	03	62
المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبرواقية	86	19	67	02	65
المؤسسة العمومية الاستشفائية ببني سليمان	56	09	47	02	45
المؤسسة العمومية الاستشفائية بقصر البخاري	55	14	41	01	40
المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين بوسيف	32	15	17	01	16
المؤسسة العمومية الاستشفائية بتابلاط	40	23	17	00	17
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالمدية	70	20	50	03	47
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالبرواقية	60	19	41	02	39
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ببني سليمان	30	12	18	00	18
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقصر البخاري	60	20	40	02	38
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بشلالة العذاورة	30	14	16	02	14
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالشهبونية	40	16	24	02	22
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بتابلاط	31	14	17	00	17
المجموع	**700**	**245**	**455**	**20**	**435**

المصدر: من إعداد الطالب.

الملحق رقم (06): المعالجة الإحصائية باستخدام البرنامج *SPSS*

أ.ثبات متغيرات الدراسة للفئات المدروسة:

فئة البيولوجيين		فئة الأخصائيين النفسانيين		فئة الإداريين		فئة شبه الطبيين		فئة الطبيين	
Reliability Statistics		***Reliability Statistics***		***Reliability Statistics***		***Reliability Statistics***		***Reliability Statistics***	
Cronbach's Alpha	*N of Items*	*Cronbach's Alpha*	*N of Items*	*Cronbach's Alpha*	*N of Items*	*Cronbach's Alpha*	*N of Items*	*Cronbach's Alpha*	*N of Items*
.950	35	.966	35	.968	35	.940	35	.951	35
.834	35	.969	70	.921	35	.884	35	.943	35
.939	70	.939	35	.962	70	.941	70	.961	70

ب. **التوزيع الطبيعي للفئات المدروسة:** لقد كان اختبار التوزيع الطبيعي للفئات المدروسة كمايلي:

1.التوزيع الطبيعي لفئة الطبيين:

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			*Shapiro-Wilk*		
	Statistic	*df*	*Sig.*	*Statistic*	*df*	*Sig.*
تمكين العاملين	.051	75	.200*	.988	75	.716
جودة الخدمة	.063	75	.200*	.982	75	.356

*. *This is a lower bound of the true significance.*

a. *Lilliefors Significance Correction*

2.التوزيع الطبيعي لفئة شبه الطبيين:

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			*Shapiro-Wilk*		
	Statistic	*df*	*Sig.*	*Statistic*	*df*	*Sig.*
تمكين العاملين	.039	222	.200*	.993	222	.428
جودة الخدمة	.058	222	.070	.984	222	.015

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

3.التوزيع الطبيعي لفئة الإداريين:

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			*Shapiro-Wilk*		
	Statistic	*df*	*Sig.*	*Statistic*	*df*	*Sig.*
تمكين العاملين	.049	81	.200*	.988	81	.658
جودة الخدمة	.103	82	.030	.963	82	.019

*. *This is a lower bound of the true significance.*

a. *Lilliefors Significance Correction*

4.التوزيع الطبيعي لفئة الأخصائيين النفسانيين:

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			*Shapiro-Wilk*		
	Statistic	*df*	*Sig.*	*Statistic*	*df*	*Sig.*
تمكين العاملين	.146	17	.200*	.947	17	.414
جودة الخدمة	.164	17	.200*	.905	17	.082

*. *This is a lower bound of the true significance.*

a. *Lilliefors Significance Correction*

5.التوزيع الطبيعي لفئة البيولوجيين:

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov[a]			*Shapiro-Wilk*		
	Statistic	*df*	*Sig.*	*Statistic*	*df*	*Sig.*
تمكين العاملين	.131	38	.100	.961	38	.197
جودة الخدمة	.089	38	.200*	.985	38	.867

a. Lilliefors Significance Correction

ت.العلاقة بين المتغيرات للفئات المدروسة: لقد كان اختبار العلاقة بين المتغيرات للفئات المدروسة كمايلي:

1. العلاقة بين المتغيرات لفئة الطبيين:

Correlations

			المحور1	المحور2	الاستبيان
Spearman's rho	المحور1	*Correlation Coefficient*	1.000	.463**	.889**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000
		N	75	75	75
	المحور2	*Correlation Coefficient*	.463**	1.000	.788**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
		N	75	75	75
	الاستبيان	*Correlation Coefficient*	.889**	.788**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
		N	75	75	75

