



جامعة قاصدي مرياح ورقلة
كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير
أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير
تخصص: إدارة الأعمال
بغنوان

أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية "دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية الجزائرية"

من إعداد المترشح : عبد الله حمادو

نوقشت وأجيزت علنا بتاريخ : 2020/11/16

أمام اللجنة المكونة من السادة:

- أ.د. / الحاج عرابة.....(أستاذ التعليم العالي، جامعة قاصدي مرياح-ورقلة).....رئيسا
أ.د. / أحمد بن عيشاوي.....(أستاذ التعليم العالي، جامعة قاصدي مرياح-ورقلة)..مشرفا ومقررا
د / حليلة السعدية قريشي.....(أستاذ محاضر "أ"، جامعة قاصدي مرياح-ورقلة).....مناقشا
د / عبد اللطيف أولاد حيمودة.....(أستاذ محاضر "أ"، جامعة غرداية).....مناقشا
د / أحمد علماوي.....(أستاذ محاضر "أ"، جامعة غرداية).....مناقشا
د / عبد الغني بن حامد.....(أستاذ محاضر "أ"، المركز الجامعي ايليزي).....مناقشا

السنة الجامعية 2019 - 2020

شكر وتقدير

الحمد لله الذي وفقنا على إنجاز وإتمام هذا العمل ، والشكر الأول والأخير لله على فضله
وكرمه سبحانه وتعالى عزّ و على والطّاعة والسّلام على حبيبنا وسيدنا أشرف المرسلين محمّد على
الله عليه وسلّم .

أمّا بعد يشرفني أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من وقف إلى جانبي طول مدة دراستي
سواء بالمساعدة أو النصيحة أو الإرشاد وبهذه المناسبة أخص بالذكر الأستاذ الدكتور
أحمد بن عيشاوي بصفته مشرفا على هذا العمل.

كما أتقدم بالشكر والتقدير لكل إدارات وموظفي المؤسسات الصحية العمومية
الجزائرية.

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

أبو أمير - عبد الله حمادو

الإهداء

إلى أعز ما أملك في الدنيا ...

أمي الحبيبة وأبي الحبيب حفظهما الله وأطال في عمرهما

إلى قرة عيني زوجتي الغالية

إلى ابني البار بوالديه إن شاء الله أمير

إلى من عشت معهم أسعد لحظاتي ...

إخوتي وأخواتي

إلى عائلتي الكبيرة وجميع الأهل والأقارب

إلى كل أصدقائي وزملائي الأحباء

إلى كل من ساعدني في إنجاز وإتمام هذا العمل وتمننى لي

التوفيق والنجاح

أهدي لكم جميعاً هذا العمل.

أبو أمير - عبد الله حمدان

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية، ولتحقيق هذا الهدف قمنا بإجراء مقابلات مع (33) إطارا مسيرا بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وبالإضافة لذلك قمنا ببناء استبيان وتوزيعه على عينة الدراسة المتمثلة في (381) عاملا من (أطباء، شبه طبيين، وإداريين)، وتحليله استخدمنا عددا من الأساليب الإحصائية في برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية الـ SPSS، وتوصلت الدراسة إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده على تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الموسمية، التعاطف) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات العينة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي ونوع المؤسسة الصحية)، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة المهنية. وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم جملة من التوصيات كان من بينها التأكيد على إشراك جميع الفاعلين في قطاع الصحة في عملية التخطيط لمشاريع الإصلاح المستقبلية للمنظومة الصحية العمومية بغية تحقيق أهدافها، بالإضافة إلى ضرورة وضع تقييم دقيق وشامل للخارطة الصحية الحالية لمعرفة جوانب القوة فيها والعمل على تعظيمها من جهة، ومعرفة جوانب الضعف فيها والعمل على تقليلها من جهة أخرى، وذلك بهدف الارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية.

الكلمات المفتاحية: تغيير، تغيير تنظيمي، خدمات صحية، جودة الخدمات الصحية، المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية.

Abstract :

This study aims to analyse the impact of organizational change on enhancing the quality of health services from the point of workers' views in Algerian health institutions. In order to achieve this aim, the researcher conducted interviews with health institutions managers (33 respondents). A questionnaire was distributed to a sample of (381) participants as staff (doctors, paramedics, administrators). It was analysed via SPSS (Statistical Package of Social Sciences). The study revealed that a statistically significant effect of organizational change in its dimensions (response, reliability, guarantee, concrete, and empathy) combined in the health institutions studied. The results of the study showed no statistical significant differences from the point of view of the sample elements about organizational change in its dimensions and the quality of health services in their dimensions attributed for demographic variables (gender, age, educational level and type of health institution). While there are statistically significant differences attributable to the variable number of years of professional experience. According to the study results, a number of recommendations were presented, including the emphasis on involving all health sector staff in the planning process for future the public health reform projects in order to achieve their objectives, besides the need for an accurate and exhaustive assessment to comprehensive assessment of the current health card to promote identified strengths and address, weaknesses, in order to raise the quality level of health services.

key words : change, organizational change, health services, quality of health services, Algerian health institutions.

قائمة المحتويات

| الصفحة | المحتويات |
|---|--|
| III | الشكر |
| IV | الإهداء |
| V- VI | الملخص |
| VIII- IX | قائمة المحتويات |
| XI- XIII | قائمة الجداول |
| XV | قائمة الأشكال |
| XVII | قائمة الملاحق |
| أ | المقدمة العامة |
| القسم الأول: الأدبيات النظرية والتطبيقية | |
| الفصل الأول: الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية | |
| 3 | مقدمة الفصل |
| 4 | المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للتغيير التنظيمي |
| 26 | المبحث الثاني: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية |
| 45 | المبحث الثالث: علاقة التغيير التنظيمي بتحسين جودة الخدمات الصحية |
| 51 | المبحث الرابع: واقع النظام الصحي في الجزائر وسياسة الإصلاح |
| 72 | خلاصة الفصل الأول |
| الفصل الثاني: الأدبيات التطبيقية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية | |
| 74 | مقدمة الفصل |
| 75 | المبحث الأول: الدراسات السابقة باللغة العربية |
| 82 | المبحث الثاني: الدراسات السابقة باللغة الأجنبية |
| 87 | المبحث الثالث: مناقشة الدراسات السابقة وما يميز الدراسة الحالية عنها |
| 89 | خلاصة الفصل الثاني |
| القسم الثاني: الدراسة الميدانية | |
| الفصل الثالث: الطريقة والأدوات | |
| 92 | مقدمة الفصل |
| 93 | المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة |
| 99 | المبحث الثاني: أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة |

| | |
|---------------------------------------|--|
| 101 | المبحث الثالث: أداة الدراسة |
| 109 | خلاصة الفصل الثالث |
| الفصل الرابع: نتائج الدراسة ومناقشتها | |
| 111 | مقدمة الفصل |
| 112 | المبحث الأول: عرض وتحليل نتائج الدراسة |
| 143 | المبحث الثاني: اختبار فرضيات الدراسة |
| 162 | المبحث الثالث: مناقشة نتائج الدراسة |
| 165 | خلاصة الفصل الرابع |
| 166 | الخاتمة العامة |
| 173 | قائمة المراجع |
| 186 | الملاحق |
| 224 | الفهرس |

قائمة الجداول

| الصفحة | عنوان الجدول | رقم الجدول |
|--------|---|------------|
| 09 | أنواع التغيير حسب " Scholes & Johnson " | 1.1 |
| 14 | مراحل عملية التغيير | 2.1 |
| 17 | مراحل ديناميكية التغيير لـ "Griner" | 3.1 |
| 37 | أبعاد جودة الخدمات الصحية | 4.1 |
| 56 | قائمة المجالس الجهوية للصحة | 5.1 |
| 58 | تطور عدد المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية | 6.1 |
| 59 | هيئات وهياكل المنظومة الصحية الجزائرية لسنة 2018 | 7.1 |
| 94 | أسماء المؤسسات الصحية محل الدراسة وعدد العاملين بها | 1.3 |
| 97 | حجم العينة | 2.3 |
| 97 | الإستثمارات الموزعة والمسترجعة والقابلة للمعالجة | 3.3 |
| 98 | حجم العينة المشكل لكل طبقة (فئة) | 4.3 |
| 101 | الأوزان النسبية لخيارات الإجابة في الإستبيان | 5.3 |
| 101 | المتوسطات المرجحة والاتجاه الموافق لها | 6.3 |
| 104 | الإتساق الداخلي محاور (أبعاد) المتغير المستقل | 7.3 |
| 105 | الإتساق الداخلي لفقرات محاور (أبعاد) المتغير التابع | 8.3 |
| 107 | معاملات الارتباط بين محاور (أبعاد) الدراسة | 9.3 |
| 108 | نتائج اختبار معامل الثبات ألفا كرونباخ "Alpha Cronbach" لاستبيان الدراسة | 10.3 |
| 129 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 1.4 |
| 130 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 2.4 |
| 131 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي) | 3.4 |
| 132 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 4.4 |

| | | |
|-----|---|------|
| 133 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) | 5.4 |
| 134 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) الإسجابة | 6.4 |
| 135 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) الإعتمادية | 7.4 |
| 136 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) الضمان | 8.4 |
| 137 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) الملموسية | 9.4 |
| 138 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) التعاطف | 10.4 |
| 139 | نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) | 11.4 |
| 141 | مصفوفة الارتباط بين المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) | 12.4 |
| 141 | مصفوفة الارتباط بين أبعاد التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية | 13.4 |
| 142 | مصفوفة الارتباط بين أبعاد جودة الخدمات الصحية والتغيير التنظيمي | 14.4 |
| 145 | نتائج اختبار معامل تضخم التباين والتباين المسموح به | 15.4 |
| 145 | نتائج تحليل التباين للانحدار المتعدد للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى | 16.4 |
| 146 | نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات الفرعية المستقلة على تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مفردات العينة | 17.4 |
| 147 | نتائج تحليل التباين للانحدار المتعدد للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الأولى | 18.4 |
| 148 | نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات الفرعية المستقلة على تحسين الإستجابة من وجهة نظر مفردات العينة | 19.4 |
| 149 | نتائج تحليل التباين للانحدار المتعدد للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثانية | 20.4 |
| 150 | نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات الفرعية المستقلة على تحسين الإعتمادية من وجهة نظر مفردات العينة | 21.4 |
| 151 | نتائج تحليل التباين للانحدار المتعدد للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة | 22.4 |
| 151 | نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات الفرعية المستقلة على تحسين الضمان من وجهة نظر مفردات العينة | 23.4 |

| | | |
|-----|---|------|
| 153 | نتائج تحليل التباين للانحدار المتعدد للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة | 24.4 |
| 153 | نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات الفرعية المستقلة على تحسين الملموسية من وجهة نظر مفردات العينة | 25.4 |
| 154 | نتائج تحليل التباين للانحدار المتعدد للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الخامسة | 26.4 |
| 155 | نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات الفرعية المستقلة على تحسين التعاطف من وجهة نظر مفردات العينة | 27.4 |
| 157 | نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تبعاً لمتغير الجنس | 28.4 |
| 158 | نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تبعاً لمتغير السن | 29.4 |
| 159 | نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تبعاً لمتغير المستوى التعليمي | 30.4 |
| 160 | نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تبعاً لمتغير عدد سنوات الخبرة | 31.4 |
| 160 | نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لتحديد الفروق في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تبعاً لمتغير عدد سنوات الخبرة | 32.4 |
| 162 | نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تبعاً لمتغير نوع المؤسسة الصحية | 33.4 |

قائمة الأشكال

| الصفحة | عنوان الشكل | رقم الشكل |
|--------|---|-----------|
| 06 | نموذج لوين لقوى التغيير في المؤسسة | 1.1 |
| 07 | الجوانب الأساسية لأهمية التغيير | 2.1 |
| 16 | نموذج لبييت وواطسون وويستلي لإدارة التغيير | 3.1 |
| 18 | خطوات التغيير التنظيمي | 4.1 |
| 19 | مقاومة التغيير | 5.1 |
| 39 | تطور مقاييس الجودة المهنية | 6.1 |
| 61 | مشماتل المؤسسات الصحية والمهام المسندة إليها | 7.1 |
| 62 | الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي | 8.1 |
| 63 | الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية | 9.1 |
| 64 | الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية | 10.1 |
| 99 | أنموذج الدراسة | 1.3 |
| 126 | توزيع عينة الدراسة حسب الجنس | 1.4 |
| 127 | توزيع عينة الدراسة حسب السن | 2.4 |
| 127 | توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي | 3.4 |
| 128 | توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية | 4.4 |
| 128 | توزيع عينة الدراسة حسب نوع المؤسسة الصحية | 5.4 |

قائمة الملاحق

| الصفحة | عنوان الملحق | رقم الملحق |
|--------|---|------------|
| 186 | الاستبيان الموجه لموظفي المؤسسات الصحية | 01 |
| 192 | أسئلة المقابلة | 02 |
| 202 | قائمة الأساتذة المحكمين | 03 |
| 203 | مخرجات برنامج التحليل الإحصائي SPSS | 04 |

المقدمة العامة

أ- توطئة:

باعتبار أن التغيير حقيقة لا بد منها، فالعصر الحالي هو عصر التغيرات الاقتصادية والسياسية والفكرية والتكنولوجية، حيث تتعدد فيه المؤثرات وتتنوع فيه أشكال المنافسة وتنهال الفواصل الزمنية والمكانية بين الدول والأسواق، والتغيير كونه الشيء الثابت الوحيد في عالم متغير، وبما أن الحاجة له باتت سمة من سمات هذا العصر الذي نعيشه، فهو يمس المؤسسات على اختلاف أنواعها وتفاوت أحجامها دون استثناء، لذلك لا يمكن لأية مؤسسة أن تتجاهله، بل هي ملزمة بإحداثه وتحقيق متطلباته، حتى لا تضطر إلى التغيير الإجباري غير المرغوب فيه، وهذا من أجل ضمان استقرارها، ويقول علماء الاجتماع أن الشيء الوحيد الذي لا يتغير هو التغيير نفسه، وذلك لأن التغيير حالة مستمرة، كما أن الاستقرار ليس معناه الجمود وعدم التغيير، بل التلاؤم مع الظروف والأوضاع المحيطة والحاصلة من حولها.

وتسعى المؤسسات إلى تحقيق جودة خدماتها وعملياتها وتضعها كهدف أساسي في ظل عالم سريع التغيير يسوده التنافس الشديد في تقديم الخدمات بصورة أفضل، وشهدت المنظومة الصحية في الآونة الأخيرة اهتماماً كبيراً وعلى جميع المستويات، من أجل تطبيق معايير وإجراءات الجودة، للوصول إلى التغيير والتحسين المستمرين، وهذا بغية مواكبة التقدم بمختلف حاجات المجتمع والأفراد. ونظراً لكونها صمام أمان للحفاظ على سلامة كل مستخدمي الخدمات الصحية فهي ملزمة بتطبيق نظم الجودة باعتبارها وسيلة مهمة من وسائل التغيير التنظيمي وكسب ثقة المستفيدين من الخدمات الصحية وهي أحد أسس الإدارة الحديثة التي تسهم في الارتقاء بالعمل في ظل التحديات والمستجدات المتلاحقة.

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

وتعيش مؤسسات اليوم بصفة عامة ظروفًا غاية في الصعوبة، ناتجة عن ما تشهده البيئة من تغيرات سريعة ومتنوعة في كافة مجالات العمل والحياة، وباعتبار أن المؤسسات الصحية العمومية كأحد أهم عناصر المنظومة الصحية تنشط في بيئة متغيرة، الأمر الذي يستدعي منها توفير إدارة عملية إبداعية تتفق والتغيرات السكانية المتوقعة كما ونوعاً وتتلاءم مع المستجدات الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والصحية حتى تستطيع مواجهة التحديات المنتظرة الآنية والمستقبلية.

وبما أن القطاع الصحي يعد من أهم القطاعات الخدمية داخل أي دولة لكونه يتعامل مع حياة الإنسان فإن إصلاحه وتحسين جودة خدماته المقدمة يعدّ هدفاً استراتيجياً لأي دولة، والجزائر كغيرها من الدول شهدت تغييرات على الصعيد الاقتصادي، الاجتماعي والسياسي مع التحولات الديمغرافية والوبائية إضافة إلى التقدم التكنولوجي والعلمي، مما حتم عليها ضرورة تكييف منظومتها الصحية مع هذه التغيرات، وذلك من خلال إدخال عديد الإصلاحات على مستواها، بهدف الرفع من جودة الخدمات الصحية وتحقيق العدالة الاجتماعية في تقديم العلاج. ولعل خلاصة هذه الإصلاحات تسجّدت في تطبيق الخارطة الصحية الجديدة التي جاءت كحل مناسب لإعادة تنظيم المنظومة الصحية العمومية وهذا بموجب نص المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسير المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، والذي سعت من خلال تطبيقه إلى إعطاء الاستقلالية لكل منهما وبالتالي الفصل بين تسير المؤسسات والمستشفيات والمراكز الخارجية الإستشفائية، وبعد الهدف الجوهرى من هذا التغيير هو تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق أفضل تغطية للمراكز الإستشفائية بمختلف مناطق الوطن، وصولاً إلى تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

ب- إشكالية الدراسة:

انطلاقاً مما سبق ذكره، فإن هذه الدراسة تنطلق من مضمون إشكالية أساسية تتمثل في علاقة التغيير التنظيمي بجودة الخدمات الصحية، وهذا من أجل الوصول إلى تصورات علمية حول مدى إمكانية مساهمة التغيير التنظيمي في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية، وذلك من خلال نموذج نظري سيتم اختباره ميدانياً بواسطة المورد البشري الصحي العامل بهذه المؤسسات، ويهدف معرفة اتجاهاتهم حول مدى إمكانية هذا النموذج المختار في تحسين جودة الخدمات الصحية. ولذلك جاءت إشكالية الدراسة على النحو الآتي:

"ما أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأفراد العاملين والإطارات بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية؟".

ومن خلال هذه الإشكالية يمكن طرح الأسئلة الفرعية التي سنحاول الإجابة عنها وهي:

➤ هل هناك أثر للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الملموسية، التعاطف) من وجهة نظر مفردات العينة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة؟.

- هل هناك أثر للتغيير التنظيمي بأبعاده على تحسين الاستجابة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة؟.
- هل هناك أثر للتغيير التنظيمي بأبعاده على تحسين الاعتمادية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة؟.
- هل هناك أثر للتغيير التنظيمي بأبعاده على تحسين الضمان بالمؤسسات الصحية محل الدراسة؟.
- هل هناك أثر للتغيير التنظيمي بأبعاده على تحسين الملموسية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة؟.
- هل هناك أثر للتغيير التنظيمي بأبعاده تأثير على تحسين التعاطف بالمؤسسات الصحية محل الدراسة؟.

ج- فرضيات الدراسة:

للإجابة على الإشكالية الرئيسية والتعمق في دراستها وفق منهج واضح وسليم، يمكن صياغة الفرضيات الآتية بهدف اختبار صحتها، أملاً في تحقيقها ميدانياً على النحو الآتي:

الفرضية الرئيسية الأولى:

➤ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الملموسية، التعاطف) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

وينبثق عن الفرضية الرئيسية الأولى الفرضيات الفرعية الخمسة الآتية:

➤ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الاستجابة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

➤ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الاعتمادية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الضمان بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الملموسية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين التعاطف بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الفرضية الرئيسية الثانية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، عدد سنوات الخبرة ونوع المؤسسة الصحية).
- وينبثق عن الفرضية الرئيسية الثانية الفرضيات الفرعية الخمسة الآتية:
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير السن.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير نوع المؤسسة الصحية.

د- أهمية الدراسة:

- تكتسب هذه الدراسة أهميتها من خلال مساهمتها وتبواضع بإضافة علمية إلى البحوث الأكاديمية فضلا على الاستفادة منها في ترقية المنظومة الصحية العمومية الجزائرية، كما تكمن أهميتها أيضا في ما يلي:
- أهمية القطاع الصحي باعتباره قطاع خدمي حساس ومن خلاله المؤسسات الصحية في إحداث التنمية الاقتصادية والاجتماعية،
 - أهمية الموضوع باعتباره أحد التحديات الكبرى التي تواجهها الدولة والتي تسعى من خلاله إلى إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية وما لذلك من أثر على تحسين جودة الخدمات الصحية؛
 - التعرف على موضوع التغيير التنظيمي وأهم العوائق التي تواجه تطبيق هذا المفهوم في قطاع الصحة؛

➤ عزوف بعض الباحثين والطلبة على البحث في مجال الصحة وذلك لصعوبة وحساسية تناول مواضيعه الشائكة والمتراطة.

هـ - أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- إبراز مستوى التغيير التنظيمي وأبعاده في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية؛
- التعرف على أهم متطلبات تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية؛
- إبراز أثر التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) بأبعاده على تعزيز وتحسين جودة الخدمات الصحية بأبعاده في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية؛
- تقديم جملة من التوصيات في ضوء النتائج التي ستتوصل إليها الدراسة، والتي ستساعد متخذي القرار في تطوير وتحسين المنظومة الصحية من خلال تعزيز دور التغيير التنظيمي في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية؛
- المساهمة في ربط الجامعة بمحيطها الخارجي.

و - حدود الدراسة:

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

1. **الحدود الموضوعية:** ارتكزت هذه الدراسة على تحليل أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية؛
2. **الحدود المكانية:** تم تطبيق الدراسة على مجموعة من المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية المنبثقة عن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة والمتواجدة عبر الجهات الخمسة (المناطق الصحية) للوطن (الشمال، الجنوب الشرقي والجنوب الغربي، الشرق، والغرب) كالتالي:
 - **جهة الشمال:** ممثلة في ولاية الجزائر عاصمة الشمال الجزائري وتضم (08) مؤسسات عمومية استشفائية و(10) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.
 - **جهة الجنوب الشرقي:** ممثلة في ولاية ورقلة عاصمة الجنوب الشرقي الجزائري وتضم (04) مؤسسات عمومية استشفائية و(05) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.
 - **جهة الجنوب الغربي:** ممثلة في ولاية بشار عاصمة الجنوب الغربي الجزائري وتضم (04) مؤسسات عمومية استشفائية و(07) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.
 - **جهة الشرق:** ممثلة في ولاية قسنطينة عاصمة الشرق الجزائري وتضم (04) مؤسسات عمومية استشفائية و(06) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.
 - **جهة الغرب:** ممثلة في ولاية وهران عاصمة الغرب الجزائري وتضم مؤسستين (02) عموميتين استشفائيتين و(09) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.
3. **حدود متعلقة بالجوانب الخاصة بالأفراد:** لإنجاز هذه الدراسة قمنا بتوزيع قوائم الإستبيان على عينة من الأفراد العاملين (أطباء، شبه طبيين وإداريين) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة والبالغ عددهم (381) عاملا. وبالإضافة لذلك أجرينا مقابلات مع (38) مديرا ونائب مدير بالمؤسسات الصحية محل الدراسة بهدف تعزيز المعلومات المتحصل عليها.

4. **الحدود الزمانية:** تمت هذه الدراسة خلال الفترة الممتدة بين 2015 إلى غاية 2019، وذلك بدءاً بالدراسة النظرية فانتقالاً للدراسة الميدانية والتي ابتدأت بتصميم، إعداد وتوزيع أسئلتها المقابلة والإستبيان، ثم القيام بإجراء المقابلات مع إدارات المؤسسات الصحية محل الدراسة، وانتهاءً بتحليل ومناقشة نتائج المقابلة والإستبيان.

ز- منهج الدراسة والأدوات المستخدمة:

يتمثل منهج الدراسة في مجموع الإجراءات والعمليات التي تمكن الباحث من الإجابة على إشكالية الدراسة واختبار صحة فرضياتها؛ وفي هذا الإطار اعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج الوصفي والتحليلي، فالوصف يركز على سرد الحقائق المتعلقة بموضوع الدراسة، أما التحليل فمن خلال شرح وتفسير الإحصائيات التي تم اختبارها ومعالجتها، ومن ثم استخلاص النتائج والتوصيات التي تُخدم الدراسة.

ولغرض اختبار صحة فرضيات الدراسة فقد اعتمد الباحث على عدة أدوات لجمع البيانات ذات الصلة بموضوع الدراسة تمثلت في:

فيما يتعلق بالجانب النظري: تم الإعتماد على مصادر المعلومات الثانوية كالكتب والمراجع والدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بمتغيرات الدراسة، إضافة إلى بعض المنشورات والوثائق الرسمية المتوفرة على الشبكة العنكبوتية (الإنترنت).

فيما يتعلق بالجانب التطبيقي: تم اللجوء إلى أسلوبي الإستبيان والمقابلات الشخصية كأداتين أساسيتين لجمع المعلومات الميدانية، حيث تم تحليل العلاقات الإرتباطية، والسببية التي توجد بين المتغير المستقل المتمثل في التغيير التنظيمي والمتغير التابع المتمثل في جودة الخدمات الصحية في محاولة لقياس أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وذلك بهدف الإجابة على تساؤلات الدراسة واختبار صحة فرضياتها، ومن ثم استخلاص النتائج وتقديم التوصيات.

س. هيكل وأجزاء الدراسة:

المعالجة الإشكالية المطروحة واختبار صحة الفرضيات المقدمة المتعلقة بموضوع الدراسة تم تقسيم الدراسة إلى قسمين على

النحو الآتي:

القسم الأول: ويضم فصلين هما:

- **الفصل الأول:** تحت عنوان "الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية"، وسيتم التركيز فيه على الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية من خلال أربعة مباحث، الأول سنتناول فيه الإطار المفاهيمي للتغيير التنظيمي، أما الثاني فنسنتعرض فيه الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية، والمبحث الثالث سنخصصه لتحديد علاقة التغيير التنظيمي بتحسين جودة الخدمات الصحية، وفي المبحث الرابع سنتعرض فيه لواقع النظام الصحي في الجزائر وسياسة الإصلاح.
- **الفصل الثاني:** تحت عنوان "الأدبيات التطبيقية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية"، وقسم إلى ثلاثة مباحث، الأول سنتناول فيه الدراسات السابقة باللغة العربية، والمبحث الثاني سنسنتعرض فيه الدراسات السابقة باللغة الأجنبية، أما المبحث الثالث فنسخصصه لمناقشة الدراسات السابقة وما يميز الدراسة الحالية عنها.

أما القسم الميداني والمتعلق بالجانب التطبيقي فقد تم تقسيمه إلى فصلين هما:

- **الفصل الثالث: تحت عنوان "الطريقة والأدوات"** وهو مقسم إلى ثلاثة مباحث، بحيث سنتناول في الأول الإطار المنهجي للدراسة، وفي الثاني سنتطرق إلى أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة، أما المبحث الثالث فنستعرض فيه الأدوات المستخدمة في الدراسة.
- **الفصل الرابع: تحت عنوان "نتائج الدراسة ومناقشتها"**، وقسم إلى ثلاثة مباحث، حيث سيخصص المبحث الأول لعرض وتحليل نتائج الدراسة، والمبحث الثاني سيتناول اختبار فرضيات الدراسة، أما المبحث الثالث فنسخره لمناقشة نتائج الدراسة الميدانية المتوصل إليها، فضلا عن تقديم مجموعة من التوصيات.

ش - صعوبات الدراسة:

تركزت الصعوبة التي واجهتنا أثناء إعداد الدراسة في صعوبة برمجة المقابلات مع بعض مديري ونواب مديري المؤسسات الصحية عينة الدراسة نظرا لالتزاماتهم العديدة، فضلا عن عدم تعاون بعضهم اللازم والجددي، والذي يعود في نظري إلى محدودية ثقافة البحث العلمي لدى البعض منهم، حيث ينظرون إلى هذه البحوث الميدانية على أنها تشكل نوعًا من الرقابة وكشف الحقائق للواقع والسلبيات المتعلقة بتسيير المؤسسات التي يديرونها، بالإضافة إلى اعتقادهم الخاطيء بأن تعبئة استمارة الإستبيان ستؤدي إلى نشر معلومات سرية عنهم وعن موظفيهم، لاسيما وأن دراستنا تدور في قطاع الصحة الذي يشهد عديد المشاكل والسلبيات ويتميز بالحساسية الشديدة.

القسم الأول:

الأدبيات النظرية والتطبيقية

الفصل الأول:

الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

- مقدمة الفصل الأول
- المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للتغيير التنظيمي
- المبحث الثاني: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية
- المبحث الثالث: علاقة التغيير التنظيمي بتحسين جودة الخدمات الصحية
- المبحث الرابع: واقع النظام الصحي في الجزائر وسياسة الإصلاح
- خلاصة الفصل الأول

الفصل الأول — الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

مقدمة الفصل:

من منطلق أن "الشيء الوحيد الثابت في الحياة هو التغيير المستمر" نجد أن عصرنا الحالي يمتاز بكونه عصر التغيير السريع، ولاشك أن المؤسسات الصحية - كغيرها من المؤسسات - تنشط في بيئة حركية، مما يستوجب عليها تبني توجهات حديثة نحو التغيير المستمر بهدف تحسين خدماتها الصحية بشكل يتصف بالتميز. وبما أن المؤسسات الصحية تسعى إلى تقديم خدماتها للمرضى الذين ينشدون العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، فهي مطالبة بتحسين جودة خدماتها بالقدر الذي يفرضه التزاماتها ويجعلها قادرة على الاستمرار، وأن تسخر كل إمكانياتها ومواردها لتلبية حاجاتها زبائنها، وهذا ما يفرض عليها ضرورة التخطيط والتركيز وإجراء التغيير اللازم سعياً لتقديم خدمات ذات جودة عالية. ورغم كل أشكال التقدم والتطور الذي شهدته الجزائر في مختلف المؤشرات إلا أنه لم يرافق التحسين المنشود في أساليب تقديم الخدمات الصحية، وبالتالي تطلب الأمر حتمية إعادة النظر في السياسة الصحية، من خلال تبني مشروع جديد لإصلاح النظام الصحي وإعادة هيكلته، وذلك بهدف إرساء مبدأ العدالة في تقديم الخدمات الصحية وتوزيعها، بالإضافة إلى ترشيد النفقات الصحية لضمان الاستمرارية في توزيع الخدمات الصحية وصولاً إلى تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

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

- المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للتغيير التنظيمي؛
- المبحث الثاني: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية
- المبحث الثالث: علاقة التغيير التنظيمي بتحسين جودة الخدمات الصحية؛
- المبحث الرابع: واقع النظام الصحي في الجزائر وسياسة الإصلاح.

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للتغيير التنظيمي

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

المطلب الأول: ماهية التغيير التنظيمي

يعد التغيير التنظيمي موضوعاً مثيراً للجدل بين الباحثين والممارسين في مجال الإدارة، وسنحاول من خلال هذا المطلب التطرق إلى أهم مفاهيم التغيير التنظيمي، بالإضافة إلى تحديد أنواعه وأهم أهدافه.

الفرع الأول: مفهوم التغيير التنظيمي

إذا كان التغيير التنظيمي مفهوم إداري حديث، فإن حقيقة التغيير قديمة قدم الإنسانية، فمنذ أن وجدت البشرية والعالم في حركة دائمة، وسيتم التعرض إلى مفهوم التغيير التنظيمي تدريجياً كما يلي:

أولاً: التعريف اللغوي

"التغيير" في اللغة العربية اسمٌ مشتقٌ من الفعل "غَيَّرَ" وجاء في لسان العرب لابن منظور بأن معنى تغيرت الأشياء يعني: اختلفت، وغيَّرَ عليه الأمر أي حوله¹. كما جاء في المعجم الوسيط " غَيَّرَ الشيء أي بدل به غيره أو جعله على غير ما كان عليه، ويقال غيرت دابتي وغيرت داري أي بنيتها بناء غير الذي كان، وغير فلان عن بعيه أي حط عنه رحله وأصلح من شأنه"²، ولا تقل: تغيير الذات، وإنما قل التغيير في الذات، لأن هناك بوناً شاسعاً بين المعنيين، لأن تغيير الشيء يعني استبداله بشيء آخر أو تغيير ماهيته وكيونته إلى شيء آخر تماماً، أما التغيير في الشيء يعني بقاء الشيء على ما هو عليه مع إجراء تعديلات أو تغييرات محددة فيه³.

والتغيير بالمعنى العام هو ظاهرة من الوقت تنطوي على عنصرين أساسيين: الهوية وعملية التحول التي تسمح لذلك الشيء بالانتقال إلى حالة أخرى غير التي هو عليها الآن⁴. كما يعني أيضا التحول من نقطة التوازن الحالية إلى نقطة التوازن المستهدفة⁵.

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

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

¹ سعيد حميد الديلمي، قيادة التغيير في المنظمات، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2016، ص. 21.

² إبراهيم مصطفى وآخرون، المعجم الوسيط، المكتبة الإسلامية للطباعة والنشر والتوزيع، تركيا، 1989، ص. 668.

³ بندي عبد الله وعلة مراد، التغيير "قراءة مفاهيمية دلالية"، الملتقى الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية، جامعة سعد دحلب، البليلة، الجزائر، 18 و19 ماي 2011، ص. 02.

⁴ Glenn Morgan and Andrew Sturdy, Beyond Organizational Change: Structure, Discourse and Power in UK Financial Services, Macmillan Press Ltd, Great Britain, 2000, p: 04.

⁵ رجي مصطفى عليان، إدارة التغيير، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2015، ص. 25.

الفصل الأول — الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

وأخار من غسل قد صُفِّي من القذى، ولهُؤلاء المتقين في هذه الجنة جميع الثمرات من مختلف الفواكه وغيرها، وأعظم من ذلك السَّتر والتجاوُزُ عن ذنوبهم¹.

■ وقوله أيضا: «وَلَا ضِلَّيْنَهُمْ وَلَا مَنِّينَهُمْ وَلَا مُرْتَهِنَهُمْ فَلْيَسْتَكُنَّ آذَانَ الْأَنْعَامِ وَلَا مُرْتَهِنَهُمْ فَلْيَغْيِرَنَّ خَلْقَ اللَّهِ وَمَنْ يَتَّخِذِ الشَّيْطَانَ وَلِيًّا مِنْ دُونِ اللَّهِ فَقَدْ خَسِرَ خُسْرَانًا مُبِينًا». (النساء، الآية 119). حيث أن الله خلق عباده مفطورين على قبول الحق وإيثاره، فجاءت الشياطين وبدلتهم وزينت لهم الشر والشرك والكفر والفسوق والعصيان².

■ وقوله أيضا: «لَهُ مُعَقَّبَاتٌ مِنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَمِنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَهُ مِنْ أَمْرِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ وَمَا لَهُمْ مِنْ دُونِهِ مِنْ وَالٍ». (الرعد، الآية 11). أي إذا غير العباد ما بأنفسهم من المعصية، فانتقلوا إلى طاعة الله، غير الله عليهم ما كانوا فيه من الشقاء إلى الخير والسرور والغبطة والرحمة³.

■ وقوله أيضا: «ذَلِكَ بِأَنَّ اللَّهَ لَمْ يَكُ مُغَيِّرًا نِعْمَةً أَنْعَمَهَا عَلَى قَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ وَأَنَّ اللَّهَ سَمِيعٌ عَلِيمٌ». (الأنفال، الآية 53). أي أن الله أنعم على البشرية نعم الدين والدنيا ويزيدها إذا ازدادوا له شكرا، أما إذا كفروا فيسلبهم إياها ويغيرها عليهم كما غيروا ما بأنفسهم، والله الحكمة في ذلك حيث لم يعاقبهم إلا بظلمهم⁴.

ومن الآيات السابقة يظهر أن التغيير في الإسلام يعد سنة من سنن الله تعالى، وأن التغيير إلى الأفضل هو الغاية التي ينشدها الإسلام.

ثانيا: التعريف الاصطلاحي

التغيير التنظيمي في المنظور الإداري له عدد من التعاريف التي تزخر بها الأدبيات الإدارية، حيث يعرف هذا الأخير على أنه: "تغيير موجه، مقصود، هادف وواع يسعى لتحقيق التكيف البيئي بما يضمن الانتقال إلى حالة تنظيمية أكثر قدرة على حل المشكلات"⁵. إن ما يلاحظ على هذا التعريف تركيزه على زاوية الهدف من التغيير والمتمثل في التكيف البيئي والقدرة على حل المشكلات.

كما يعرف أيضا بأنه: "عملية البناء والمشاركة بمعاني وتفسيرات جديدة فيما يتعلق بالأنشطة التنظيمية"⁶. ويتسم هذا التعريف بالعمومية في طرحه.

أما أندرو سيزولاقي ومانك جي والاس "Andrew.S & Mank.G" فقد عرفا التغيير التنظيمي باعتباره: "عملية تسعى إلى زيادة الفعالية التنظيمية* عن طريق توحيد حاجات الأفراد للنمو والتطوير مع الأهداف التنظيمية باستخدام معارف وأساليب من العلوم السلوكية"⁷. في هذا التعريف وضح الباحثان أن التغيير يعتمد على أساليب من العلوم السلوكية حتى تضمن المؤسسة فعاليتها التنظيمية.

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

² نفس المرجع، ص. 183.

³ نفس المرجع، ص. 250.

⁴ نفس المرجع، ص. 303.

⁵ محمود سليمان العميان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، دار وائل للنشر، عمان، 2005، ص. 343.

⁶ Cartin Johansson, **Key Findings in Discourse on Organizational Change**, Paper Submitted to the International Communication Association Conference, Chicago, USA, May 2009, p.1.

* الفعالية التنظيمية تعني قدرة التنظيم على تحقيق الأهداف طويلة وقصيرة المدى والتي تعكس موازين القوى للجهات ذات التأثير ومصالح الجهات المعنية بالتقييم ومرحلة النمو أو التطور التي يمر بها التنظيم.

⁷ ناصر جردات وآخرون، إدارة التغيير والتطوير، دار إتراء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2013، ص. 31.

الفصل الأول — الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

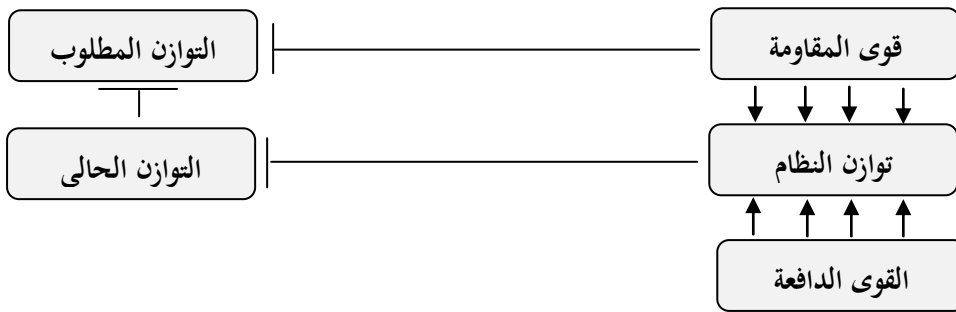
كما عرفه سكينز "Skibbins" على أنه: "الأسلوب الإداري لتحويل المؤسسة إلى حالة بناء أفضل في مجال تطويرها المتوقع لمستقبلها"¹. حسب هذا التعريف فإن التغيير التنظيمي عبارة عن أسلوب إداري يتم بموجبه تحويل المؤسسة من حالتها الراهنة إلى صورة أخرى من صور تطورها المتوقعة في المستقبل.

في حين عرفه فرنش وبل "French & Bell" بأنه: "جهد ونشاط طويل المدى يستهدف تحسين قدرة المؤسسة على حل مشكلاتها وتجديد ذاتها من خلال إدارة مشتركة وتعاونية وفعالة لمناخ التنظيم تعطي تأكيداً خاصاً للعمل الجماعي الشامل"². من خلال هذا التعريف فإن التغيير التنظيمي هو نشاط يساعد المؤسسة على حل مشاكلها في إطار عمل جماعي مشترك. ويرى أولفير "Olivier" وزملاءه أن التغيير التنظيمي عبارة عن ظاهرة لا مفر منها في حياة المؤسسات، تحمل معها استحداث أوضاع تنظيمية (الهيكل التنظيمي) وأساليب إدارية (الثقافة التنظيمية) وتأثير ذلك على أعضاء المؤسسة سواء كانوا مديرين أو موظفين"³. أي أن التغيير حسب هذا التعريف يشمل ثلاثة عناصر أساسية هي: الهيكل التنظيمي، الثقافة التنظيمية والموارد البشرية.

في حين أن ديفيد هولت "D.Holt" عرفه بأنه: "عملية مدروسة ومخططة لفترة زمنية طويلة عادة، وينصب على الخطط والسياسات أو الهيكل التنظيمي، أو السلوك التنظيمي، أو الثقافة التنظيمية وتكنولوجيا الأداء أو إجراءات وطرق وظروف العمل وغيرها، لغرض تحقيق المواءمة والتكيف مع التغيرات في البيئة الداخلية والخارجية للبقاء والاستمرار والتميز"⁴. نستخلص من هذا التعريف أن التغيير هو حالة طبيعية في حياة الأفراد والمؤسسات، حيث تعتبر محاولة إحداث التغيير هي محاولة لإيجاد التوازن. أما كيرت لوين "Kurt Lewin" فيوضح أن إحداث التغيير في المؤسسات لا يخلو من الصعوبات، فيعرف التغيير التنظيمي بأنه: "عبارة عن تحرك مؤثر في عملية توازن ديناميكي بين مجموعتين من القوى تعملان في اتجاهين متعاكسين في المجال المادي والاجتماعي والنفسي للعمل، وتتضمن إحدى هذه المجموعات قوى دافعة، في حين تتضمن المجموعة المعاكسة قوى معيقة أو مقاومة"⁵.

ومن أجل أن يوضح وجهة نظره قدم الشكل الآتي:

الشكل رقم (1.1) : نموذج لوين لقوى التغيير في المؤسسة



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

¹ خليل محمد حسن الشماع، خضير كاظم محمود، نظرية المنظمة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الثانية، الأردن، 2005، ص. 103.

² سعيد حميد الدليمي، مرجع سبق ذكره، ص. 21.

³ Olivier Meier et al , Gestion du Changement, Dunod , Paris , 2007, p.p 1-2.

⁴ ثابت عبد الرحمن إدريس، المدخل الحديث في الإدارة العامة، الدار الجامعية، مصر، 2003، ص. 262.

⁵ على شريف، الإدارة المعاصرة، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2003، ص. 328.

الفصل الأول — الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

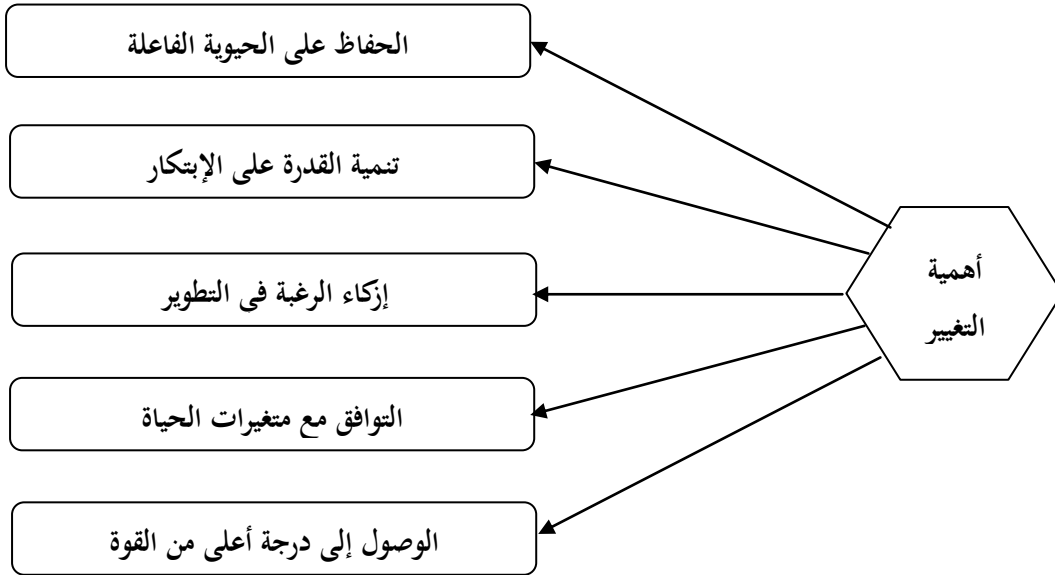
حسب لوين المؤسسة من خلال هذا الشكل عبارة عن نظام في حالة ثبات (توازن) يخضع لنوعين من القوى المتعارضة، فمن ناحية توجد قوى دافعة -ضغوط- من أجل التغيير، وتضم على سبيل المثال: انتشار تقنية حديثة، ظهور تشريعات حكومية جديدة، ويقابل هذه القوى الدافعة قوى مقاومة من أبرزها ثقافة المؤسسة والمناخ السائد فيها، وحيث أن كل مجموعة من القوى يمكن أن تلغي الأخرى فإن عملية التغيير يمكن اعتبارها تحركا مؤثرا في الوضع التوازني اتجاه وضع مرغوب أو مستهدف¹. إن المتأمل في التعاريف السابقة يلاحظ تنوعها واختلافها حيث تفاوتت الآراء حول مفهوم التغيير التنظيمي، ومرد ذلك قد يعود إلى اختلاف الزوايا التي ينظر منها الباحثين إلى هذا المفهوم. فالبعض يعرف التغيير التنظيمي من زاوية الأسباب، والبعض الآخر يعرفه من زاوية النتائج، وآخرون يعرفونه من زاوية الأهداف... إلخ.

وتأسيسا على ما تقدم يتضح أن التغيير التنظيمي هو فلسفة إدارية شاملة لجميع مجالات المؤسسة ممنهجة في ضوء مجموعة من الخطوات المدروسة المتعاقبة تباعا تهدف إلى إحداث حالة من التكيف مع التغيرات والأوضاع المستجدة كافة في البيئة بالاعتماد على ما تمتلكه المنظمة من قدرات، معارف، مهارات، وخبرات تهيئ كافة مستلزماتها وتنفذها بغاية تحقيق الأهداف المنشودة. كما أنه نشاط حتمي، مستمر وتفاؤلي يهدف إلى الانتقال بالمؤسسة من حيث هي الآن في فترة زمنية معينة (الوضع الحالي) إلى حيث ترغب أن تكون خلال المستقبل (الوضع المنشود).

الفرع الثاني: أهمية التغيير التنظيمي

التغيير التنظيمي شديد الأهمية، فهو ظاهرة اقتصادية، اجتماعية، وسياسية مركبة تتعدى أهميتها وتتجاوز حدود ما يحققه الحاضر وتمتد إلى المستقبل، وتظهر أهمية التغيير التنظيمي من خلال الجوانب الموضحة في الشكل الموالي²:

الشكل رقم (2.1): الجوانب الأساسية لأهمية التغيير



المصدر: رجي مصطفى عليان، إدارة التغيير، مرجع سبق ذكره، ص. 49.

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

² رجي مصطفى عليان، مرجع سبق ذكره، ص. 47.

ويمكن التفصيل في هاته الجوانب على النحو الآتي:

الجانب الأول: الحفاظ على الحيوية الفاعلة: يعمل التغيير على تجديد الحيوية داخل المؤسسات والدول، فالتغيير يؤدي إلى انتعاش الآمال، وإلى تحريك الثوابت، وإلى سيادة روح من التفاؤل؛

الجانب الثاني: تنمية القدرة على الابتكار: التغيير هو الإتيان بالجديد غير المألوف أو المتعارف عليه وبالتالي فهو ثمرة جهد ذهني يسعى إلى رفع القدرة على الابتكار في الأساليب¹؛

الجانب الثالث: إزكاء الرغبة في التطوير والتحسين والإرتقاء: يعمل التغيير على تفجير المطالب وإزكاء الرغبات وتنمية الدافع والحافز نحو الإرتقاء والتقدم، وما يستدعيه ذلك من تطوير وتحسين متلازمين في كل المجالات؛

الجانب الرابع: التوافق مع متغيرات الحياة: فالتغيير يساعد المؤسسة على التكيف والتأقلم مع العوامل البيئية المتغيرة المحيطة بالمؤسسة² ومن هنا تكتسب إدارة التغيير أهميتها؛

الجانب الخامس: الوصول إلى درجة أعلى من القوة في الأداء والممارسة: يعمل التغيير على الوصول إلى درجة أفضل من القوة في الأداء التنفيذي والممارسة التشغيلية من خلال اكتشاف نقاط ومجالات الضعف، ومعرفة مجالات القوة وتأكيدهما؛

ويقول إبراهيم كشت في كتابه ومضات إدارية: "إن المؤسسات التي تسعى إلى التغيير الإيجابي تشبه النهر المتدفق الذي يتجدد ماؤه كل يوم، أما المؤسسات التي لا تغير أساليب عملها، وطرائق تفكيرها فإنها تشبه المستنقعات الراكدة التي يأسن ماؤها، وتتكاثر فيها الأوضار والأوحال كل يوم وتنبت في بيئتها المنتنة شتى الطحالب الضارة والسامة"³. وهذه مقولة تعبر عن مدى الأهمية البالغة للتغيير التنظيمي.

الفرع الثالث: أنواع التغيير التنظيمي

هناك عدة تصنيفات وضعت من أجل تحديد أنواع التغيير التنظيمي، تبعا للمعيار المستخدم في التصنيف حيث نجد:

أولا: إذا اعتمدنا التخطيط معيارا لاستطعنا أن نميز بين التغيير المخطط والتغيير الغير مخطط أو (التلقائي):

1- **التغيير المخطط:** يعرفه "Gerald J. Skibbins" بأنه "الأسلوب الإداري الذي يتم بموجبه تحويل المؤسسة من حالتها الراهنة إلى صورة أخرى من صور تطورها المتوقعة". يتضح من خلال ذلك أن التغيير المخطط يتطلب الإلمام الكافي بالظواهر المؤسسية وكذلك بالمشكلات التي تواجهها، واتخاذ القرارات الهادفة لإحداث التغيير⁴.

2- **التغيير غير المخطط (التلقائي):** ويمثل التغيير الذي يحصل تلقائيا بفعل العوامل الطبيعية أو البيولوجية، وبدون تدخل الإنسان، إذ لا يكون مبنيا على خطة واضحة، كما أنه لا تبذل فيه أي محاولة لتحقيق أي هدف، ويطلق عليه أيضا اسم التغيير الإستجابي، والذي يكون استجابة لعوامل محيطية تضطر التنظيمات للاستجابة لها⁵.

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

1. **التغيير الجزئي:** يقتصر على جانب واحد أو قطاع واحد كتغيير الآلات والأجهزة، ويعرفه شافل تيري "Chavel Thierry" بأنه "يقرر في مكان حدوثه، ولا يؤثر على باقي تشغيل المؤسسة كما لا يتطلب تنسيقا هاما، لكنه يطرح

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

² أحمد يوسف دودين، إدارة التغيير والتطوير التنظيمي، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، 2014، ص. 29.

³ إبراهيم كشت، ومضات إدارية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص. 306.

⁴ محمد الصيرفي، إدارة التغيير، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2008، ص. 26.

⁵ غياث بولفجة، مبادئ التسيير البشري، دار الغرب للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة، الجزائر، 2008، ص. 112.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

- بعض القضايا الإنسانية، مثله مثل أي تغيير¹. وتكمن الخطورة في التغيير الجزئي أنه قد ينشئ نوعاً من عدم التوازن في المؤسسة، بحيث تكون بعض الجوانب متطورة والأخرى متخلفة مما يقلل من فاعلية التغيير.
2. التغيير الشامل: فهو تغيير يشمل على كافة أو معظم الجوانب والمجالات في المؤسسة².
- ثالثاً: إذا أخذنا موضوع التغيير أساساً للتصنيف لأمكن التمييز بين نوعين منه هما:
1. التغيير المادي: مثل تغيير الهيكل التنظيمي والأجهزة والمعدات (التكنولوجيا)³ أي التغيير في الأعمال والأنشطة التي يزاؤها التنظيم أو وسائل التكنولوجيا المستخدمة.
2. التغيير المعنوي (النفسي أو الاجتماعي): والذي يهدف إلى إحداث التغيير في أنماط السلوك بالنسبة للوظائف عن طريق برنامج التنمية أو التدريب، وهذا النوع من التغيير يتميز بالسطحية وهو شكل للتغيير غير الفعال⁴.
- رابعاً: يمكن تقسيم التغيير حسب سرعته إلى تغيير سريع وتغيير بطيء⁵:
1. التغيير السريع (المفاجيء): عادة ما يكون نتيجة للتطور والتغيير المستمر في حاجات المستهلكين (تغير الأذواق مثلاً).
2. التغيير التدريجي أو (البطيء): يتميز بكونه أكثر رسوخاً من التغيير السريع المفاجيء، إلا أن اختيار السرعة المناسبة لإحداث التغيير يعتمد على طبيعة الظروف.
- كما أن بعض الباحثين لجؤوا إلى المزاوجة بين معيارين لتحديد أنواع التغيير، ومن هؤلاء " Scholes & Johnson " اللذين أخذوا بعين الاعتبار بين الدافع للتغيير، وسرعة تنفيذه وهو ما يظهر جلياً في المصفوفة الآتية⁶:

الجدول رقم (1.1): أنواع التغيير حسب " Scholes & Johnson "

| | | |
|---|---|---------------|
| تعديل | تحول مخطط | تغيير استباقي |
| تحديد مسبق للحاجة للتغيير من خلال عملية استباقية في تعديل الممارسات الحالية | برمجة تغيير جذري من خلال الاستباق باستعمال تقنيات التحليل الاستراتيجي ودعم القرار | |
| التكيف | تحول مفروض | تغيير استجابي |
| التفاعل مع ضغوطات البيئة التنافسية لتكييف الممارسات التنظيمية الحالية وتجنب عدم التلاؤم مع البيئة | إعادة النظر في طرق التفكير بعد إظهار عناصر الإحتلال | |
| | | تغيير جذري |
| | | تغيير تطوري |

Source: Autissier D,& Derumez I.V, Comportements et rôles de l'encadrement intermédiaire dans les projets de changement, 13^{ème} conférence de l'AIMS, Normandie, Vallée de Seine, 2.3 et 4 juin 2004. P. 3.

¹ Chavel Thierry, **La conduite humaine du changement Comment la réussir: de la parole aux actes**, Ed° Dunod, Paris, 2000, p. 59.

² السيد عليوة، إدارة التغيير ومواجهة الأزمات، دار الأمين، الطبعة الأولى، القاهرة، 2005، ص. 28.

³ ربحي الحسن، التخطيط للتغيير: مدخل للتنمية الإدارية، مجلة معهد الإدارة العامة، العدد 27، الرياض، السعودية، 2007، ص. 141.

⁴ صلاح الدين محمد عبد الباقي، السلوك التنظيمي "مدخل تطبيقي معاصر"، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2003، ص. 362.

⁵ محمودي قادة مختار، استراتيجية التغيير كرهان للتنافسية بالمؤسسة، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم، جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2014-2015، ص. 75.

⁶ Autissier D,& Derumez I.V, Comportements et rôles de l'encadrement intermédiaire dans les projets de changement, 13^{ème} conférence de l'AIMS, Normandie, Vallée de Seine, 2.3 et 4 juin 2004. P. 3.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

من خلال المصنوفة نرى أن:

- **التعديل:** يأخذ هذا النوع من التغيير شكل التحول خطوة بخطوة، ويتم تنبيه بعيدا عن الضغوط البيئية، وينفذ بشكل متدرج، كما يشمل جميع مستويات المؤسسة.
- **التكيف:** يشير التكيف إلى التغيير التطوري ولكنه عكس التعديل، فهو يتم تحت ضغط البيئة، ولا يكون نابعا من إرادة المؤسسة أو مديريها.
- **التحول المخطط:** هو تغيير جذري يكون مصدره الأساسي رغبة الإدارة في تغيير وتحويل استراتيجية المؤسسة الحالية بأخرى مختلفة عنها.
- **التحول المفروض:** ويتم اللجوء إليه في حالة معاناة المؤسسة من أزمة حادة لا يمكن تجاوزها إلا من خلال تغيير جذري شامل.

الفرع الرابع: أهداف التغيير التنظيمي

تسعى عملية التغيير التنظيمي إلى تحقيق أهداف محددة، ويمكن تلخيص تلك الأهداف على النحو الآتي:

- زيادة قدرة المؤسسة على التعامل مع البيئة المحيطة بها، وتحسين قدرتها على البقاء والنمو؛
 - إيجاد انفتاح في مناخ التنظيم يمكن كافة العاملين من معالجة جميع المشاكل التي يعاني منها التنظيم بشكل صريح؛
 - العمل على إيجاد التوافق والتطابق بين الأهداف الفردية والأهداف التنظيمية¹؛
 - ارساء قواعد الثقة بين الأفراد المكونين للجماعات وبين الجماعات المتفرعة في جميع أرجاء المؤسسة²؛
 - المساهمة في زيادة سبل وعمليات الاتصال، والأساليب الناجحة، ومنها إبعاد الصراعات وأسبابها من خلال زيادة الوعي بدناميكية (حركية) الجماعة والأبعاد الفاعلة في هذا الإطار³؛
 - تمكين المديرين من اتباع أسلوب الإدارة بالأهداف بدلا من أساليب الإدارة التقليدية⁴؛
 - زيادة قدرات الأفراد على الرقابة الذاتية والتوجيه الذاتي داخل إطار المؤسسة⁵؛
 - تخفيض التكاليف من خلال زيادة كفاءة وفعالية الأداء، وحسن استخدام الموارد البشرية، والمادية، والمالية⁶؛
- أما عالم الإدارة غودوين واطسن "Goodwin.Watson" فيرى أن الهدف من عملية التغيير هو ربط المؤسسة ببيئتها لمواكبة احتياجات العصر ومتطلبات المواطنين وكل المتعاملين مع المؤسسة، عبر تطوير الأنظمة والأساليب داخليا وخارجيا لأخذ المكان المناسب في المجتمع الذي تخدمه⁷.
- ومما سبق ذكره نستخلص أن الهدف النهائي للتغيير التنظيمي هو المساعدة على إيجاد مؤسسة حيوية ومتجددة، مع ضرورة تلاقي أهداف المؤسسة مع أهداف الموظفين تفادياً للمقاومة التي قد تعصف ببرامج التغيير في أول مراحل تطبيقه.

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

² سعيد حميد الدليمي، مرجع سبق ذكره، ص. 32.

³ مختار ويسبي، اتجاهات العاملين نحو التغيير التنظيمي وعلاقتها بالولاء التنظيمي وبالأداء وبالرضا الوظيفي، رسالة مقدمة ليل شهادة الدكتوراه في علم النفس، جامعة دمشق، كلية التربية، سوريا، 2009، ص. 61.

⁴ سيد سالم عرفة، اتجاهات حديثة في إدارة التغيير، دار الراجحة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2012، ص. 71.

⁵ رنجي مصطفى عليان، مرجع سبق ذكره، ص. 81.

⁶ ميساء مصطفى بنى سلامة، ريفا قاسم البدارين، دور عملية التدريب في التغيير التنظيمي في شركات الاتصالات الأردنية العاملة في محافظة اربد، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين، 2016، ص. 132.

⁷ محمد بن يوسف النمران العطيوات، إدارة التغيير والتحديات العصرية للمدير، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2006، ص. 122.

المطلب الثاني: تطبيق برامج التغيير التنظيمي

إذا كان لمعرفة أسباب التغيير التنظيمي وأهدافه من الأهمية بما كان، فإنه في موضع آخر يعد التغيير التنظيمي معقداً نوعاً ما، وهو ما يجعل قضية تطبيقه على أرض الواقع من المحاور والمسائل الهامة التي يجب تحليلها والتعامل معها بحذر، نتيجة تشابكها وترابطها، وهذا انطلاقاً من الجهة المسؤولة عن تنفيذ التغيير إلى مضمون التغيير، أبعاده ومراحل تنفيذه مع مراعاة تناسب ذلك مع استراتيجيات التغيير لضمان تطبيق كفاء وفعال لبرامج التغيير التنظيمي.

الفرع الأول: أبعاد التغيير التنظيمي

يرى كل من "الخضيري"، "العطيات"، "Daft"، "Macmill & Tampoe"، أن أبعاد التغيير التنظيمي تنحصر في ثلاثة متغيرات فقط وهي كالتالي¹:

- التغيير في الأفراد.
- التغيير في التكنولوجيا.
- التغيير في الهيكل.

1- التغيير في الأفراد :

إن الأفراد يمثلون أهم عنصر في عملية التغيير، ذلك أنهم جوهر العمل في أي مؤسسة ويتضمن تغيير الأفراد في تغيير اتجاهاتهم وسلوكياتهم أثناء عملية الاتصال، واتخاذ القرارات وحل المشكلات. وفي هذا الصدد يشمل التغيير في الأفراد ناحيتين²:

- التغيير المادي للأفراد: بالاستغناء عن بعضهم وإحلال غيرهم محلهم.
- التغيير النوعي للأفراد: بدفع مهاراتهم وتنمية قدراتهم، أو تعديل أنماط سلوكهم من خلال نظم التدريب والتنمية وتطبيق قواعد المكافآت والجزاءات التنظيمية .

وتساعد عملية تغيير الأفراد في المؤسسة على تطويرهم وعلى تحقيق أهدافهم والحرص على القيام بواجباتهم بكفاءة، وعلى مسؤول التغيير أن يراعي الجوانب المتعلقة بالأفراد مثل دوافعهم وقدراتهم واتجاهاتهم، وأنماط شخصيتهم ومشاركتهم في القرارات وحل المشكلات، وذلك من أجل أن يكون التغيير فعالاً وناجحاً³. ويهدف التغيير في الأفراد إلى⁴:

- ✓ تحقيق روح معنوية ورضا عاليين، والاهتمام بدوافع العمل لدى الأفراد وبنوعية حياة العمل التي توفرها المؤسسة لهم؛
- ✓ بث روح الالتزام بين العاملين، والولاء للمؤسسة ولأهداف التغيير، باعتباره شرطاً ضرورياً لنجاح التغيير.

2- التغيير في التكنولوجيا:

يعتبر التغيير التكنولوجي من أهم التغييرات التي تتعرض لها المؤسسة، حيث يستهدف هذا التغيير إعادة تنظيم وزيادة فاعلية الأساليب والوسائل المستخدمة في أداء العمل من خلال استخدام تقنيات متطورة تساعد متخذي القرار فيما يتعلق بالقرارات التي تمس شؤون العاملين، وهذا يساهم في تطوير الأداء بشكل عام وزيادة الإنتاجية بشكل خاص⁵.

¹ تيقاوي العربي، دور التغيير التنظيمي في تطوير الابتكار في المنظمات الحديثة من وجهة نظر العاملين في منظمات الاتصالات الجزائرية- دراسة ميدانية تحليلية - الملتقى الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية، جامعة سعد دحلب، البلدة، الجزائر، 18 و 19 ماي 2011، ص. 07.

² عبد الرحمن توفيق، "التغيير" أدوات تحويل الأفكار إلى نتائج، مركز الخبرات المهنية للإدارة بميك، القاهرة، الطبعة الثالثة، 2009، ص. 22.

³ تيقاوي العربي، مرجع سبق ذكره، ص. 08.

⁴ ناصر جردات وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 222. وتبصر

⁵ محمد بن سعيد العمري، أثر التغيير التنظيمي على التميز التنظيمي- دراسة تطبيقية في القطاع الخاص السعودي-، المجلة العربية للإدارة، المجلد 37، العدد 04، القاهرة، مصر، ديسمبر 2017، ص. 117.

وتقوم المؤسسة بإجراء عملية التغيير التكنولوجي في الطرق والوسائل والإجراءات، مما يولد طرقاً ووسائل وإجراءات جديدة بفعل هذا التغيير، ويكون التغيير ذا آثار ظاهرة على السلوك الفردي والجماعات وكذلك الهيكل التنظيمي داخل المؤسسة¹. وتعد ظاهرة التطورات التكنولوجية المعاصرة من أكثر المستلزمات التغييرية للمؤسسات وأبرزها في الوقت الحالي من خلال استخدام العديد من وسائل التطوير والتحديث التقني حالياً.

3- التغييرات في الهيكل :

هو ذلك التغيير الذي يكون في إعادة تقسيم الوحدات الإدارية؛ أي إحداث إدارات جديدة أو دمج إدارات أخرى، ويؤثر ذلك في التبعية بين الأفراد داخل بيئة العمل، أي في نطاق الإشراف المتبع في العمل، والنشاطات في كل قسم وهكذا قد يتعين إنشاء وحدات تنظيمية أو إلغاؤها أو تغيير في خطوط الاتصالات أو في هيكل السلطة المسؤولة أو تغيير في اختصاصات الوحدات التنظيمية أو في المسميات الوظيفية أو في معدلات الأداء أو في عدد الوظائف في كل قسم داخل المؤسسة². ويعد تغيير الهيكل التنظيمي من أكثر مجالات التغيير على مستوى المؤسسات، خاصة تلك التي تعمل في إطار بيئة تتميز بعدم الإستقرار بما يفرض عليها تبني هياكل لامركزية مرنة وعضوية.

وبالإضافة إلى أبعاد التغيير التنظيمي السابقة الذكر نجد أن بعض الباحثين يضيفون بعد آخر مهم يتمثل في:

➤ **التغيير في الثقافة:** وهو ذلك التغيير الذي يتطلب من المؤسسة إدخال تغييرات مستمرة على مواقف وقيم الأفراد وذلك لخلق ثقافة قوية تساهم في تشجيع روح الإنتماء وتقوية السلوك الإيجابي لدى العاملين فيها³. والتغيير الثقافي يعد من أصعب المهام التي قد تقوم بها المؤسسات خاصة إذا كانت الثقافة قوية راسخة في الأذهان. ولهذا فإن حل محاولات التغيير الثقافي تلجأ إلى التركيز على تغيير السلوك الفردي والتنظيمي دون المساس بالقيم والمبادئ الراسخة، أو عن طريق إضافة قيم ومبادئ جديدة لا تتعارض مع تلك الموجودة بالمؤسسة⁴. ومن خلال ما سبق طرحه يمكن استخلاص ما يلي:

- أي تغيير في بعد من هذه الأبعاد يستلزم بالضرورة إحداث تغييرات في الأبعاد الأخرى؛
- يمكن للقيادة في المؤسسة أن تحدد بعد التغيير الذي تود استهدافه بناء على فهم وإدراك مجموعة التغييرات المؤثرة في حياة المؤسسة وكيفية التعامل معها والتأثيرات المتبادلة بين تلك التغييرات؛
- رغم الأهمية البالغة لكل هاته الأبعاد إلا أن أهم وأصعب بعد في نظرها هو بعد التغيير في الأفراد.

الفرع الثاني: مراحل تطبيق التغيير التنظيمي

يعتبر كيرت لوين "Kurt.Lewin" من أشهر من تناولوا مراحل التغيير التنظيمي، حيث بين أن أي تغيير لا بد وأن يمر عبر ثلاث مراحل أساسية: فبدأً بمرحلة إذابة الجليد (Unfreezing) للنظام القائم (الحالي)، بعد ذلك المرور إلى مرحلة التغيير (Change)، وانتهاءً بمرحلة إعادة التجميد (Refreezing) للنظام الجديد⁵. ويمكن شرح المراحل السابقة على النحو الآتي:

¹ رحيم حسن، علاوي عبد الفتاح، أثر أبعاد التغيير التنظيمي على أداء العاملين- دراسة حالة شركة سونلغاز وحدة الأغواط- مجلة رؤى اقتصادية، العدد 05، جامعة حمه لخضر بالوادي، الجزائر، 2013، ص. 110.

² طه مدني طواهر، رشيد مناصرية، زينب شطبية، التغيير التنظيمي وأثره على رضا العاملين- دراسة ميدانية بمؤسسة اتصالات الجزائر بالأغواط- مجلة الدراسات الكمية، العدد 03، جامعة قاصدي مرباح بورقلة، الجزائر، 2017، ص. 229.

³ ميساء مصطفى بن سلامة ورقيا قاسم البدارين، مرجع سبق ذكره، ص. 132.

⁴ Bailly AF et Bourgeois D et Autres, **Comportements humains et management**, Ed° Pearson Education, Paris, 2003, p.274.

⁵ Yvers Simon, Patrick Joffre, (sous la dir.), **Encyclopédie de gestion**, 2^{ème} ed, Economica, Paris, 1997, p. 308.

1) مرحلة إذابة الجليد (التهيئة والإعداد) (Unfreezing Stage):

وتكون الإذابة للقيم القديمة والعادات والمعتقدات والهيكلة التي تقوم عليها المؤسسة¹، كما يتم في هذه المرحلة حشد الجهود التي تبذل في المؤسسة لكي نجعل الأفراد العاملين بما يتقبلون عملية التغيير². ويؤكد سكاين "Schein" على ضرورة إذابة الجليد أي الوضع القائم، من خلال التخلص من القيم والاتجاهات والسلوك الحالي، ثم على إدارة العمل لإيجاد الدافعية والاستعداد والرغبة لعمل شيء جديد، والتوصل إلى عدم جدوى الأساليب القديمة المطبقة لإنجاز الأعمال³.

كما تجدر الإشارة إلى أن إذابة الجليد تسهل للأفراد القائمين على التغيير التنظيمي توضيح مشاكل توجد في العمل تحتاج إلى تغيير أو حل، ويعتقد ذلك عادة مناقشة مخططة بين الأفراد وجماعات العمل، والمشرفين على برنامج التغيير التنظيمي.

2) مرحلة التغيير (Change Stage):

تعني هذه المرحلة التدخل الذي يقوم به القائمون على التغيير على مستوى الأنظمة وأساليب العمل والإجراءات التنظيمية، وعلى السلوك الفردي والجماعي في المؤسسة، وينظر بعضهم إلى مرحلة التغيير ليس فقط كمرحلة تدخل، بل على أنها مرحلة تعلم، أي مرحلة يكتسب فيها كل فرد من الأفراد، وكل جماعات العمل، والمؤسسة أنماط جديدة من التصرف والسلوك، والتي تساعدهم في مواجهة مشاكلهم وفي التغيير إلى الأحسن⁴.

ويحذر "لوين" من عدم الإقدام بشكل متسرع على تنفيذ هذه المرحلة وإحداث التغيير، لأن ذلك سوف يترتب عليه ظهور مقاومة شديدة ضد التغيير، الأمر الذي يؤدي إلى الإرباك وعدم الوضوح ومن ثم عدم تحقيق المطلوب، ويتراوح مدى التغيير في هذه المرحلة من تغيير محدود إلى تغيير رئيسي وجوهري⁵. ومن الضروري الفهم بأن هذه المرحلة تتطلب فترة زمنية طويلة نسبياً قد تستغرق عدة شهور أو أحياناً عدة سنوات لوضع التغييرات موضع التنفيذ⁶.

3) مرحلة إعادة التجميد (Refreezing Stage) :

وتعني هذه المرحلة محاولة المؤسسة بناء درجة عالية من الالتزام للأفراد نحو الإستراتيجية الجديدة دون خلق أي نوع من المقاومة، وهنا يتم التعزيز اللازم للتغيير بحيث تصبح الاتجاهات والمهارات والأنماط السلوكية الجديدة ثابتة وراسخة من خلال ما تم إكسابه للأفراد العاملين في مرحلة التغيير⁷. ويمكن القول بأن هذه المرحلة تهم بحماية وصيانة التغيير الذي تم التوصل إليه. و الجدول الآتي يوضح ما سبق:

¹ Raymond – Alain Triéart, **Le management « Que sais-je ? »**, 11^{ème} ed, puf, Paris, 2003, p. 95.

² عبد العزيز صالح بن حبتور، الإدارة الاستراتيجية "إدارة جديدة في عالم متغير"، دار المسيرة، الطبعة الأولى، عمان، 2004، ص: 363.

³ موسى اللوزي، التمنية الإدارية، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية، عمان، 2002، ص. 227.

⁴ أحمد ماهر، السلوك التنظيمي، "مدخل بناء المهارات"، الدار الجامعية، الطبعة السابعة، القاهرة، 2000، ص. 439.

⁵ راوية حسن، السلوك التنظيمي المعاصر، مصر، الدار الجامعية، 2002، ص. 349. بتصرف.

⁶ منال طلعت محمود، أساسيات في علم الإدارة، مصر: المكتب الجامعي الحديث، 2003، ص. 308.

⁷ أندرو دي سيزولاقي ومانك جي والاس، ترجمة أبو القاسم أحمد، السلوك التنظيمي والأداء، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1999، ص. 549.

الجدول رقم (2.1): مراحل عملية التغيير

| المرحلة الأولى | المرحلة الثانية | المرحلة الثالثة |
|--|---|---|
| إذابة الجليد | التغيير | إعادة التجميد |
| <ul style="list-style-type: none"> ● إيجاد الشعور بالحاجة للتغيير ● تقليص المقاومة للتغيير | <ul style="list-style-type: none"> ● تغيير الأفراد ● تغيير الأعمال ● تغيير البناء التنظيمي ● تغيير التقنيات | <ul style="list-style-type: none"> ● تعزيز النتائج ● تقييم النتائج ● إجراء تعديلات بناءة |

المصدر: موسى اللوزي، التمنية الإدارية، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية، عمان، 2002، ص. 229.

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

الفرع الثالث: إستراتيجيات إحداث التغيير التنظيمي :

ينبغي في البداية التفريق بين مفهومي استراتيجية التغيير "**Change Strategy**" والتغيير الإستراتيجي "**Strategic Change**"، باعتبار أن هذه الأخيرة تعني تصرف وفعل فردي يتم على أوسع نطاق لتغيير الهيكل الخاص بالمؤسسة وعملها الأساس واتجاه نشاطها في المستقبل بشكل يكاد يكون كلياً. أما استراتيجية التغيير "**Change Strategy**" فهي تمثل الإطار الشمولي لعمليات التغيير التي يخطط قادة المؤسسات لتطبيقها في مؤسساتهم، والتي تقدم المنهجية والنمط المناسب لإحداث التغيير بالمؤسسة¹.

وهناك الكثير من الإستراتيجيات التي يمكن أن تتبعها المؤسسات لإجراء التغيير الذي تريده، وتتنوع هذه الإستراتيجيات استناداً إلى حجم وقوة هذا التغيير، ومن بين الاستراتيجيات التي يمكن اعتمادها عند إحداث التغيير التنظيمي نجد نوعين هما:

أولاً: إستراتيجية التغيير المتدرج:

تتأثر هذه الإستراتيجية بعدة عوامل منها: مهارة وقدرات العاملين، رغبة العاملين بالمشاركة، ثقافة المؤسسة والتشجيع المستمر²، وعليه يمكن استخدام الأساليب التالية لضمان نجاح إستراتيجية التغيير المتدرج كالاتي:

- أ- **إستراتيجية المشاركة واسعة النطاق:** تستخدم عندما تكون مقاومة التغيير منخفضة أو ضرورة التغيير منخفضة، ويعتمد نجاحها على المشاركة الواسعة من قبل جميع الأفراد المعنيين بعملية التغيير، والذين يعرفون جميع تفاصيله³.
- ب- **المشاركة المركزة:** وتتضمن اشراك نخبة معينة من الأفراد المهمين والمؤثرين في المؤسسة نظراً لعدة أسباب منها: ضيق الوقت أو كبر حجم العاملين، وغالباً ما تستخدم في أجواء مقاومة منخفضة هنا ودرجة إلحاح عالية على التغيير⁴.

¹ حسن محمد أحمد محمد مختار، إدارة التغيير التنظيمي "المصادر والإستراتيجيات" الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، الطبعة الثالثة، القاهرة، مصر، 2014، ص.58-59. ويتصرف.

² ربحي مصطفى عليان، مرجع سبق ذكره، ص. 220.

³ ناصر جردات وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 229.

⁴ محمد بن يوسف النمران العطيّات، مرجع سبق ذكره، ص. 210.

- ج- أسلوب الإقناع: ويستخدم هذا الأسلوب عندما تكون درجة المقاومة عالية ودرجة الإلحاح منخفضة، هنا يكون الحاجز الرئيسي أمام التغيير هو عدم اقتناع الأشخاص أو المؤسسات بضرورة التغيير أو عدم رغبتهم فيه أو خوفهم منه، فيحاول قائد التغيير أن يتغلب على هذه المقاومة عن طريق التوعية والتثقيف وإزالة المخاوف، وتنمية الولاء للتغيير الذي تنوي إحداثه، ومن الأساليب المستخدمة في ذلك التدريب والذي يهدف إلى تغيير اتجاهات الفرد ومواقفه¹.
- د- أسلوب الإكراه: يستخدم هذا الأسلوب عند الضرورة الملحة للتغيير، ووجود مقاومة عالية له، وعندما يكون الإقناع غير مفيد أو يستغرق وقتاً، فيلجأ إلى الأسلوب الجبري مع مداومة الاتصال بالعاملين لتوضيح الأهداف وأهمية التغيير².
- ثانياً: إستراتيجية التغيير البنوي: تتبنى هذه الإستراتيجية التغيير العميق في المؤسسة، وقد تشكل تهديداً لبعض العاملين، لذا لا بد من إتباع الإستراتيجيات القيادية الآتية عند اللجوء لهذه الإستراتيجية :
- أ- إستراتيجية البراعة القيادية: يستخدم هذا الأسلوب عندما تكون درجة مقاومة التغيير منخفضة ولا تعيش المؤسسة في أزمة، فيبادر أحد الأفراد القياديين والذي يتمتع بالقدرة الإدارية والحائز على ثقة العاملين لطرح فكرة التغيير بتعزيز القدرة الدافعة له مع ضرورة التخطيط للوصول إلى الهدف المطلوب³.
- ب- إستراتيجية التثقيف والتوعية الموجهة: يستخدم هذا الأسلوب عندما تكون المؤسسة في أزمة، وجميع العاملين في المؤسسة يدركون هذه الأزمة، مع مقاومة منخفضة، هنا القائم على التغيير سيفكر أن الناس يحملون فكراً عقلانياً، كما أن نظرية التغيير هنا تقوم على إيصال المعلومات والرؤى والتمسك بالمصالح التي ستنجر من وراء هذا التغيير المقترح، خاصة للأفراد الذين هو بصدد إقناعهم، وهو متأكد أنهم سينضمون إلى فكرته إذا استطاع إقناعهم بمنطقيتها⁴.
- ج- إستراتيجية الإلزام: ويستخدم هذا الأسلوب عندما تكون درجة المقاومة عالية، إلا أن المؤسسة في هذه الحالة لسيت في حالة أزمة، وهنا يوصى بإتباع أسلوب الإكراه، ويجب على القائد هنا أن ينفذ حالة التغيير محققاً الإتحاد بين العاملين مما يقتضي خلق الثقة بين كافة المستويات الإدارية⁵.
- د- الإستراتيجية الديكتاتورية (القسرية): حيث يتم خلالها استخدام كافة الأساليب في إحداث التغيير، فالتغيير هنا يفرض على الأفراد وينفذ بالقوة، ويتم التغلب على أشكال المقاومة باستخدام العقوبات، وتكون هذه الإستراتيجية فعالة في بعض الظروف، ولكن فعاليتها في المدى الطويل محدودة، لأنها لا تضمن ولاء الناس ودعمهم للتغيير⁶.
- من خلال ما سبق ذكره نخلص إلى أنه لا توجد استراتيجية مثلى يمكن استخدامها لإحداث التغيير بفعالية، وفي ظل تعدد الإستراتيجيات المتاحة أمام القائمين على التغيير، يتوجب عليهم من جهة اعتماد معايير دقيقة تتحدد على ضوءها مدى ملائمة كل إستراتيجية لطبيعة الموقف، مع الأخذ بعين الاعتبار الموارد المتاحة والتكاليف المتوقعة، درجة الحاجة إلى التغيير، مواطن القوة

¹ محمود سليمان العميان، مرجع سبق ذكره، ص. 354.

² ناصر جردات وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 230.

³ محمد بن يوسف النمران العطيبيات، مرجع سبق ذكره، ص. 211.

⁴ John R. Schermerhorn & autres, **Comportement humain et organisation**, 2^{ème} édition, village mondial, Canada, 2002, p. 504.

⁵ ربحي مصطفى عليان، مرجع سبق ذكره، ص. 222.

⁶ تغريد صالح سعيقان، أحمد عينا الطيط، ممارسة استراتيجيات التغيير لمواجهة الأزمات وأثرها على الأداء المؤسسي-دراسة ميدانية على القطاع المصرفي الأردني، المؤتمر العلمي الدولي السابع حول تداعيات الأزمة الاقتصادية العالمية على منظمات الأعمال، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الزرقاء الخاصة، الأردن، 3-5 نوفمبر 2009، ص. 12.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

والضعف للبيئة الداخلية وبالمقابل فرص وتحديات البيئة الخارجية. ومن جهة أخرى يتوجب على القائمين أن يدركوا أن الأفراد هم جوهر عملية التغيير وينبغي عليهم إقناعهم بأهمية التغيير وضمان قبولهم للتغيير وكسب تأييدهم له.

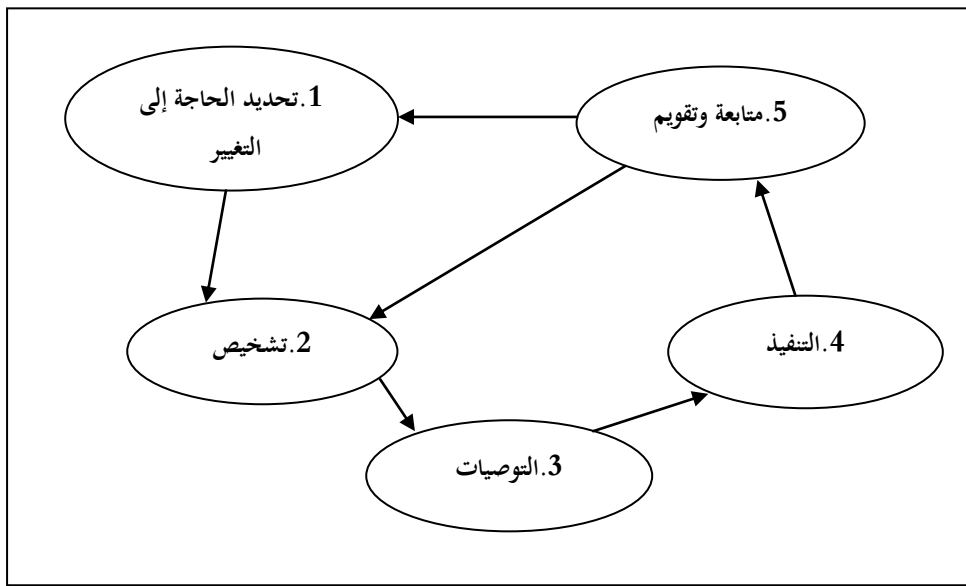
الفرع الرابع: نماذج عملية التغيير التنظيمي

وتعد مراحل عملية التغيير التنظيمي التي ذكرناها سابقا، من النماذج الأولى للتغيير، حيث عرف باسم بنموذج كيرت لوين "Kurt.Lewin"، وتوجد عدة نماذج للتغيير التنظيمي، ومن بين أهمها نجد:

1- نموذج ليببت وواطسون وويستلي "Lippit & Watson & Westley": يعد هذا النموذج نموذجا معدلا لنموذج

لوين "Lewin" وهو موضح بالشكل الموالي:

الشكل رقم (3.1): نموذج ليببت وواطسون وويستلي لإدارة التغيير



المصدر: ربحي مصطفى عليان، مرجع سبق ذكره، ص. 196.