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

2.العلاقة بين المتغيرات لفئة شبه الطبيين:

Correlations

			المحور1	الاستبيان	المحور2
Spearman's rho	المحور1	*Correlation Coefficient*	1.000	.889**	.488**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000
		N	222	221	221
	الاستبيان	*Correlation Coefficient*	.889**	1.000	.808**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
		N	221	221	221
	المحور2	*Correlation Coefficient*	.488**	.808**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
		N	221	221	222

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

3.العلاقة بين المتغيرات لفئة الإداريين:

Correlations

			1المحور	2المحور	الاستبيان
Spearman's rho	1المحور	*Correlation Coefficient*	1.000	.422**	.891**
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000
		N	81	81	81
	2المحور	*Correlation Coefficient*	.422**	1.000	.752**
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000
		N	81	82	81
	الاستبيان	*Correlation Coefficient*	.891**	.752**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
		N	81	81	81

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

4.العلاقة بين المتغيرات لفئة الأخصائيين النفسانيين:

Correlations

			2المحور	1المحور	الاستبيان
Spearman's rho	2المحور	*Correlation Coefficient*	1.000	.506*	.806**
		Sig. (2-tailed)	.	.038	.000
		N	17	17	17
	1المحور	*Correlation Coefficient*	.506*	1.000	.864**
		Sig. (2-tailed)	.038	.	.000
		N	17	17	17
	الاستبيان	*Correlation Coefficient*	.806**	.864**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
		N	17	17	17

**. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

5.العلاقة بين المتغيرات لفئة البيولوجيين:

Correlations

			1المحور	2المحور	الاستبيان
Spearman's rho	1المحور	*Correlation Coefficient*	1.000	.477**	.909**
		Sig. (2-tailed)	.	.002	.000
		N	38	38	38
	2المحور	*Correlation Coefficient*	.477**	1.000	.772**
		Sig. (2-tailed)	.002	.	.000
		N	38	38	38
	الاستبيان	*Correlation Coefficient*	.909**	.772**	1.000

	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.
	N	38	38	38

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

ث. اختبار تحليل الانحدار الخطي البسيط: لقد كانت نتائج تحليل نتائج الانحدار الخطي البسيط كما يلي:

البيان	فئة الطبيين			فئة شبه الطبيين			فئة الإداريين			فئة الأخصائيين النفسانيين			فئة البيولوجيين		
	F	*Sig.*	R^2	*F*	*Sig.*	R^2	*F*	*Sig.*	R^2	*F*	*Sig.*	R^2	*F*	*Sig.*	R^2
الأثر	26.490	.000[b]	.266	64.798	.000[b]	21.434	.000[b]	.982	.213	8.076	.012[b]	.350	8.893	.005[b]	.198

ج. اختبار الفروقات لمتغيرات الدراسة: لقد كان اختبار الفروقات للفئات المدروسة كمايلي:

1. الجنس:

متغيرات الدراسة	فئة الطبيين		فئة شبه الطبيين		فئة الإداريين		فئة الأخصائيين النفسانيين		فئة البيولوجيين	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
تمكين العاملين	3.015	.087	.009	.925	.258	.613	.090	.768	8.741	.005
جودة الخدمات الصحية	.886	.350	.509	.476	.894	.347	.468	.504	3.737	.061

2. السن:

متغيرات الدراسة	فئة الطبيين		فئة شبه الطبيين		فئة الإداريين		فئة الأخصائيين النفسانيين		فئة البيولوجيين	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
تمكين العاملين	2.912	.040	1.511	.213	.110	.954	1.218	.342	.930	.404
جودة الخدمات الصحية	1.819	.152	1.505	.214	.384	.765	.341	.796	.771	.470

3. المؤهل العلمي:

متغيرات الدراسة	فئة الطبيين		فئة شبه الطبيين		فئة الإداريين		فئة الأخصائيين النفسانيين		فئة البيولوجيين	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
تمكين العاملين	3.978	.023	2.359	.041	.284	.920	2.505	.134	1.971	.137
جودة الخدمات الصحية	2.788	.068	1.255	.285	2.130	.071	.608	.447	.738	.537

4. الأقدمية:

متغيرات الدراسة	فئة الطبيين		فئة شبه الطبيين		فئة الإداريين		فئة الأخصائيين النفسانيين		فئة البيولوجيين	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
تمكين العاملين	1.386	.233	1.486	.184	.143	.982	1.228	.350	1.228	.319
جودة الخدمات الصحية	1.789	.114	1.896	.083	1.458	.214	1.303	.323	1.681	.168