يتبين لنا من الشكل أن النموذج يتكون من خمسة مراحل للتغيير هي¹:

- مرحلة الحاجة للتغيير (مرحلة إذابة الجليد عند لوين "Lewin")؛
- مرحلة تشخيص الوضع الراهن وتحديد مطالب التغيير وأماكنها؛
- مرحلة التوصيات وهي الإستشارات التي يطرحها خبراء التغيير ويوصون بها؛
- مرحلة تنفيذ عمليات التغيير (مرحلة التغيير عند لوين "Lewin")؛
- مرحلة المتابعة والتقويم لنتائج التغيير ومن الممكن أن يتبع هاته الخطوة تشخيص جديد من خلال النتائج السابقة تم التوصيات والتنفيذ والمتابعة والتقويم (مرحلة إعادة التجميد عند لوين "Lewin")؛

¹ محمد بن يوسف النمران العطيات، مرجع سبق ذكره، ص. 109.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

2- نموذج غرينر "Griner":

حيث يشير إلى أن ديناميكية التغيير الناجح تمر بست مراحل يتأثر بعضها ببعض، ولاسيما خلال ظهور ردود الفعل المعاكسة عند نقل السلطة في الهيكل من مرحلة لمرحلة أخرى، والجدول

الموالي يوضح طبيعة النموذج وأهم مراحله كالآتي¹:

الجدول رقم (3.1): مراحل ديناميكية التغيير لـ غرينر "Griner"

| الضغط على هيكل السلطة | رد الفعل لدى هيكل السلطة |
|--|---|
| المرحلة الأولى: الضغط على الإدارة العليا | اليقظة للقيام بالعمل |
| المرحلة الثانية: التدخل من الأعلى | إعادة التكييف لمعالجة المشكلات الداخلية |
| المرحلة الثالثة: تحديد مجالات المشكلات | التعرف على خواص المشكلات |
| المرحلة الرابعة: ابتكار حلول جديدة | الالتزام باتجاه جديد في العمل |
| المرحلة الخامسة: تجريب الحلول الجديدة | بحث في النتائج |
| المرحلة السادسة: تعزيز النتائج الإيجابية | قبول الإجراءات الجديدة |

المصدر: محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص. 84.

من الجدول يتبين لنا أن مراحل عملية التغيير كالآتي :

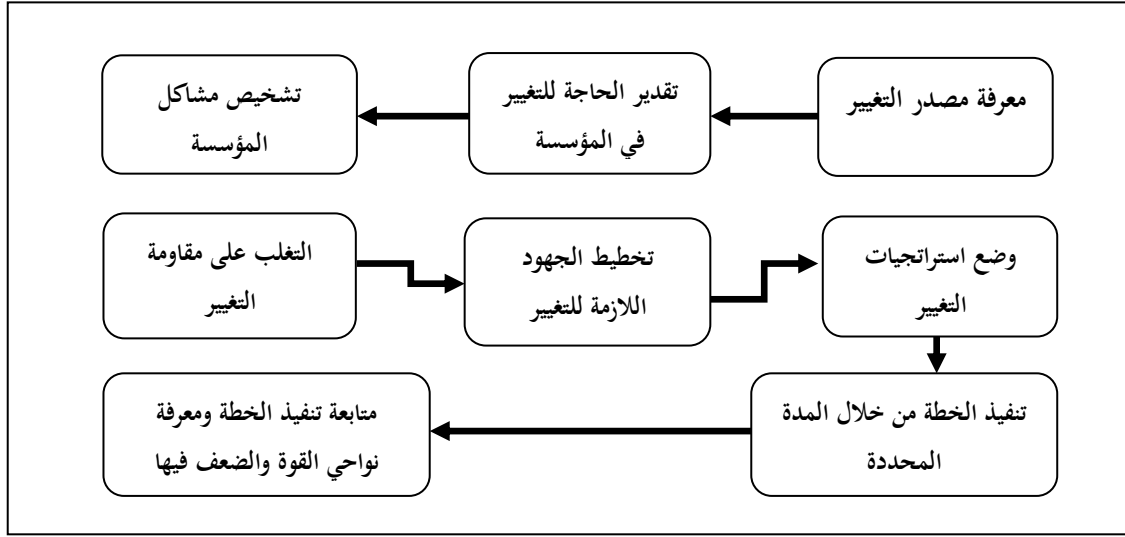
- مرحلة الضغط على الإدارة العليا بغية الشروع بعملية التغيير.
- مرحلة التدخل من الأعلى لغرض إعادة التكييف والتوازن لمواجهة المشكلات الداخلية.
- مرحلة تحديد مجالات المشكلات والتعرف عليها بشكل دقيق.
- مرحلة ابتكار حلول جديدة والالتزام باتجاه جديد في العمل.
- مرحلة تجريب الحلول الجديدة وبحث النتائج.
- مرحلة تعزيز النتائج الإيجابية وقبول الإجراءات الجديدة.

3- نموذج عبد الباري الدرّة:

يقترح الدرّة نموذجاً لإدخال التغيير المخطط في المؤسسة وهو ممثل بالخطوات المبينة في الشكل الآتي:

¹ محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص. 83.

الشكل رقم (4.1): خطوات التغيير التنظيمي



المصدر: عوني فتحي خليل عبيد، واقع إدارة التغيير وأثرها على العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية- دراسة حالة مجمع

الشفاء الطبي-، مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين، 2009، ص. 34.

يبين لنا الشكل السابق الخطوات الثمانية لإدخال التغيير إلى المؤسسة كالآتي¹:

أ- معرفة مصادر التغيير: قد يكون مصدر التغيير إما بيئة المؤسسة الخارجية، أو هيكل المؤسسة وعلاقات السلطة والاتصال، أو المناخ التنظيمي السائد؛

ب- تقدير الحاجة إلى التغيير: وذلك من خلال تحديد الفجوة الفاصلة بين موقع المؤسسة الحالي وما تريد تحقيقه؛

ج- تشخيص مشكلات المؤسسة: فقد تكون في أساليب العمل، التكنولوجيا، دوران العمل، وغيرها من المشاكل؛

د- التغلب على مقاومة التغيير: إن المشكلة الحقيقية التي تواجه التغيير هي المقاومة التي يتبناها الأفراد وذلك برفضهم ما يطلبه منهم أنصار التغيير؛

هـ- تخطيط الجهود اللازمة للتغيير: وذلك بتوضيح أهداف التغيير بشكل دقيق يمكن قياسه؛

و- وضع استراتيجيات التغيير: بالأخذ بعين الاعتبار العناصر التي قد تتأثر بها أجزاء المؤسسة كالهيكلة التنظيمي، التكنولوجيا والقوى البشرية؛

ز- تنفيذ الخطة في خلال مدة معينة: أي ترجمة تلك الاستراتيجيات إلى سلوك فعلي خلال مدة محددة؛

ح- متابعة تنفيذ الخطة ومعرفة نواحي القوة والضعف فيها: هنا يتم مقارنة النتائج المحققة مع الأهداف الموضوع لغرض تشخيص الانحرافات الحاصلة وأسبابها.

ونظرا لصعوبة اتفاق الباحثين على اعتماد نموذج واحد للتغيير التنظيمي، فإنه يتوجب على المؤسسات أن تختار النموذج

الذي يتوافق مع إمكانياتها وظروفها، حتى تضمن بذلك تحقيق أهدافها من عملية التغيير التي تود إحداثها.

¹ محمود سلمان العميان، مرجع سبق ذكره، ص. 351.

الفصل الأول — الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

المطلب الثالث: مقاومة التغيير التنظيمي

تواجه كل عملية تغيير بمقاومة، تختلف من حيث القوة والنوع والمصدر والوقت ولاشك أن لهذه المقاومة دوراً كبيراً في التأثير على عملية التغيير وقد تصل بها إلى الفشل، لذا كان لابد من تحديد مفهوم هذه المقاومة وأشكالها، مع إبراز سبل الحد منها، وبيان الفوائد التي تعود على المؤسسة من مقاومة التغيير.

الفرع الأول: مفهوم مقاومة التغيير التنظيمي

تعني مقاومة التغيير امتناع الأفراد عن التغيير أو عدم الامتثال له بالدرجة المناسبة والركون إلى المحافظة على الوضع القائم، وفي هذا السياق يقول الأعرجي: "أن المقاومة قد تأخذ شكلاً آخر وذلك بأن يقوم الأفراد بإجراءات مناقضة أو مناهضة لعمليات التغيير"، وهذه المقاومة قد لا تكون سلبية في أغلب الأحوال بل إيجابية وتمثل إيجابية المقاومة عندما يكون التغيير المقترح سلبياً، بمعنى أن الفوائد المتحققة منه أقل من التكاليف المدفوعة وعدم الامتثال له يصب في مصلحة الإدارة¹.

تجدر الإشارة إلى أن هناك اتفاق بين الباحثين والمدراء على اعتبار عملية التغيير من أصعب الأمور، وذلك لسبب بسيط وهو أن الناس يحبون ما اعتادوا عليه. لذا فإن رد الفعل الطبيعي على التغيير هو مقاومته في البداية بقوة. وفي الحقيقة يمكن اعتبار مقولة "مقاومة التغيير" مقولة مضللة، فالناس لا يقاومون التغيير بقدر ما يقاومون نتائجه السلبية وتأثيراته، إنه ذلك الشعور بالخوف من الغموض الناجم عن فقدان ما هو مألوف ومعتاد².

مما سبق ذكره يمكن تعريف مقاومة التغيير على أنها رد فعل يصدر عن الفرد العامل كنتيجة حتمية للتغيرات التي تحدث في بيئة العمل.

الفرع الثاني: صور (أشكال) التعبير عن المقاومة

تتخذ مقاومة الموظفين للتغيير التنظيمي صوراً وأشكالاً عديدة، والشكل الموالي يوضح لنا هاته الأشكال التي يمكن أن يواجهها التغيير في المؤسسة:

الشكل رقم (5.1): مقاومة التغيير



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

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

² طارق السويدان، منهجية التغيير للمنظمات، دار ابن حزم، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، 2001، ص. 33.

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

أما المقاومة الفردية فهي درجات، إما أن تكون قوية أو ضعيفة، وهنا التغيير يصبح كترجمة للفرد أي من وجهة نظر فردية، ففي كل تغيير هناك أفراد سيربحون أو يخسرون بطريقة ما، فإذا كانت ترجمة الفرد لهذا التغيير على أساس أن الخسارة من ورائه أكثر من الربح على مستوى التنظيم سوف يؤدي حتما إلى المقاومة وإلى نشاطات تدمر فردية أو جماعية. وقد يكون شكل المقاومة ثقافيا، فثقافة المؤسسة عامل قوي يحدد ما إذا كان التغيير مرغوبا أو مفروضا، ويرتبط ذلك بالذكريات المرتبطة بالأخطاء السابقة، الارتباط بالبقرة المقدسة (*vaches sacrées*)* بالإضافة إلى انعدام روح المبادرة، حيث تصنف من الأسباب الرئيسية للمقاومة¹.

وقد يكون التعبير عن مقاومة التغيير سرا أو علنا على مستوى الفرد أو الجماعة والمؤسسة. ومن منطلق أن تشخيص الأزمة هو مفتاح التعامل معها، يحاول القائمين على برامج التغيير التنظيمي معرفة أسباب مقاومة التغيير.

الفرع الثالث: أساليب الحد من مقاومة التغيير التنظيمي

هناك العديد من الأساليب والإستراتيجيات التي يمكن للمؤسسة أن تستخدمها من أجل التغلب على مقاومة التغيير، ومن بين الأساليب المعروفة والشائعة الاستخدام ما يلي:

1. **التعليم والاتصال:** مناقشة موضوع التغيير مسبقا مع العاملين بوضوح، وإعلامهم من خلال المناقشات واللقاءات حول التغيير المراد إحداثه ومبرراته وأهدافه والمكاسب التي يمكن أن تتحقق².
2. **المشاركة والإندماج:** تستخدم هذه الطريقة عندما يكون الأفراد المتأثرين بالتغيير يمتلكون القدرة العالية على مقاومته. ومن أبرز إيجابيات هذه الطريقة أن المشاركين سيلتزمون بتطبيق التغيير، أما سلبياتها فإنها تستغرق وقتا طويلا³؛
3. **التسهيل والدعم:** من خلال الإعلان عن خطواته وتحديد المسؤول عن تنفيذها مع منح فترة للتأقلم، تقوم حينها المؤسسة بتنظيم برامج التدريب اللازمة لتوידهم بالمهارات الجديدة وتقديم التحفيز والدعم المعنوي لإنجاح التغيير⁴، وإيجابيات هاته الطريقة أنه لا يوجد طريقة أفضل منها، أما سلبياتها فهي تتطلب وقتا طويلا وتكلفة تطبيقها عالية⁵؛
4. **التفاوض والإتفاق:** ويتم اللجوء إلى هذا الأسلوب في حالة ما إذا كان هناك طرف ما سوف يتأذى من التغيير الذي سوف يتم استحداثه، لذلك فإن على القائمين تقديم حلول ممتثلة في بعض التنازلات، الإمتيازات، الحوافز والخدمات مقابل تقبل الأفراد لعملية التغيير، ما يعاب على هذه الطريقة هو تكلفتها العالية والخوف من عدم التزام أطراف⁶؛

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

¹ Jean Marie Ducreux, Maurice Marchand-Tonel, *op cit*, p. 286.

² حسن إبراهيم بلوط، المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، لبنان، 2005، ص. 296.

³ أحمد يوسف دودين، مرجع سبق ذكره، ص. 46.

⁴ محمد مكناسي، أسباب مقاومة العاملين للتغيير التنظيمي بوحدة الحماية المدنية، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد ب، العدد 42، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قالة، 2014، ص. 408.

⁵ ربحي مصطفى عليان، مرجع سبق ذكره، ص. 341.

⁶ أحمد ماهر، مرجع سبق ذكره، ص. 75. بتصرف.

5. **المناوراة والاستقطاب:** يمكن للمدير المناورة بالموارد أو التعاون مع بعض الفئات التي أضهرت موافقتها للتغيير مع تجاهل تلك التي تعارض التغيير، ويلجأ لهذا الأسلوب إذا كانت الظروف الحالية لا تجدي معها أي من الأساليب السابقة أو لا تتوفر المقومات المناسبة لطرحها، هذا الأسلوب قد يسبب مشاكل في المستقبل إذا ما شعر الأفراد بأساليب المناورة¹.
6. **التهريب الصريح والضمني:** من الممكن أن يلجأ المديرون - كآخر محاولة - إلى تهديد العاملين بفقدان وظائفهم أو تقليل فرص الترقية، أو إجراء تغييرات في الوظائف بغرض مواكبة جهود التغيير².
- نستخلص من مما سبق ذكره أن لكل أسلوب من هذه الأساليب مزاياه وعيوبه، وعليه لا بد أن تكون للإدارة القدرة على تشخيص الموقف بصورة جيدة لاختيار الأسلوب المناسب.

الفرع الرابع: مزايا مقاومة التغيير التنظيمي

- جرت العادة أن ينظر إلى مقاومة التغيير التنظيمي على أنها ظاهرة سلبية، إلا أننا نؤكد بأنه ليست كل أشكال المقاومة سلبية دائماً، بل قد تحمل بعض الإيجابيات لا يمكن إغفالها ومن أهمها:
- ✓ يمكن أن تشجع الإدارة على تفحص مقترحاتها بشكل متعمق وبجدية للتأكد من أنها مناسبة، وبالتالي فإن المقاومة المعقولة تجعل القائمين على التغيير أكثر دقة واستعداداً له، وأكثر مرونة وإدراكاً لآثاره على المدى القريب والبعيد؛
 - ✓ تساعد في إبراز نقاط الضعف في العمليات الإدارية المختلفة ومعالجة المشكلات المتعلقة بذلك³؛
 - ✓ تجبر المقاومة المؤسسة على توضيح أهداف التغيير ووسائله وأثاره بشكل أفضل مما يجعل العاملين على إطلاع بها⁴؛
 - ✓ إن حالة الخوف من التغيير ومشاعر القلق التي يعاني منها الأفراد العاملون تدفع إدارة المؤسسة إلى تحلّل أدق للنتائج المحتملة للتغيير سواء المباشرة أو غير المباشرة⁵؛
 - ✓ تكشف مقاومة التغيير في المؤسسة عن عدم فعالية عملية الإتصال وعن عدم توافر النقل الجيد للمعلومات⁶.
- اعتباراً لما سبق يمكن القول أن مقاومة التغيير التنظيمي تعد تعبيراً ظاهرياً أو باطنياً عن رفض الموظفين لهذا التغيير، وبما أن لهذه الظاهرة صوراً متعددة، وجب التشخيص السليم لها بغية التغلب عليها، وهذا من خلال اختيار أنسب الأساليب والمناهج المعتمدة في التعامل معها من طرف المؤسسة.

المطلب الرابع: متطلبات نجاح التغيير التنظيمي

يشير أغلب المختصون في مجال بحوث التغيير التنظيمي إلى أن متطلبات نجاحه تعد بمثابة مفاتيح للتغيير، فهي بذلك تمثل عوامل نجاح أساسية للتغيير التنظيمي، وسيتم التطرق في هذا المطلب بشيء من التفصيل لأهمها قصد معرفة مدى مساهمتها في نجاح عملية التغيير التنظيمي.

الفرع الأول: دور القيادة في نجاح التغيير التنظيمي

لا شك أن دور القيادة في إحداث التغيير حاسم وأكبر من أي دور آخر، فهي لديها جميع إمكانيات القيام بالتغيير، وسنحاول من خلال هذا المطلب توضيح مفهوم قيادة التغيير ومدى ضرورة القيادة والحاجة إليها في نجاح التغيير التنظيمي.

¹ حسن محمد أحمد محمد مختار، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 242-243.

² رعد الصرن وأيمن ديوب، نظرية المنظمة والتطوير التنظيمي، منشورات جامعة دمشق، دمشق، سوريا، 2015، ص. 229.

³ بلال خلف السكارنة، التطوير التنظيمي والإداري، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، 2013، ص. 332.

⁴ ناصر جرادات وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 280.

⁵ زيد منير عبوي، مرجع سبق ذكره، ص. 43.

⁶ أحمد يوسف دودين، مرجع سبق ذكره، ص. 45.

أولاً: مفهوم القيادة

لا يوجد تعريف متفق عليه للقيادة، حيث يقول ستوغديل "Stogdill" الذي قام بمراجعة عدة نظريات ودراسات في القيادة أنه: "يوجد عدد كبير من التعاريف للقيادة يوازي عدد الأفراد الذين حاولوا تعريف هذا المفهوم"¹. وتعرف القيادة على أنها: " قدرة الفرد في التأثير على شخص أو مجموعة من الأشخاص، وتوجيههم وإرشادهم من أجل كسب تعاونهم وحفزهم على العمل بأعلى درجة من الكفاية في سبيل تحقيق الأهداف الموضوعية"². وتعرف على أنها: "مجموعة خطوات أو إجراءات تتضمن توظيف الموارد المتاحة للتأثير في الآخرين بطريقة تدعم إسهامهم في تحقيق أهداف الجماعة أو تحقيق رسالة"³. وهناك من يعرفها على أنها: "عملية رشيدة لها طرفان أحدهما الشخص المدير الذي يوجه ويرشد، والطرف الثاني هم الرؤوسين الذين يتلقون ويقبلون هذا التوجيه والإرشاد بغية تحقيق أهداف معينة"⁴. وتهدف قيادة المؤسسة إلى تحقيق التوازن بين مصالح الموظفين والإدارات المختلفة، وبهذا فإن مهمة القائد هي تحقيق التوازن بين المصالح الفردية والجماعية، وعليه فإن القيادة ما هي إلا تأثير على سلوك الآخرين للوصول إلى تحقيق الأهداف المرغوبة.

ثانياً: دور القيادة في نجاح التغيير التنظيمي

يعزى فشل محاولات إحداث التغيير في مؤسسات الأعمال إلى سببين رئيسيين هما⁵:

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

إذاً فالتغيير التنظيمي يتطلب بشكل أساسي وجود قادة يفهمون عملية التغيير ولديهم القدرة على تنفيذها، وعليه يمكن تلخيص الدور الذي تلعبه القيادة في إحداث التغيير والعمل على إنجاحه بما يأتي⁶:

- ✓ تطوير منهجية عملية لإدارة عمليات التغيير، تأخذ في اعتبارها مجمل العوامل، والمؤثرات الفاعلة في الموقف؛
- ✓ إدماج مفاهيم وتقنيات إدارة التغيير في نسيج الفكر الإداري، وضمن مهام المديرين في المؤسسات المعاصرة؛
- ✓ تمكين العاملين من المشاركة في تطوير نماذج متميزة لإدارة التغيير، توافق أوضاع مؤسساتهم، وأهدافها وإمكاناتها؛
- ✓ تأكيد التوجه الإيجابي في التعامل مع محركات التغيير، بمنطق يقوم على ثلاثة أشياء مهمة: التحليل، التفكير والتغيير.

وأخيراً، لا بد من ربط كل ذلك بعنصرين أساسيين هما تحفيز العاملين وتمكينهم لأن هناك علاقة خطية ما بين الحوافز وتحقيق الأهداف، فكلما أدركت القيادة بأن الموظفين ينتظرون منفعة ما من التغيير كلما ربطت بين تحفيزهم وإنتاجيتهم، ولكي تساعدهم على تحقيق أعلى درجات الإنجاز كفاءةً لا بد لها من تمكينهم⁷.

¹ حسن ابراهيم بلوط، مرجع سبق ذكره، ص. 416.

² معمر قربة، القيادة مصدر لترسيخ أخلاقيات الأعمال في المنظمة، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، المجلد 11، العدد 2، جامعة غرداية، 2018، ص. 08.

³ عبد الله بن مسفر الوقداني، القيادة والبيروقراطية، مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، العدد 20، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، 2018، ص. 04.

⁴ فتحي أحمد ذياب عواد، إدارة الأعمال الحديثة بين النظرية والتطبيق، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2013، ص. 178.

⁵ ناصر جرادات وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص. 292.

⁶ على السلمي، ملامح الإدارة الجديدة في عصر المتغيرات وانعكاساتها على إدارة التغيير، الملتقى الإداري الثالث، الجمعية السعودية للإدارة، السعودية، 2005، ص. 115.

⁷ Whiener, Ellen, **Do high commitment human resource practices affect employee commitment?**, A Cross-Level Analysis Using Hierarchical Linear Modeling, Journal of Management, 2001, P. 535.

الفصل الأول — الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

مما سبق نستخلص أن القيادة هي معيار النجاح أو الفشل لعمليات التغيير التنظيمي، ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن يقوم التغيير دون قيادة فعالة، لذا فإن وظيفة القائد هي تغيير الأوضاع الحالية من خلال إقناع الناس بالحاجة إلى التغيير. كما لا بد له من اختيار نموذج التغيير ومساراته، ويضع استراتيجية تنافسية متكاملة الأبعاد والمتطلبات وهو ما قد يحتاج إلى فترة إنتقالية¹.

الفرع الثاني: تأثير الثقافة التنظيمية على التغيير التنظيمي

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

أولاً: مفهوم الثقافة التنظيمية

لعل أول من استعمل مفهوم ثقافة المؤسسة هو ج. إليوت "Jacques.Elliott" سنة 1951 حتى وإن أكد كيش ديس "Kiche dix" أنه ظهر لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية في السبعينات وأنه لم ينتقل إلى فرنسا على لسان المسيرين إلا في بداية الثمانينات ولم يوظف في الجزائر إلا في سنة 1997 إذا استثنينا مقالي "عبد الله بندي" و"مزوار بلخضر"². والثقافة التنظيمية هي بطاقة تعريف المؤسسة للمجتمع، وهي المكونة لشخصية المؤسسة والتي لا بد من أن تكون منفردة ومتميزة في نظر العاملين والعملاء³، فهي توفر صورة متكاملة والتي تعكس القيم والمعتقدات حول أين كانت المؤسسة؟ ما هو مركزها الآن؟ وكيف ستكون في المستقبل؟⁴.

ويعرف شين "Chinn" في كتابه الثقافة التنظيمية والقيادة ثقافة المؤسسة بأنها: "مجموع المبادئ الأساسية التي اخترعتها الجماعة واكتشفتها أو طورتها، أثناء حل مشكلاتها للتكيف الخارجي، الاندماج الداخلي، والتي أثبتت فعاليتها ومن ثم تعليمها للأعضاء الجدد كأحسن طريقة للشعور بالمشكلات وإدراكها وفهماها"⁵.

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

ثانياً: الثقافة التنظيمية والتغيير التنظيمي

لقد حظي موضوع الثقافة التنظيمية بأهمية في التغيير التنظيمي من قبل عدد من الباحثين، نظرا للدور الذي تلعبه الثقافة في خلق الولاء اتجاه التغيير، حيث بينت الدراسات أن الثقافة البيروقراطية تؤثر بصورة سلبية على الولاء، عكس الثقافة الداعمة التي تسهم في إحداث التغيير من خلال خلق درجة عالية من التفاني في العمل والرغبة في إحداث التغيير لدى العاملين. ورغم أن الثقافة التنظيمية تتأصل في افتراضات وقيم المؤسسة المتقاسمة، إلا أنها تخضع لعملية التغيير التي تقوم بها المؤسسات المتميزة بين فترة وأخرى، وذلك من خلال نوعين من التغييرات حسب رؤية بينيت "Bennett" وهما⁶:

¹ بلال خلف السكارنة، مرجع سبق ذكره، ص. 337. بتصرف.

² بشير محمد، الثقافة والتسيير في الجزائر "بحث في تفاعل الثقافة التقليدية والثقافة الصناعية"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2007، ص. 07.

³ أمل مصطفى عصفور، قيم و معتقدات الأفراد و أثرها على فاعلية التنظيم، منشورات المؤسسة العربية للتنمية الإدارية، 2008، ص. 47.

⁴ فلاح حسن عداي الحسيني، الإدارة الاستراتيجية، مفاهيمها مداخلها عملياتها المعاصرة، دار وائل للنشر، عمان، 2006، ص. 100.

⁵ Jean François Souterain, organisation et gestion de l'entreprise, copyright éditions foucheur, paris, 2006, p. 425.

⁶ ثقافة المؤسسات في الابتكار، متاح على الموقع الإلكتروني:

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

1. **التغييرات الداخلية:** والتي يمكن أن تتمثل في أربعة عوامل لتغيير ثقافة المؤسسة هي: إدخال أفراد جدد في المؤسسة، وبرامج الحوافز المشجعة للمداخل، وطرق العمل الجديدة، وتبني الأفكار الجديدة، وأخيرا ترقية الأفراد ذوي الاتجاهات الثقافية المرنة والملائمة؛

2. **التغييرات الخارجية:** وتتمثل في الظروف الجديدة المحيطة بالمؤسسة والتي تفرض عليها اتجاهات جديدة في التفكير والعمل، وتستدعي تغييرا جديا في ثقافة المؤسسة.

من هنا، أصبحت الثقافة التنظيمية عاملا مساعدا لعملية التغيير أو معيقا له، فقد أثبتت العديد من الدراسات أن التغيير الناجح عادة ما يكون مدعما بتغييرات وتطورات ملائمة في كافة النظم الفرعية في المؤسسة بما فيها الثقافة التنظيمية، فمن خلال تبني المنظور الثقافي في المؤسسة يكون هناك تسهيل لإحداث التغيير بالتركيز على المفاهيم الرمزية للمؤسسة والطقوس والقيم والأنماط القيادية¹.

وبين جونسون وآخرون " Jones & Al " أن الثقافة التنظيمية تلعب دورا هاما في إنجاح مبادرات التغيير التنظيمي من خلال الاستعداد للتغيير. فإدراك الاستعداد للتغيير داخل المؤسسة لا يعزى فقط إلى الفروق الفردية، وإنما أيضا إلى معتقدات واتجاهات أعضاء المؤسسة².

مما سبق نستخلص أن التغيير الثقافي الذي يرافق التغيير التنظيمي يلعب دورا مهما في إنجاحه، وهنا تبرز أهمية المورد البشري لأنه المكون الأساسي لثقافة المؤسسة وهو من أهم دعائم التغيير والتطوير. كما أن المؤسسات التي تمتلك ثقافة تنظيمية ومناخ تنظيمي داعم تعد أكثر ملاءمة لإنجاح مبادرات التغيير التنظيمي من غيرها التي تتسم بعدم المرونة والتحكم.

الفرع الثالث: دور الموارد البشرية في نجاح التغيير التنظيمي

تعد الموارد البشرية من أكثر المجالات تأثرا وتأثرا ومن بين أهم الأمور هو تحليل للبيئة التي ينشط فيها هذا المورد، فنتائج التحليل تعتبر مفتاحا لصياغة أهداف واستراتيجيات الموارد البشرية التي تساعد على إدارة عملية التغيير فالوضوح في تصميم الهياكل لتنظيمية سوف يؤدي إلى تحديد أهداف المواد البشرية بصورة واضحة والذي من شأنه أن يؤدي إلى تطوير وتحقيق الأهداف والسلاح القوي لتنفيذ التغيير³.

وتتأثر عملية التغيير بمستوى الموارد البشرية ومدى قناعتها بعملية التغيير واستعدادها، كما أنها في نفس الوقت تؤثر هي الأخرى على تطوير مهارات المورد البشري كجزء من عملية التغيير ذاتها، فنجاح عملية التغيير لا يعتمد فقط على التصميم والتخطيط وإنما على الإسهام الفعال الجاد والمتقن للموارد البشرية القادرة على إدارة العملية بفعالية ومقدرة⁴.

كما تعد إدارة الموارد البشرية شريك استراتيجي في اتخاذ القرار وإدارة التغيير، وكل هذا سوف يكسبها مكانة مميزة في الهيكل التنظيمي لتحسيد البعد الإستراتيجي للموارد البشرية ومنه اكتسابها لميزة الشريك الاستراتيجي لإدارة المؤسسة في إحداث التغيير الفعال الذي يقود إلى تطور المؤسسة وبالتالي تعزيز المكانة التأثيرية للموارد البشرية داخل المؤسسة⁵.

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

² Jones & Al, **The impact of organizational culture and reshaping capabilities on change implementation success: "the mediating role of readiness for change"**, Journal of Management Studies, issue 2, 2005, P . 364.

³ François Pichault, Jean Nizet, **Les pratiques de gestion des ressources humaines**, Editions du Seuil, Paris, 2000, p. 26.

⁴ t. Wils, C. Labelle, G. Guerin, **"Le repositionnement des professionnels en ressources humaines: impacts sur les compétences et la mobilisation"**, Gestion, Volume 24, numéro 4, 2000, p.p. 21-23.

⁵ Weiss Dimitri, **Ressources humaines**, 2° édition, éditions D'organisation, 2003, p.p.543-545.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

وعليه يكون هناك دائما دور لإدارة الموارد البشرية في إحداث التغيير التنظيمي ويبقى التساؤل مطروحا فقط حول درجة أهمية هذا الدور الذي نوضحه فيما يلي:

- عندما تقوم بدور المسهل والمساعد للإدارات الأخرى المقررة للتغيير، فهي في هذه الحالة أداة لتنفيذ التغيير، وتكون درجة أهميتها منخفضة؛
- أما إذا قامت بدور المحرك الرئيسي والفاعل الاستراتيجي، فهي مكون أساسي في صيرورة التغيير، فهي تتحمل مسؤولية قيادته، حينها تكون درجة أهمية هذا الدور الممنوح لها عالية¹.

الفرع الرابع: الهيكل التنظيمي الداعم للتغيير التنظيمي

يحتل الهيكل التنظيمي مكانة هامة داخل المؤسسة، لأن أداء هذه الأخيرة قد يكون جيدا كما قد يكون سيئا، حسب مدى ملائمة الهيكل التنظيمي ومساهمته في تحقيق أهدافها، والتغيير كأحد المناهج الحديثة في الإدارة يتوقف نجاحه على العديد من المتطلبات والتي قد يكون الهيكل التنظيمي أحدها باعتبار ما يوفره من دعم فعال. وتتميز الهياكل التنظيمية المشجعة على التغيير بالعديد من الخصائص أهمها المرونة، الحرية وتمكين العاملين عبر إشراكهم في إتخاذ القرارات، وفي المقابل تبعد هذه الهياكل عن التخصص، الرسمية والمركزية. وهناك عناصر تحكم على دعم الهيكل التنظيمي للتغيير، مثل فرق العمل، الاتصالات، تصميم العمل والعلاقات الداخلية².

ويكمن تأثير الهيكل التنظيمي في قدرة المؤسسات على إحداث التغيير من خلال ما يلي:

- الهيكل التنظيمي يقوم بتحديد آليات التفاعل مما يساعد في عملية النهوض بعمليات التغيير داخل المؤسسة؛
- يؤثر الهيكل التنظيمي في تدفق المعلومات التي تحتاج إليها عملية التغيير في المؤسسات؛
- تحتاج أنشطة التغيير إلى التنسيق، وإن الآليات التي تستخدم في إنجاز الفعاليات التنسيقية تلعب دورا مهما في إحداث عمليات التغيير التنظيمي.

الفرع الخامس: دور تكنولوجيا المعلومات في إحداث التغيير التنظيمي

أدى التطور التكنولوجي السريع إلى تزايد إهتمام المؤسسات بتكنولوجيا المعلومات، وذلك لدورها الناجح والكبير في الجوانب الإدارية المختلفة، حيث أسهمت في إحداث تغييرات كبيرة وهامة داخل المؤسسات التي تبنت منهج التغيير. تتمثل مساهمة تكنولوجيا المعلومات في المساعدة على إحداث التغيير التنظيمي داخل المؤسسات في النقاط الآتية³:

- ✓ المساعدة على القيام بأعمال لم يكن في الاستطاعة تحقيقها من قبل (Teleconferencing)؛
- ✓ المساعدة على التخلص من القواعد القديمة والأنماط الجامدة، والتمكين من الحركة والمرونة؛
- ✓ التحول من قاعدة البيانات ونظام المعلومات الإدارية إلى شبكة المعلومات التي تساعد على أداء العمل؛
- ✓ المساعدة على التوحيد والتكامل والاندماج بين أجزاء العمل لتكوين عمليات مترابطة ذات معنى؛
- ✓ الاستفادة من شبكات الاتصال الحديثة حتى يمكن الاستفادة من المركزية أو اللامركزية؛

¹ رقام لينة، دور إدارة الموارد البشرية في تسيير التغيير في المؤسسات الاقتصادية الكبرى في ولاية سطيف، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة سطيف 1، 2013-2014، ص. 155.

² عبد السلام مخلوفي، مباركة عبدلي، فعالية نموذج VIGEO في قياس الأداء البيئي "دراسة حالة مؤسسات جزائرية"، مجلة الدراسات المالية، المحاسبية والإدارية، العدد الثاني، جامعة العربي بن مهيدي بأم البواقي، الجزائر، 2014، ص. 12.

³ ضيف أحمد، تكنولوجيا المعلومات والاتصال كمدخل لتفعيل إدارة التغيير بالمؤسسة الاقتصادية "حالة المؤسسة الجزائرية مجمع اتصالات الجزائر نموذجا"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة أبي بكر بلقايد سطيف، 2012-2013، ص. 251.

✓ التحول من مركزية القرارات إلى شبكات القرارات حيث يصبح كل فرد مسؤولاً عن اتخاذ القرار. من خلال ما سبق ذكره فإن نجاح التغيير التنظيمي يتطلب بالضرورة توفر قيادة مناسبة لها من المهارات اللازمة ما يكفي لتحقيق التغيير مع ثقافة تنظيمية مرنة تتغير مع التطورات وسياسة فعالة للموارد البشرية، دون إغفال الدور الفعال لتكنولوجيا المعلومات وحتمية وجود هيكل تنظيمي داعم للتغيير.

المبحث الثاني: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

تعتبر جودة الخدمات الصحية من أهم المفاهيم وأكثرها حيوية في المؤسسات الصحية حيث يساعد تطبيق هذا المفهوم في المؤسسات الصحية على تحقيق النجاح والاستقرار وتعزيز الميزة التنافسية والتفوق على المدى الطويل، وسنطرق من خلال هذا المبحث إلى مختلف الجوانب النظرية لجودة الخدمات الصحية .

المطلب الأول: مدخل للمؤسسات الصحية

تعتبر المؤسسات الصحية من المنشآت الهامة في المجتمع، باعتبارها تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية، حيث انتقل مفهوم هذه المؤسسات من مجرد مكان لإيواء المرضى إلى اعتبارها مؤسسات منتجة للصحة، والذي نتج عنه توسع في مفهوم ووظائف هذه المؤسسات. ومن خلال هذا المطلب سنتعرف على مفهوم المؤسسات الصحية والتطورات التاريخية التي طرأت عليها، مع الإشارة إلى أهم الخصائص والوظائف التي تميزها، وأخيراً التطرق إلى المعايير المعتمدة في تصنيفها.

الفرع الأول: السرد التاريخي لمفهوم المؤسسات الصحية

المؤسسة الصحية في شكلها الحالي ما هي إلا خلاصة تطورات تاريخية أكسبتها الشكل المؤسسي بعد أن كانت تخضع للمنطق الخيري، وسنستعرض في هذا المطلب أهم التطورات التاريخية التي مرت بها المؤسسات الصحية وصولاً إلى تحديد مفهومها. أولاً: التطور التاريخي للمؤسسات الصحية

إن المؤسسات الصحية لم تصل إلى هذا المستوى من التقدم إلا نتيجة للتطورات التاريخية التي طرأت عليها على مر العصور، بدءاً من الحضارات القديمة وحتى الوصول إلى العصر الحديث، وبالتالي يمكن التمييز بين ثلاثة مراحل أساسية لتطور المؤسسة الصحية¹، وتمثل هذه المراحل فيما يلي:

1- المؤسسة الصحية في الحضارات القديمة:

يرجع تاريخ المؤسسات الصحية إلى ما يقارب 1200 سنة قبل الميلاد، وذلك في المعابد الإغريقية، ويعتبر أبوقراط "Hippocrate" أول من وضع أساسيات معالجة المرضى في هذه المعابد، حيث كان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء، كما استخدم فراعنة مصر -حوالي 600 سنة قبل الميلاد- معابدهم لإيواء وعلاج المرضى، وسميت "بمعابد الشفاء"². وقد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها اسم "السيكستا" "Ckista" أي معابد الشفاء³، وكان الكاهن يقوم بدور الطبيب والممرض وكافة الخدمات الطبية الأخرى.

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

² سليم بطرس جلد، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2007، ص. 18.

³ سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية - دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية-، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة دكتوراه في العلوم التجارية فرع تسويق، جامعة الجزائر 03، 2011-2012، ص. 57.

ومن أبرز سمات المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة ما يلي¹:

- استخدام المستشفى كمركز لتدريب الأطباء الجدد والكوادر الطبية والتمريضية؛
- قيام الاطباء بإجراء العمليات الجراحية وتجبير الكسور ووصف العقاقير الطبية؛
- استخدام المستشفى مكاناً لإيواء المرضى وتقديم العلاج؛
- الاهتمام بنظافة المستشفى من الداخل ونظافة كافة المرافق الصحية والتمريضية التابعة له.

2- المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي:

شهدت المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي تطوراً ملحوظاً، وكانت "خيمة رافدة" التي تم إنشاؤها في مسجد رسول الله - صلى الله عليه وسلم - أول مستشفى ثابت في هذا العصر، وأقام الوليد بن عبد الملك (882هـ - 706 م) مستشفى متكامل في دمشق حشد له مجموعة من الأطباء، أما في العصر العباسي فقد شهدت المستشفيات ازدهاراً وتطوراً في مجالات الطب والتمريض، وقد ظهر في هاته الفترة المستشفى المحمول الذي يرافق الجيش في فتوحاته أو يرسل إلى المناطق النائية لعلاج المرضى في جميع بقاع الدولة الإسلامية المترامية الأطراف².

وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ "البيمارستانات" (المستشفيات الإسلامية) أي دور المرضى، والبيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين "بیمار" بمعنى مريض أو عليل و"ستان" بمعنى دار. وقد خطا العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة ووضعوا مجموعة من القواعد التي تلتقي مع النظم المعمول بها في العصر الحديث³.

ومن أبرز الخصائص التي تميزت بها المؤسسات الصحية في هذا العصر ما يلي⁴:

- عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين؛
- اختيار موقع جغرافي مناسب للمستشفى، بحيث يعكس الجو الهادئ والهواء النقي؛
- وجود المستشفيات المتنقلة ومستشفيات الأمراض النفسية والعقلية؛
- الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية ومرافق المستشفى التابعة له؛
- التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى وتنظيم مهنة الطب والصيدلة والرعاية التمريضية.

3- المؤسسة الصحية في العصر الحديث:

يمثل العصر الحديث ثورة هائلة بالنسبة للمؤسسات الصحية وأعمالها، فقد حملت الثورة الصناعية الكثير من التغييرات الاجتماعية التي أثرت بدورها على الخدمات الصحية وبالتالي تأسيس مستشفيات جديدة. والمستشفى الحديث يُعد المحور التنظيمي لنظام الرعاية الصحية والمكان المؤدي إلى توصيل الرعاية الطبية والصحية للمريض، كما أنه يعتبر أيضاً مكاناً لتدريب كافة الأفراد العاملين في القطاع الصحي، إلى جانب أداء البحوث الطبية⁵.

ومن بين أهم خصائص المؤسسات الصحية الحديثة ما يلي⁶:

- التركيز على العيادات الخارجية وتقديم الخدمات الصحية في منازل المرضى؛

¹ عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998، ص. 13.

² أحمد صلاح الطيب، إدارة المستشفيات، المصرية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2016، ص. 250-251. بتصرف

³ سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سبق ذكره، ص. 57.

⁴ صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين ساعاتي، إدارة المستشفيات منظور شامل، دار الفكر ناشرون وموزعون، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2012، ص. 251.

⁵ فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998، ص. 17.

⁶ أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص. 20.

➤ التركيز على استخدام التقنيات الطبية الحديثة بشكل واسع؛

➤ التركيز على معايير الجودة ومدى تحقيقها في المجالات الطبية.

وفي عصرنا الحالي فقد اتخذت المؤسسة الصحية بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة وأطلق عليها مسميات متنوعة، وأصبح ينظر إليها على أنها نظام مفتوح لاعتمادها على أفراد المجتمع وتأثرها بالبيئة.

ثانياً: مفهوم المؤسسات الصحية

اهتمت العديد من البحوث والدراسات العلمية المتخصصة في المجال الصحي بتحديد مفهوم المؤسسة الصحية، وتباين هذا المفهوم بالنسبة للأطراف التي تتعامل معها المؤسسة الصحية، كل حسب نظريته الخاصة وحسب العلاقة بين هذه الأطراف والمؤسسة، حيث تعرف لدى¹:

- **المرضى:** بأنها الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج، الاستشفاء الرعاية الطبية لهم؛
- **الحكومة:** إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تلبية احتياجات المجتمع، للنهوض بالواقع الصحي نحو الأحسن؛
- **الإطار الطبي:** المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية؛
- **إدارة المؤسسة:** مؤسسة منفتحة على البيئة المحيطة بها، ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة، في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ وفعال؛

▪ **شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية:** سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات.

كما تعرف المؤسسة الصحية بأنها: "كل مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات، المراكز الصحية، العيادات والمراكز التخصصية، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة والصيانة الطبية"². أما منظمة الصحة العالمية (O.M.S) فقد عرفتها على أنها: "جزء أساسي من تنظيم طبي وإجتماعي وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجياً ووقائياً، وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، والمؤسسة الصحية هي أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية بيولوجية"³.

ويعرف المستشفى باعتباره أهم مؤسسة صحية حسب الهيئة الأمريكية للمستشفيات (**American Hospital Association**) بأنه: "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على أسرة للتنويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة، وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين"⁴.

وعليه فالمؤسسة الصحية الحديثة هي جزء من النظام الوطني للاحتياجات الذي تتمثل مهمته في توفير رعاية متخصصة دون تمييز بين الحالة الاجتماعية والاقتصادية لمتلقي الخدمة. وتقدم المؤسسة الصحية للأفراد والمجتمع ككل خدمات الرعاية الصحية الأولية، التوعوية، الوقائية، التشخيص والعلاج الطبي والتأهيلي وغير ذلك من الخدمات الطبية، وتدعم المؤسسة الصحية خدماتها بالطب الاتصالي، وتبني منهج التغيير المستمر، إلى جانب دورها في مجال البحوث الطبية المختلفة، ويتمحور الهدف الأساسي للمؤسسة الصحية الحديثة في العمل على تنمية إمكانياتها وحسن استخدامها لتقديم خدمات طبية وصحية للأفراد والمجتمع بجدة عالية وأمان كبير. ولإنجاز مهمتها يجب عليها أن تتمتع باستقلالية معينة وأن تكون قادرة على تخطيط أنشطتها ومواردها.

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص. 21-22.

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

³ صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص. 252.

⁴ حسان محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية، 1990، ص. 34.

الفرع الثاني: خصائص المؤسسات الصحية

- هناك العديد من الخصائص التي تميز المؤسسات الصحية عن غيرها من المؤسسات الأخرى، ومن أهمها ما يلي:
- ❖ تعدد الفئات العاملة داخل المؤسسة الصحية، فهناك الطبيب، الممرض والإداري، ولكل منهم اهتماماته الخاصة به، ويهتم كل فرد بأداء وظيفته بصرف النظر عن الآخرين، ولذلك نرى أن المتخصص داخل المؤسسة الصحية أشبه بالعامل على خط الإنتاج الذي لا يهتم إلا بالعملية التي يؤديها عند النقطة التي يقف عندها على الخط الإنتاجي؛
 - ❖ يمتاز العمل داخل المؤسسة الصحية بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة، حيث أن الأمر يتعلق بصحة الإنسان، وأي خطأ قد يؤدي بحياة المريض أو يؤدي إلى عجز دائم¹؛
 - ❖ صعوبة تقييم الخدمات الطبية المقدمة بحيث يصعب إيجاد قيم كمية للخدمات الطبية التي تقدمها المؤسسة الصحية²؛
 - ❖ صعوبة التنبؤ بحجم العمل في المؤسسة الصحية، نظراً لصعوبة التنبؤ بحالات المرض المتوقعة، ولذلك فإن على المؤسسة الصحية أن يكون جاهزا بصفة مستمرة لاستقبال الحالات المتوقعة وغير المتوقعة³؛

الفرع الثالث: وظائف المؤسسات الصحية

تتعدد الوظائف التي تمارسها المؤسسات الصحية بتعدد هذه الأخيرة تبعا لطبيعة الهدف من وجودها وتمثل الوظائف الأساسية التي تشترك فيها معظم المؤسسات الصحية الحديثة فيما يلي⁴:

1) الوظيفة العلاجية (الرعاية الصحية):

تعتبر الوظيفة الرسمية للمؤسسة الصحية، وتمثل في الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية⁵، وما يرتبط بهذه الخدمات من خدمات مساعدة مثل: الخدمات الفندقية، الخدمات التقنية (مثل: التحاليل المخبرية والأشعة)، الخدمات اللوجيستية (مثل: الإطعام) والخدمات الإدارية (مثل: التنسيق والرقابة)⁶.

2) الوظيفة الوقائية:

يعتبر بعض الباحثين الدور الوقائي للمؤسسة الصحية جزءا من أخلاقياتها للوفاء بالمسؤولية الاجتماعية الملقاة على عاتقها كمؤسسة إجتماعية. والتثقيف بين أفراد المجتمع ومشاركة الهيئات الرسمية وغير الرسمية والشعبية في حملات مكافحة الأمراض والتلوث البيئي وكيفية الوقاية من الأمراض المعدية تعتبر من الوظائف الحيوية للمؤسسة الصحية، بالإضافة إلى قيامها بجميع الخدمات الخاصة ببرامج الرعاية الصحية وكذا المشاركة في مختلف الحملات الإعلانية حول الصحة العامة وصحة الفرد والأسرة⁷.

3) التدريب والتعليم:

يفرض التطور في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطور مهارات وخبرات كافة العاملين في مختلف مجالات المهن الطبية من خلال التعليم والتكوين المستمر، وهذا ما تمثله المؤسسات الصحية وبخاصة منها الجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات ومراكز

¹ دلال السويسي، قياس كفاءة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات دراسة مقارنة (القطاع العام - القطاع الخاص)

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير تخصص: أنظمة المعلومات ومراقبة التسيير جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2017، ص. 10.

² صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص. 267.

³ سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سبق ذكره، ص. 64.

⁴ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الرابعة، عمان، الأردن، 2012، ص. 109.

⁵ خميس عبد العزيز، الطعمنة محمد، مرجع سبق ذكره، ص. 08.

⁶ Farida Djellal et al, L'Hôpital Innovateur : de l'Innovation Médicale à l'Innovation de Service, Masson, Paris, 2004, P. 48.

⁷ صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص. 258. بتصرف

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

تدريب عملية للأطباء والمرضى والأخصائيين، وتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها، وتزويد الهيئات الطبية بالمهارات اللازمة، لتسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها، بالإضافة إلى نقل التجارب وتبادل المعلومات¹.

4) الأبحاث الطبية والاجتماعية:

تلعب المؤسسات الصحية دورا حيويا في اكتشاف الحالات المرضية ومتابعتها وإيجاد وتطوير العلاجات المناسبة، ومن ضمن الأبحاث والدراسات التي تقوم بها المؤسسة الصحية هي: تحديد وفهم المشاكل الصحية التي تحدث وتحديد أولويات حلها، وتحسين استخدام الموارد المتاحة وإيجاد سياسات خاصة².

5) الخدمات الممتدة والاجتماعية:

إن المؤسسة الصحية كمرکز رئيسي لصحة المجتمع المحلي لا بد لها من مد خدماتها خارج أسوارها لتصل إلى المرضى في منازلهم، حيث يمكن للمؤسسة الصحية إدارة برامج الرعاية الممتدة إلى المنزل نظرا لتكاليفها المنخفضة عن تكاليف الرعاية داخل المؤسسة الصحية علاوة على توفير أسرة المؤسسة الصحية للحالات المرضية التي تحتاج للرعاية الإستشفائية³.

وتلعب الإدارة الجيدة للمؤسسة الصحية دورا اجتماعيا ومشاركة حقيقية للمجتمع في مناسباته واحتفالاته القومية والشعبية والدينية، الأمر الذي يخلق أفاقا من التعاون والمشاركة الإيجابية بين المجتمع والمؤسسة الصحية.

الفرع الرابع: تصنيف المؤسسات الصحية

يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات الصحية، كما يلي⁴:

1- المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية وتمثل في:

- المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU).
- المؤسسات الإستشفائية (EH).
- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS).
- المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH).
- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) وتضم (العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج).

2- المؤسسات غير المنتجة للخدمة الصحية: تتمثل في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وكل الهيئات

الإدارية المختصة في متابعة البرامج الصحية وتسيير العلاقات مع المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية.

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

أولا: التصنيف على أساس الملكية: يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من المؤسسات حسب هذا المعيار⁵:

1- المؤسسات الصحية الحكومية: تملكها الدولة وتهدف إلى تقديم خدمات طبية غير ربحية، وهي تسعى إلى أقصى

درجة من رضا المواطنين والمرضى، وتخضع لقوانين وأنظمة الدولة، ويتخذ فيها القرار مركزيا في الجوانب التقنية والإدارية.

¹ سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 62-63. بتصرف

² أحمد صلاح الطيب، مرجع سبق ذكره، ص. 259.

³ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص. 121. بتصرف

⁴ نجاة صغبرو، تقييم جودة الخدمات الصحية "دراسة ميدانية"، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011-2012، ص. 07. بتصرف.

⁵ أحمد صلاح الطيب، مرجع سبق ذكره، ص. 254. بتصرف.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

2- **المؤسسات الصحية الخاصة:** وهي إما أن تكون مملوكة من قبل شخص واحد أو عدة أشخاص (شركة مساهمة)، ويهدف هذا النوع إلى تقديم الخدمات الطبية بهدف الربح، وتقاس كفاءتها بنسبة الأرباح التي تحققها في نهاية السنة المالية، ولها منافسة مع القطاع العام بهدف استقطاب المرضى والكوادر الطبية.

3- **المؤسسات الصحية الخيرية:** هذا النوع من المؤسسات يكون مملوكا لجهات خيرية تطوعية مبنية على أساس عرقي أو ديني أو جهوي، حيث تسعى إلى تغطية نفقاتها وتحقيق درجة من الرضا لدى محتاجي الخدمة الصحية، وتعد خدماتها محدودة نظرا لارتباطها بحجم الأموال والتبرعات المتوفرة.

ثانيا: **التصنيف على أساس الحجم:** تنقسم المؤسسات حسب هذا المعيار إلى ثلاثة أقسام¹:

1- **مؤسسات صحية كبيرة الحجم:** تتميز بعدد كبير من الأقسام الطبية التخصصية وعدد كبير من الأسرة يتجاوز 500 سرير مثل: المراكز الإستشفائية الجامعية.

2- **مؤسسات صحية متوسطة الحجم:** يحتوي على عدد متوسط من الأقسام الطبية التخصصية وعدد أسرته محصور بين 200 سرير وأقل من 500 سرير مثل: المؤسسات الإستشفائية المتخصصة من الصنف (أ) و (ب)، المؤسسات العمومية الإستشفائية من الصنف (أ) و (ب).

3- **مؤسسات صحية صغيرة الحجم:** تحتوي على عدد محدود من الأقسام الطبية وعدد أسرته أقل من 200 سرير مثل: المؤسسات الإستشفائية، المؤسسات العمومية الإستشفائية من الصنف (ج)، المؤسسات الإستشفائية المتخصصة من الصنف (ج)، المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بمختلف أصنافها.

ثالثا: **التصنيف على أساس التخصص:** تنقسم المؤسسات حسب هذا المعيار إلى نوعين²:

1- **مؤسسات صحية عامة:** وهي التي تضم تخصصات طبية مختلفة مثل: أمراض الأطفال، الأمراض الداخلية، أمراض النساء والتوليد، الجراحة العامة، وأمراض القلب،... إلخ، وتعالج فيها جميع الأمراض وتخدم مناطق واسعة من السكان؛

2- **مؤسسات صحية متخصصة:** وتتخصص في علاج نوع واحد من الأمراض مثل: أمراض العيون أو الأطفال، وما يميز هذا النوع أنها تحاول إيجاد جميع الخدمات الطبية الممكنة والتي لها علاقة بمجال تخصص معين.

رابعا: **التصنيف على أسس التعليم والتكوين:** وتنقسم المؤسسات حسب هذا المعيار إلى نوعين³:

1- **مؤسسات صحية تعليمية:** هي التي يتم فيها تطبيق برامج الإقامة والتكوين وتحتوي على الإمكانيات البشرية والمادية والتكنولوجية المساعدة على عملية التعليم والتكوين مثل: المراكز الإستشفائية الجامعية، المؤسسات العمومية الإستشفائية؛

2- **مؤسسات صحية غير تعليمية:** وهي التي لا تتوفر على الإمكانيات المادية والبشرية للتعليم والتكوين مثل: المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

مما سبق ذكره يتبين لنا أنه رغم تعدد تصنيفات المؤسسات الصحية واختلاف الأنشطة التي تمارسها، إلا أن تقديم خدمات الرعاية الصحية يعد الأساس الذي وجدت من أجله.

¹ صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص. 254-255. بتصرف.

² بجدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية "دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية"، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية تخصص بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة أبي بكر بلقايد بلمسان، 2011-2012، ص. 47. بتصرف.

³ صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص. 255-256. بتصرف.

المطلب الثاني: ماهية الخدمات الصحية

إن للجودة مفهوم يرغب جميع مقدمي الخدمات، وهو الأساس الذي يقوم عليه وجود الخدمات الصحية، كما أن الأخلاقيات تقتضي تقديم أفضل أشكال الخدمات وأنسبها إلى المريض، ومن ثمَّ يتوجَّب على جميع المؤسسات الصحية تقديم الخدمة الجيدة تلبية لمقتضيات هذه الأخلاقيات ومتطلبات الزبائن بهدف توطيد علاقتها معهم وقدرتها على الاستمرار في نشاطها.

الفرع الأول: مفهوم الخدمات الصحية

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

1. مفهوم الخدمة:

لقد أظهرت أدبيات التسويق العديد من التعريفات للخدمة، حيث عرف **كوتلر وأرمسترونغ & Kotler** "الخدمة بأنها: نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى آخر وتكون في الأساس غير ملموسة أو محسوسة ولا يترتب عليها أية ملكية فتقدم الخدمة قد يكون مرتبطاً بمنتج مادي أو لا يكون"¹.

كما تعرف الخدمة على أنها: "تفاعل اجتماعي بين مجهزة الخدمة والزبون يهدف إلى تحقيق الكفاءة لكليهما"². كما عرفت الجمعية الأمريكية للتسويق الخدمات على أنها: "منتجات غير ملموسة ويتم تبادلها من المنتج إلى المستعمل، ولا يتم نقلها أو تخزينها، وهي تقريبا تفنى بسرعة"³.

ومما سبق يمكن تعريف الخدمة بأنها عبارة عن أشياء مدركة للحواس وقابلة للتبادل وتقدمها مؤسسات أو أفراد بهدف إشباع حاجات ورغبات الزبون، وتكون في الأساس عبارة عن منتج غير ملموس ويتضمن فعلاً أو إنجازاً أو جهداً لا يمكن امتلاكه ولا يترتب عنه نقل الملكية.

2. مفهوم الصحة:

اشتد الجدل حول تحديد مفهوم الصحة في السنوات الأخيرة، بعدما كان شائعاً بين العاملين في المجال الطبي بأن الصحة تعني: "غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل"⁴، إلا أن المختصين في مجال الصحة، اعتبروا هذا المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة ويجعل دورها سلبي مجرد أنه علاج للمرض.

ومفهوم الصحة يتغير من حيث الزمان والمكان وفي هذا الصدد يقول **روني ديباس "Rene Dubas"** بأنه لا يوجد تعريف جامع مانع للصحة، فكل واحد منا يريد عمل أي شيء في حياته يحتاج لهذه الصحة التي قيل إنها تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرضى⁵.

وُتعرف الصحة حسب منظمة الصحة العالمية (O.M.S) بأنها: "حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة، وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان"⁶.

¹ فريد كورتل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر، الأردن، 2009، ص. 64.

² قاسم نايف علوان الخياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص. 52.

³ دلال السويسي، مرجع سبق ذكره، ص. 4.

⁴ عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2003، ص. 17.

⁵ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2012، ص. 70-71.

⁶ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، الطبعة الثانية، مصر، 2006، ص. 18.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

إذن فالصحة عبارة عن مجموعة من الوسائل التي تهدف إلى تحسين الصحة داخل مجتمع إنساني من خلال نشاطات مقررة وقانونية، وتعني أيضا ذلك التوازن بين الإنسان والبشر والبيئة، كما أكدت أغلب دساتير العالم على أنها حق للمواطن.
3. مفهوم الخدمة الصحية:

تعتبر الخدمات الصحية أحد أشكال الخدمات، ومدخلات إنتاج الصحة*. وقد عرفت بأنها: "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصياً أو إرشادياً أو تدخلاً طبياً، ينتج عنه رضا وانتفاع من قبل المرضى بما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل¹. وتعرفها منظمة الصحة العالمية (O.M.S) بأنها: "مجموعة من العناصر المترابطة التي تسهم بتحقيق الصحة في البيوت والمؤسسات التعليمية وأماكن العمل والمخلات العامة والتجمعات وكذلك البيئة العمرانية والنفسية والاجتماعية وقطاع الصحة والقطاعات المرتبطة به"².

كما تعرف أيضا على أنها: "مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية والعلاجية التي تقدمها نظم الرعاية الصحية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها"³.

من التعاريف السابقة يمكننا تعريف الخدمة الصحية بأنها جميع الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو انتاجية مثل إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وتلبية الرغبات المرتبطة بهذه الخدمة.

الفرع الثاني: خصائص الخدمات الصحية

إن خصائص الخدمات الصحية لا تتعد عن الخصائص العامة للخدمات، والتي تتمثل فيما يلي:

- 1) اللاملموسية: ويقصد بها "عدم رؤية، لمس أو تجريب الخدمة، هذا ما يدفع إلى صعوبة تصورها ذهنياً، كما يؤدي في الغالب لمعرفة غير دقيقة للنتيجة مسبقاً"⁴؛
- 2) التلازمية أو عدم الانفصال: فالتلازمية مفهوم يتكون من بعدين، البعد الأول هو التلازمية بين الإنتاج والاستهلاك، أما البعد الثاني للتلازمية هو أن المستفيد لا يمكن فصله في أغلب الحالات أثناء تقديم الخدمة⁵؛
- 3) الاختلاف وعدم التجانس: تتميز الخدمات بالتباين لاعتمادها على كفاءة ومهارة مقدمها، وكذا مكان وزمان تقديمها؛
- 4) عدم القابلية للتخزين: أي أن الخدمات لا يمكن تخزينها أو إكسابها منفعة زمنية طالما أنها غير ملموسة؛
- 5) عدم انتقال الملكية: أي أن الخدمة لا تمتلك أو تنقل ملكيتها من المنتج إلى المستهلك عند الاتفاق عليها⁶.

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

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية، الأردن، 2005، ص. 168.

² سعيدة رحمانية، واقع التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في ولاية قسنطينة، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 43، جامعة محمد خيضر بيسكرة، الجزائر، 2016، ص. 357.

³ مزرق سعاد، دور جودة الخدمة الصحية في التنمية البشرية المستدامة "دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحي جيجيل"، مذكرة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير تخصص الإدارة الإستراتيجية للتنمية المستدامة، جامعة سطيف 01، 2012-2013، ص. 06.

⁴ D. Michel et autres, Marketing Industriel: Stratégie et Mise en Oeuvre, Paris, Economica, 2ème édition, 2000, P. 373.

⁵ D. PETTIGREW et autres, Le Marketing, Québec (Canada), MC Graw- Hill, 2003, P. 385.

⁶ حميدة بن حميدة، تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالونى، عنابة، مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 50، جامعة باجي مختار بعنابة، الجزائر، 2017، ص. 155-156. بتصرف.

بالإضافة إلى بعض الخصائص الأخرى أهمها ما يلي¹:

- تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية؛
- تتطلب الخدمات الصحية السرعة في أدائها والطلب عليها غير قابل للتأجيل؛
- صعوبة تحديد وقياس وتقييم جودة الخدمة الصحية؛
- الاستمرارية: أي ديمومة واستمرارية الخدمة الصحية.

الفرع الثالث: أنواع الخدمات الصحية

تعتبر الخدمة الأساسية للمؤسسات الصحية هي تقديم الخدمات الطبية أو خدمة الرعاية الصحية، ويساعدها في تحقيق ذلك خدمات أخرى ضرورية، وتنقسم الخدمات الصحية حسب طبيعتها إلى²:

- 1) **الفحوصات والاستشارات**: تمثل واجهة المؤسسة الصحية، فهي دافع الالتقاء والتفاعل بين طالب الخدمة وعارضها؛
 - 2) **الخدمات السريرية**: تؤمن الإقامة للمرضى، ومكان عمل الأشخاص المعنيين بالرعاية الطبية (التشخيصات الطبية، الرعاية التمريضية... إلخ)، وكذلك الأشخاص غير المعنيين بالرعاية الطبية (كعمال الصيانة والنظافة)، والتفاعل مع العائلات؛
 - 3) **الأرضية التقنية**: تضم الوسائل التكنولوجية التي تخص التشخيص والعلاج؛
 - 4) **خدمات الإمداد**: تتكون من جميع الخدمات المدعمة للأنشطة السابقة، مثل الترميم، الصيانة، النقل، وهذه الخدمة قد يقوم بها قسم داخل المؤسسة أو توكل لطرف خارجي (مقدم خدمات)؛
 - 5) **الخدمات الإدارية**: تجمع مختلف الوظائف الإدارية (كالتخطيط، التوجيه، التنظيم والرقابة)، ويمكن جمعها في ثلاث مجموعات كما يلي: (خدمات الفندقية والإطعام، خدمات التسيير الإداري وخدمات طبية وشبه طبية).
- وهناك تقسيم آخر للخدمات الصحية يتضمن: **الخدمات الطبية، الخدمات شبه الطبية، الخدمات الصيدلانية، الخدمات الجراحية، الخدمات الإصطناعية، الخدمات الوقائية (الأولية والثانوية) والخدمات المتعلقة بالبيئة (التغذية، الماء ونوع الحياة)**³.

المطلب الثالث: جودة الخدمات الصحية

إن ارتباط الخدمة الصحية بالحياة البشرية يجعل من الاهتمام بجودتها أمراً حتمياً، فالأشكال المختلفة من الممارسات غير الصحيحة قد تؤدي إلى نتائج مرغوبة كثيراً ما يصعب تداركها، كما تعتبر جودة الخدمات الصحية من العناصر الأساسية الحاكمة في مجال التنافس بين المؤسسات الصحية، وسنحاول التعرف على مفهوم جودة الخدمات الصحية مع الإشارة إلى أهم أهدافها.

الفرع الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية

إن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى **فلورنس نايتينجيل "Florence Nightingale"** والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمؤسسات الصحية العسكرية خلال حرب القرم وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المؤسسات الصحية⁴.

¹ نجاة صغبرو، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 18-20. بتصرف.

² Faridah Djellal Et Autres, **op cit**, p.p. 62-64.

³ Youssef, Mahyaoui, **Etude juridico économique de la contractualisation dans le système de soins**, Doctorat le système de soins hospitalier, université Paris, 2003, p. 32.

⁴ 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، جامعة الأردن، الأردن، 2015، ص. 903.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

ويعد التحديد الدقيق لمفهوم الجودة في الرعاية الصحية أمرا صعبا، وذلك بسبب الطبيعة المرنة والمتغيرة والمعقدة للرعاية الصحية والخدمة فيها، وتعدد الاختصاصات الطبية، واختلاف وتعقيد الحالات المرضية لدى المستفيدين من الرعاية الصحية. وتعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الخدمات الصحية (J.C.A.H) الجودة بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة"¹.

كما تعرفها منظمة الصحة العالمية (O.M.S) بأنها: "تقدم الأنشطة التشخيصية والعلاجية لكل مريض بشكل متجانس ويضمن له أفضل النتائج في مجال الصحة وفقا للوضع الحالي للعلوم الطبية، بأفضل التكاليف وأقل المخاطر ولأكبر رضا"². وتعرف جودة الخدمات الصحية من خلال مدى تحقيقها لاحتياجات المريض، ومن هذا المنظور تعرفها الجمعية الأمريكية للطب الباطني على أنها: "درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع احتياجات المريض، على أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال، منخفضة التكاليف، وموثقة جيدا"³.

ويمكن إبراز أن الجودة تختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي كما يلي:

- 1) **الجودة من المنظور المهني الطبي:** هي تقدم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية هي: (أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها، والخدمة الصحية المقدمة)⁴.
- 2) **الجودة من منظور المستفيد أو المريض:** وتعني طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وتحتل وجهة نظر المستفيد أهمية بالغة، حيث ان مستوى الجودة يعتمد إلى حد كبير على توقعات المريض وتقييمه لها⁵.
- 3) **الجودة الصحية من الناحية الإدارية:** تُعنى بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة⁶.

مما سبق، يمكن تعريف جودة الخدمات الصحية بأنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة، بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية: الأولى تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية وهي تقدم أفضل الخدمات وفق أحدث الطرق العلمية والمهنية، والثانية تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض ويمكن التحقق منها عن طريق قياس رضا المريض، والثالثة تتركز على تحقيق الجودة من وجهة نظر الإداريين وهي تعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة لتقديم خدمة متميزة.

¹ بن تريح بن تريح وعيسى معزوزي، أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز - دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية أحميدي بن عجيل بالآغواط-، مجلة العلوم الإدارية والمالية، المجلد 02، العدد 01، جامعة حمة لخضر بالوادي، الجزائر، 2018، ص. 78.

² شادية رحاب ومحمد عبد المنعم بريش، المجتمع المدني آلية لتفعيل جودة الخدمات، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية، العدد 11، جامعة الحاج لخضر باتنة 1، الجزائر، 2017، ص. 61.

³ حنان عبد الرحيم الأحدي، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها معهد الإدارة العامة، المجلد 40، العدد 03، الرياض، المملكة العربية السعودية، أكتوبر 2000، ص. 412.

⁴ حسين حسن علي ودنيا كريم حسن، استخدام بعض أدوات ضبط الجودة في تحسين جودة الخدمة الصحية - دراسة استطلاعية لآراء ثلاث عينات في مستشفى الكاظمية التعليمي، المجلة العراقية للعلوم الإدارية، المجلد 09، العدد 36، جامعة كربلاء، العراق، 2013، ص. 284.

⁵ الهام مجايوي وليلى بوحديد، تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها - دراسة ميدانية في المؤسسات الإستشفائية الخاصة بباتنة-، مجلة الباحث، المجلد 14، العدد 14، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2014، ص. 334.

⁶ 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، العدد 18، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2015، ص. 150.

الفرع الثاني: أهمية جودة الخدمات الصحية

تتمثل أهمية جودة الخدمات الصحية في مايلي¹:

- ❖ ارتباط الخدمة بالجودة حتى أصبح من الضروري اعتماد عدد من المقاييس لتحديد مستوى الرضا لدى المرضى؛
- ❖ مستوى جودة الخدمات الصحية ليس ثابت، فهو يخضع للتطوير والتحسين المستمرين، وهذا ما يتطلب وجود لجنة متخصصة لها موقع ضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية مهمتها العمل على تحسين جودة تقديم الخدمات الصحية، وذلك في إطار من التكامل والشمولية.

الفرع الثالث: أهداف جودة الخدمات الصحية

إن الجودة هي أسلوب تتبعه المؤسسة الصحية للتحقق من حسن إتقان العمل المؤدي من مختلف جوانبه، واتخاذ ما يلزم من تدابير وإجراءات من أجل النهوض به على نحو مستمر، وذلك في إطار تحقيق الأهداف الآتية:

- ✓ تمكين المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفعالية²؛
- ✓ تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى على النحو الذي يضمن لهم كرامتهم الفردية، والعمل على إشراكهم في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين³؛
- ✓ تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة⁴؛
- ✓ زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ورافق هذه الزيادة زيادة من نوع آخر في الاهتمام بتلبية حاجات وتوقعات المستفيدين (المرضى)⁵؛

الفرع الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية

توجد جملة من الأبعاد لجودة الخدمات الصحية تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمة على تحديد وتحليل المشاكل وقياس مدى تطابق مع المعايير المتفق عليها، والجدول الموالي يلخص أبعاد جودة الخدمات الصحية كالآتي:

الجدول رقم (4.1): أبعاد جودة الخدمة الصحية

| الأمثلة | معايير التقييم | البعد |
|--|--|-----------|
| - وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة - غرفة العمليات جاهزة لكل الحالات | - تقديم خدمات علاجية فورية - استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية - العمل على مدار ساعات اليوم | الإستجابة |

¹ بدسي فهيمة، وآخرون، جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، مجلة الإقتصاد والمجتمع، العدد 07، جامعة قسنطينة 02، الجزائر، 2011، ص. 142.

² آلاء حسيب الجليلي، وآخرون، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية-دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة العراقية للعلوم الإدارية، المجلد 06، العدد 19، جامعة تكريت، العراق، 2010، ص. 14.

³ طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2004، ص. 128.

⁴ ناجي سمحان، إدارة المستشفيات، دار أمجد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2016، ص. 148.

⁵ A.Jacquerye, la qualité des soins infirmiers, Implantation, évaluation, accréditation, Editions Maloine, 1999, p. 247.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

| | | |
|------------|--|---|
| الإعتمادية | - دقة السجلات المعتمدة في إدارة المؤسسة الصحية - صحة القوائم المالية - المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية | - ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته صحيحة - له ثقة بأن حياته في أيدي أمينة |
| الضمان | - سمعة ومكانة المؤسسة الصحية عالية - المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والفريق الطبي - الصفات الشخصية للعاملين | - المعاملة الطبية للمرضى لدى الأطباء - تدريب ومهارة عالية في الأداء |
| الملموسية | - الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج - المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة - أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة | - نظافة عيادة الطبيب كونها ذات مظهر تخصصي - نوعية الطعام المقدم للمرضى في المؤسسة الصحية |
| التعاطف | - اهتمام شخصي بالمريض - الإصغاء الكامل لشكوى المريض - تلبية حاجات المريض بلطف | - الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض - النظر للمريض بأنه دائما على حق |

المصدر: ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص. 213.

من خلال الجدول يتبين لنا أن أبعاد جودة الخدمات الصحية تتلخص في العناصر الآتية:

- **بعد الإستجابة (Responsiveness):** تعني مدى رغبة واستعداد العاملين على تقديم الخدمة بالشكل الذي يحقق رغبات المرضى¹.
- **بعد الاعتمادية (Reliability):** وهي تعبر عن درجة ثقة المستفيد في المؤسسة الصحية ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الصحية التي يتوقعها، ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة الصحية على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة للمرضى، وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات².
- **بعد الضمان (Assurance):** يعبر عن مدى شعور المريض بالراحة والإطمئنان عند التعامل مع المؤسسة الصحية وكوادرها الطبية المختلفة، أي أن الضمان يقصد به تأكيد إدارة المؤسسة الصحية على الجودة الصحية، وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين كالأطباء، ممرضين وغيرهم³.

¹ بن عيشي عمار، أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق رضا الزبون (المريض) - دراسة حالة مستشفيات ولاية بسكرة، الجزائر-، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، المجلد 03، العدد 01 جامعة زيان عاشور باللفة، الجزائر، 2017، ص.09.

² سميحة بوحفص وسليم بن رحون، نظام إدارة الجودة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية لتحقيق رضا المريض، مجلة الخلدونية في العلوم الاقتصادية، العدد 03، جامعة ابن خلدون تيارت، الجزائر، 2018، ص. 05.

³ عبد القادر شارف ولعلا رضاني، أثر إدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية أحمد بن عجيل بالآغواط-، مجلة الباحث، العدد 17، جامعة قاصدي مرباح بورقلة، الجزائر، 2017، ص.438.

➤ **بعد الملموسية (Tangibles):** وتعني الإمكانات المادية والبشرية للمؤسسة الصحية، التي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى) عليها وعودتهم إلى نفس مقدم الخدمة¹.

➤ **بعد التعاطف "الجوانب الوجدانية" (Empathy):** يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والإهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق انسانية راقية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل: مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، الإتصالات ودرجة فهم مقدم الخدمة للمستفيد².

الفرع الخامس: قياس الجودة في الخدمات الصحية

لقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية واستخدام الأدوات الإحصائية في التحسين المستمر لها ضرورة ملحة ولا سبيل لتجاهلها، ولكن عند اختيار القياسات المناسبة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع القياسات وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها. وفيما يلي استعراض لمداخل قياس جودة الخدمات الصحية:

أولاً: مدخل قياس جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى

تتعلق جودة الخدمات الصحية بمدى مطابقتها جودة هذه الخدمات لاحتياجات وتوقعات المرضى، ومن الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات الصحية في إطار هذا المدخل ما يلي:

1. **مقياس عدد الشكاوي:** يمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة مقياساً هاماً، يعبر على أن الخدمات الصحية المقدمة دون المستوى المتوقع، وهذا المقياس يمكن المؤسسات الصحية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل، وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات للمرضى³.
2. **مقياس الرضا:** وهو أكثر المقاييس استخداماً لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات المقدمة لهم خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات⁴. ويتم ذلك عن طريق المقابلة والملاحظة والإستبيان، وهذا الأخير هو الأكثر استعمالاً.
3. **مقياس الفجوة (Servqual)*:** حيث ينسب هذا المقياس إلى باراسرمان وآخرون "Parasuraman et al"، ويستند إلى توقعات المرضى لمستوى الخدمة المقدمة لهم وإدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن ثم تحديد الفجوة (أو التطابق) بين هذه التوقعات والإدراكات⁵. ويمكن صياغة ذلك في المعادلة الآتية:

$$\text{"جودة الخدمة الصحية = الخدمة المدركة - توقعات المريض"}$$

4. **مقياس القيمة:** تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المؤسسة الصحية للمرضى تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب المريض والتكلفة للحصول على هذه الخدمات، وكلما زادت القيمة المقدمة

¹ مزرق سعاد، مرجع سبق ذكره، ص. 32.

² ناجي سمحان، مرجع سبق ذكره، ص. 160.

³ قاسم نايف علوان الخياوي، مرجع سبق ذكره، ص. 97.

⁴ عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية سعيدة - رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير تخصص تسويق دولي، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، 2011-2012، ص. 83.

* يقصد بكلمة (Servqual) جودة الخدمة، وهي ناتجة عن دمج كلمة (Service) التي تعني خدمة وكلمة (Quality) التي تعني الجودة.

⁵ نبيلة كحيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير تخصص تسيير موارد بشرية، جامعة منتوري قسنطينة، 2008-2009، ص. 95-96.

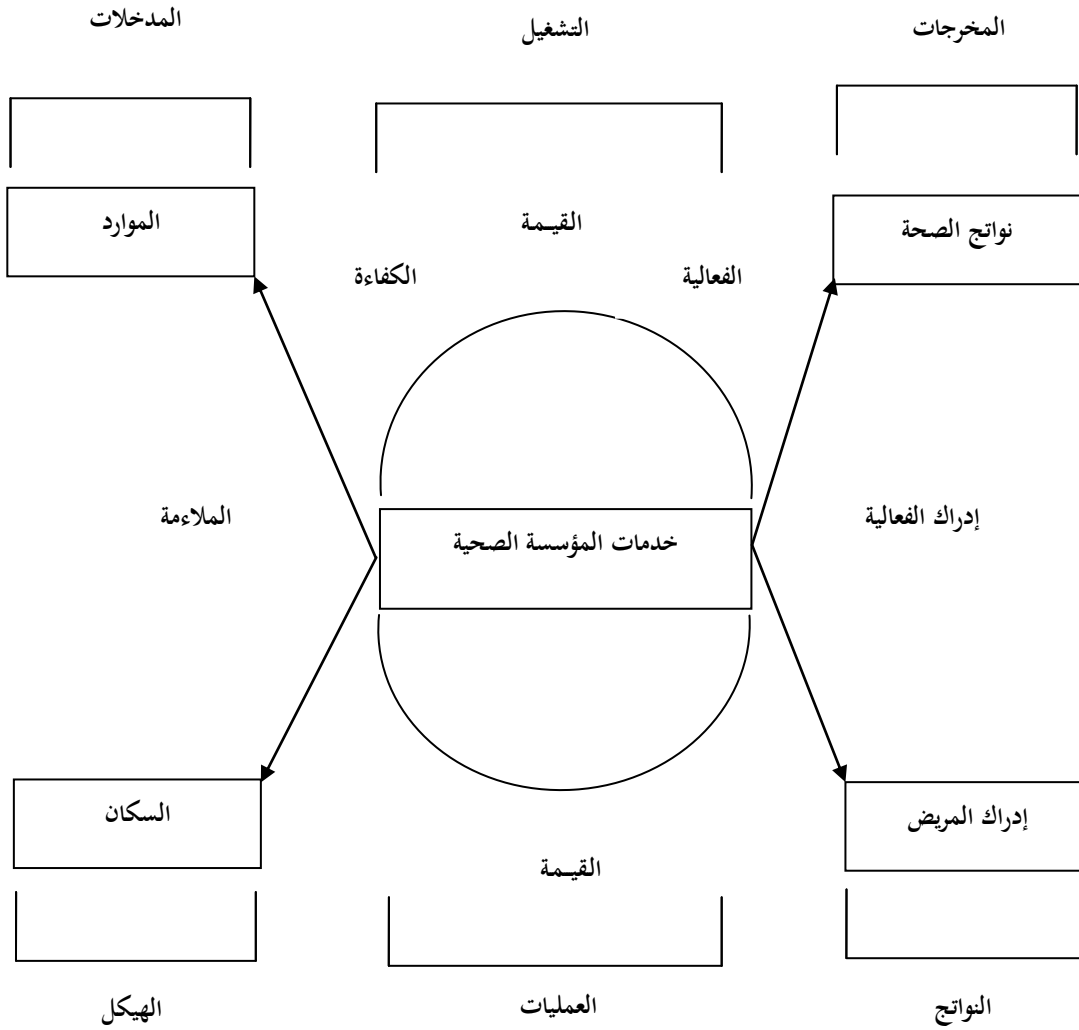
الفصل الأول — الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

للمرضى زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات، والعكس صحيح. وهذا الأسلوب يدفع المؤسسات إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للمرضى بأقل تكلفة ممكنة¹.

ثانياً: مدخل قياس الجودة المهنية

تتناول مقياس الجودة المهنية قدرة المؤسسات الصحية على الوفاء بخدماتها الشخصية، التمريضية، الطبية والإدارية من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة. وفي هذا الإطار يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من المقاييس كما يوضحها الشكل الموالي²:

الشكل رقم (6.1): مقياس الجودة المهنية



المصدر: فوزي شعبان مذكور، مرجع سبق ذكره، ص. 236. بتصرف

من الشكل يتضح لنا حسب هذا المدخل ما يلي:

¹ واله عائشة، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية، مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسويق، جامعة الجزائر 3، 2010-2011، ص. 74.

² فوزي شعبان مذكور، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد 03، جامعة عين شمس، القاهرة، 1997، ص. 233-234.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

- 1) **المقاييس الهيكلية:** إن مقاييس الرعاية الصحية مرتبطة بالأفراد والتسهيلات المقدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطريقة التي تنظم بها، ولذا فإن أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، الأفراد والتسهيلات المتاحة في المؤسسة الصحية¹؛
- 2) **مقاييس الإجراءات (العمليات):** وهي تلك المقاييس التي تتركز على جودة المراحل المختلفة لتقديم الخدمة الصحية، وتوضح هاته المؤشرات النسب المعيارية لكافة عناصر أنشطة الخدمات الصحية (الوقاية، التشخيصية والعلاجية) والتي يجب أن تستوفيها كافة هاته العناصر، لكي يتم تصنيف هاته الخدمات كخدمات صحية جيدة²؛
- 3) **مقاييس النواتج:** يعكس التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنتاج للرعاية الصحية، ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي³:

✓ **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.

وتجدر الإشارة هنا لفعالية القياس لا بد من توفر نظام لإدارة المعلومات بالمؤسسات الصحية لجمع وتحليل وتوزيع المعلومات للأطراف المناسبة في الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة.

ثالثاً: مدخل قياس الجودة من المنظور الشامل

رغم ما أسهمت به كل من المداخل السابقة من تقدم في قياس الجودة وتقويمها، إلا أنها جميعاً يغلب عليها الطابع الجزئي، وقد أدت هذه المداخل والمقاييس الجزئية إلى إبراز ضرورة المعالجة الشاملة في قياس جودة الخدمة الصحية وتقويمها. وحسب هذا المدخل فإن التركيز على الجودة وراقبتها يجب أن يوجه ليس فقط في ملامح محددة للمخرجات والعمليات أو الهيكل، ولكنه يشمل المؤسسة الصحية ككل⁴.

ولا يزال الجدل مستمراً حول مدى فاعلية كل مدخل من هذه المداخل في قياس جودة الخدمات الصحية، وهو ما يستوجب ضرورة القيام بمزيد من الدراسات التطبيقية للإسهام في حسم هذا الجدل. ورغم ذلك فالمداخل السابقة الذكر توفر للمؤسسة الصحية تغذية عكسية من المعلومات عن مستوى الإشباع الذي حققته الخدمة المقدمة وتوقعات المرضى، وتكشف جوانب النقص التي يجب تجاوزها عن طريق إدخال التحسينات الضرورية لزيادة درجة رضا المرضى.

المطلب الرابع: إدارة الجودة الشاملة كمدخل للتغيير في المؤسسات الصحية

تعد إدارة الجودة الشاملة منهجاً من مناهج التغيير التي تستخدمها المؤسسات الصحية، حيث تشمل على وصف للعمليات الوقائية التي تساعد على تحسين الجودة بشكل مستمر، ومن بين الأهداف المهمة لفكرة إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مفهوم الشمولية. وسنتطرق من خلال هذا المطلب إلى مفهوم إدارة الجودة الشاملة ومراحل تطبيقها بالإضافة إلى أهم معايير تقييم تطبيقها في المؤسسات الصحية.

¹ ديون عبدالقادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية -دراسة المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف بورقلة-، مجلة الباحث، العدد 11، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2012، ص. 219.

² عاشور مزريق، إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، الملتقى العلمي الوطني حول إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة د.مولاي الطاهر سعيدة، الجزائر، 07 و08 ديسمبر 2010، ص. 14.