الملحق رقم (07): تحليل متغيرات الدراسة للفئات المدروسة

أ. تحليل متغيرات الدراسة لأبعاد تمكين العاملين:

البعد	العبارات	الطبيين		شبه الطبيين		الإداريين		الأخصائيين النفسانين		البيولوجيين	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاتصال الفعّال	ع1	3.04	1.144	3.12	1.153	3.39	1.173	2.71	1.105	2.95	1.173
	ع2	3.24	0.970	3.28	1.198	3.24	1.128	3.06	0.966	3.24	1.128
	ع3	3.45	0.990	3.76	1.007	3.49	1.157	3.41	1.278	3.37	1.157
	ع4	3.12	1.174	3.25	1.185	3.07	1.120	3.29	1.312	3.13	1.120
	ع5	2.88	1.102	2.60	1.165	2.87	1.163	2.47	1.419	2.42	1.163
	ع6	3.09	1.042	3.12	1.206	3.09	1.056	3.06	1.197	2.76	1.056
	ع7	2.72	1.060	2.76	1.250	2.76	1.084	2.71	0.985	2.61	1.084
فرق العمل	ع8	2.95	1.138	2.77	1.060	3.02	1.176	2.65	1.115	2.63	1.101
	ع9	3.33	1.070	3.17	1.289	2.91	1.135	3.18	1.237	2.84	1.128
	ع10	3.07	1.155	2.91	1.265	2.49	0.984	3.00	1.173	2.89	1.181
	ع11	3.16	1.027	3.04	1.134	2.84	1.094	3.18	1.334	3.24	1.076
	ع12	2.83	1.167	3.05	1.161	3.00	1.089	3.06	0.966	2.97	1.026
	ع13	2.96	1.132	2.91	1.218	2.77	1.136	3.00	1.173	2.97	0.972
	ع14	2.84	1.091	2.81	1.234	3.05	1.164	2.76	1.300	2.97	1.078
التحفيز	ع15	2.59	1.187	2.55	1.198	2.63	1.301	2.53	1.179	2.29	1.113
	ع16	2.87	1.266	3.01	1.241	3.11	1.186	2.76	1.200	2.82	1.205
	ع17	2.47	1.308	2.33	1.229	2.48	1.279	2.59	1.121	2.05	1.064
	ع18	2.61	1.304	2.34	1.151	2.88	1.221	2.65	1.320	2.29	1.160
	ع19	2.79	1.189	2.74	1.152	3.24	1.213	2.94	1.197	2.61	1.175
	ع20	2.65	1.145	2.30	1.283	2.54	1.229	2.59	1.004	2.26	1.245
	ع21	2.31	1.208	2.13	1.068	2.44	1.145	2.76	1.251	2.13	1.044
التدريب	ع22	2.89	1.290	2.57	1.190	2.95	1.206	2.59	1.278	2.47	1.059
	ع23	2.76	1.293	2.49	1.241	2.88	1.201	2.35	0.996	2.42	1.081
	ع24	2.49	1.201	2.25	1.143	2.54	1.199	2.29	0.920	2.08	0.818
	ع25	2.40	1.127	2.57	3.715	2.59	1.054	2.41	1.064	2.24	0.971
	ع26	2.55	1.154	2.49	1.154	2.89	1.176	2.59	1.121	2.26	0.921
	ع27	2.25	1.187	2.06	1.132	2.40	1.142	2.00	1.118	2.13	0.906
	ع28	2.65	1.225	2.57	1.260	2.68	1.175	2.41	1.121	2.53	1.033

تفويض السلطة	ع29	3.33	1.229	3.19	1.246	3.20	1.229	2.71	0.920	3.18	1.111
	ع30	3.47	1.214	3.42	1.159	3.21	1.214	3.12	1.111	3.29	1.063
	ع31	3.13	1.050	3.20	1.118	3.10	1.050	2.88	0.928	3.00	0.959
	ع32	3.12	1.158	2.98	1.200	2.94	1.158	2.82	1.015	2.74	0.978
	ع33	3.00	1.148	2.92	1.200	2.88	1.148	2.71	0.985	2.97	1.026
	ع34	2.72	1.207	2.88	1.157	2.73	1.207	2.71	1.047	2.89	1.110
	ع35	3.08	1.144	3.11	1.144	3.27	1.144	3.00	1.225	3.29	1.113