³ ديون عبدالقادر، مرجع سبق ذكره، ص. 219.

⁴ تبيلة كحيلة، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 101-102.

الفصل الأول — الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

الفرع الأول: ماهية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

إن النجاح في تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في مختلف المؤسسات الصناعية، سمح بأن يأخذ هذا المفهوم طريقه بقوة إلى باقي مؤسسات القطاعات الأخرى ومنها المؤسسات الصحية، وفيما يلي سنتناول مفهوم وأهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

أولاً: مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

يقوم مفهوم إدارة الجودة الشاملة (T.Q.M) على فلسفة المفهوم الشامل والتكاملي، ويهدف إلى الارتقاء بمستوى أداء الخدمات الطبية والمساندة، وكذلك الأداء الإداري للمؤسسات الصحية، وتعرف الجودة الشاملة حسب معهد الجودة الفيديري الأمريكي على أنها: "منهج تطبيقي شامل يهدف إلى تحقيق حاجات وتوقعات الزبون، حيث يتم استخدام الأساليب الكمية من أجل تحقيق الأفضل والتحسين المستمر في العمليات والخدمات في المؤسسة"¹.

وتعرفها منظمة الجودة البريطانية (B.Q.A) بأنها: "فلسفة إدارية للمؤسسة تدرك من خلالها تحقيق كل من احتياجات الزبون وأهداف المؤسسة معاً"².

كما تعرف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بأنها: "الإستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغيرات في الخصائص والصفات التي تمكن الأفراد جميعهم (المهنيون وهم الأطباء وكوادر التمريض والفنيون والمرضى على حد سواء) من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة، بالشكل الذي يحقق وفرة في التكاليف، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والزبائن الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية"³.

وانطلاقاً مما سبق، فإن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تعد فلسفة إدارية تعتمد على التزام الإدارة العليا، حيث تقوم بدور قيادي لتنسيق وتوحيد جهود التحسين المستمر للجودة ضمن إستراتيجية واسعة تغطي كل المؤسسة. كما يتم من خلالها تقديم خدمات طبية ذات فعالية عالية باستخدام برامج علاجية حديثة بمساعدة الأجهزة الحديثة، وبالاعتماد على معايير عالمية للوصول إلى تقديم أفضل الخدمات وبأقل تكلفة ممكنة، وصولاً إلى تحقيق إشباع كامل لرغبات المرضى وتوقعاتهم.

ثانياً: أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

إن من أهم الأسباب الداعية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، هو قدرتها على تخفيض المؤسسات الصحية التكلفة المترتبة على تقديم الخدمات الصحية بجودة متدنية، وأيضاً دورها في تحسين الأداء المالي وتخفيض نفقات الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء وتحسين العمليات، إضافة إلى تعظيم رضا المرضى، وتمكنها من الحصول على بعض الشهادات الدولية في هذا المجال. وتمثل أهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية في مايلي⁴:

- ✓ **تبسيط الإجراءات:** يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها؛
- ✓ **تحسين الإجراءات:** يهدف تطبيق إدارة الجودة الشاملة، إلى السعي لتقصي فرص التحسين واغتنامها؛
- ✓ **كفاءة التشغيل:** تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق إدارة الجودة الشاملة وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين؛

¹ نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 151-152.

² غالب محمود سنجق وموسى أحمد خير الدين، مبادئ الإدارة في المنظمات الصحية، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2015، ص.307.

³ عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2008، ص.ص. 300-301.

⁴ حنان عبد الرحيم الأحمد، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 418-420. بتصرف

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

- ✓ **القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية (العيادية):** يسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية؛
- ✓ **الحد من تكرار العمليات:** يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار، وما له من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضا المرضى.

كما أن أهمية إدارة الجودة الشاملة تأتي من كونها منهج شامل للتغيير أبعد من كونها نظاما يتبع أساليب مدونة، ويشكل إجراءات وقرارات، حيث أن الإلتزام بها من قبل أي مؤسسة يعني إقبالها على تغيير سلوكيات أفرادها اتجاه مفهوم الجودة، ومن ثم تطبيقه، وذلك يعني أن المؤسسة باتت تنظر إلى أنشطتها ككل متكامل بحيث تؤلف الجودة المحصلة النهائية لمجهود وتعاون متلقي (المرضى) ومقدمي الخدمة الصحية (المؤسسة الصحية)، كما أن أهميتها أيضا تكمن في تحسين الروح المعنوية بين العاملين، تنمية روح الفريق، والإحساس بالفخر والإعتزاز حينما تتحسن سمعة المؤسسة.

الفرع الثاني: مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

إن الاختلاف حول مفهوم الجودة في الخدمات الصحية، يؤدي حتما إلى الاختلاف حول مبادئها وبالتالي مقاييس الجودة المستخدمة، وتمثل مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية فيما يلي:

1. **التحسين المستمر:** ضرورة وجود خطة للتحسينات المستمرة في المؤسسة الصحية، والسعي لتقليل الأخطاء والعيوب، وتحسين مؤشرات الإنتاجية والفاعلية في استغلال الموارد المتاحة؛
2. **مشاركة العاملين:** ضرورة التزام المؤسسة الصحية بروح الفريق الواحد وتحقيق مشاركة كافة الأقسام؛
3. **الثقافة التنظيمية:** يتطلب التطبيق السليم لمفهوم إدارة الجودة الشاملة تغيير الثقافة السائدة في المؤسسة وتبني نظرة إيجابية للأفراد والتركيز على العملاء ومشاركة العاملين من خلال إيجاد ثقافة الجودة؛
4. **إيمان والالتزام العليا:** يتوقف نجاح إدارة الجودة الشاملة وتطبيق منهجيتها على مدى قناعة وإيمان الإدارة العليا في المؤسسة بفوائدها وأهميتها من أجل تحقيق التحسين المستمر¹.
5. **التعاون الجماعي بدلا من المنافسة:** يركز نظام إدارة الجودة الشاملة على أهمية التعاون بين مختلف المستويات الإدارية في المؤسسات بدلا من المنافسة بينهم، ويمكن تحقيق التعاون من خلال تفعيل نظام المكافآت والحوافز أساسه تقييم الأداء وكذا تشجيع العمل الجماعي كأداة فاعلة للتحسين المستمر²؛
6. **منع الأخطاء قبل وقوعها:** فالمطلوب ليس اكتشاف الأخطاء وإنما الوقاية منها قبل وقوعها وهذا ما يتحقق من خلال تفعيل دور فريق العمل وجماعات التحسين المستمر من خلال خلق فرص المشاركة وبيئة العمل التي تشجع على التعبير عن الرأي دون خوف أو تردد كما يتحقق ذلك من خلال المتابعة المستمرة، وقياس جودة الخدمات³؛

¹ أمال العربي بن حورة وعلي مكيد، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كمدخل لتحسين جودة خدماتها- دراسة حالة مستشفى محمد بوضيف بالمدينة-، مجلة الإستراتيجية والتنمية، المجلد 07، العدد 12، جامعة عبد الحميد بن باديس بمستغانم، الجزائر، 2017، ص. 140.

² أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة (T.Q.M) في المؤسسات الفندقية في الجزائر، أطروحة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية تخصص إدارة أعمال، جامعة الجزائر، الجزائر، 2007-2008، ص. 26. بتصرف

³ عبد الرزاق حميدي، أثر إدارة الجودة الشاملة في تطوير تنافسية البنوك- مع الإشارة لحالة الجزائر-، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص إدارة تسويقية، جامعة احمد بوقرة بومرداس، الجزائر، 2013-2014، ص. 23. بتصرف

7. التركيز على الزبون (المرضى): ويكون ذلك من خلال¹:

- تبنى أهداف عملية تحسين الجودة في المؤسسة الصحية على متطلبات وتوقعات المرضى؛
- تقوم المؤسسة الصحية بشكل مستمر بتحسين نشاطات إدارة الجودة الشاملة لمقابلة متطلبات المرضى؛
- أخيرا، يتم تحليل البيانات التي تجمع من خلال استبيانات رضا الزبون لتحديد مدى رضاه.

8. الإ اعتماد على البيانات في اتخاذ القرارات²: ويرتبط هذا المبدأ بالنقاط الآتية³:

- مستوى عال من مشاركة الأطباء، الممرضين والمرضى في عمليات التخطيط واتخاذ القرارات؛
- توفير المعلومات اللازمة لتقدم جودة عالية في عملية التمريض؛
- عملية اتخاذ القرارات في المؤسسة الصحية تتم بناء على تحليل جيد للبيانات الحديثة.

وجدير بالذكر أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لا تختلف في جوهرها عن ما هو معروف ومعتمد في المؤسسات الصناعية، كما أن إختلاف الكتاب والباحثين حول عدد هذه المبادئ إنما هو ظاهري فقط ويرجع إلى دمج بعض المبادئ مع بعضها أو التركيز على بعض هذه المبادئ باعتبارها مبادئ أساسية تجب بعضا من المبادئ الأخرى.

الفرع الثالث: مراحل تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

لا توجد مراحل للتطبيق متفق عليها بين الباحثين، يمكن إتباعها في كل الحالات إذا ما أريد تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ولكن يمكن القول بأن هناك مراحل عامة يمكن الاسترشاد بها في عملية التطبيق. إذ يحدد جابلونسكي "Jablonski" خمس مراحل لتطبيق إدارة الجودة الشاملة هي⁴:

(1) المرحلة الصفرية: مرحلة الإعداد؛

(2) المرحلة الأولى: التخطيط؛

(3) المرحلة الثانية: التقييم؛

(4) المرحلة الثالثة: التنفيذ؛

(5) المرحلة الرابعة: مرحلة تبادل ونشر الخبرات.

ويعتبر تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مختلف المؤسسات عملية صعبة وتحتاج إلى وقت طويل لإستكمال مراحلها، وفي هذا السياق يمكن وضع إطار عام لتطبيق نظام الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية من خلال الخطوات الآتية:

(1) الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة: في هذه المرحلة تشترك الإدارة العليا للمؤسسة الصحية ورؤساء الأقسام

الطبية الإدارية بها في مناقشة كافة جوانب العمل بالمؤسسة الصحية وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى لها، وهدف هذه المرحلة يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والمقترحات⁵.

¹ رضوان أتساعد، أثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمنظمات الصحية، مجلة الريادة لإقتصاديات الأعمال، المجلد 01، العدد 01، جامعة حسنية بن بوعلي بالشلف، الجزائر، 2015، ص. 58.

² بن علي عائشة ونوري منير، واقع تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاقتصادية الجزائرية- دراسة تطبيقية على عينة من المؤسسات الاقتصادية بولاية غليزان-، مجلة الإستراتيجية والتنمية، المجلد 07، العدد 12، جامعة عبد الحميد بن باديس بمستغانم، الجزائر، 2017، ص. 278.

³ يوسف بودلة وسيد أحمد حاج عيسى، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة على مؤسسات الخدمات الصحية العمومية، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الوطني حول إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة د. مولاي الطاهر مولاي سعيدة، الجزائر، يومي 07 و08 ديسمبر 2010.

⁴ أحمد بن عيشاوي، مرجع سبق ذكره، ص. 34. بتصرف

⁵ سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سبق ذكره، ص. 84. بتصرف

(2) نشر ثقافة الجودة الشاملة: لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية عن طريق تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمدبرين بشأن مفهوم وأهمية إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية ومن أساليب نشر ثقافة الجودة: الإعلانات الخاصة بمفاهيم الجودة، نشرات دورية تتضمن معلومات عن إدارة الجودة الشاملة وتجارب التطبيق في المؤسسات الصحية... إلخ¹.

(3) تكوين فريق عمل للجودة: ويجب أن يضم مدير المؤسسة الصحية ورؤساء الأقسام الطبية والمساعدة والإدارية، ومن المقترح أن يتولى هذا الفريق في بداية عمله القيام بالمهام الآتية:

➤ وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة؛

➤ تكوين حلقات أو جماعات الجودة؛

➤ التخطيط لأنشطة الجودة؛

➤ البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها².

وضمن المؤسسات الصحية الحديثة أضيف إلى مراحل التطبيق مرحلة طلب الإعتماد والإشهاد الخارجي³.

وحتى يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالشكل الصحيح، يجب تحديد إطار تطبيقها في عدة مراحل أساسية تشمل الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة، نشر ثقافة الجودة وتكوين فريق عمل الجودة، إضافة إلى أن التطبيق يتيح للمؤسسة الصحية عدة مزايا وفوائد إلا أنه غالباً ما تواجه عملية التطبيق جملة من الصعوبات (المعوقات) وبخاصة الثقافية منها.

الفرع الرابع: تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

عند شروع المؤسسة الصحية في تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، تحتاج إلى توفير الكثير من الجهود المتناسقة والمتطلبات الأساسية التي تعتبر المناخ المناسب لتطبيق هذا المنهج، وسنتناول من خلال هذا الفرع أهم فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية والصعوبات التي تواجهها.

أولاً: فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

إن تطبيق واستخدام مبادئ ومفاهيم الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لا يمكن أن يحظى باهتمام الإدارة العليا ما لم تترتب على تطبيق واستخدام هذه المبادئ فوائد معينة، والتي من أهمها⁴:

❖ **جودة الرعاية المقدمة:** الهدف من تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية

التي توفرها المؤسسات الصحية والاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية وترشيد النفقات وتقوم جودة الإنتاجية المتمثلة في الخدمات الصحية والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات الصحية؛

❖ **رضا الزبائن (المرضى):** تستهدف إدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة صحية عالية الجودة وبما يتفق مع تطلعات

المستفيدين منها(المرضى)؛

❖ **رفع معنويات العاملين:** تعد مشاركة العاملين في صنع القرار من أساسيات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتبرون زبائن

داخليين يجب إرضاءهم.

¹ نبيلة كحيلة، مرجع سبق ذكره، ص. 107. بتصرف

² سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 85-87. بتصرف.

³ نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص. 220.

⁴ أحمد محمد المالكي، متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة، مجلة التنمية البشرية والتعليم للأبحاث التخصصية، المجلد 04، العدد 01، المعهد العلمي للتدريب المتقدم والدراسات، كوالا لمبور، ماليزيا، 2018، ص. 223.

ثانيا: صعوبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

تتمثل أهم صعوبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية فيما يلي:

- محدودية فهم الإدارات العليا لمفهوم الجودة الشاملة ودورها في تحسين الأداء الوظيفي: في بعض المؤسسات الصحية يصطدم استشاريين الجودة ببعض القيادات العليا التي ترفض التعاون معهم لتطوير الخدمات الطبية للمنتفعين بها؛
 - عدم توفر البيانات الإحصائية اللازمة لتطبيق الجودة الشاملة مما يصعب عمل أخصائيي الجودة في المؤسسات الصحية؛
 - ضعف مستوى إدراك موظفي المؤسسات الصحية لمفهوم الجودة وأهدافها والأساليب الممكنة تطبيقها لرفع مستوى الجودة في الخدمات الطبية المقدمة؛
 - صعوبة تقييم أداء مقدمي الرعاية الطبية للمرضى في المؤسسات الصحية، بسبب غياب آليات واضحة لتقييم هذه الخدمة وتعامل مقدميها مع المرضى؛
 - عدم وجود حوافز تدفع الموظفين للتنافس فيما بينهم لتقديم خدمة ذات مستوى عالي من الجودة¹؛
 - تتسم المؤسسات الصحية بوجود خطين واضحين للسلطة، أحدهما إداري والآخر طبي، ويترتب على ذلك إيجاد حاجز بين الجانبين الطبي والإداري، يحد من نجاح عملية التحسين أو حصرها في بعض جوانب النشاط دون غيرها².
- وفي ضوء ما سبق، يمكننا القول بأن تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، تكتفه في العادة عدة صعوبات وعوائق في أغلبها تكون عادية. ويمكن لهذه الصعوبات أو العوائق أن تختفي إذا تم التصدي لها بروية وحزم وتوفرت الإدارة الصادقة لمواجهتها.

المبحث الثالث: علاقة التغيير التنظيمي بتحسين جودة الخدمات الصحية

تعتبر المؤسسة الصحية من أكثر المؤسسات التي تحتاج إلى ضمان وتحسين الجودة في خدماتها بعد التقدم في العلوم والمعارف الطبية والإكتشافات العلمية المتلاحقة للحد من إنتشار الأمراض ومعالجتها، وبالتالي تصبح مسألة تطوير الخدمة أو البحث عن خدمات جديدة من السمات البارزة في عمل المؤسسة الصحية لمواكبة سرعة التغيير العلمي والتكنولوجي. ولقد أصبح لزاما على المؤسسات الصحية تبني منهج التغيير من أجل تحسين جودة خدماتها بالقدر الذي يفرضها بالتزاماتها ويجعلها قادرة على الاستمرار، وأن تسخر كل إمكانياتها ومواردها لتلبية حاجاتها زبائنها، وهذا ما يفرض عليها ضرورة التخطيط والتركيز وإجراء التغيير اللازم سعيا لتقديم خدمات ذات جودة عالية.

المطلب الأول: دور مجالات التغيير التنظيمي في تحسين جودة الخدمات الصحية

لكي تستطيع المؤسسات الصحية تقديم خدمات ذات جودة عالية، ينبغي عليها تخطيط خطواتها المستقبلية، من خلال حصر مختلف الإمكانيات والموارد التي تمتلكها وتحديد أوجه القصور لديها، وتحديد ما هي الخدمات المطلوبة من طرف متلقي الخدمة حتى تنال رضاهم، وبالتالي عليها أن تحدد بوضوح مجال ونوع التغيير الذي يجب عليها تبنيه من أجل الوصول إلى تحقيق هدفها المنشود، والمتمثل في تحسين جودة خدماتها.

¹ رجاء السهلي، معوقات تطبيق الجودة في المستشفيات الحكومية، مجلة الجودة الصحية، متاح على الموقع الإلكتروني: <http://m-quality.net/?p=13386> تاريخ الإطلاع على المقال (2018/04/02).

² محمد بن عبد العزيز العميرة، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض، دراسة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2003، ص. 44.

الفصل الأول — الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

ويمكن أن يقتصر التغيير التنظيمي على مجال معين أو عدة مجالات في المؤسسات الصحية، نتيجة للضغوط التي قد تتعرض لها وبهدف تحسين جودة خدماتها، ويتمثل الدور الذي يمكن أن تلعبه مجالات التغيير التنظيمي في تحسين جودة الخدمات الصحية في ما يلي:

الفرع الأول: دور الأفراد في تحسين جودة الخدمات الصحية:

- ❖ يسهم التغيير على مستوى الأفراد في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال¹:
- ❖ **التزام القيادات:** بمبادئ الجودة وأسسها لدوام التحسين المستمر، باعتبارها قدوة العاملين في المؤسسة الصحية، كما ان القيادات هي أنسب من يقود جهود ضمان الجودة ومشاريع تحسين الأداء؛
- ❖ **زيادة الوعي:** من خلال تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية لأصحاب القرار والعاملين حول مفهوم ومنافع ضمان الجودة وتحسينها؛
- ❖ **تحسين الإدارة:** من خلال إدماج أنشطة الرعاية الصحية على المستوى التنفيذي، وتوزيع مختلف فئات العاملين الصحيين على دوائر محددة لنشاط المرافق الصحية، كما يتم ضمان توزيع مختلف الإمدادات وصيانة المرافق الصحية؛
- ❖ **الإهتمام بالمريض والموظف معا:** من خلال تلبية احتياجات وتطلعات المرضى، وتدريب الموظفين وتمكينهم من أدوات اتخاذ القرار بهدف تحقيق تحسين الجودة؛
- ❖ **العمل الجماعي المشترك بين تخصصات متعددة:** إن ارساء نظم عمل تقوم على العمل الجماعي وفرق العمل يمكن موظفي المؤسسة الصحية من تعزيز نظام الجودة الصحية فيها؛
- ❖ **المكافأة والتقدير:** ينبغي لأي مؤسسة تسعى لتحقيق الجودة أن تنشأ نظام للمكافأة، وأن تحسنه ديناميكيا، كما ينبغي تنوع هذا النظام (حوافز مادية أو معنوية) بهدف ضمان تحسين أداء المؤسسة الصحية وتنمية العاملين وظيفيا.

الفرع الثاني: دور الهيكل التنظيمي في تحسين جودة الخدمات الصحية:

- لا يوجد هيكل تنظيمي جاهز لتحسين جودة الخدمات الصحية، حيث أن لكل مؤسسة صحية كيانها وملاحظتها المميزة، ويسهم التغيير على مستوى الهيكل في تحسين الجودة من خلال²:
- تطوير نظم الاتصالات الداخلية باستخدام أجهزة حديثة لتسريع وتسهيل تقديم الخدمات؛
 - تطوير أعمال الصيانة للمحافظة على الأجهزة والمعدات الطبية وباقي التجهيزات لإمكانية توفير العلاج المناسب وفي ظروف جيدة للحصول على رضا المريض؛
 - إجراء بعض التغييرات للاستغلال الأمثل لمبنى المؤسسة الصحية بما يلائم راحة المرضى والزوار؛
 - حذف بعض الوحدات التنظيمية أو دمجها أو استحداث وحدات جديدة أو تغيير تبعية بعض الوحدات من شأنه أن يسهم في تحسين جودة الخدمات.

¹ إضفاء الطابع المؤسسي على ضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية الأولية مسؤولية مشتركة، منظمة الصحة العالمية، الدورة 47، اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، جويلية 2000، ص.ص. 27-30.

² نادية خريف، تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية- دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر بسكرة-، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2007-2008، ص. 118.

الفرع الثالث: دور الثقافة التنظيمية في تحسين جودة الخدمات الصحية:

يشير التغيير في الثقافة التنظيمية إلى تغيير في قيم ومواقف واعتقادات العاملين، وإن معرفة قواعد التغيير في الأنظمة وفهم خصائص المؤسسات التي لديها ثقافة الجودة الراسخة هو أمر هام لأي فريق عمل يأمل في تغيير ثقافة المؤسسة. ومن الضروري أن يكون العاملين في المؤسسة ملمين بمفهوم إدارة الجودة مما يساهم في تطبيق المنهجية الجديدة بنجاح ويتمثل دور التغيير الثقافي في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال:

- التفاني والإخلاص في العمل واحترام الآخرين والصدق في التعامل معهم؛
- إيجاد قيم مشتركة لتطور روح التعاون بين الجميع في المؤسسة؛
- تشجيع العمل الجماعي من خلال فرق تحسين الجودة¹؛
- الاتصال المستمر بين العاملين داخل المؤسسة وتحفيزهم وتشجيعهم لزيادة خدمة الزبائن²؛

كما أن مساهمة التغيير الثقافي في تحسين جودة الخدمات الصحية تكمن في تعزيز معنى ثقافة الجودة داخل المؤسسة ككل والتي تعني بأن هذه الأخيرة قد قبلت بعناصر الجودة في جميع الوظائف التي تؤثر على أداء المؤسسة، وهناك من ينظر إلى ثقافة الجودة من خلال مدى أهميتها في تحسين أداء العمليات، إذ يؤكد على الأهمية المتزايدة لعمليات الجودة الداخلية والتي تنبع من الوعي بأهمية ثقافة الجودة³.

الفرع الرابع: دور تكنولوجيا المعلومات في تحسين جودة الخدمات الصحية:

- يلعب التطور التكنولوجي والمعلوماتي دور كبير في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال ما يلي:
- **توسيع النطاق الجغرافي للإتاحة:** الغاية هي تجاوز المسافة بين المريض والطبيب باستبدال الزيارة المكتبية التقليدية، وذلك يتضمن ما سنطلق عليه تقليدياً اسم الطب عن بعد مثل (المؤتمرات عن طريق الفيديو مع المرضى في المناطق القروية، وخطوط المساعدة، والتراسل الفوري مع ممارس صحي من أجل النصح الطبي)؛
 - **تيسير اتصالات المريض:** الغاية منها تسهيل الاتصال بين العاملين الصحيين والبرامج الصحية والمرضى خارج أوقات الزيارات المكتبية النظامية، بحيث تشمل التثقيف الصحي الشامل، حماية خصوصية المريض ... إلخ؛
 - **تحسين إدارة المعطيات:** الغرض هو تحسين جمع المعطيات، وتنظيمها أو تحليلها. وذلك من شأنه أن يسرع ويعزز نقل المعطيات وبمكثنا من جمع المعطيات عن بُعد (مثلاً: استخدام المساعد الرقمي الشخصي لجمع المعلومات المتعلقة بأمراض محددة بشكل الكتروني وأنظمة السجلات الإلكترونية)، وتتضمن جمع المعطيات، تنظيمها وتحليلها؛
 - **تبسيط المعاملات المالية:** الغاية تعجيل المعاملات المالية من خلال تسهيل دفع المريض لتكاليف الرعاية وتسهيل تلقي الطبيب للدفعات (مثلاً: مدفوعات أقساط التأمين المحمولة والقوائم عبر الهاتف)⁴؛

¹ عامر عبد اللطيف كاظم العامري، أثر ثقافة الجودة في الأداء المتميز - دراسة تحليلية مقارنة بين عينة من المنظمات الخدمية والإنتاجية العاملة في بغداد -، مجلة الدنانير، العدد 09، الجامعة العراقية، العراق، 2016، ص. 270.

² نفيسة ناصري وآخرون، ثقافة المنظمة ومدى فعالية التغيير الثقافي في تطبيق الجودة الشاملة، مجلة البدر، المجلد 03، العدد 10، جامعة طاهري محمد بيشار، الجزائر، 2011، ص. 266.

³ حسام نعيم النفار، أثر تعزيز ثقافة الجودة بالممارسات الأخلاقية على تحقيق التميز للجامعات -دراسة تطبيقية على الجامعات الفلسطينية-، مجلة كلية فلسطين التقنية، العدد 03، كلية فلسطين التقنية، دير البلح، فلسطين، 2016، ص. 27.

⁴ سعاد شرابي وعلي حميدوش ناصري، تكنولوجيا المعلومات والاتصال ودورها في تحسين مستوى الخدمات الصحية، مجلة الإقتصاد الجديد، المجلد 01، العدد 16، جامعة الجليلي بونعامة بجميس مليانة، الجزائر، 2017، ص. 298.

- **تكنولوجيا الطب عن بعد:** وهي تكنولوجيا تستخدم لتقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتعليمية للأفراد الذين يقيمون في مناطق بعيدة عن المراكز الطبية المتخصصة، ومن أمثلة استخدام الطب عن بعد: مجال الرعاية الصحية المنزلية عن بعد كتنخطيط القلب عن بعد (Tele-ECG)، الجراحة عن بعد حيث يتمكن الطبيب من إجراء عملية جراحية لمريض عن بعد، التعليم عن بعد من خلال عقد مؤتمرات التعليم المستمر للعاملين في المؤسسات الصحية¹.
- **التعامل اللاورقي داخل المؤسسات الصحية:** بمعنى إدارة دورة العمل كاملة بالمؤسسة الصحية بشكل إلكتروني، بدءاً من إدخال بيانات المريض عند دخوله لأول مرة عبر نموذج ملء البيانات الإلكتروني الموجود داخل المؤسسة الصحية، ثم وضعه على جدول مواعيد الطبيب المختص الذي يتلقى بدوره هذه المعلومة عبر البريد الإلكتروني من حاسبه الشخصي، فيقوم بإجراء التشخيص ومناظرة المريض في الموعد المحدد، ويحدث الشيء نفسه مع مختبر التحليل، الأشعة والصيدلية وغيرها، وكل ذلك يحدث عبر دورة مستندية إلكترونية خالية من الورق أو أفلام الأشعة².
- **البطاقات الصحية الذكية:** من أهم التطورات في مجال الصحة الإلكترونية، وهي عبارة عن بطاقة صغيرة في حجم بطاقة الائتمان العادية مثبت بداخلها شريحة إلكترونية متناهية في الصغر، ومزودة بوحدة ذاكرة صغيرة لتخزين المعلومات، وتعمل فقط عندما يتم إدخالها في وحدة خاصة تسمى قارئ البطاقات الذكية، وعند دخول البطاقة في الحاسب تصبح نشطة وتستقبل المعلومات وتخزنها وتسترجعها وتعديلها، ويقوم متخصصوا الرعاية الصحية بتحميل التاريخ الطبي الكامل للمريض على البطاقة، وعند دخوله لأي مؤسسة صحية بما قارئ للبطاقات الذكية يتعرف الأطباء على الفور على تاريخه الصحي كاملاً، مما يساعد على دقة وسرعة التشخيص والعلاج ويقلل الأخطاء الطبية ويخفض التكاليف³.
- **نظام معلومات الصيدلية:** يعد من أكثر أنظمة المعلومات الصحية استخداماً، فهو يعمل على تبسيط عملية صرف الأدوية ومراقبة المخزون وكذا مراقبة الجرعات الدوائية حسب ما وصفه الطبيب ومنع التضارب في الوصفات العلاجية، وهذا النظام يعمل على تحسين جودة الخدمات الصحية للمرضى، ويخفض من التكاليف ويرفع من عملية التفاعل الكامل مع نظام معلومات المؤسسة الصحية⁴.
- **نظم معلومات التتبع داخل المؤسسات الصحية:** وهي نظم تساعد هذه المؤسسات على إيجاد طريقه سهلة وفعالة لتتبع أفراد الطواقم الطبية لتسهيل العثور عليهم بصورة فورية وقت الحاجة، والآن يتم تطوير بعض النظم والبرامج التي تسمح بتتبع الأشخاص والأجهزة والمعدات أيضاً⁵.
- **السجل الصحي الإلكتروني:** من أهم تطبيقات تكنولوجيا المعلومات في مجال الرعاية الصحية، من خلال دوره في حفظ البيانات الخاصة للمرضى، حيث يقدم المريض البيانات الصحية الخاصة به على الانترنت، مع إمكانية تخزين وتصدير وتبادل البيانات، وشهد السجل الصحي الإلكتروني مراحل تطور عبر الزمن، وفي عام 2011 تم وضع

¹ مصباح عبد الهادي حسن الدويك، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية و الطبية - دراسة تطبيقية على مستشفى غزة الأوروبي، بحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين، 2010، ص.ص. 76-78. بتصرف.

² جمال محمد غيطاس، تكنولوجيا المعلومات والمنشآت الصحية قاصرة، متاح على الموقع الإلكتروني: http://hosamred.blogspot.com/2006/12/blog-post_14.html، تاريخ الإطلاع على المقال (2018/04/07). بتصرف.

³ مصباح عبد الهادي حسن الدويك، مرجع سبق ذكره، ص. 79. بتصرف.

⁴ وفاء يحيى بنات، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على الأداء الوظيفي - دراسة تطبيقية على مجمع الشفاء الطبي بغزة، رسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا - غزة، فلسطين، 2014، ص. 58. بتصرف.

⁵ جمال محمد غيطاس، مرجع سبق ذكره، متاح على الموقع الإلكتروني: http://hosamred.blogspot.com/2006/12/blog-post_14.html، تاريخ الإطلاع على المقال (2018/04/07). بتصرف.

"ONC-Authorized Testing And Certification Body" كشهادة تتضمن معايير خاصة بالسجل

الصحي الإلكتروني، بحيث يتم منح الشهادات للمؤسسات الصحية التي لديها سجل الكتروني متوافق مع المعايير والمواصفات التي يتم تحديدها¹.

وفي كل الأحوال تحتاج المؤسسات الصحية إلى بناء عقل معلوماتي جديد يعرف كيف ينتقي ما يريد مما هو متاح أمامه من تكنولوجيات وكيف يستوعب ويروض تغيراتها المستمرة بما يحقق للمواطن أفضل رعاية صحية وبأقل تكلفة ممكنة، وبهذه الطريقة يمكننا أن نغير المعادلة القائمة حالياً بين التكنولوجيا النائرة المتدفقة والمؤسسات القاصرة عن استيعابها.

المطلب الثاني: دور الاعتماد في تحسين جودة الخدمات الصحية

لنظام الاعتماد في مجالات الرعاية الصحية خصوصية كبيرة، وأهم سمات هذه الخصوصية أنه يتعامل مع البشر سواء كانوا مقدمي الخدمة (المؤسسة الصحية) أو متلقي الخدمة (المرضى)، الأمر الذي يجعل تطبيق نظم الجودة مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بالأداء البشري ومدى تقبل المستفيد من هذه الخدمة لمستوى هذه الجودة. ومن هنا بدأت العديد من المنظمات الدولية في إرساء قواعد خاصة بنظم اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية تركز فيها المقام الأول على المريض أو المستفيد من الخدمة، إضافة إلى الجوانب الفنية والإدارية والتكنولوجية في نظم تقديم خدمات الرعاية الصحية.

الفرع الأول: مفهوم الاعتماد

يعرف الاعتماد بأنه "عملية يقوم بموجبها كيان غير حكومي عادة، منفصل ومتميز عن مؤسسة الرعاية الصحية بتقوم مؤسسة الرعاية الصحية ليحدد ما إذا كانت هذه المؤسسة تفي بمجموعة من المتطلبات وتطبيق مجموعة من المعايير المصممة لتحسين سلامة وجودة الرعاية الصحية ويكون هذا الاعتماد عادة تطوعياً"².

كما يعرف بأنه عملية تطوعية تطبق في المقام الأول على المؤسسات لا على الأفراد، أو الإدارات، أو الوحدات. وهو عملية تقييمية صارمة وشاملة تقوم من خلالها إحدى هيئات الاعتماد الخارجية بتقييم جودة النظم والعمليات الرئيسية التي تتألف منها المؤسسة الصحية³.

مما سبق نستخلص أن الاعتماد هو العملية التي تقوم من خلالها المؤسسة المانحة للاعتماد بتقييم المؤسسة الصحية، وتحدد درجة استيفائها للمعايير التي وضعت للمحافظة على جودة الخدمات الصحية المقدمة وتحسينها، كما أن الاعتماد يمثل الدليل الملموس على أن المؤسسة ملتزمة بتحسين جودة خدماتها المقدمة للمرضى في ظل بيئة صحية سليمة.

يجدر بالذكر أن نوه بأن هناك فرق بين عملية الاعتماد وعملياتي الإشهاد والترخيص على النحو الآتي:

■ يعرف الإشهاد بأنه عملية تقدير الدرجة التي يحقق بها مرفق، منتج، وحدة أو شخص مهني معين، الحد الأدنى للمعايير المقررة. فقد يختلف بحسب طبيعة التقييم، بحيث يتم الإشهاد على الكيان المعني بأنه وكالة خاصة لتقديم خدمة أو نشاط معين. علماً بأن الإشهاد لا ينظمه القانون، وعادة ما يكون طوعياً، كما أن لتجديده حداً زمنياً. غير أن تجديده يكاد يتم تلقائياً مادامت المؤسسة المعنية تواظب على دفع ما عليها من مستحقات وما دامت حسنة السمعة⁴.

¹ ياس السلطاني وحسن زندان، تقييم أهمية استخدام السجل الصحي الإلكتروني، مجلة الشمال للعلوم الأساسية والتطبيقية، المجلد 01، العدد 01، جامعة الحدود الشمالية، المملكة العربية السعودية، 2016، ص.ص. 4-5.

² غالب محمود سنجق وموسى أحمد خير الدين، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 337-338.

³ ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية الأولية، مسؤولية مشتركة، الاتجاهات الراهنة والمستجدة في مجال ضمان الجودة وتحسينها، منظمة الصحة العالمية، الدورة 47، اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، جويلية 2000، القاهرة، ص. 24.

⁴ المرجع السابق، ص. 23.

■ أما الترخيص، فيوجد بينه وبين الإشهاد أوجه تشابه أكثر مما بينه وبين الاعتماد، ويمكن تعريف الترخيص على أنه عملية إجبارية (عكس الإشهاد والاعتماد فهما عمليتان اختياريتان) تمنح للمنشآت والأفراد¹، يتم من خلاله تقدير مدى وفاء مرفق ما أو مؤسسة بحد أدنى من المعايير التي تضمن السلامة المطلوبة، والترخيص نشاط ترعاها وتمنحه جهات حكومية، عكس الإشهاد والاعتماد الذي تمنحه هيئات مستقلة غير حكومية، والترخيص بدوره محدود المدة، إذ يجرى عادة تجديده، وقد لا يتطلب تجديده سوى دفع المستحقات، وأن يكون طالب الترخيص حسن السمعة في مجتمعه².

مما سبق نخلص بأن هاته العمليات تعتبر بوجه عام طرقاً للتقييم يؤخذ بها في تقييم الجودة لدى المؤسسات الصحية، وهناك تشابه كبير بين الترخيص والإشهاد أكثر من الاعتماد، ويعتمد الفرق بين المصطلحات الثلاثة على مدى صرامة عملية التقييم وشموليته لجميع جوانب المؤسسة ويعتبر الإشهاد من حيث عمليته ومعايره أشد طرق التقييم صرامة وأكثرها شمولاً.

الفرع الثاني: فوائد الاعتماد في تحسين جودة الخدمات الصحية

تتلخص فوائد برنامج الاعتماد فيما يلي³:

- ✓ تشجع تكامل الخدمات وتحسين الأداء الإداري والفني بصفة مستمرة لضمان استمرارية الخدمة؛
- ✓ تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية بتحقيق أهداف محددة ترتبط بالالتزام بالمعايير المتفق عليها مسبقاً والتي تعتبر طموحة ولكنها قابلة للتحقيق؛
- ✓ إنشاء قاعدة بيانات لنتائج برنامج الاعتماد تسمح بمقارنة أداء المؤسسات الصحية في الالتزام بكل معيار، الأمر الذي يسمح بالمقارنة والاستفادة من خبرات الغير والتنافس في عمليات التحسين المستمر حتى تصبح هذه الأخيرة جزءاً من ثقافة المؤسسات الصحية؛
- ✓ تقليل الإنفاق الصحي من خلال زيادة الكفاءة والفعالية وتقليل الفاقد وتوفير تكلفة إعادة التشخيص وإعادة الثقة للمواطنين في خدماتهم الصحية الأمر الذي يؤدي إلى تقليل نفقات العلاج بالخارج؛
- ✓ توفير فرص تعليمية واستشارية للعاملين في الحقل الصحي لتعلم إدارة الجودة وتطبيقها والاستفادة من أفضل الممارسات الإكلينيكية والإدارية في العالم بغرض التحسين المستمر والوصول إلى النتائج المرجوة؛
- ✓ استعادة ثقة المواطنين في الخدمات الصحية المتوفرة في بلدهم؛
- ✓ تقليل الأخطار التي يتعرض لها المرضى وأسرهم والعاملين في المؤسسات الصحية مثل حدوث عدوى أو علاج خاطئ أو حدوث خطأ في نقل الدم.

مما سبق ذكره نخلص إلى أن موضوع الجودة أصبح أمر حيوي في قطاع الخدمات عموماً وفي مجال الصحة بشكل خاص، لذلك فإن برامج الجودة يجب أن تكون معدة إعداداً خاصاً حسب الإمكانيات المتاحة لكل مؤسسة صحية. وبهدف تحسين الجودة تسعى المؤسسات الصحية إلى تبني إدارة الجودة الشاملة والتي تتطلب تطبيقها توفر الاقتناع من طرف الإدارة العليا والعاملين على السواء، تهيئة البيئة التنظيمية اللازمة لذلك، والاهتمام بالموارد البشرية وتدريبهم وتمكينهم. ولضمان تفلسم الجودة بالمستوى المطلوب يجب على المؤسسات الصحية أن تتبنى منهج التغيير لما له من أثر كبير على تحسين جودة الخدمات، وحتى تستطيع تحقيق ذلك يجب عليها تحديد مجال التغيير الذي سيمكنها من تحقيق أعلى مستوى ممكن من الجودة في خدماتها، وهذا من خلال

¹ غالب محمود سنحقي وموسى أحمد خير الدين، مرجع سبق ذكره، ص. 344.

² ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية الأولية، مسؤولية مشتركة، الإتجاهات الراهنة والمستجدة في مجال ضمان الجودة وتحسينها، مرجع سبق ذكره، ص. 23.

³ غالب محمود سنحقي وموسى أحمد خير الدين، مرجع سبق ذكره، ص. 346-347.

الفصل الأول — الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

وضعها لرؤية واضحة للمستقبل وصياغتها لخطط وبنية تنظيمية لعمليات تحسين الجودة، مع ضرورة تبنيها لعمليات التقييم الحديثة كالاتحاد والترخيص والإشهاد باعتبارها طرق حديثة لتقييم الجودة، بهدف التحسين المستمر لجودة خدماتها الصحية.

المبحث الرابع: واقع النظام الصحي في الجزائر وسياسة الإصلاح

تعتبر الصحة حقا عالميا إلى جانب التعليم والحق في الحياة، فهي بذلك تعتبر موردا ذا أهمية بالغة في تحقيق التنمية للمجتمع. هذا ما جعل الإرتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين هدفا عاما تنشده أي دولة، والجزائر كغيرها من الدول سطرت العديد من البرامج التوجيهية لنظامها الصحي خاصة في القطاع العام الذي يعتبر العمود الأساسي للخدمات الصحية المقدمة، وذلك من خلال تسخير جميع الوسائل المادية والمالية الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها، كما طرأت تغييرات كمية ونوعية من حيث الهياكل، الإمكانيات المتاحة، الموارد البشرية ودخول القطاع الخاص كمكمل لتوفير الخدمات الصحية. وستنطلق من خلال هذا المبحث إلى التطور التاريخي الذي شهده النظام الصحي الجزائري، وأهم ملامح المنظومة الصحية الجزائرية الحديثة وعملية التغيير التي مستها والمتمثلة في السياسة الجديدة لإصلاح المؤسسات الصحية مع إبراز أهمية نظام التعاقد ومكانة الجودة في ظل سياسة الإصلاح.

المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

شهدت الجزائر في بداية الثمانينات، تطور نوعي في مجال الارتقاء بالحالة الصحية للمجتمع، حيث لوحظ آنذاك تحسن في بعض المؤشرات الصحية من خلال تراجع معدل الوفيات بصفة عامة وارتفاع في معدل الحياة لدى الأطفال عند الولادة. إلا أن هذا التحسن بالإضافة إلى الأساليب التي كانت تستعمل في تقديم وتوزيع الخدمات، وكيفية استخدام الموارد المالية والمادية المتاحة لقطاع الصحة لم يرقى إلى تحقيق النتائج المستهدفة منها. وستتناول من خلال هذا المطلب تحديد مفهوم النظام الصحي في الجزائر ومختلف مراحل التطور التاريخية التي شهدتها.

الفرع الأول: مفهوم النظام الصحي في الجزائر

يعرف النظام الصحي بأنه: "الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها وتقوية هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان بتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة"¹. وتعرفه منظمة الصحة العالمية على أنه: مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين، أموال، معلومات، إمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات عامة. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الإحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي في الوقت ذاته إلى معاملة الناس على نحو لائق"² والنظام الصحي الجيد هو الذي ذلك الذي يساهم في تحسين حياة الناس بشكل ملموس يوما بعد يوم. وانطلاقا مما سبق ذكره يمكن تعريف النظام الصحي على أنه جميع الهياكل والمؤسسات والموارد التي تسخر بهدف توفير إحتياجات السكان من الخدمات الصحية بغية تحسين ورفع مستوى الحياة لديهم، وذلك من خلال تنفيذ برامج إصلاحية تهدف إلى الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين.

¹ عدمان مريزق، دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 25، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2012، ص. 47.

² ريم أوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية-دراسة حالة المراكز الإستشفائية الجامعية للشرق الجزائري-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) في علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2017-2018، ص. 186.

ويتكون النظام الصحي من خمسة مكونات رئيسية هي¹:

- المنشآت التي تقدم وتوفر الخدمات الصحية؛
- القوى العاملة التي تقدم الخدمات الصحية؛
- المعدات والتجهيزات العلاجية؛
- المنشآت والمؤسسات التكوينية والبحثية التي تكون القوى العاملة الطبية والمنتجة للمعرفة من أجل تحسين مستوى الخدمات الصحية؛
- آليات التمويل.

ويهدف النظام الصحي في الجزائر إلى²:

- ✓ مراقبة الحالة الصحية للمجتمع والتعرف على مشكلاته الصحية؛
- ✓ تقديم الخدمات الصحية والطبية بأقل كلفة ممكنة؛
- ✓ تطوير سياسات وخطط تدعم الجهود الصحية للأفراد والمجتمعات؛
- ✓ ضمان توفير قوى عاملة كفأة في مجالات الصحة العامة وتقديم الخدمات الصحية العلاجية والوقائية؛
- ✓ تقييم جودة وفعالية الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والمجتمعات والتأكد من سهولة الوصول إليها من قبل المستهدفين.

الفرع الثاني: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة، يمكن حصرها في محطات تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر، وتنقسم إلى ما يلي:

1. المرحلة الأولى (1962 - 1974):

بعد الاستقلال، بلغ عدد الأطباء في الجزائر 5000 طبيب (5% منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم 10.5 مليون نسمة، حيث تميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بتراجع عدد العاملين في القطاع حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب إلى 600 طبيب، أي بمعدل طبيب واحد لكل 100000 ساكن، متمركزين في المناطق الكبرى من الوطن، إضافة إلى طاقم تمريضي لا يتعدى 138 ممرض، حيث الأغلبية منهم غير مؤهلة وليست لديها شهادات، وانعدام التجربة للطواقم الإداري المسير³.

ولقد عُرفت هذه المرحلة بمرحلة التصحيح والبناء التدريجي لنظام وطني للصحة⁴، كما تميزت هاته الفترة بوضع العديد من برامج الصحة، بهدف تأمين الرعاية الصحية للسكان المحرومين منها، وضمان الوقاية من الأمراض المعدية والمستعصية. ولهذا يمكن القول أن السياسة الصحية خلال هذه الفترة ركزت على جانبيين أساسيين هما: بناء سياسة وطنية للصحة تهدف للقضاء على الأمراض الخطيرة والمعدية، من خلال تعميم برامج العلاج الوقائية للتقليل من ظاهرة وفيات الأطفال. والجانب الآخر يتمثل في بناء الهياكل الصحية وتكوين الكادر البشري العامل في قطاع الصحة وتوفير التمويل اللازم.

¹ Steven Jonas, and all, An introduction to the US health care system, Springer publishing company, Sixth edition, New York, , 2007, P. 08.

² ربة أوشن، مرجع سبق ذكره، ص. 188.

³ ليلي عياد، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الإستشفائية بولاية ادرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية (للفترة 2016/2015) أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم تخصص تسويق، جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2015-2016، ص. 124.

⁴ ربة أوشن، مرجع سبق ذكره، ص. 202.

2. المرحلة الثانية (1974 – 1989): وتدعى بمرحلة مجانية العلاج وتميزت بما يلي:

- تأسيس الطب المجاني كما جاء ذكره في هياكل الصحة العمومية، وأكدته الميثاق الوطني لسنة 1974 مما سمح بتعميم إستفادة المواطنين من الخدمات الصحية وتوسيع الطب الوقائي؛
- إصلاح المنظومة التربوية وبالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين، مما سمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية؛
- تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي، لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي¹؛
- إنحاز عدد كبير من الهياكل الصحية (المستشفيات العمومية، العيادات المتعددة الخدمات) لزيادة التغطية الصحية في الوطن. حيث بلغ عدد المراكز الإستشفائية الجامعية 13 مركزا سنة 1979 مكلفة بثلاثة أدوار هي: العلاج، التكوين والبحث، وبلغ عدد المؤسسات الإستشفائية 173 مؤسسة و58 مركزا للتوليد، و1864 قاعة علاج من نفس السنة².
- وبالرغم من الجهود المبذولة في هذه الفترة إلا أن التغطية الصحية تركزت في المدن والولايات الكبرى، أما باقي المناطق الريفية والصحراوية فكانت تعاني من سوء التغطية الصحية، كما شهدت هاته المرحلة إنشاء القطاعات الصحية والتي أوكلت لها مهمة العلاج والوقاية في آن واحد.

3. المرحلة الثالثة (1990 – 2000):

- لقد أدى الإرتفاع المفرط في نفقات الصحة الناتجة عن تطبيق سياسة العلاج المجاني والتدهور التدريجي لجودة الخدمات الصحية المقدمة بالدولة إلى انتهاج مجموعة من الوسائل الإصلاحية تمثلت فيما يلي:
- تطبيق النظام التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل قطاع الصحة، أي التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الإجتماعي بوزارة الصحة والسكان، والتي حددتها المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995؛
 - ظهور الخريطة الصحية والتي تعتبر الشكل الأساسي للنظام الوطني للصحة، ووسيلة لتطبيق السياسة الصحية التي تركز على دراسة الظواهر والتغيرات بغرض وضع خطط تتلائم والقدرات المتاحة، وتعمل الخريطة الصحية على تصحيح الفوارق بين المناطق والمدن على أساس التمركز السكاني³؛
 - إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير وذلك سنة 1997، وهذا من خلال صدور المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS) والتي بلغ عددها 31 مؤسسة، والقطاعات الصحية (SS) والتي وصل عددها إلى 185 قطاع صحي⁴، والمراكز الإستشفائية الجامعية (CHU)؛
 - إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة والمتمثلة في: المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCP)، الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH)، الوكالة الوطنية للدم (ANS)، المركز الوطني لليقظة الصيدلانية وبقظة العتاد (ANDS)⁵.

¹ خروبي بزاره عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)، دراسة حالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة مقدمة لنيل

شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2010-2011، ص. 41.

² ربة أوشن، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 205-206. بتصرف

³ رحيمة حواف، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات والصعوبات، مجلة المؤسسة، العدد 06، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2017، ص. 228.

⁴ حاج عيسى سيد أحمد، مرجع سبق ذكره، ص. 140.

⁵ ربة أوشن، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 210-211.

4. المرحلة الرابعة (2000 – 2007):

شهدت هذه المرحلة استمرار سياسة اصلاح المنظومة الصحية من خلال تغيير اسم الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر بداية من جوان 2002، حيث أصبحت تسمى: بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات؛ أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005، فقد عرفت بعض التحسن، والدليل على ذلك تقرير منظمة الصحة العالمية بشأن الجزائر، حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة بـ 9.10% من الميزانية العامة، إلا أن الخدمات الصحية كانت دون المستوى، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة صحية ناجعة، بالإضافة إلى سوء توزيع الخدمات الصحية عبر الوطن، كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج المرجوة¹.

5. المرحلة الخامسة (مرحلة ما بعد سنة 2007 إلى يومنا هذا):

وفيها تمت مواصلة سياسة إصلاح النظام الصحي، وذلك من خلال إعادة تنظيم القطاعات الصحية (SS) لتصبح مشكلة من المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، وذلك بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428هـ الموافق لـ 19 ماي سنة 2007م، أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المؤسسات الصحية من المواطن. وفيها أيضا أصبحت المنظومة الصحية تحتوي على مجموعة معتبرة من مختلف المؤسسات الصحية التابعة لقطاع الصحة العمومية والقطاع الخاص، ومن بين التأثيرات السلبية للقطاع الصحي الخاص على العمومي هو انتقال الكفاءات الطبية خاصة المتخصصين نحو القطاع الصحي الخاص بحثا عن ظروف أحسن للعمل، مما أثر على جودة الرعاية الصحية في القطاع العمومي وصعوبة التحكم في مختلف الإصلاحات المتعلقة بهذا القطاع بشكل عام².

كما تم وضع برنامج لإصلاح المؤسسات الصحية خلال الفترة ما بين (2009-2025) بتكلفة 2000 مليار دينار جزائري، أطلق عليه اسم "المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر" وهو عبارة عن اصلاحات تلمس عدة مؤسسات صحية لتحديث نظامها فضلا عن بناء منشآت صحية أخرى³.

وتبحث الجزائر في الفترة الحالية المخطط لها (2015-2019) عن تغيير جذري في نمط تسيير المؤسسات الصحية التي تستهلك جزء لا يستهان به من ميزانية الدولة حيث بلغت نسبة ميزانية قطاع الصحة في سنة 2015 حوالي 7.89%⁴، كما بلغت نسبتها حوالي 8.05% في ميزانية الدولة لسنة 2019⁵.

وعلى العموم ورغم مختلف التطورات والانجازات الايجابية التي حققها النظام الصحي في الجزائر منذ الإستقلال إلى يومنا هذا، إلا أنه اعترته جملة من الصعوبات حالت دون تجسيد النظام لجملة أهدافه، والتي يبقى السبيل الأساسي لبلوغها هو تغيير نمط تسيير القطاع ككل، وإعادة النظر في سياسة مجانية العلاج التي أثبتت فشلها، بالإضافة إلى ترشيد تكاليف الإنفاق على قطاع الصحة وتوجيه الموارد ضمن أطرها المستحقة.

¹ وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها -دراسة ميدانية بولاية باتنة-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) في علوم التسيير شعبة تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2015-2016، ص. 142.

² ريمة أوشن، مرجع سبق ذكره، ص. 213.

³ رحيمة حوالم، مرجع سبق ذكره، ص. 229.

⁴ المرجع السابق، نفس الصفحة.

⁵ الجريدة الرسمية، العدد 79، الصادرة بتاريخ 22 ربيع الثاني عام 1440هـ الموافق لـ 30 ديسمبر سنة 2018م، المتضمنة قانون المالية لسنة 2019، ص. 29.

المطلب الثاني: هياكل المنظومة الصحية في الجزائر

إن النظام الصحي الجزائري قائم من طرف المؤسسات والمرافق الصحية التي تتميز بتنظيم هرمي على ثلاث مستويات: وطني (مركزي)، جهوي، محلي:

1- على المستوى الوطني (المركزي): وتشمل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات التي تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 380-11 المؤرخ في 21 نوفمبر 2011، والذي يتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات¹. وتشتمل الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تحت سلطة الوزير، على ما يلي:

- ❖ **الأمين العام:** ويساعده مديرين للدراسات، ويلحق به مكتب البريد والاتصال والمكتب الوزاري للأمن الداخلي.
 - ❖ **رئيس الديوان:** ويساعده ثمانية (08) مكلفين بالدراسات.
 - ❖ **المفتشية العامة:** ويحدد تنظيمها وسيرها بمرسوم تنفيذي.
 - ❖ **المديريات المركزية:** ويبلغ عددها عشرة (10) مديريات وهي: *المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة * المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات * المديرية العامة للصيدلة والتجهيزات الصحية * مديرية السكان * مديرية الدراسات والتخطيط * مديرية التنظيم والمنازعات والتعاون * مديرية الموارد البشرية * مديرية التكوين * مديرية المالية والوسائل * مديرية المنظومات الإعلامية والإعلام الآلي *، وتضم كل مديرية ثلاث (03) إلى أربع (04) مديريات فرعية².
- كما توجد كذلك إحدى عشر (11) مؤسسة وهيئة تحت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وهي:

- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP)؛
- الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH)؛
- الوكالة الوطنية للدم (ANS)؛
- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANDS)،
- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية والعتاد الطبي (CNPM)؛
- المركز الوطني لعلم السموم (CNT)؛
- المدرسة الوطنية للمناجنت وإدارة الصحة (ENMAS)؛
- المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP)؛
- معهد باستور (IPA)،
- المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي (INFPF)³.

2- على المستوى الجهوي: وعلى هذا المستوى نجد:

أ- المناطق الصحية: وعددها خمس (05) مناطق صحية، تضم مجالس جهوية صحية، وهي عبارة عن هيئات مكلفة بالتنسيق والإسناد، تتميز بكونها هيئة استشارية غير ملزمة في قراراتها، والجدول الموالي يوضح ذلك:

¹ الجريدة الرسمية، العدد 63، الصادرة بتاريخ 27 ذي الحجة 1432هـ الموافق لـ 23 نوفمبر 2011 م، ص. 07.

² المرجع السابق، ص. 07-21.

³ موقع وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، متاح على الموقع الإلكتروني: <http://www.sante.dz> تاريخ الإطلاع (2019/07/05).

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

الجدول رقم (5.1): قائمة المجالس الجهوية للصحة

| مقرات المجالس الجهوية للصحة | الولايات المعنية |
|-----------------------------|--|
| الجزائر | الجزائر، البليدة، بمورداس، تيبازة، بجاية، البويرة، المدية، الجلفة، برج بوعرييج، عين الدفلى. |
| قسنطينة | قسنطينة، قالمة، عنابة، سكيكدة، الطارف، تبسة، خنشلة، ميله، سوق اهراس، أم البواقي، سطيف، جيجل، باتنة، المسيلة. |
| وهران | وهران، غليزان، الشلف، معسكر، عين تموشنت، سيدي بلعباس، تلمسان، سعيدة، مستغانم، تيسمسيلت، تيارت. |
| ورقلة | ورقلة، غرداية، ايليزي، تمنراست، الوادي، بسكرة، الأغواط. |
| بشار | بشار، تندوف، أدرار، النعامة، البيض. |

المصدر: محمد ولد قادة، المنظومة الصحية الوطنية تقديمها وتركيبها، سلسلة التسيير الإستشفائي البكري، الجزء الأول، الجزائر، 2017، ص 37.

من الجدول يتبين لنا أن: المنطقة الصحية للشرق تظم (14 ولاية)، المنطقة الصحية للوسط تظم (11 ولاية)، المنطقة الصحية للغرب تظم (11 ولاية)، المنطقة الصحية للجنوب تظم قسمين هما: المنطقة الصحية للجنوب الشرقي وتظم (07 ولايات)، المنطقة الصحية للجنوب الغربي وتظم (05 ولايات). كما تجدر الإشارة هنا إلى أن المستوى الجهوي هو مجرد مستوى افتراضي، بدون هيكل قانوني ولا تتمتع المنطقة فيه بأي استقلالية من الناحية المالية.

3- على المستوى المحلي: وعلى هذا المستوى نجد:

أ- **مديرية الصحة والسكان للولاية (DSP):** وعددها 48 مديرية موزعة عبر كافة ولايات الوطن، تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997¹، المحدد لقواعد تنظيم مديريات الصحة والسكان وسيرها.

ب- منشآت عمومية أخرى: ونجد من بين هذه المنشآت ما يلي:

- **المعاهد الوطنية للتكوين العالي شبه الطبي (INFSPM):** تم انشاؤها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-92 المؤرخ في 24 فبراير 2011 المتضمن تحويل مدارس التكوين شبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين العالي شبه الطبي²، حيث تم تحويل (24) مدرسة إلى معهد وطني للتكوين العالي شبه الطبي، كلها مكلفة بتقديم التكوين الأولي والمستمر لفئة شبه الطبيين في مختلف التخصصات³.
- **المعاهد الوطنية للتكوين العالي للقابلات (INFSSF):** تم انشاؤها بموجب المرسوم رقم 11-94 المؤرخ في 24 فبراير 2011، المتضمن تحويل مدارس التكوين شبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين العالي للقابلات، حيث تم تحويل (03) مدارس إلى معاهد وطنية، كلها مكلفة بتقديم التكوين القاعدي والمستمر لفئة القابلات.

¹ الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول 1418 هـ الموافق لـ 16 جويلية 1997 م، ص. 12.

² Institut National de Formation Supérieure Paramédicale

³ الجريدة الرسمية، العدد 13، الصادرة بتاريخ 25 ربيع الأول 1432 هـ الموافق لـ 28 فبراير 2011 م، ص. 20.

⁴ تم تحويل 23 مدرسة للتكوين شبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين العالي شبه الطبي، كما تم تحويل المعهد التكنولوجي للصحة العمومية بالمرسى إلى معهد وطني للتكوين العالي شبه الطبي. وتبقت 09 مدارس للتكوين شبه الطبي.

⁵ Institut National de Formation Supérieure des Sages Femmes

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

ج- المؤسسات الصحية: وهي المرافق الصحية العمومية والخاصة الموزعة عبر كامل التراب الوطني وتتكون من:

1. المؤسسات الإستشفائية الجامعية (EHU[♦]): وعددها مؤسسة إستشفائية جامعية واحدة (01) بوهران أنشأت بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003¹،
 2. المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU[♦]): وعددها خمسة عشر (15) مركز استشفائي جامعي، تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997²، المعدل والمتمم، المتعلق بتحديد قواعد إنشائها وتنظيمها.
 3. المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS[♦]): وعددها 32 مؤسسة إستشفائية متخصصة سنة 2005، ارتفع العدد إلى 68 سنة 2008، ثم إلى 71 سنة 2014³، ليصل العدد إلى 83 مؤسسة إستشفائية متخصصة سنة 2018⁴، وكل هذه المؤسسات الإستشفائية المتخصصة جاءت متممة لقائمة المستشفيات الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997⁵، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء تنظيم وتشغيل المؤسسات الإستشفائية المتخصصة.
 4. المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH[♦]): في إطار تجسيد الخريطة الصحية الجديدة تم إعادة هيكلة وتنظيم القطاع الصحي، حيث أنشأت بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 هـ الموافق لـ 19 ماي سنة 2007م، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وتسييرها⁶، وتمتع بالإستقلالية المالية والشخصية المعنوية في تسييرها، وتتركز خدماتها في الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي.
 5. المؤسسات العمومية للصحة الجوية (EPSP[♦]): أنشأت بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المذكور أعلاه، وتمتع بالإستقلالية المالية والشخصية المعنوية، وتقتصر في تقديم خدماتها على الأنشطة العلاجية، الاستشارات والوقاية.
- والجدول الموالي يوضح تطور عدد المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية كالاتي:

[♦] Etablissement Hospitalo Universitaire.

¹ الجريدة الرسمية، العدد 48، الصادرة بتاريخ 14 جمادى الثانية 1424 هـ الموافق لـ 13 أوت 2003 م، ص. 06.

[♦] Centre Hospitalo Universitaire.

² الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادرة بتاريخ 10 شعبان 1418 هـ الموافق لـ 10 ديسمبر 1997 م، ص. 19.

[♦] Etablissements Hospitaliers Spécialisés.

³ الديوان الوطني للإحصائيات الجزائر بالأرقام: نتائج 2016/2015/2014، عدد 47، نشرة 2017، الجزائر، 2017، ص. 26.

⁴ موقع وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، <http://www.sante.dz> تاريخ الإطلاع (2019/07/08).

⁵ الجريدة الرسمية، العدد 58، الصادرة بتاريخ 22 شوال 1430 هـ الموافق لـ 11 أكتوبر 2009 م، ص. 11.

[♦] Etablissements Publics Hospitaliers.

⁶ الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 03 جمادى الأولى 1428 هـ الموافق لـ 19 ماي 2007 م، ص. 10.

[♦] Etablissements Publics de Santé de Proximité.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

جدول رقم (6.1): تطور عدد المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية

| المؤسسات الصحية | العدد سنة 2008 | العدد سنة 2014 | العدد سنة 2018 |
|---|----------------|----------------|----------------|
| المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) | 195 | 196 | 207 |
| المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) | 271 | 271 | 273 |

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على إحصائيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات للفترة من (2008-2018).

من الجدول نلاحظ أن عدد المؤسسات العمومية الإستشفائية ارتفع قليلا من 195 مؤسسة وقت انشائها في سنة 2008 ليصل إلى 207 مؤسسة في سنة 2018. في حين أن المؤسسات العمومية للصحة الجوارية زاد عددها بمؤسستين فقط سنة 2018 ليبلغ 273 مؤسسة بعدما كان 271 مؤسسة سنة استحداثها في 2008.

6. المؤسسات الإستشفائية (EH^{*}): وهي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، وبلغ عددها سنة 2016 تسعة (09) مؤسسات إستشفائية¹. كما يجدر بالذكر أن المنظومة الصحية الجزائرية تحتوي أيضا على المؤسسات الصحية الخاصة الممثلة في: العيادات الخاصة (Cabinets Privé)، المؤسسات الإستشفائية الخاصة (Cliniques Privé)، مدارس التكوين شبه الطبي الخاصة المعتمدة، الصيدليات ومخابر التحليل الطبية. والتي تعبر كمكمل للمنظومة الصحية العمومية. والجدول الموالي يوضح أهم هيئات وهيكل المنظومة الصحية الجزائرية لسنة 2012 كالآتي:

* Etablissements Hospitaliers .

¹ الجزائر بالأرقام، نتائج 2016/2015/2014، الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سبق ذكره، ص. 26.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

الجدول رقم (7.1): هيئات وهيكل المنظومة الصحية الجزائرية لسنة 2018

| العدد | البيان | المستوى | المنظومة الصحية | |
|-------|--|---------|-----------------|--------|
| 01 | وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH) | الوطني | العمومية | |
| 10 | المؤسسات والمعاهد الصحية تحت الوصاية | | | |
| 09 | مدارس التكوين شبه الطبي | | | |
| 23 | معاهد وطنية للتكوين العالي المتخصص في مجال شبه الطبي | | | |
| 03 | معاهد وطنية للتكوين العالي للقابلات | | | |
| 05 | المناطق الصحية | الجهوي | | |
| 48 | مديريات الصحة والسكان | المحلي | | |
| 01 | المؤسسات الإستشفائية الجامعية (EHU) | | | |
| 15 | المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) | | | |
| 83 | المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS) | | | |
| 207 | المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) | | | |
| 273 | المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) | | | |
| 09 | المؤسسات الإستشفائية (EH) | | | |
| 23563 | العيادات الخاصة (Cabinets Privé) | الوطني | | الخاصة |
| 214 | المؤسسات الإستشفائية الخاصة (Cliniques Privé) | | | |
| 71 | مدارس التكوين شبه الطبي المعتمدة | | | |
| 10700 | الصيدليات | | | |

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على إحصائيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة 2018

المطلب الثالث: السياسة الجديدة لإصلاح المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية

القطاعات الصحية (SS[♦]) في الجزائر التي وصل عددها إلى 185 قطاع صحي¹ عبر التراب الوطني كانت محل مراجعة وإلغاء بالكامل في سنة 2007، حيث تم تشكيل بناء جديد للخارطة الصحية يرتكز على نوعين من المؤسسات هما: المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وذلك إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428هـ الموافق لـ 19 ماي سنة 2007م، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها. وفيما يلي تحديد لمفهوم كل منها.

[♦] Secteurs Sanitaires.

¹ اعتمادا على إحصائيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة 2007.

الفرع الأول: المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH):

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضح تحت وصاية الوالي. وتتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات. وتحدد المكونات المادية للمؤسسات العمومية الإستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة، كما يمكن أن تستخدم المؤسسة كميدان للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين. وتتمثل مهام المؤسسة العمومية الإستشفائية حسب المادة الرابعة من المرسوم التنفيذي 07-140 السابق الذكر، في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

- ضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم¹.

الفرع الثاني: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP):

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضح تحت وصاية الوالي. وتتكون من مجموعة من العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان². وتحدد المكونات المادية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية والحيز الجغرافي الصحي الذي يغطي مجموعة من السكان بقرار من الوزير المكلف بالصحة. كما يمكن استخدامها كميدان للتكوين شبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين. وتتمثل مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية حسب المادة الثامنة من المرسوم التنفيذي 07-140 في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام الآتية:

- الوقاية والعلاج القاعدي، تشخيص المرض، العلاج الجوارية، الفحوص الخاصة بالطب العام والمتخصص القاعدي؛
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي؛
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان؛
- المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي الصحة وتجديد معارفهم³.

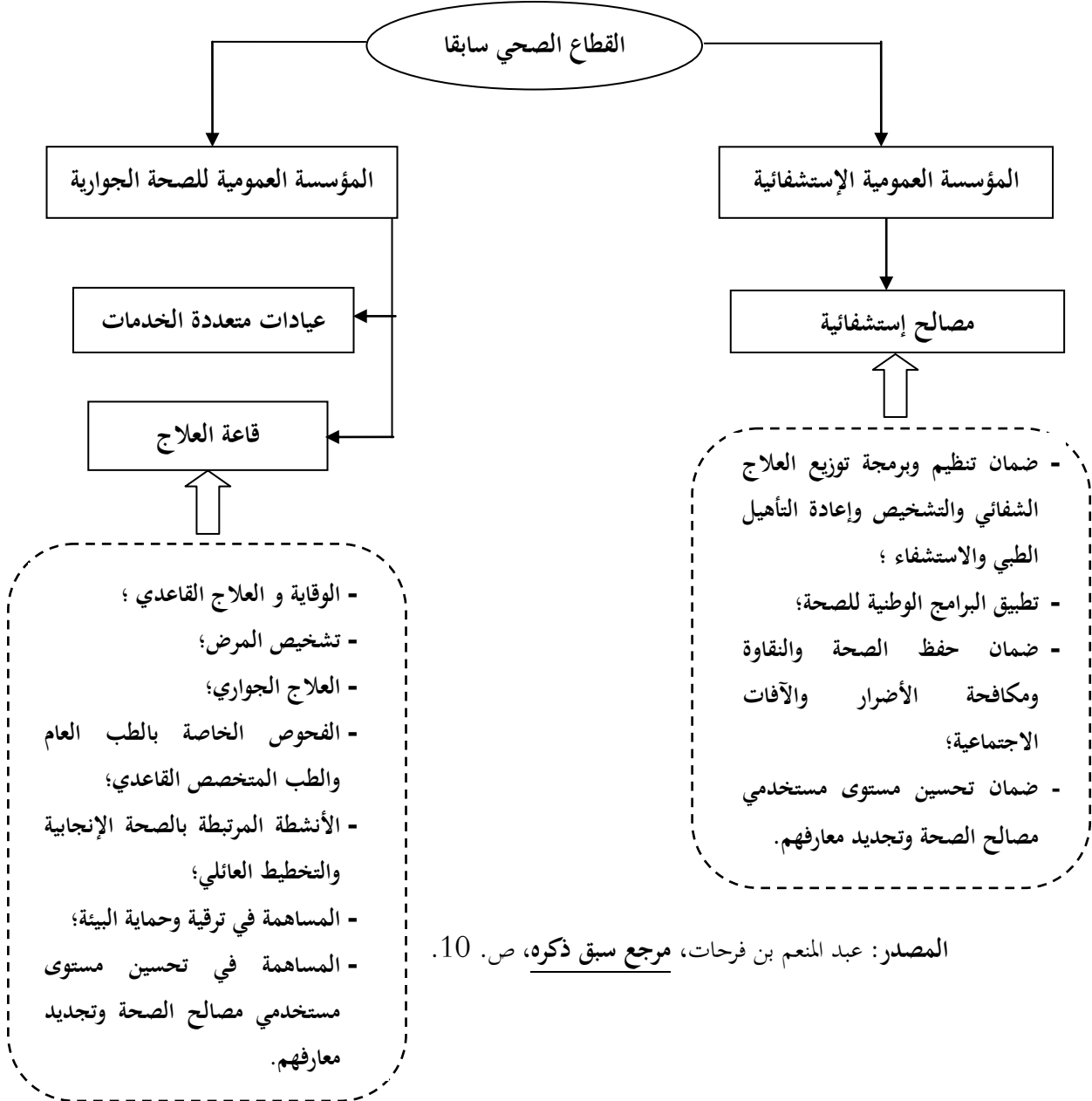
ومحاولة لتوضيح الخارطة الصحية الجديدة تمثيلاً فإن الشكل (8.1) الموالي يبين الوحدات الهيكلية للمؤسسات الصحية الجديدة والمهام المسندة لكل منها.

¹ المرجع السابق، ص. 11.

² عبد المنعم بن فرحات، أهمية اختيار المسير في تحقيقي أهداف السياسة الصحية، مذكرة ماجستير، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر، بسكرة، السنة 102. ص. 102.

³ الجريدة الرسمية، العدد 33 لسنة 2007، مرجع سبق ذكره، ص. 11.

الشكل رقم (8.1): مشتملات المؤسسات الصحية والمهام المسندة إليها



الفرع الثالث: الإجراءات التنظيمية المصاحبة للتغيير داخل المؤسسات الصحية

عرفت عملية تجسيد الخارطة الصحية الجديدة ظهور هياكل تنظيمية خاصة بالمؤسسات الصحية المستحدثة (المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية) مختلفة عن تلك التي كانت معتمدة في القطاعات الصحية السابقة، وتتمثل أهم الإجراءات التنظيمية التي صاحبت عملية التغيير في المؤسسات الصحية (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) في ما يلي:

1. مجلس الإدارة: يسير كل مؤسسة عمومية إستشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة ويديرها مدير ويتكون مجلس الإدارة من (11) عضواً. ويشارك كل من مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في مداورات مجلس الإدارة برأي استشاري ويتوليان أمانتهما.

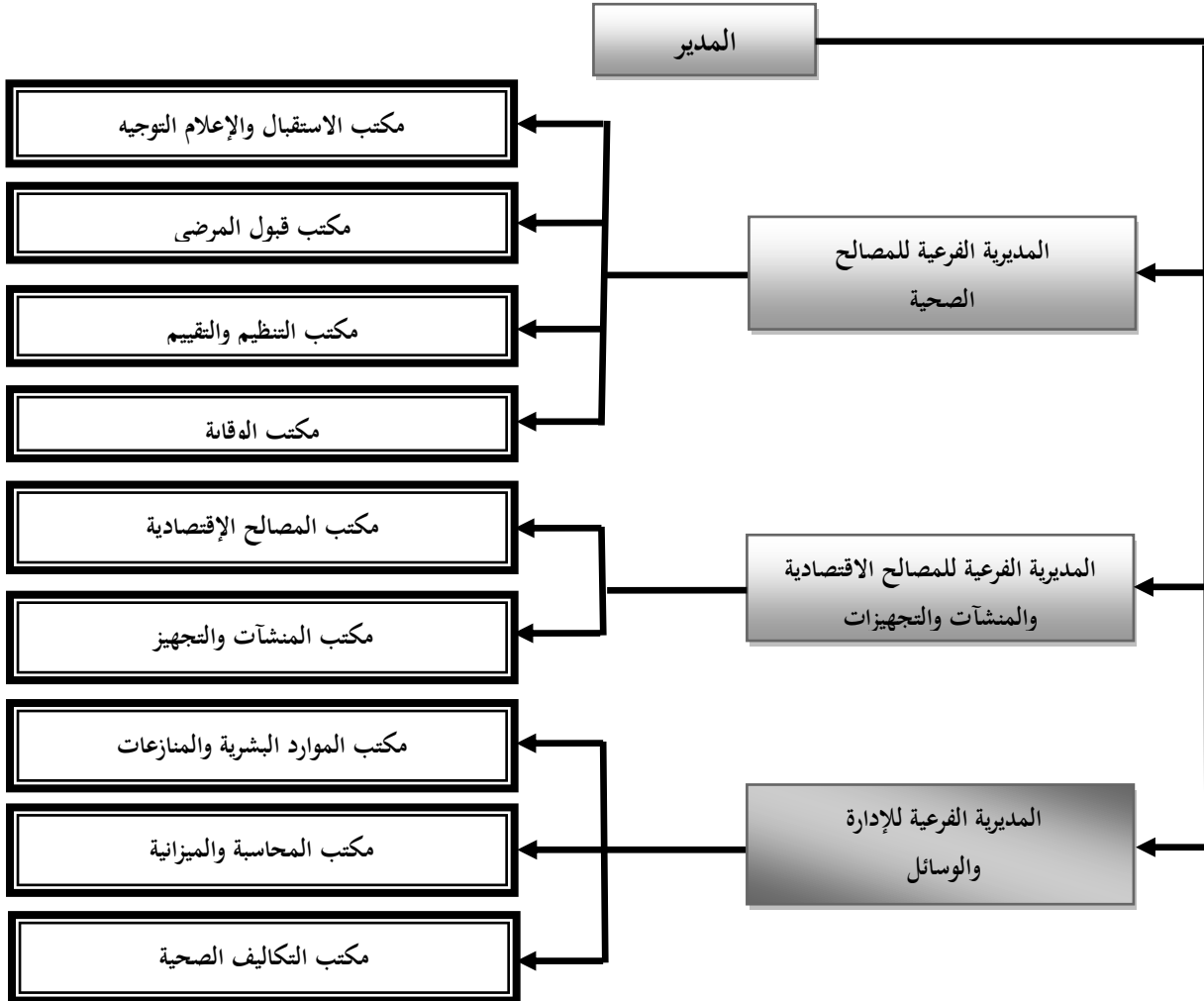
الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

2. المجلس الطبي: يكلف بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه الطبي والتقني فيها، ولاسيما في: التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية، مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها، برامج الصحة والسكان، برامج التظاهرات العلمية والتقنية. بالإضافة إلى ذلك يقترح المجلس الطبي كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها، لاسيما مصالح العلاج والوقاية، كما يعد تنظيمه الداخلي ويصادق عليه.

3. الهيكل التنظيمي: تجدر الإشارة هنا إلى أن الهياكل التنظيمية للمؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية هي ثابتة ومحددة سلفاً بموجب القرار الوزاري المشترك المؤرخ 03 محرم 1431هـ في 20 ديسمبر 2009 المحدد للتنظيم الداخلي لها وتنظيمها وتسييرها¹. والمتتبع لها يلاحظ أنها تختلف عن الهياكل التنظيمية التي كانت معتمدة في القطاعات الصحية السابقة، وسنوضح هذا الاختلاف من خلال الآتي:

أ. الهيكل التنظيمي قبل تطبيق الخارطة الصحية الجديدة: وهو الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي والموضح بالشكل الآتي:

الشكل رقم (9.1): الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي



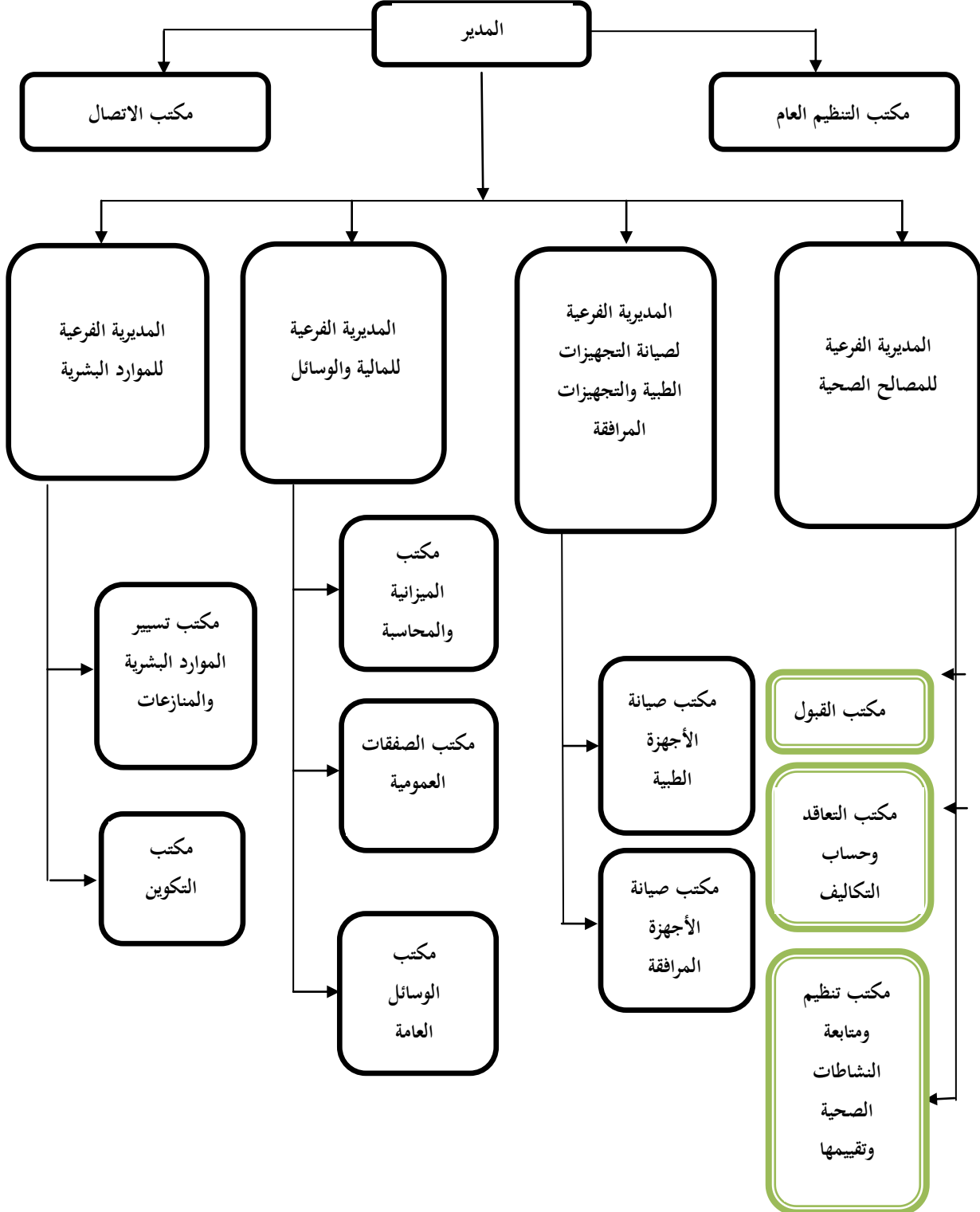
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على القرار الوزاري المشترك المؤرخ 29 ذي الحجة 1418هـ الموافق لـ 26 أبريل 1998 المحدد للتنظيم الداخلي للقطاعات الصحية.

¹ الجريدة الرسمية، العدد 15، الصادرة بتاريخ 03 جمادى الأولى 1428هـ الموافق لـ 19 ماي 2007م، ص. 10.

الفصل الأول — الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

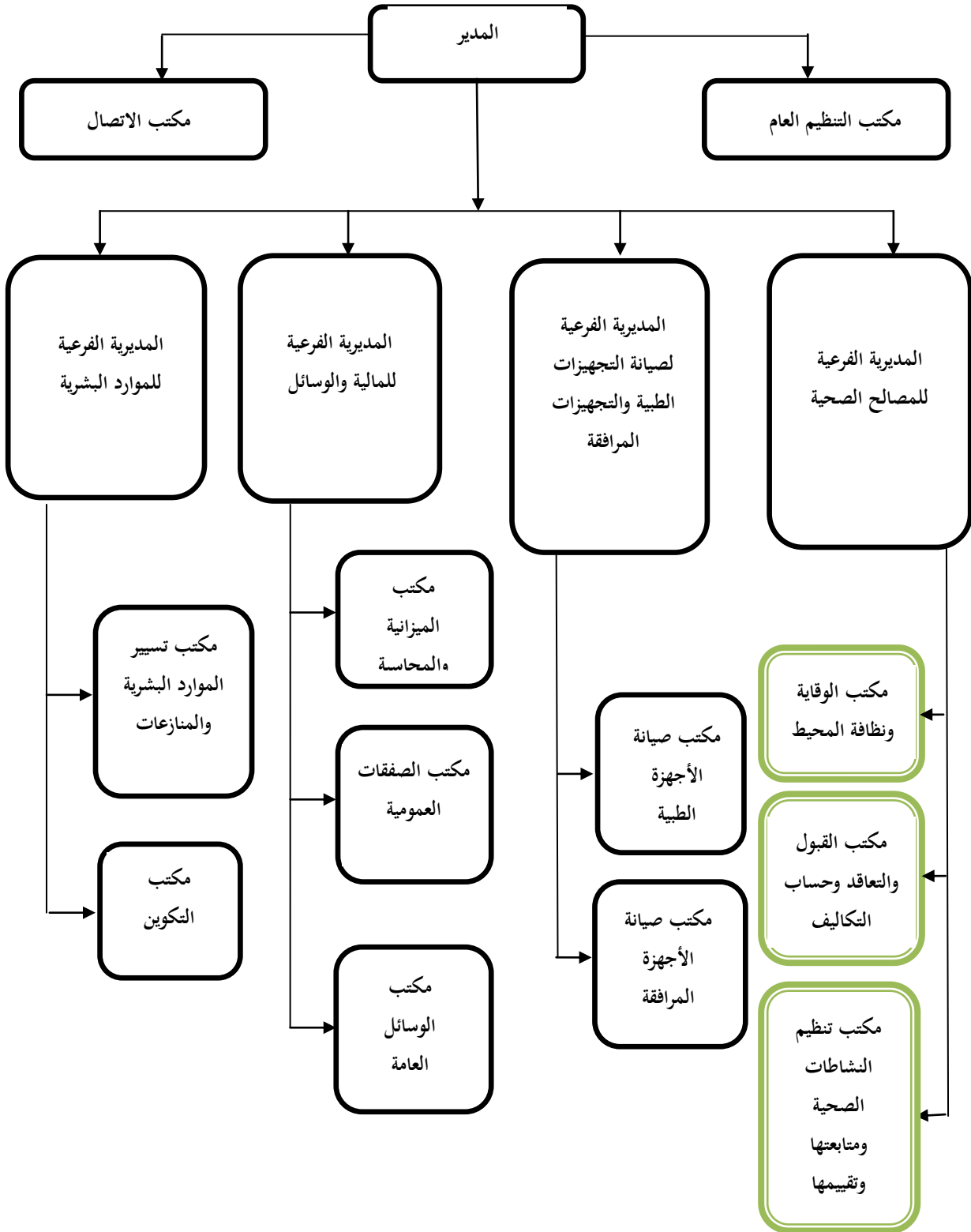
ب. الهيكل التنظيمي للمؤسسات الصحية بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة: وتتمثل في الهيكل التنظيمي لكل من المؤسسة العمومية الإستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية كالآتي:

الشكل رقم (10.1): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على القرار الوزاري المشترك المؤرخ 03 محرم 1431هـ الموافق لـ 20 ديسمبر 2009 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها.