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج *spss*

ب. تحليل متغيرات الدراسة لأبعاد جودة الخدمات الصحية:

البعد	العبارات	الطبيين		شبه الطبيين		الإداريين		الأخصائيين النفسانيين		البيولوجيين	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاعتمادية	ع36	4.27	0.644	4.36	3.510	4.05	0.800	4.18	0.636	4.03	0.972
	ع37	4.07	0.859	3.97	0.937	3.80	0.867	3.88	0.928	4.11	0.649
	ع38	3.99	0.830	4.09	0.817	3.91	0.804	3.88	0.781	4.00	0.838
	ع39	3.69	0.930	3.92	0.895	3.61	0.978	3.47	0.874	3.76	0.852
	ع40	3.89	0.938	3.96	0.912	3.83	0.858	3.88	0.781	4.18	0.563
	ع41	4.01	0.923	3.91	0.903	3.89	0.817	3.76	0.664	4.13	0.623
	ع42	4.13	0.875	4.13	0.873	4.11	0.916	4.00	0.791	4.26	0.554
الاستجابة	ع43	4.25	0.737	4.27	0.671	4.09	0.773	4.06	0.748	4.29	0.565
	ع44	3.91	1.093	3.97	1.022	3.71	1.083	3.59	1.064	3.95	0.837
	ع45	3.79	0.977	4.03	0.799	3.70	0.939	3.65	0.931	4.08	0.673
	ع46	3.80	1.065	3.60	1.047	3.74	0.900	3.12	1.054	3.63	0.998
	ع47	3.76	1.089	3.50	1.181	3.65	0.880	3.35	0.862	3.71	1.011
	ع48	3.20	1.078	3.05	1.213	3.59	0.993	3.12	0.928	3.00	1.230
	ع49	3.92	0.882	3.93	0.991	3.74	0.858	3.47	0.943	3.95	0.899
الملموسية	ع50	2.32	1.307	2.79	1.274	2.79	1.274	2.65	0.931	2.50	1.225
	ع51	2.61	1.314	3.13	1.235	3.13	1.235	3.06	1.088	2.89	1.203
	ع52	2.67	1.266	3.39	1.130	3.39	1.130	3.29	0.985	2.76	1.149
	ع53	2.37	1.194	3.59	3.587	3.59	3.587	2.82	1.131	2.63	0.942
	ع54	2.67	1.329	3.43	1.089	3.43	1.089	3.65	0.606	2.82	1.182

	ع55	3.13	1.119	3.01	0.923	3.01	0.923	3.12	0.857	3.08	1.050
	ع56	2.59	1.347	3.23	1.092	3.23	1.092	2.76	0.970	2.68	1.141
الأمان	ع57	3.05	1.304	3.17	1.160	3.49	0.835	3.47	0.874	3.13	1.143
	ع58	3.23	1.122	3.10	1.171	3.02	1.112	3.41	0.712	3.13	1.166
	ع59	3.76	0.836	3.75	1.000	3.65	0.822	3.47	0.624	3.71	0.984
	ع60	4.01	0.846	4.10	0.832	3.80	0.728	3.65	0.702	3.84	0.916
	ع61	3.61	0.957	3.91	0.937	3.48	0.906	3.41	0.795	3.68	0.809
	ع62	3.12	1.284	3.07	1.212	3.44	0.931	3.82	0.529	3.32	1.093
	ع63	3.83	0.935	3.88	0.869	3.56	0.876	3.76	0.752	3.97	0.753
التعاطف	ع64	4.13	0.777	4.11	0.723	3.68	0.873	3.76	0.831	4.13	0.873
	ع65	4.01	0.814	4.06	0.763	3.63	0.824	3.65	0.996	4.00	0.824
	ع66	3.83	1.032	3.78	1.086	3.80	0.823	3.35	0.931	3.84	0.823
	ع67	4.00	0.822	3.99	0.756	3.71	0.868	3.76	0.831	3.97	0.868
	ع68	3.95	0.804	3.96	0.746	3.67	0.817	3.59	1.004	3.97	0.817
	ع69	3.96	0.877	4.04	0.725	3.72	0.893	3.53	0.717	4.18	0.893
	ع70	4.00	0.854	4.15	0.756	3.83	0.767	3.47	0.800	4.16	0.767

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج spss