الشكل رقم (11.1): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على القرار الوزاري المشترك المؤرخ 03 محرم 1431هـ الموافق لـ 20 ديسمبر 2009 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية للإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

وفيما يلي شرح للهيكل التنظيمي لكل من المؤسسة العمومية الإستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

❖ **المدير:** يعين كل من مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بقرار صادر عن الوزير المكلف بالصحة، وباعتبارهما المسؤولين الأولين عن تسيير المؤسسة فكل منهما يقوم بما يلي:

- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المهنية؛
- هو الأمر بالصرف في المؤسسة؛
- يحضر مشاريع الميزانيات التقديرية ويعد حسابات المؤسسة؛
- ينفذ مداورات مجلس الإدارة؛
- يعد مشروع التنظيم الداخلي والنظام الداخلي للمؤسسة؛
- يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته؛
- يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به؛
- يمكنه تفويض إمضائه تحت مسؤوليته لمساعديه الأقربين.

كما يلحق بمكتب المدير مكتبين هما:

- أ- **مكتب الاتصال:** يتمثل دوره في الإشراف على جميع الاتصالات بين الوحدات التنظيمية؛
- ب- **مكتب النظام العام:** يقوم بمراقبة ومتابعة سير النظام العام و العمل على تطبيقه. وتقييم مدى تناسبه مع الأهداف المرجوة منه.

ويساعد كل من مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية أربعة نواب مديرين مسؤولين عن المديرية الفرعية الآتية:

❖ **المديرية الفرعية للمصالح الصحية بالنسبة (للمؤسسة العمومية الإستشفائية):** يترأسها مدير فرعي، وتتكفل بمتابعة النشاطات الصحية التي تتم على مستوى المؤسسة، حيث تقوم بتنظيم وبرمجة الأنشطة الصحية المختلفة ومتابعتها، وتضم ثلاث مكاتب:

1. **مكتب القبول:** يقوم بتسجيل حركة المرضى، وتقديم غرف العلاج؛
2. **مكتب التعاقد وحساب التكاليف:** يقوم بمراجعة التكاليف الصحية وتقييم مدى فعاليتها في توفير الخدمات المطلوبة؛
3. **مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها:** تنحصر وظيفته في برمجة رزنامة النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها.

❖ **المديرية الفرعية للمصالح الصحية بالنسبة (للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية):** يترأسها مدير فرعي، وتتكفل بمتابعة النشاطات الصحية التي تتم على مستوى المؤسسة، حيث تقوم بتنظيم وبرمجة الأنشطة الصحية المختلفة ومتابعتها، إضافة إلى إعداد مخطط يتضمن ترقية وتكثيف الأنشطة الوقائية وتضم ثلاث مكاتب:

1. **مكتب الوقاية ونظافة المحيط:** يقوم بمتابعة مختلف نشاطات الوقاية، والمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
2. **مكتب القبول والتعاقد وحساب التكاليف:** يقوم بتسجيل حركة المرضى ومراجعة التكاليف الصحية وتقييم مدى فعاليتها في توفير الخدمات المطلوبة؛

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

3. مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها: تنحصر وظيفته في برجة رزنامة النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها.

❖ **المديرية الفرعية للموارد البشرية:** يرأسها مدير فرعي، وتتكفل بمتابعة المسار المهني للموظفين والمنازعات القانونية، وتتكون من مكتبين هما:

1. **مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات:** يتكفل بجميع إجراءات تسيير الموارد البشرية وشؤون الموظفين، وكذا متابعة إجراءات القضايا والمنازعات سواء مع الموظفين أو مع الجهات التي تتعامل معها المؤسسة؛
2. **مكتب التكوين:** يقوم بمتابعة إعداد مخططات التكوين ومتابعتها.

❖ **المديرية الفرعية للمالية والوسائل:** يرأسها مدير فرعي، وتتكفل بعمليات تمويل وتجهيز المؤسسة الصحية بكافة المواد واللوازم، إضافة إلى متابعة كافة العمليات المحاسبية والمالية، وتضم ثلاث مكاتب:

1. **مكتب الميزانية والمحاسبة:** يهتم بتسجيل العمليات المالية والمحاسبية، ومتابعة الوضعية المالية والمحاسبية للمؤسسة ومختلف نفقاتها وإيراداتها؛

2. **مكتب الصفقات العمومية:** يقوم بإبرام كافة الصفقات العمومية والاستشارات والاتفاقيات المختلفة؛

3. **مكتب الوسائل العامة والهيكل:** يتابع تجهيز وصيانة الهياكل، مراقبة المنشآت ومتابعة المشاريع.

❖ **المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة:** يرأسها مدير فرعي، وتضم مكتبين:

1. **مكتب صيانة التجهيزات الطبية:** يقوم بالإشراف على صيانة كافة التجهيزات الطبية؛

2. **مكتب صيانة التجهيزات المرافقة:** يشرف على متابعة وصيانة كافة التجهيزات المرافقة.

من خلال مقارنة الشكل (9.1) بالشكلين (10.1) و(11.1) يتبين لنا أن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة أحدثت تغييراً في الهياكل التنظيمية تمثل في الآتي:

1) تخصيص مديرية فرعية للموارد البشرية مستقلة في الهيكل التنظيمي الجديد، بعدما كانت تابعة للمديرية الفرعية للإدارة والوسائل، وعليه يمكن القول أن الإصلاحات أدركت الأهمية الكبرى للتسيير الاستراتيجي للموارد البشرية فسارعت إلى الرفع من مستواها التنظيمي، وعملت على استحداث مكتب جديد خاص بالتكوين تماشياً مع التطورات التكنولوجية وما فرضته من تحولات مختلفة وخاصة في مجال الخدمات الصحية ذات النوعية والجودة لتلبية الاحتياجات والمتطلبات الصحية للمجتمع.

2) تخصيص مديرية فرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة بعدما كانت منعدمة في الهيكل التنظيمي الخاص بالقطاعات الصحية، وبعد أن أشارت التقارير التقييمية لواقع القطاع الصحي في الجزائر إلى أن معظم التجهيزات الطبية في المؤسسات الصحية متوقفة بسبب سوء الصيانة الذي تعاني منه، وبالتالي تم إعطاء أهمية كبيرة للصيانة الدورية للتجهيزات الطبية باعتبار هذه الأخيرة تشكل دعامة أساسية لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

الفرع الرابع: أهداف سياسية الإصلاح

نتيجة للوضع المتأزم للقطاعات الصحية (SS) وتدني مستوى الخدمات المقدمة للمرضى، كان لزاماً على السلطات البحث عن الحلول المناسبة لتسوية الوضع والتكيف مع الأوضاع الراهنة، ولأجل ذلك لجأت الحكومة إلى تبني سياسة إصلاحية تتمثل في تبني الخارطة الصحة الجديدة والتي ارتكزت على الأهداف الآتية:

1- **الرفع من كفاءة تشغيل المؤسسات الصحية:** وتعني استعداد المؤسسة الصحية للقيام بمهامها من خلال:

- **تحسين إدارة المؤسسات الصحية:** وهذا من خلال منح الاستقلالية في ميزانية التسيير، ومنح الشخصية المعنوية مع تعزيز الرقابة، اعتماد تقنيات التسيير الحديثة، تحسين ظروف الإستقبال والاتصال، والتوزيع العادل للخدمات الصحية وفقا للمعايير الدولية.
- **تحقيق مبدأ التدرج في العلاج:** وذلك انطلاقا من الهياكل غير الإستشفائية إلى غاية الوصول إلى الهياكل الإستشفائية التي تتوفر على تخصصات أكثر، ونظرا لكون ذهنية المواطن الجزائري تذهب إلى وضع الثقة في الهيئات الإستشفائية الكبيرة فإن مبدأ التدرج في العلاج واجه عدة مشاكل أثناء تطبيق الخارطة الصحية الجديدة¹.

2- **إعداد وتطوير الموارد البشرية:** وذلك من خلال:

- زيادة نسبة العاملين في قطاع الصحة تبعا للمعدلات ومؤشرات منظمة الصحة العالمية؛
- وضع البرامج التكوينية لممهنيي الصحة وتعزيز عملية التكوين المتواصل في التخصصات الطبية الدقيقة؛
- رفع قدرات التكوين في كليات الطب ومعاهد التكوين شبه الطبي ومعاهد الإطارات المسيرة لسد الاحتياجات المتزايدة من الموارد البشرية في قطاع الصحة؛
- تعزيز جانب العلاقات الإنسانية لدى مقدمي الخدمات الصحية من أجل تحسين الاستقبال والتعامل الجيد مع المرضى².

3- **تحقيق الجودة والتحكم في التكاليف:** وذلك من خلال³:

➤ **التنسيق والتكامل بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية:** وتمثل في:

- توحيد المعايير والمؤشرات والمواصفات الخاصة بتقديم الخدمات الصحية؛
- وضع سياسة صحية شاملة مع التنسيق المشترك بين جميع المؤسسات الصحية؛
- تفادي الازدواجية في تقديم الخدمات الصحية وذلك بتحديد العلاقة التي تربط بين كل من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية؛
- تطبيق معايير موحدة للجودة وتقييم الأداء.

➤ **ترشيد الإنفاق وتقليل التكاليف:** تعد من أهم أهداف سياسة إصلاح المؤسسات الصحية، والتي أصبحت ضرورة

حتمية بسبب الارتفاع غير المبرر في النفقات الصحية والتسيير العشوائي للموارد .

➤ **رفع مستوى الصحة:** من خلال:

- رفع معدل الحياة عند الفرد الجزائري؛
- خفض معدل الإصابة بالأمراض المعدية والطفيلية؛
- القضاء على بعض أمراض الأطفال كالشلل والحصبة؛
- خفض معدلات الوفيات وخاصة عند الأطفال والرضع وكذا خفض معدل الإصابة بالأمراض الوراثية.

¹ سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر الإقتصادية، العدد الأول، جامعة طاهري محمد بشار، الجزائر، 2014، ص.ص.

13-14.

² ريمة أوشن، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 220-221.

³ سعيدان رشيد، بوهنة علي، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 14-15.

الفرع الخامس: مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة:

تظهر مكانة الجودة في المرسوم التنفيذي رقم 07-140 من ناحية التنظيم وتسيير هذه المؤسسات، حيث أن كل مؤسسة عمومية إستشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية تسير من طرف مجلس إدارة تحت إشراف مدير المؤسسة، وتزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي. وقد أولت الإصلاحات الجديدة أهمية بالغة لتحسين جودة الخدمات المقدمة، من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP).

كما تم وضع مخطط للتكوين المستمر يضم 57000 عون صحي من مختلف الفئات، بالإضافة إلى وضع برنامج خاص سنة 2007 لمدة ستة أشهر تحت إشراف إدارات من القطاع الصحي وأساتذة جامعيين جزائريين وإدارات من إسبانيا، بلجيكا وفرنسا، حيث استهدف هذا التكوين مجموعة الإطارات المسيرة للمؤسسات الجديدة (المدراء والمدراء الفرعيين)، وبالخصوص إدارات المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والذين بلغ عددهم 1355 إطار منهم 1084 مدير فرعي و 271 مدير، حيث تم تكوينهم في المجالات الآتية: التسيير العام، تقنيات الإتصال، نظام المعلومات الإستشفائي، الإقتصاد العمومي والصحي، الصحة العمومية، تسيير العمليات، مالية ومراقبة التسيير... إلخ¹.

المطلب الرابع: النظام التعاقدية كأساس لإصلاح المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر

في إطار سياسة اصلاح المنظومة الصحية الجزائرية، وبغية فك الغموض عن العلاقة التمويلية بين المؤسسات الصحية وصندوق الضمان الاجتماعي، تم تبنى النهج التعاقدية كبديل أنسب لتمويل المنظومة الصحية العمومية، وهذا بغية تحقيق أهدافها بأقل التكاليف والتحكم في نفقاتها المتصاعدة، بما يساهم في تحسين جودة الخدمات المقدمة.

الفرع الأول: مفهوم نظام التعاقد

يمكن تعريف النهج التعاقدية بقطاع الصحة على أنه: "بأنه العملية التي تجمع جميع الفاعلين في قطاع الصحة عبر أنحاء العالم بهدف تحديد نوع العلاقات والنتائج التي يرجون تحقيقها، بحث أن المتابعة والتقييم الدائم لهذه العلاقات هو الضمان لنجاحها"².

ويعرف أيضا بأنه: "إبرام المؤسسة الصحية مع مموليها عقدا لأداء خدمة وبذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي مجموع التكاليف المستعملة لتتقدم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها"³.

وبالنسبة للجزائر فإن النهج التعاقدية يعني في محتواه الانتقال من النظام الجزائي للمؤسسات الصحية المسيرة من قبل عينات الضمان الاجتماعي وما تقتضيه من التخلي عن مجانية العلاج إلى نظام تمويل حقيقي للخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات العمومية للصحة للمؤمنين اجتماعيا، وهذا من خلال المعلومات التي تقدمها المؤسسات الصحية لوكالات الضمان الاجتماعي في إطار العلاقات التعاقدية التي تهدف إلى توفير الموارد المالية، وبالتالي الانتقال من منطق الموارد إلى منطق النتائج. وبهذا نجد أن النهج التعاقدية في قطاع الصحة يختلف تماما عن التعاقد العادي من خلال ثلاثة جوانب أساسية وهي:

¹ application de la nouvelle carte sanitaire , élaboré par le ministère de la population et de la reforme hospitaliere 12/01/2008, p02.

² Benmansour Sonia, Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins, These de doctotant en sciences economiques, Universite mouloud mammeri de Tizi-Ouzou, 2017-2018, p. 12.

³ حروي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص. 87.

الفصل الأول ————— الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

- أن النهج التعاقدية في قطاع الصحة هو البحث عن تنمية شراكة حقيقية ودائمة بين القطاع الصحي والضمان الاجتماعي؛
- النهج التعاقدية هو خدمة لإعادة تحديد دور الدولة في القطاع الصحي من خلال تنظيم القطاع وضمان نظام صحي عادل دون التدخل بطريقة مباشرة في توفير الرعاية الصحية؛
- النهج التعاقدية هو أداة إستراتيجية في تنمية النظام الصحي وبالتالي السياسة الصحية الوطنية لتوسيع نطاق تقاسم المسؤوليات على كل الأطراف والجهات الفاعلة، كما أنه يخلق ديناميكية اجتماعية تسمح باكتشاف وجهات النظر أدوار كل كيان مع تحديد التزامات الشركات الاجتماعيين مع مشاركة السلطة العامة¹.
كما أن نظام التعاقد ينقسم إلى قسمين²:
- **تعاقداً خارجي:** الغرض منه هو ربط المؤسسات الصحية بالجهات المانحة المثلثة في هيئات الضمان الاجتماعي والتضامن الوطني والتأمينات الإقتصادية؛
- **تعاقداً داخلي:** ويكون بين إدارة المؤسسة الصحية ومختلف الخدمات المكونة لها، وذلك من خلال تنظيم وتشغيل أفضل المكاتب الدخول، ووضع المواصفات الداخلية لكل مؤسسة صحية بهدف تحقيق أهدافها.

الفرع الثاني: أطراف نظام التعاقد

ورد في الأمر رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر سنة 1994 والمتضمن قانون المالية لسنة 1995 في مادته 132 في الفقرة الثانية مايلي: " يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان وحسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم"³.
من خلال نص المادة يمكن تحديد أطراف التعاقد على النحو الآتي:

1. **الدولة:** وظيفتها في هذا التعاقد هو تغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعياً⁴. وذلك حسب ما جاء في نص المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995.
2. **الضمان الاجتماعي:** هي مؤسسة مسخرة لخدمة العمال وعائلاتهم ويعد مصدر تمويله الأساسي اشتراكات التي تقتطع من رواتب العمال وينحصر دوره الأساسي في توفير الحماية الاجتماعية للعمال من خلال تحقيق التضامن والعدالة بين جميع الأفراد⁵، وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 02 شعبان سنة 1482 هـ الموافق لـ 02 ديسمبر 1997 أصبح مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي.
3. **المؤسسة الصحية:** وهي الطرف المقدم للخدمة مهما اختلف شكلها والقوانين التنظيمية التي تحكمها وذلك باعتبار أن الأساس من وجودها هو تلبية حاجات الأفراد من الخدمات الصحية المطلوبة⁶.

¹ علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الإقتصادية تخصص تسيير المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2016-2017، ص.ص. 196-197.

² Madjid, Salmi, **La contractualisation dans le système de santé algérien :Nouveau mode de financement des hôpitaux**, These de doctotant en sciences economiques, Universite mouloud mammeri de Tizi-Ouzou, 2012, p. 224

³ الجريدة الرسمية، العدد 87، الصادرة بتاريخ 27 رجب 1415 هـ الموافق لـ 31 ديسمبر 1994 م، ص. 37.

⁴ سعيدان رشيد، بوهنة علي، مرجع سبق ذكره، ص. 09.

⁵ وفاء سلطاني، مرجع سبق ذكره، ص. 174.

⁶ علي دحمان محمد، مرجع سبق ذكره، ص. 197.

4. متلقي الخدمة: أي المستفيدون من الخدمة وهم مجموع المرضى المعالجون بالمؤسسات الصحية العمومية الذين يمثلون في نظر هذا التعاقد الزبائن، حيث يلتزمون بتسديد ما عليهم للهيئات الصحية تماشياً مع الفئة التي ينتمون إليها والتي تصنف إلى ثلاثة فئات هي¹:

- **المؤمنين:** المستفيدين من الضمان الاجتماعي عن طريق الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء (CNAS) أو الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء (CASNOS)؛
- **المعوزين:** وهم المرضى الذين يحوزون على بطاقة معوز التي تمنحها مديرية النشاط الاجتماعي التابعة لمقر إقامة المريض؛
- **الدفع المباشر:** هم الفئة من المرضى الذين يتلقون العلاج مقابل دفع مستحقته مباشرة².

الفرع الثالث: أهداف التعاقدية وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية:

- إن السبب الذي من أجله اعتمد نظام التعاقد كبديل لتمويل المنظومة الصحية العمومية هو الفوضى السائدة في قطاع الصحة من ارتفاع للنفقات وعدم تحكم في التكاليف وتردى للخدمات، وبهذا فإن أهداف التعاقد تمحورت فيما يلي:
- **التحكم في النفقات:** أي تحقيق الأهداف المسطرة بأقل تكلفة ممكنة، من خلال تبنى المؤسسة الصحية لعقلنة الإنفاق، تشخيص التكاليف، واستخدام المؤشرات الصحية والتسيير العقلاني للموارد البشرية³.
 - **الشفافية:** من أهم أهداف التعاقدية الوصول إلى شفافية أكبر بين مقدمي التعويضات المالية (هيئات الضمان الاجتماعي) وبين مقدمي العلاج (الهيئات والمؤسسات الصحية)⁴.
 - **تحسين نوعية العلاج:** وهذا باعتبار أن النظام التعاقدية سيفرض على المؤسسات الصحية تقديم أفضل الخدمات العلاجية، لأن المستفيد من الخدمات الصحية (المريض) سيصبح شريك فعلي في العملية باعتباره أحد أطراف التعاقد⁵.
 - **التحكم في النظام الصحي:** إن إعادة النظر في نظام التمويل يأخذ بعين الاعتبار احتياجات القطاع وبالأخص مكانة الهياكل الصحية العمومية والخاصة وما تستلزمه من موارد مالية، وعلى هذا الأساس فالنظام التعاقدية يعمل على تفعيل دور القطاع الخاص في تقديم العلاج وهذا حتى يلعب دور مكمل للقطاع العمومي⁶.
 - **التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية:** من خلال توفير الموارد البشرية المؤهلة التي باستطاعتها التأقلم مع هذا التغيير والإستجابة لمقتضياته، ولا يتسنى ذلك إلى عن طريق التكوين الجيد والمستمر للعمال والبحث عن الكفاءات التي من شأنها تحقيق أهداف التعاقد، حيث تم في هذا السياق تنظيم مكتب الدخول وفق الآليات الجديدة، وتكوين الطاقم الطبي والشبه الطبي على الآليات التطبيقية لنظام التعاقد، بالإضافة إلى إستحداث مكتب لمدوب الضمان الاجتماعي لإتمام إجراءات التعاقد والتأكد من جودة الخدمة المقدمة⁷.

¹ سعيدان رشيد، دور التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية-دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية العمومية بشار-، رسالة مقدمة لنيل

شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2010-2011، ص. 183.

² علي دحمان محمد، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 197-198.

³ خروبي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص. ص. 88-89.

⁴ سعيدان رشيد، بوهنة علي، مرجع سبق ذكره، ص. 10. بتصرف.

⁵ وفاء سلطاني، مرجع سبق ذكره، ص. 176.

⁶ علي دحمان محمد، مرجع سبق ذكره، ص. 200.

⁷ سعيدان رشيد، بوهنة علي، مرجع سبق ذكره، ص.ص. 10-11. بتصرف.

الفصل الأول — الأدبيات النظرية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

وفي هذا السياق أوضح السيد وزير العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي خلال الندوة الصحافية التي عقدت، بتاريخ 2019/05/13، بمقر وزارة العمل على هامش افتتاح الندوة القطاعية المشتركة للصحة والضمان الاجتماعي، أنه تطبيقا لقرارات الحكومة، تقرر تفعيل التعاقد بداية من السنة القادمة، موضحا أنه من أجل الشروع فيه لابد من تكييف هيكل قطاع الصحة والضمان الاجتماعي، وفي السياق ذاته ذكر أن الضمان الاجتماعي، قدم هذه السنة مساهمة جرافية للمستشفيات مقدرة بـ 88 مليار دينار لتحسين التكفل بالمؤمنين، مؤكدا أنه قبل إعادة تفعيل نظام التعاقد ستم مناقشة مصير أموال تلك المساهمة لمعرفة مآلها وفيما تم توجيهها بالتحديد، كما قال أكد الوزير على أن مجانية العلاج مكفولة للمواطنين، وجهاز التعاقد هو آلية داخلية بين وزارة الصحة والضمان الاجتماعي، مشيرا إلى أن كل الظروف السابقة التي أعاققت التطبيق الفعلي لنظام التعاقد قد تم تجاوزها¹.

¹ الندوة الصحافية لوزير العمل والضمان الاجتماعي السيد: تجاني حسان هدام بمقر الوزارة بتاريخ 2019/05/14.

خلاصة الفصل الأول:

يعتبر التغيير التنظيمي المفتاح الأساسي لنجاح المؤسسات في كافة القطاعات وتميزها تنافسيا في ظل الظروف الحركية التي يشهدها العالم، ولعل قطاع الصحة يعتبر من أهم القطاعات التي شهدت تغيرات كبيرة خلال العقدين الأخيرين، كان الهدف من ورائها هو تحسين جودة الخدمات المقدمة، باعتبار أن موضوع الجودة أصبح أمرا حيويا في قطاع الخدمات عموما وفي مجال الصحة بشكل خاص. ولضمان تقديم الجودة بالمستوى المطلوب يجب على المؤسسات الصحية أن تتبنى منهج التغيير لما له من أثر كبير على تحسين جودة الخدمات.

وتجسدت عمليات التغيير في المنظومة الصحية العمومية الجزائرية في شكل العديد من مشاريع الإصلاح، كان آخرها التغيير التنظيمي الذي عرفته القطاعات الصحية (SS) من خلال مشروع تطبيق الخارطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، والذي كان من أهم أهدافه تقريب الخدمة الصحية من المواطن وصولا إلى تحسين مستوى جودتها.

الفصل الثاني:

الأدبيات التطبيقية

- مقدمة الفصل الثاني
- المبحث الأول: الدراسات السابقة باللغة العربية
- المبحث الثاني: الدراسات السابقة باللغة الأجنبية
- المبحث الثالث: مناقشة الدراسات السابقة وما يميز الدراسة الحالية عنها
- خلاصة الفصل الثاني

مقدمة الفصل:

بعد استعراض الإطار النظري لمتغيرات الدراسة، سنتطرق في هذا الفصل إلى أهم الدراسات السابقة حول موضوع الدراسة خلال فترات زمنية مختلفة، حيث تعتبر مراجعة الدراسات السابقة التي تم القيام بها، والتي لها صلة بموضوع البحث المراد إنجازه من الخطوات الأساسية والمهمة عند إجراء أي بحث علمي، كما أن الدراسات السابقة تعد منظارا يتم من خلاله رؤية موضوع الدراسة بصورة واضحة وتسهل الإطلاع عليه وفهمه من الناحية التطبيقية بصفة كبيرة، وتمكن الباحث من الوقوف على النتائج المتوصل إليها والخطوات المتبعة في ذلك، مما يعني أن الدراسات السابقة هي السبيل الذي يمكننا من الوصول إلى النتائج المرغوب فيها، وسوف نحاول تغطية هذا الفصل من خلال المباحث الآتية:

المبحث الأول: الدراسات السابقة باللغة العربية.

المبحث الثاني: الدراسات السابقة باللغة الأجنبية.

المبحث الثالث: مناقشة الدراسات السابقة وما يميز الدراسة الحالية عنها.

المبحث الأول: الدراسات السابقة باللغة العربية:

سنحاول من خلال هذا المبحث تناول أهم الدراسات السابقة العربية التي تناولت موضوع التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية وتطبيقاتهما في العديد من المؤسسات بمختلف أنواع هاته الأخيرة، وتمثل أهمها فيما يلي:

1) دراسة نادية خريف (2007-2008): تحت عنوان "تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية- دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر بيسكرة"، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية جامعة محمد خيضر- بيسكرة، الجزائر.

هدفت الدراسة إلى محاولة معرفة تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية من وجهة نظر العاملين والمرضى، بالتطبيق على مستشفى بشير بن ناصر بيسكرة، حيث قامت الباحثة باستخدام المقابلة كأداة لجمع البيانات من جهة، ومن جهة أخرى قامت بتصميم وتوزيع استمارتي استبيان واحدة خاصة بالموظفين والأخرى بالمرضى، حيث بلغ عدد أفراد العينة بالنسبة للموظفين 71 مفردة، وعدد أفراد العينة بالنسبة للمرضى 32 مفردة، وبعد ذلك تم تحليل الاستبيانيين باستخدام الأدوات الإحصائية.

وقد توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج أهمها:

- وجود اقتناع لدى الإدارة بضرورة إجراء التغييرات اللازمة لتحسين الجودة؛
- غياب ثقافة التغيير يعد أكبر عائق في الوصول إلى تقديم خدمات ذات جودة عالية؛
- عدم رضا المرضى عن مستوى الخدمات المقدمة من طرف المستشفى.

2) عوني فتيحي خليل عبيد (2009) تحت عنوان "واقع إدارة التغيير وأثرها على أداء العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية - دراسة حالة المجمع الشفاء الطبي"، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.

حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع إدارة التغيير في وزارة الصحة الفلسطينية، وأثر ذلك على أداء العاملين، من خلال دراسة حالة مجمع الشفاء الطبي، وقد تم تناول ثلاث مجالات للتغيير هي التغيير في الهيكل التنظيمي، التغيير في التكنولوجيا والتغيير في الأفراد. ولتحقيق ذلك تم تصميم استمارة بحث وتوزيعها على أفراد عينة الدراسة التي بلغت (300) فرد استرجعت منها (288) استمارة واستبعدت منها ثلاثة (03) استمارات لعدم صلاحيتها، وتم استخدام البرنامج الإحصائي (spss) في تحليل البيانات.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- وجود علاقة تأثير إيجابية بين مجالات التغيير في (الهيكل التنظيمي، التكنولوجيا، الأفراد) وأداء العاملين؛
- عدم وجود فروق بين إجابات الباحثين حول واقع إدارة التغيير وأثرها على أداء العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية تعزى (للعمر، الوظيفة والمؤهل العلمي).
- وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات كان من أهمها:
- ضرورة أن يكون التغيير في الهيكل التنظيمي بما يتوافق مع متطلبات العمل، وبعد دراسة البيئة الداخلية والخارجية دراسة متأنية؛

- ضرورة تعامل الإدارة مع العاملين بإيجابية والاهتمام بالعلاقات الإنسانية من خلال تقدير الجهد الذي يبذله العاملون، وإيجاد نظام حوافز لتشجيع العاملين.
- (3) علي سنوسي (2009-2010) تحت عنوان "تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010" بحث مقدم للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر.
- حيث كان الهدف من هذا البحث هو دراسة سبل تحسين أداء تقديم الخدمات الصحية في ظل إصلاح المنظومة الصحية العمومية في الجزائر مع ما يتوافق وتوقعات المرضى واحتياجاتهم العلاجية والصحية. وقد تمت الدراسة الميدانية في المنظومة الصحية العمومية بولاية البويرة، حيث شملت عينة الدراسة 346 استمارة تم توزيعها على المسؤولين عن إدارة المؤسسة الصحية والمستفيدين من خدماتها، وتم استخدام البرنامج الإحصائي (spss) في تحليل البيانات.
- وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج يذكر منها:
- هناك فهم خاطئ من جانب مديري المؤسسات الصحية العمومية محل الدراسة لمدلول ومفهوم الجودة وعوامل تحقيقه، حيث لا تتجاوز الجهود المبذولة في هذا المجال مجرد اجراءات خاصة بالتفتيش والرقابة على الأداء تهتم بالجوانب الشكلية ولا ترتبط بنظام متكامل؛
 - الثقافة التنظيمية السائدة بهذه المؤسسات الصحية لا تشجع على التطوير والتحسين المستمر للأداء؛
 - وجود حالة من عدم الرضا لدى المرضى بسبب ضعف ما يقدم إليهم من خدمات، وعدم قدرة الإدارة على اتخاذ الاجراءات اللازمة نحو التحسين والتطوير لمعالجة الشكاوى وضمان عدم تكرارها؛
 - وأوصت الدراسة بما يلي:
 - ضرورة تبني برامج الجودة من أجل تحسين وتنظيم الخدمات الصحية وطرق التكفل بالمرضى.
- (4) دراسة خروبي بزارة عمر (2010-2011)، تحت عنوان "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2000) -دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف-"، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 03، الجزائر.
- حيث هدفت الدراسة إلى التشخيص الدقيق و الموضوعي لقطاع الصحة في الجزائر (سياسة اصلاح المنظومة الصحية في الفترة الممتدة من 1999 إلى 2009 بالتطبيق على المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف، وذلك من خلال دراسة تحليلية لعملية الإصلاح المنتهجة في هذه الفترة. أما في الدراسة الميدانية فتم الاعتماد على الاستبيان الموزع على عينة من العاملين الذين ينتمون لمختلف المستويات التنظيمية داخل المؤسسة محل الدراسة، حيث بلغت العينة الموزعة (128) استمارة، وتم استرجاع (100) استمارة من مجموع ما تم توزيعه وبعد فحصها وفرزها تم قبولها جميعا، وتم اللجوء في تحليل البيانات المحصل عليها إلى استخدام البرنامج الإحصائي (spss).
- وخلص البحث إلى النتائج الآتية:
- المنظومة الصحية في الجزائر تعاني من تدهور كبير على كل المستويات التنظيمية والإجتماعية والإقتصادية، ويعود ذلك إلى كون عملية الإصلاح التي باشرتها السلطات منذ عشرية كاملة لم تغير في الوضع شيئا، بل أظهرت عدة تناقضات تعكس الصعوبة التي يصادفها القائمين على تسيير هذا القطاع الحساس؛
 - عملية إصلاح المنظومة الصحية تعد عملية ضرورية لتحسين وضع المنظومة الصحية؛ وتتطلب حتمية اشراك جميع فاعليها في عملية الإصلاح؛

■ يجب أن تركز عملية الإصلاح على أسس علمية وعملية متينة، من خلال تقييم الخريطة الصحية وضبط مكامن الخلل، دون القفز فوق واقع المنظومة الصحية، وتفادي إتخاذ قرارات إرتجالية وفردية أو ما يمكن تسميتها بالسياسات الترقيعية الوقتية.

(5) دراسة سيد أحمد حاج عيسى (2011-2012)، تحت عنوان "أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات- دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية"- أطروحة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة دكتوراه في العلوم التجارية، جامعة الجزائر 03، الجزائر.

وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أثر تدريب الأفراد (أطباء، شبه طبيين، إداريين) العاملين على تحسين الجودة الشاملة الصحية بالمستشفيات الجزائرية بولاية البليدة باختلاف هياكلها. ولتحقيق هذا الهدف تم تصميم قائمة استقصاء وتوزيعها على عينة من الموظفين تم اختيارهم وفقا لطريقة العينة العشوائية الطبقية التناسبية بلغت 534 فرد، وتمت معالجة البيانات باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS).
وتوصلت الدراسة إلى مايلي:

- وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متغيرات التدريب وأبعاد متغير الجودة الشاملة الصحية (مستوى الرضا الوظيفي، مستوى الكفاءة التشغيلية، مستوى التحسين المستمر للعلاقة مع المرضى).
وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات كان من بينها:
- ترسيخ القناعة لدى إدارة المستشفى والعاملين في كافة المستويات التنظيمية بأهمية التدريب، والفوائد الناجمة عن تطبيقه؛
- العمل على توفير الموارد البشرية المؤهلة والقادرة على تطبيق العملية التدريبية، وتوفير البرامج التدريبية والتعليمية الخاصة بإدارة الجودة الشاملة لكافة العاملين والمعنيين بالجودة.

(6) دراسة عتيق عائشة (2012)، تحت عنوان "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية- دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة"- رسالة ماجستير في علوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد- تلمسان، الجزائر.

وقد استهدفت الدراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ومدى تأثيرها على رضا المريض، بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمات الصحية، إذ اشتمل البحث على عينة عشوائية طبقية بلغت (111) مريض موزعين عبر مصالح المستشفى، بحيث تم استجوابهم مباشرة لمحدودة مستواياتهم الدراسية.
وتمكنت الباحثة في هذه الدراسة من التوصل إلى أهم النتائج الآتية :

- المريض راض على الأبعاد الأربعة (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف)، إلا أنه غير راض على بعد الملموسية، مما يستوجب تطوير الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى، وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي عن طريق تحسين جانب البعد المادي؛
- العوامل الديمغرافية مثل (العمر، الجنس، المستوى الاجتماعي، والوضع الصحي للمريض لها تأثير نسبي على نسبة رضا المريض عن الخدمات الصحية.

7) دراسة عبد القادر دبون (2012)، تحت عنوان "دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية - دراسة المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف بورقلة-"، مجلة الباحث، العدد 11، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

وهدفت هذه الدراسة إلى استعراض فعالية تحسين الخدمة الصحية من خلال التطرق إلى جودة الخدمة الصحية كمؤشر أساسي لفعالية الخدمة الصحية، ولتحقيق هذا الهدف أجريت دراسة ميدانية على المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف بورقلة، حيث تم اتباع المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة الميدانية وذلك بتصميم استمارة وتوزيعها على عينة من 40 فردا وتم استرجاع 30 استمارة، قام الباحث بتحليل بياناتها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

وأُسفرت النتائج العملية لهذه الدراسة على ما يلي:

- اقتصار مفهوم الجودة في المؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة على تحسين الخدمات الصحية وذلك بتبني بعض الجوانب التسييرية والتنظيمية في إدارته التي تساهم في هذا التحسين؛
- إن درجة تحسين الخدمات تعتبر مقبولة على مستوى المؤسسة مقارنة بالإمكانيات المتاحة والضغط المتواصل على إمكانياته باعتباره يقدم خدمة عمومية بأسعار رمزية.

8) دراسة سعيدان رشيد، بوهنة علي (2014)، تحت عنوان "واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات"، مجلة البشائر الإقتصادية، العدد الأول، جامعة طاهري محمد بشار، الجزائر.

حيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أهم التغييرات التي طرأت على تسيير المؤسسات الصحية من خلال دراسة ميدانية شملت واقع الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الإستشفائية بشار، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- واقع الخدمات الصحية مازال لم يرقى إلى المستوى المطلوب لطموحات ورغبات نسبة كبيرة لجمهور المستفيدين حيث فاقت النسب 50% خاصة على مستوى بعدي التعاطف الأمان اللذان يتعلقان بمهارة وسلوك المستخدمين. أما مستوى بعدي الاستجابة والاعتمادية فكانا دون المتوسط لارتباطهما بالإمكانيات المادية والأمور التنظيمية التي ترجع في الأساس إلى سوء التسيير والتنظيم وعدم توفر التخصصات؛
- ضرورة إصلاح الجانب الاجتماعي ونشر ثقافة الجودة من أجل الرفع من مستوى جودة الخدمات الصحية.

9) دراسة محمد نور الطاهر، أحمد عبد القادر (2015)، تحت عنوان "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، جامعة الأردن، الأردن.

حيث هدفت هذه الدراسة إلى قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين. وأجريت الدراسة على المستشفيات التعليمية الكبرى في ولاية الخرطوم. وتم اختيار عينة ميسرة من المرضى الماكثين بالمستشفيات والمراجعين، ومن أجل الحصول على البيانات تم استخدام استمارة اشتملت على (22) عبارة لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية فيها، كما قام الباحث بتحليل بياناتها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

وتوصلت الدراسة إلى ما يلي:

- هناك إدراك تام لدى المرضى والمراجعين لمستويات جودة الخدمات الصحية الواجب توافرها في المستشفيات الحكومية؛

- عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية لمستويات جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية عند مستوى معنوية أقل من (0.05) تبعا للمتغيرات الديمغرافية للعينة المتمثلة في النوع والعمر والتعليم والدخل ومكان السكن. وعلى ضوء النتائج المتوصل إليها أوصت الدراسة بالآتي:
 - تهيئة المستشفيات الحكومية بالأجهزة والمعدات المطلوبة، وتوفير الكوادر الطبية والكوادر المساعدة المؤهلة، وتوفير التقييم المادي المناسب لها لضمان استمرارها في العمل بما، لزرع الثقة والأمان في نفوس المرضى والمراجعين لها.
- 10) دراسة ليلى عياد (2015-2016)، تحت عنوان "أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الإستشفائية بولاية أدرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية للفترة (2015/2016)".** أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم التجارية، جامعة أوبوكر بلقايد بتلمسان، الجزائر.
- وقد جاءت هذه الدراسة لتفسير أثر جودة الخدمات الصحية في رضا المريض والمستهلك عموما للمنتجات الصحية، وكان الهدف الرئيسي منها هو قياس درجة تأثير الخدمة الصحية المقدمة على الرضا عند المريض من خلال استخدام مقياس الخصائص الموضوعية، وباستخدام نموذج المعادلات الهيكلية.
- وأسفرت النتائج العملية لهذه الدراسة على ما يلي:
- إن لجودة الخدمة الصحية الممثلة بأبعادها (جودة الطاقم الطبي، جودة الطاقم الشبه الطبي، جودة الخدمات الفنية، جودة الخدمات الفندقية، جودة الخدمات الإدارية) أثر ذو دلالة معنوية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) على الرضا بشكل عام عند أفراد عينة الدراسة، وعلى ضوء النتائج المتحصل عليها، أوصت الباحثة بما يلي:
 - ضرورة تعميق العلاقة والتواصل بين إدارة المؤسسات الصحية والمستهلك للخدمة الصحية المقدمة؛
 - ضرورة التفكير بترسيخ القيم والاتجاهات ذات العلاقة بالجودة وان استلزم الأمر تبني إدارة الجودة الشاملة كمنهج عملي تبني عليه كل مدخلات عملية تقديم الخدمة الصحية، والحرص على تحسين المخرجات وتدقيق العمليات، مع العمل على ضمان الاستقرار وتوحيد مقاييس المهام على مختلف المستويات داخل المؤسسات الصحية؛
 - التفكير بعمق في إصلاح المنظومة الصحية من خلال تقييم الجهات الوصية وإصلاحها هي كذلك.
- 11) دراسة باديس بوخلوة، سهيلة قمو (2016)، تحت عنوان "أثر الدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحية- دراسة ميدانية بمستشفى الأم والطفل بتقرت"،** المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، العدد 05، جامعة قاصدي مرباح بورقلة، الجزائر.
- حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر الدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحية بالتطبيق على مؤسسة صحية عامة وهي مستشفى الأم والطفل بتقرت، بالإضافة إلى التعرف على الاختلاف في تصور عينة الدراسة حول جودة الخدمات الصحية في المؤسسة، بحيث يعزى هذا الاختلاف إلى الجنس، العمر، التحصيل العلمي وعدد سنوات الخبرة، وبعد إجراء عملية التحليل لبيانات الاستبانة بواسطة برنامج (spss)، والتي شملت (55) فقرة لعينة مكونة من (148) موظفا، استرجع منها (109) استبانة واستبعدت منها (12) استبانة، وعليه فإن الإستبانات المعتمدة بلغت (97) استبانة.
- وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها:

- يوجد اهتمام متواضع بالدعم التنظيمي كفلسفة (54%)، حيث أن هناك ممارسة متوسطة لأبعاده (العدالة التنظيمية، سلوك القادة لمساندة المرؤوسين، المشاركة في اتخاذ القرارات، الدعم وتأكيد الذات لدى العاملين)؛
 - مستوى الخدمات الصحية كان حسنا (65%) من وجهة نظر العاملين وذلك من خلال أبعادها المتمثلة في: الاعتمادية، الاستجابة، الملموسية والتعاطف؛
 - يوجد أثر إيجابي للدعم التنظيمي على جودة الخدمات الصحية المقدمة، وخلصت الدراسة إلى أن تحسين الجودة في الخدمة الصحية يقتضي بالضرورة تبني مفهوم الدعم التنظيمي.
 - وعلى ضوء النتائج المتوصل إليها أوصت الدراسة بالآتي:
 - المحاولة الجادة لمسيرى المؤسسة الصحية لفهم وإدراك الدعم التنظيمي واعتباره فلسفة لتحقيق النجاح والتميز لذا وجب عليها مراجعة سياستها وإعطاء هذا المتغير نوعا من الاهتمام؛
 - ضرورة تطبيق الدعم التنظيمي لمعرفة حاجات ورغبات العاملين والعمل على تلبيةها لتحقيق جودة الخدمة التي يقدمونها.
- 12) دراسة عبد القادر شارف، لعلا رمضان (2017)، تحت عنوان "أثر إدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية أحمد بن عجيلة بالأغواط-"، مجلة الباحث، العدد 17، جامعة قاصدي مرباح بورقلة، الجزائر.

حيث هدفت هذه الدراسة للتعرف على مدى اعتماد المؤسسة الصحية على إدارة التغيير لتحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة، ولتحقيق هذا الهدف أجريت دراسة ميدانية على المؤسسة العمومية الإستشفائية أحمد بن عجيلة بالأغواط لعينة شملت الفئات الآتية: أطباء، إداريين وأعاون الشبه طبي، والأفراد الذين يعملون في وظائف أخرى في المؤسسة، حيث تم اتباع المنهج الوصفي التحليلي في هذه الدراسة الميدانية وذلك بتصميم استمارة وتوزيعها على عينة من (62) فردا، ثم تم تحليل البيانات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

وتوصلت الدراسة إلى ما يلي:

- يمكن اعتبار أن المؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة لا تزال بعيدة عن تطبيق إدارة التغيير فهي لا تعي أهمية هذا الأسلوب الإداري في الارتقاء بمستوى أدائها؛
- يبقى مستوى التكنولوجيا والبيئة الأساسية لتكنولوجيا المعلومات دون المستوى المطلوب وهذا يعتبر العائق الأكبر؛
- نقص الثقافة التنظيمية تقلل التعاون وروح الانتماء بين عمال المؤسسة الصحية؛
- مستوى الجودة الخدمة الصحية من وجهة نظر العاملين كانت مقبولة نوعا ما.
- وأوصت الدراسة بما يلي:
- ضرورة أن يكون التغيير في الهيكل التنظيمي بما يتوافق مع متطلبات العمل؛
- ضرورة تعامل الإدارة مع العاملين بإيجابية والإهتمام بالعلاقات الإنسانية من خلال تقدير الجهد المبذول؛
- التخطيط الجيد لعملية التغيير، من خلال خطة طويلة المدى مع وجود خطط سنوية أكثر تفصيلا.

13) دراسة أمال العربي بن حورة، علي مكيد (2017)، تحت عنوان "تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كمدخل لتحسين جودة خدماتها- دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالمدية-"، مجلة الإستراتيجية والتنمية، المجلد 07، العدد 12، جامعة عبد الحميد بن باديس بمستغانم، الجزائر.

هدفت هذه الدراسة إلى بيان مدى تأثير إتباع مفهوم إدارة الجودة الشاملة على مستوى أداء الخدمة الصحية في المستشفيات الجزائرية وذلك من خلال توضيح مدى تأثير العوامل الآتية: إيمان الإدارة العليا والتزامها بتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وتمكين العاملين ومشاركتهم وتحفيزهم، والثقافة التنظيمية السائدة، والسعي المستمر لتحسين جودة الخدمة الصحية في أحد المستشفيات العمومية وهو مستشفى محمد بوضياف بالمدية، ولقيام بهذه الدراسة تم استخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات حيث تم توزيع إحداها على عمال المستشفى، واستبانة أخرى تم توزيعها على المرضى لمعرفة تقييمهم لجودة الخدمة الصحية، وتم تحليل الإستبانتين باستخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS).

وخلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- أغلب مبادئ هذا المنهج غير مطبقة؛
 - القيادة الادارية لا تلتزم ولا تدعم تقديم خدمات صحية عالية الجودة؛
 - الخدمات الصحية المقدمة ذات جودة متدنية وهذا من وجهة نظر المرضى والعاملين بالمستشفى.
- وعلى ضوء النتائج المتوصل إليها أوصت الدراسة بالآتي:
- يجب على القيادة الإدارية أن تكون أكثر التزاما وتدعما لمسعى تحسين جودة الخدمات الصحية، واتخاذ مختلف الإجراءات والسياسات التي من شأنها أن تؤدي إلى تدعيم الجهود الرامية إلى تحقيق الهدف؛
 - التعرف على حاجات المريض كمنطلق لتحديد مواصفات الخدمة الصحية ؛
 - ضرورة بذل الإدارة العليا في مستشفى محمد بوضياف مزيدا من الجهود في مجال إدارة الجودة الشاملة لما لها من أثر كبير في تقديم الخدمة المثلى للمستفيدين؛
 - ضرورة الاهتمام وبشكل دائم بعقد الاجتماعات التي تعزز ثقافة الجودة الشاملة وتوفير قنوات الاتصال الفعالة بين الإدارة والعاملين.

14) دراسة ريمة أوشن (2017-2018)، تحت عنوان "إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية- دراسة حالة المراكز الإستشفائية الجامعية للشرق الجزائري-"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة باتنة 01، الجزائر.

حيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أهم التغييرات التي طرأت على تسيير المؤسسات الصحية من خلال دراسة ميدانية شملت واقع الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الإستشفائية بشار، وكان الهدف من هذه الدراسة هو 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، وذلك عن طريق معرفة اتجاهات الباحثين من الأطباء نحو درجة ملاءمة كل من التزام الإدارة العليا، ظروف الموارد البشرية، الجودة، ونظام الاتصال والمعلومات المعتمد في المراكز الاستشفائية الجامعية. لتحقيق ذلك تم الاعتماد على كل من تحليل المؤشرات الصحية، المقابلة، الملاحظة، والاستبيان كأدوات للدراسة، حيث تم توزيع 354 استمارة على أربعة مراكز استشفائية جامعية، وتم اللجوء إلى الأساليب الإحصائية لتحليل وتفسير النتائج المسجلة.

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها:

- ظروف عمل الموارد البشرية تحقق مستويات مقبولة خصوصا ما تعلق بالتكوين رغم أن الإدارة لا توفر الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية؛
- جودة تقديم الخدمات الصحية في المراكز الإستشفائية الجامعية للشرق الجزائري في أدنى مستوياتها؛
- ضرورة تحديث نظام الاتصال والمعلومات الذي أصبح عاجزا عن تحقيق الأهداف المرجوة منه. وعلى ضوء النتائج المتوصل إليها أوصت الدراسة بالآتي:
- المراكز الاستشفائية الجامعية مطالبة بدراسة بيئتها الداخلية والخارجية للوقوف على أهم التحديات والمعوقات التي تحول دون تحسين جودة الخدمات الصحية؛
- ضرورة اختيار الطرق والأساليب الملائمة من مجموع ما تقترحه إدارة الجودة الشاملة مع ما يتلاءم وهذه الظروف.

المبحث الثاني: الدراسات السابقة باللغة الأجنبية:

سنحاول في هذا المبحث عرض أهم الدراسات السابقة الأجنبية التي تناولت موضوع التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية وتطبيقاتها المتنوعة في العديد من المؤسسات باختلاف أنواع هاته الأخيرة، وتمثل أهمها فيما يلي:

1) دراسة (Franchisteguy I) (2001)، تحت عنوان:

"Gérer le changement organisationnel à l'hôpital-Des diagnostics vers un modèle intégrateur",

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة جون مولين ليون 03، "Jean Moulin-Lyon3"، فرنسا.

سعت الدراسة إلى التعرف على عملية إدارة التغيير التنظيمي في المستشفى بمختلف جوانبها، مع الأخذ بعين الاعتبار البيئة المحيطة، وتحديد عوامل التغيير وطبيعة قطاع النشاط المراد التغيير فيه، وقد اعتمدت الباحثة على منهجين في دراستها، المنهج الأول هو المنهج الوصفي التحليلي من أجل تحليل ديناميكية التغيير التنظيمي في القطاع الصحي العمومي، في حين أن المنهج الثاني هو منهج تجريبي حيث اقترحت الباحثة على الحكومات التي بصدد إدخال تحسينات على المؤسسات الصحية نموذج لإدارة مشروع التغيير التنظيمي.

وتوصلت الباحثة إلى النتائج الآتية:

- ضرورة وضع نموذج فعال لإدارة التغيير التنظيمي في القطاع الصحي باعتباره قطاع حساس بما يضمن تحسين عمليات المؤسسة الصحية وخدماتها؛
- الأخذ بعين الاعتبار إتجاهات الزبائن نحو التغيير عبر تحسين نظم الاتصال وجودة الخدمات.

(2) دراسة Omar Hemissi (2014)، تحت عنوان:

"L'Ambivalence des jeux de pouvoir dans un processus de changement Cas d'un établissement de service public".

مجلة الإصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي، المجلد 08، العدد 16، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر.

هدفت هذه الدراسة إلى إبراز محددات إدراج مسار تغيير تكنولوجي في مجال نشاط المؤسسات المكلفة بأداء خدمة عمومية بهدف البحث عن سبل تحسين جودة الخدمات المقدمة للزبائن، حيث تم إبراز أثر إغفال إستراتيجية التغيير المعتمدة في هذا النوع من المؤسسات العمومية للأهمية البالغة التي تكتسيها بعض الظواهر في قدرتها على تغيير محددات وغايات مسار التغيير المتبع. مما يؤدي إلى اعتبار أن إدارة المؤسسة قد تجاهلت أثناء إعدادها للإستراتيجية، الخصائص والعوائق، وكذا الجوانب التقنية لأبعاد التغيير المعنية، علما أن ذلك يؤثر بشكل معتبر على مسار التغيير ويشكل خطرا على تحقيق النتائج المنتظرة. وأظهرت النتائج المتحصل عليها ما يلي:

- تجسيد مسار التغيير يتطلب إشراك وتفاعل كافة العناصر الفاعلة من مسيرين وتقنيين مكلفين بالحرص على انجاز وترسيخ الهيكلة الجديدة للنظام التكنولوجي؛
 - يجب الاهتمام بالأعوان العاملين على مستوى الشبائيك والمكلفين بتقديم الخدمات للزبائن.
- وأوصت الدراسة بأنه يجب على المؤسسة أن تولي الأهمية اللازمة لعناصر تحضير التغيير قبل إدراجه ولمختلف العناصر الفاعلة المكلفة بتجسيد هذا المسار، إذ يجب أن يندرج مسار التغيير التكنولوجي في باقي أبعاد المؤسسة حتى لا يكون منعزلا وحتى لا ينفلت من متابعة ومراقبة المديرين، لأن ذلك من شأنه أن يجعل من هذا التغيير عائقا لدى الفاعلين في مستويات الإشراف والتنفيذ و أن يؤثر سلبا على نوعية الخدمة وبالتالي على رضا الزبائن.

(3) دراسة Zeeshan Ahmed Khosa, And Others (2015)، تحت عنوان:

"The Impact of Organizational Change on the Employee's Performance in the Banking Sector of Pakistan",

مجلة الأعمال والإدارة، العدد 17، المنظمة الدولية للبحوث العلمية، الولايات المتحدة الأمريكية.

وكان الغرض من هذه الورقة البحثية هو تحليل أثر التغيير التنظيمي على أداء الموظفين في القطاع المصرفي في باكستان، ومن أجل جمع البيانات الأولية والثانوية تم تصميم وتوزيع استبيان على موظفي المؤسسات المصرفية محل الدراسة، حيث بلغ حجم العينة لهذا البحث 252 موظف، وتحليل البيانات المتحصل عليها تم استخدام الإحصاءات الوصفية وتقنيات تحليل الارتباط باستخدام برنامج (spss).

وأظهرت النتائج المتحصل عليها ما يلي:

- التغيير التنظيمي له تأثير إيجابي كبير على أداء الموظف في القطاع المصرفي في باكستان.

كما أوصت الدراسة بالآتي:

إجراء مزيد من البحوث في مختلف القطاعات وأيضًا عن طريق زيادة عوامل التغيير التنظيمي من أجل ملاحظة التأثير الكلي للتغيير التنظيمي على أداء الموظفين.

4) دراسة (Djadli Samir, Moussaoui Abdenour) (2016)، تحت عنوان:

"A Study on Quality of Work Life and Readiness for Organisational Change among Algerian University Professors",

مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد 16، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، الجزائر.

حيث سعت الدراسة لتحقيق هدف رئيسي هو البحث في طبيعة العلاقة بين جودة حياة العمل واستعداد الأساتذة للتغيير التنظيمي في كليات الإقتصاد والتسيير والعلوم التجارية بجامعة قسنطينة 02، ميلة وسكيكدة، ولهذا الغرض تم تصميم وتوزيع استبيان على أساتذة الكليات لتقييم جودة حياة العمل التي تضمنت ستة (06) أبعاد ب: 29 سؤالاً، إضافة إلى استخدام استبيان لتقييم الإستعداد للتغيير التنظيمي تضمن 14 سؤالاً، وبالنسبة لمنهجية التحليل تم استخدام مصفوفة الإرتباط، حيث تم اختيار حجم عينة يتكون من 118 أستاذاً جامعياً بطريقة عشوائية، ولأجل قياس ثبات أداة الدراسة تم استخدام معامل ألفا كرونباخ، حيث أن النتائج كانت (0.894) لصالح جودة حياة العمل و(0.882) لصالح الإستعداد للتغيير التنظيمي.

وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية:

- أساتذة الجامعة الجزائرية يدركون مستويات متوسطة من جودة حياة العمل، ومستويات مرتفعة من الإستعداد للتغيير التنظيمي؛
- هناك علاقة ارتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين جودة حياة العمل وأبعادها، واستعداد الأساتذة للتغيير التنظيمي في الجامعات الجزائرية.

5) دراسة (Heba h. Hijazi, And Others) (2016)، تحت عنوان:

"The Impact of Applying Quality Management Practices on Patient Centeredness in Jordanian Public Hospitals: Results of Predictive Modeling",

مجلة منظمة الرعاية الصحية، التمويين والتمويل، العدد 55، كلية الطب، جامعة العلوم الأردنية التكنولوجية، الأردن.

وكان الهدف من هذا البحث هو دراسة تأثير تطبيق ممارسات إدارة الجودة على محور المريض في سياق اعتماد الرعاية الصحية واستكشاف الاختلافات في وجهات نظر مختلف العاملين في مجال الرعاية الصحية فيما يتعلق بالسماوات التي تؤثر على الرعاية الصحية المرتكزة على المريض، ولتحقيق ذلك أجريت دراسة ميدانية في أربعة (04) مؤسسات صحية عامة أردنية بعد عدة أشهر من حصولها على الاعتماد. ولهذا الغرض تم تصميم وتوزيع استبيان تم توزيعه على 829 موظف، تم تقسيمهم إلى ثلاثة (03) فئات مهنية رئيسية هي: الإداريين، الشبه الطبيين والأطباء. حيث تم تحليل البيانات باستخدام طريقة النمذجة بالمعادلات الهيكلية.

وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية:

- الأهمية البالغة لمشاركة العاملين في المؤسسات الصحية للحصول على الإعتماد؛
- موظفوا الإدارة العليا أقل عرضة لإدراك تأثير قياس نتائج تحسين الجودة على تقديم الرعاية التي تركز على المريض من الممرضات والأطباء وباقي مقدمي الرعاية الصحية؛
- يعتبر الاعتماد عاملاً رئيسياً في تقديم الرعاية التي تركز على المريض ويجب أن يكون تبنيه من ضمن أولويات المؤسسة الصحية كاستراتيجية للتحسين المستمر للجودة.

6) دراسة (Udjo Eseroghene Franklin, Benjamin Balbuena Aguenza) (2016)، تحت عنوان:

"Obstacles, Resistance and Impact of Change in Organizations: An Examination of the Saudi Telecommunication Company (STC)",

المجلة الدولية للبحوث الأكاديمية للأعمال والعلوم الاجتماعية، المجلد 06، العدد 04، جمعية البحوث الجامعية في إدارة الموارد البشرية (HRMARS)، الولايات المتحدة الأمريكية.

وتناولت هذه الدراسة العقبات والمقاومة وتأثير التغيير في المؤسسات بالتطبيق في الشركة السعودية للاتصالات (STC). وتم اعتماد المنهج التحليلي الوصفي في الدراسة، بعدها تم تصميم وتوزيع استبيان على موظفي الشركة محل الدراسة، حيث بلغ حجم العينة (450) موظفا ماهرا، وفي الأخير تم تحليل البيانات المتحصل عليها. وأظهرت النتائج المتحصل عليها ما يلي:

- فريق إدارة التغيير غير الفعال، والدعم الضعيف من قبل إدارة الشركة، ونقص الموارد والتخطيط، وقلة التواصل هي العقبات الأساسية التي تحول دون تغيير الشركة؛
- أسباب التغيير في المجتمع محدودة بسبب قوة القوة، وعدم الوضوح، والخوف من المستقبل؛
- أكدت الدراسة أن التغيير له تأثير سلبي على شركة الاتصالات السعودية.

7) دراسة (Boughenem Farida, Souki Hakima) (2017)، تحت عنوان:

"La gestion de la ressource humaine face aux exigences du service public de soins Cas d'un hôpital public algérien",

المجلة الجزائرية للموارد البشرية، المجلد 01، العدد 02، جامعة معسكر، الجزائر.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم الوضع الحالي للموارد البشرية وتأثيره على جودة الخدمة الصحية العامة في الجزائر بالتطبيق على المركز الجامعي بتيزي وزو، وذلك من خلال تسليط الضوء على الدور الرئيسي لتسيير الموارد البشرية في آلية المؤسسات الإستشفائية، وللحصول على بيانات الدراسة قامت الباحثين بتصميم وتوزيع استبيان على عينة من (200) موظف مرفقة بمقابلات شبه توجيهية لزيادة تحسين الإجابات التي تم الحصول عليها، حيث تم اختيار عينة عشوائية من الموظفين قسمت إلى ثلاثة فئات مهنية هي: الأطباء، الشبه الطبيين والإداريين.

وأظهرت النتائج المتحصل عليها ما يلي:

- الممارسات الإدارية والثقافية المتعلقة بإدارة الموارد البشرية بعيدة كل البعد عن المساهمة في تحسين جودة الرعاية الصحية؛
 - يعد اقتصار إدارة الموارد البشرية الإستشفائية على تسيير المسار المهني للموظفين أحد العوامل الرئيسية التي تعوق تحسين الخدمات المقدمة؛
 - ضرورة تقييم ودمج المهارات الطبية والتنظيمية والإدارية للموظفين ضمن نموذج تنظيمي حديث؛
- وأوصت الدراسة بأنه يجب على المؤسسة الصحية أن تحسن من ممارسات إدارة الموارد البشرية، نظرا لأهمية الدور الفعال للموظفين في تقديم وتحسين الخدمات الصحية.

8) دراسة Bentata Atika, Benabou Djilali (2017)، تحت عنوان:

"The Effect of Information Systems Competency on Improving the Quality of Banking Services A Field Study in Algerian banks",

مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، المجلد 10، العدد 16، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، الجزائر. حيث تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر فعالية نظام المعلومات على تحسين جودة الخدمات المصرفية الجزائرية. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم تطوير وتوزيع استبيانين على مستوى مدراء البنوك محل الدراسة، وكذلك زبائنها، حيث ضم كلا الاستبيانين محورين هما: (أبعاد فعالية نظام المعلومات وأبعاد جودة الخدمات المصرفية)، حيث تم توزيع (74) استبيان على مدراء البنوك استرجع منهم (62) استبيان صالح للتحليل، في حين أن عدد الاستبيانات الموزعة على زبائن البنوك بلغت (80) استبيانا، تم استرجاع (76) منها، وتحليل البيانات المتحصل عليها تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي (spss).

وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية:

- هناك أثر ذو دلالة إحصائية لفعالية نظام المعلومات على تحسين جودة الخدمات المصرفية في البنوك محل الدراسة؛
- هناك تأثير إيجابي لمدى ملاءمة المعلومات المتعلقة بتحسين جودة الخدمات المصرفية؛
- جميع الارتباطات كانت ذات دلالة إحصائية بين كفاءة نظم المعلومات بأبعادها المختلفة، وجودة الخدمات المصرفية بأبعادها المختلفة، والعلاقات التبادلية بينها بدرجات متفاوتة.
- وعلى ضوء النتائج المتوصل إليها أوصت الدراسة بالآتي:
- يجب تعظيم استخدام نظام المعلومات في تحسين جودة الخدمات المصرفية لأن هناك علاقة تأثير قوية بين كفاءة نظام المعلومات وجودة الخدمة المصرفية؛
- التحديث المستمر لأنظمة التشغيل في البنوك قيد الدراسة بشكل دوري، للتأكد من أنها لا تعوق عمل نظم المعلومات، وتجنب أي توقعات يمكن أن تحدث بشكل غير متوقع؛
- ضرورة اهتمام إدارات البنوك بالعاملين بها، بالإضافة إلى تفهم المدخل المناسب لضمان جودة الخدمات المصرفية من خلال تهيئة بيئة عمل مناسبة للعاملين، تحفيزهم مالياً ومعنوياً، وكذلك محاولة وضع أسس لاختيارهم وفقاً لمهاراتهم وكفاءاتهم وقدراتهم الإتصالية مع الزبائن؛
- زيادة دعم الإدارة العليا لمستخدمي نظام المعلومات من خلال تشجيعهم على استخدام نظام المعلومات وفهم احتياجاتهم المختلفة، واستكشاف وجهات نظرهم حول المشكلات التي يواجهونها عند استخدام هذا النظام حتى يتم التغلب عليها.

9) دراسة Bouketir Djebbar, Hassani Abdelakrim (2017)، تحت عنوان:

"Impact of banking service quality on customer satisfaction-Sample study-",

مجلة العلوم الإنسانية، العدد 46، جامعة محمد خيضر ببسكرة، الجزائر.

حيث تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف قياس جودة الخدمة في القطاع البنكي الجزائري، ودراسة تأثير أبعاد جودة الخدمة البنكية على رضا الزبائن، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة استخدمنا عينة عشوائية تتكون من (83) زبونا، كما تم تصميم وتوزيع استبيان على عينة الدراسة، وتحليل البيانات المتحصل عليها تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي (spss).

وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية:

- هناك فجوة سالبة بين توقعات وإدراكات الزبائن بخصوص كل أبعاد جودة الخدمة؛

وعلى ضوء النتائج المتوصل إليها أوصت الدراسة بالآتي:
 ■ يجب على البنوك اتخاذ اجراءات لتحسين مستوى رضا الزبائن.

المبحث الثالث: مناقشة الدراسات السابقة وما يميز الدراسة الحالية عنها

بعد الإطلاع على الدراسات السابقة ذات العلاقة المباشرة وغير المباشرة بموضوع الدراسة، يمكن مناقشتها وإبراز ما يميزها عن الدراسة الحالية وبيان أوجه الاستفادة منها.

أولاً: مناقشة الدراسات السابقة:

يظهر لنا من الدراسات السابقة الذكر الآتي:

- 1) بيئة الدراسات السابقة: هناك اختلاف وتنوع في بيئة الدراسات السابقة، فمنها من أجريت في البيئة الأسيوية (باكستان)، ومنها من تمت في البيئة العربية (السعودية، الأردن والسودان)، بالإضافة إلى أن معظمها أجريت في البيئة الجزائرية.
- 2) مجتمع الدراسات السابقة: نلاحظ وجود تباين واختلاف بين مجتمع الدراسة المتعلق بالدراسات السابقة ما بين: المؤسسات الصحية، البنوك، المؤسسات الإقتصادية (الإنتاجية والخدمية)، الجامعات، البلديات والمؤسسات الحكومية(الوزارات).
- 3) منهجية الدراسات السابقة: معظم الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي والتحليلي، الذي يركز على وصف وسرد الحقائق المتعلقة بموضوع الدراسة، بالإضافة إلى شرح وتفسير الإحصائيات التي تم اختبارها ومعالجتها، واستخلاص النتائج والتوصيات.
- 4) أدوات الدراسات السابقة: نلاحظ أن معظم الدراسات السابقة استخدمت الإستهيبان كأداة لجمع المعلومات الميدانية وقياس متغيراتها، في حين قرن الجزء المتبقي منها بين أداتي المقابلة والإستهيبان، كما تمت معالجة وتحليل البيانات المتحصل عليها باستخدام البرنامج الإحصائي (spss).
- 5) نتائج الدراسات السابقة: أجمعت معظم نتائج الدراسات السابقة على أهمية تبني منهج التغيير التنظيمي بأبعاده المختلفة والعمل على دعمه من أجل إنجاحه، كما أجمعت أيضاً على أهمية تبني ونشر ثقافة الجودة بأبعاده، وضرورة العمل على التحسين المستمر للخدمات من أجل تحقيق الجودة.

ثانياً: ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها:

تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في جملة من النقاط نذكر منها ما يلي:

- 1) من حيث مجتمع وعينة الدراسة: تم إجراء الدراسة الحالية في قطاع الصحة بالجزائر، بحيث شمل مجتمع الدراسة المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر. أما بخصوص العينة المستهدفة في الدراسة فقد تكونت من (22) مؤسسة عمومية إستشفائية و(37) مؤسسة عمومية للصحة الجوارية موزعة على الجهات الأربع للوطن بحيث مست بالتحديد ولايات: الجزائر العاصمة، وهران، قسنطينة، ورقلة وبيشار.
- 2) من حيث موضوع الدراسة: تعتبر الدراسة الحالية في حدود علم الطالب، من الدراسات القليلة التي درست أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالتطبيق على عينة من المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر العاملين، وذلك بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقاً للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19

ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسير المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية ، وهو ما لم يتم تناوله في الدراسات السابقة.

(3) من حيث هدف الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى تشخيص واقع التغيير التنظيمي بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية، بالإضافة إلى محاولة تحديد وتحليل أثر سياسة الإصلاح الممثلة في عملية التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات محل الدراسة، وهو ما أغفلته الدراسات السابقة تحديدا في البيئة الجزائرية.

(4) منهجية الدراسة: تعد الدراسة الحالية بمثابة دراسة استطلاعية وتحليلية كونها اعتمدت على المنهج الوصفي والتحليلي للبيانات، التي تم جمعها باستخدام أداتي المقابلات الشخصية والإستبيان، ثم تم تحليلها بالإعتماد على جملة من الأساليب والأدوات الإحصائية المتنوعة بهدف الوصول إلى النتائج التي تخدم أهداف الدراسة.

أما بخصوص أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة فتمثلت فيما يلي:

- بناء فكرة الدراسة وإثراء الجانب النظري لها؛
- المساعدة في جمع المصادر والمراجع ذات الصلة بموضوع الدراسة؛
- تصميم وتطوير أداتي جمع المعلومات الميدانية (المقابلة والاستبيان) لتحقيق أهداف الدراسة؛
- المساعدة في اختيار منهج الدراسة؛
- المساهمة في معرفة الطرق والوسائل الإحصائية المتبعة في الدراسات من أجل الاستفادة منها في الدراسة؛
- تحليل البيانات ومقارنة النتائج والاستفادة من التوصيات المتوصل إليها.

خلاصة الفصل الثاني:

للدراستات السابقة أهمية بالغة في إرشاد الباحث أثناء إنجاز له بحوثه العلمية، إذ تعطيه نظرة أولية حول الموضوع المراد دراسته. ولهذا حاولنا في هذا الفصل التطرق إلى أهم الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية، حيث قمنا بعرض أهم الدراسات التي لها علاقة وطيدة بمتغيرات الدراسة الحالية، وعلى هذا الأساس قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث، حيث قمنا في المبحث الأول بعرض الدراسات السابقة باللغة العربية، وفي المبحث الثاني أبرزنا فيه الدراسات السابقة باللغة الأجنبية.

أما المبحث الثالث فقمنا فيه بمناقشة الدراسات السابقة من خلال إبراز البيئة التي أجريت فيها والمجتمع الذي استهدفته، بالإضافة إلى توضيح منهجية البحث المتبعة فيها، أدوات البحث المستخدمة وأهم النتائج المتوصل إليها. كما وضعنا فيه ما يميز دراستنا عن الدراسات السابقة، باعتبار أن معظم الدراسات السابقة تناولت التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية على حدى، أما الدراسة الحالية فحاولنا فيها اختبار العلاقة بين أبعاد التغيير التنظيمي وأبعاد جودة الخدمات الصحية بالتطبيق على عينة من المؤسسات الصحية الجزائرية، وأخيرا قمنا بتحديد أهم مجالات الاستفادة من هذه الدراسات.

القسم الثاني:

الدراسة الميدانية

الفصل الثالث:

الطريقة والأدوات

- مقدمة الفصل الثالث
- المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة
- المبحث الثاني: أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة
- المبحث الثالث: أداة الدراسة
- خلاصة الفصل الثالث

مقدمة الفصل:

تعد الدراسة الميدانية وسيلة بحث هامة، يتم من خلالها تحصيل المعلومات والبيانات المطلوبة، بالإضافة إلى محاولة إسقاط ما تم التوصل إليه في الجانب النظري على أرض الواقع ودراسته. وسيتم التركيز في هذا الفصل على تعيين مجتمع البحث وكيفية اختيار عينة الدراسة، ثم يتم التطرق إلى الأدوات الإحصائية المستخدمة في الدراسة، وأخيرا سنستعرض أدوات الدراسة والإجراءات التي تم استخدامها للتأكد من صدقها وثباتها. وعليه سنتناول في هذا الفصل المباحث الآتية:

المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة.

المبحث الثاني: أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة.

المبحث الثالث: أداة الدراسة.

المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة.

باعتبار أن مناهج البحث في العلوم الإنسانية والإدارية متعددة، فإن طبيعة الموضوع تستوجب على الباحث اختيار المنهج الذي سيعتمده والأدوات المساعدة في ذلك، ومن خلال هذا المبحث سيتم التطرق إلى المنهج المعتمد في الدراسة، مجتمع وعينة الدراسة، وكذا نموذج الدراسة.

المطلب الأول: منهجية الدراسة.

للقيام بهذه الدراسة سوف يتبنى الباحث منهجاً علمياً متنوعاً نظراً لتنوع الموضوع في حد ذاته. ولذلك سوف نعتمد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الذي يمتاز بنظرة شمولية واقتران وصف الحالة بتحليلها ومن ثم استخلاص النتائج والمؤشرات الأساسية. إذ استخدم الوصف في جمع المعلومات الثانوية المكتتبية المتوفرة في الدراسة النظرية، أما التحليل لأغراض تحديد النتائج من الدراسة الميدانية فكان بواسطة استخدام المسح بالعينة لتشخيص المشكلة ووصفها وصفا موضوعيا من خلال القياس الكمي لآراء واتجاهات الأفراد في المؤسسات الصحية محل الدراسة لأثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث يوفر هذا المنهج دراسة آراء واتجاهات أعداد كبيرة من الأفراد، تخدم أهداف الدراسة وتمكن من الإجابة على تساؤلاتها واختبار فرضياتها وتحقيق المصادقية على متغيراتها، وقد اعتمدنا في هذا الإطار أسلوبَي الإستبيان والمقابلات الشخصية كأداتين أساسيتين لجمع المعلومات الميدانية.

المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة

سنتطرق من خلال هذا المطلب إلى تحديد مجتمع وعينة الدراسة.

الفرع الأول: مجتمع الدراسة

من العوامل الأساسية التي يجب على أي باحث تحديدها قبل البدء في دراسته هو حصر مجتمع الدراسة، ويتكون هذا الأخير من جميع المفردات التي تشكل مشكلة الدراسة، وقد يختلف عددها أو حجمها حسب هدفها ودرجة دقتها.

وبالنسبة لدراستنا هذه فمجتمع الدراسة يتألف من جميع العاملين بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية التي أنشأت في إطار تطبيق الخارطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. والمسجلة لدى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة 2018.

ونظرا لكبر حجم مجتمع الدراسة وصعوبة تطبيق الحصر الشامل عليه بسبب التكلفة العالية، ارتأينا في دراستنا هذه اختيار (22) مؤسسة عمومية إستشفائية (EPH)، و(37) مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSP) موزعة عبر الجهات الخمسة للوطن (الشمال، الجنوب الشرقي، الجنوب الغربي، الشرق، والغرب)، كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم(1.3): أسماء المؤسسات الصحية محل الدراسة وعدد العاملين بها

| عدد العاملين | | | اسم المؤسسة الصحية | الولاية (عاصمة الجهة) | الجهة |
|--------------|------------------|---------|---|--------------------------|------------------|
| الإداريين | الشبه الطبيين | الأطباء | | | |
| 126 | 372 | 128 | المؤسسة العمومية الإستشفائية القبة (بشير منتوري) | الجزائر | الشمال |
| 163 | 299 | 84 | المؤسسة العمومية الإستشفائية بولوجين (ابن زيري) | | |
| 102 | 356 | 83 | المؤسسة العمومية الإستشفائية الحراش (حسان بادي) | | |
| 117 | 328 | 128 | المؤسسة العمومية الإستشفائية الروبية | | |
| 125 | 265 | 112 | المؤسسة العمومية الإستشفائية بير طارية | | |
| 83 | 102 | 36 | المؤسسة العمومية الإستشفائية المرادية (جيلاني رحموني) | | |
| 75 | 284 | 80 | المؤسسة العمومية الإستشفائية عين طاية | | |
| 89 | 244 | 113 | المؤسسة العمومية الإستشفائية زرالدة (بوقاسمي الطيب) | | |
| 97 | 199 | 237 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية القبة (العناصر) | | |
| 172 | 220 | 231 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية باب الوادي | | |
| 81 | 312 | 343 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية درارية | | |
| 78 | 197 | 182 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الرغاية | | |
| 78 | 166 | 245 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوزريعة | | |
| 68 | 163 | 257 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الشراقة (بوشاوي) | | |
| 239 | 438 | 523 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي محمد (بوشنافة) | | |
| 70 | 315 | 287 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية برج الكيفان (درقانة) | | |
| 64 | 159 | 196 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية زرالدة | | |
| 134 | 480 | 387 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية براقي | | |
| 102 | 540 | 203 | المؤسسة العمومية الإستشفائية ورقلة | ورقلة | الجنوب الشرقي |
| 83 | 346 | 100 | المؤسسة العمومية الإستشفائية تقرت | | |
| 57 | 132 | 65 | المؤسسة العمومية الإستشفائية حاسي مسعود | | |
| 48 | 128 | 27 | المؤسسة العمومية الإستشفائية الطبيات | | |
| 39 | 470 | 162 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ورقلة | | |
| 49 | 448 | 141 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت | | |
| 43 | 202 | 57 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الحجيرة | | |
| 17 | 61 | 42 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية حاسي مسعود | | |
| 13 | 22 | 13 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية البرمة | | |
| 49 | 129 | 40 | المؤسسة العمومية الإستشفائية بشار (تراي بوجمعة) | بشار | الجنوب الغربي |
| 84 | 454 | 127 | المؤسسة العمومية الإستشفائية المستشفى الجديد | | |
| 74 | 222 | 56 | المؤسسة العمومية الإستشفائية العبادلة | | |
| 72 | 202 | 64 | المؤسسة العمومية الإستشفائية بني عباس | | |

| | | | | | |
|------|-------|------|---|---------|-------|
| 99 | 425 | 151 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بشار | | |
| 44 | 126 | 37 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية العبادلة | | |
| 48 | 232 | 41 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بني عباس | | |
| 37 | 118 | 26 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بني ونيف | | |
| 23 | 44 | 16 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تلبالة | | |
| 27 | 76 | 24 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تاغيت | | |
| 42 | 200 | 45 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية كرزاز | | |
| 75 | 244 | 90 | المؤسسة العمومية الإستشفائية البيير | قسنطينة | الشرق |
| 92 | 358 | 149 | المؤسسة العمومية الإستشفائية الخروب | | |
| 54 | 238 | 127 | المؤسسة العمومية الإستشفائية علي منجلي | | |
| 46 | 183 | 57 | المؤسسة العمومية الإستشفائية زيغود يوسف | | |
| 109 | 231 | 190 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية منتوري | | |
| 95 | 225 | 162 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بن مهدي | | |
| 55 | 276 | 243 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الخروب | | |
| 40 | 166 | 112 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين عبيد | | |
| 44 | 127 | 98 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية زيغود يوسف | | |
| 56 | 295 | 164 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية حمامة بوزيان | | |
| 36 | 171 | 58 | المؤسسة العمومية الإستشفائية (العقيد عثمان) | وهران | الغرب |
| 73 | 324 | 105 | المؤسسة العمومية الإستشفائية ارزبو (د. نقاش م الصغير) | | |
| 49 | 182 | 104 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية واجهة البحر | | |
| 54 | 460 | 283 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية صديقية | | |
| 51 | 262 | 162 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية حي بوعمامة | | |
| 39 | 192 | 141 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية حي الغوالم | | |
| 40 | 203 | 110 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوتليليس | | |
| 69 | 389 | 208 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية السانية | | |
| 32 | 191 | 86 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية واد تليلات | | |
| 25 | 182 | 117 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عيون الترك | | |
| 55 | 343 | 192 | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ارزبو | | |
| 4200 | 14718 | 8047 | 59 | المجموع | |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مدونة المناصب المالية الحقيقية لسنة 2018 للمؤسسات الصحية محل الدراسة.

من الجدول يتبين لنا أن:

- جهة الشمال: ممثلة في ولاية الجزائر عاصمة الشمال الجزائري وتضم (08) مؤسسات عمومية استشفائية و(10) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.

- **جهة الجنوب الشرقي:** ممثلة في ولاية ورقلة عاصمة الجنوب الشرقي الجزائري وتضم (04) مؤسسات عمومية استشفائية و(05) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.
- **جهة الجنوب الغربي:** ممثلة في ولاية بشار عاصمة الجنوب الغربي الجزائري وتضم (04) مؤسسات عمومية استشفائية و(07) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.
- **جهة الشرق:** ممثلة في ولاية قسنطينة عاصمة الشرق الجزائري وتضم (04) مؤسسات عمومية استشفائية و(06) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.
- **جهة الغرب:** ممثلة في ولاية وهران عاصمة الغرب الجزائري وتضم مؤسستين (02) عموميتين استشفائيتين و(09) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.

ونؤكد أن اختيارنا للمؤسسات الصحية لم يكن عشوائيا وإنما يعود لضرورة تحقيق التوازن في التمثيل بين الجهات الخمسة للوطن من جهة ومن جهة أخرى يرجع لكون المنظومة الصحية العمومية في الجزائر مقسمة إلى خمس (05) مناطق صحية كما أوردنا سابقا، بحيث شمل مجتمع الدراسة خمس (05) ولايات تعد بمثابة ولايات محورية للجهات المتواجدة فيها.

الفرع الثاني: عينة الدراسة

تعرف عينة الدراسة بأنها: "مجموعة الوحدات التي يتم اختيارها من مجتمع البحث لتمثيله في الدراسة"¹. وانطلاقاً من هذا التعريف يمكن القول أن عينة الدراسة هي جزء من مجتمع الدراسة، يقوم الباحث بإجراء الدراسة عليها، ومن ثم يقوم بتعميم النتائج المحصل عليها منها على كافة مجتمع الدراسة، بشرط أن تكون العينة ممثلة لمجتمع الدراسة أحسن تمثيل، حيث يخضع اختيارها منهجياً إلى شروط عدة وبطرق مختلفة حسب هدف الدراسة وظروف إجرائها. ولتحديد حجم العينة المناسب قمنا باعتماد أسلوب المعاينة الإحصائية العشوائية الطبقيّة التناسبية من أجل تحديد العدد المسحوب من وحدات مجتمع الدراسة وذلك من خلال تقسيم المجتمع إلى ثلاث طبقات كالتالي:

1. طبقة الأطباء وتتكون من (أسلاك الممارسين الطبيين العاميين في الصحة العمومية والممارسين المتخصصين في الصحة العمومية).
 2. طبقة الشبه الطبيين وتتكون من (أسلاك الشبه الطبيين في الصحة العمومية، أسلاك القابلات في الصحة العمومية، أسلاك الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش للصحة العمومية، أسلاك النفسانيين للصحة العمومية، أسلاك البيولوجيين في الصحة العمومية).
 3. طبقة الإداريين وتتكون من (الأسلاك المشتركة، سلك متصرفي مصالح الصحة).
- ولتحديد حجم العينة المناسب عند حد احتمالي معلوم ووفق نسبة الخطأ التي اخترناها تم توظيف المعادلة الآتية:

¹ سعيد سالم القحطاني وآخرون، منهج البحث العلمي في العلوم السلوكية مع تطبيقات (SPSS)، المكتبة الوطنية، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2000، ص. 269.

$$n = \frac{N \times p(1-p)}{\left[\frac{N-1}{d^2} \div z^2 \right] + p(1-p)}$$

معادلة ستيفن ثامبسون "Steven Thompson":

N: حجم المجتمع

Z: الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة 0.95. أي (95%) وتساوي 1.96.

d: نسبة الخطأ وتساوي 0.05. أي (5%)

p: نسبة توفر الخاصية والمحايدة وتساوي 0.5. أي (50%)

$$n=378.7777$$

وبتعويض القيم في المعادلة نجد أن حجم العينة الممثل لمجتمع الدراسة هو 379 عامل، كما هو موضح في الجدول

الآتي:

الجدول رقم (2.3): حجم للعينة

| حجم العينة (n) | نسبة الخطأ (d) |
|----------------|----------------|
| 379 | (%5) |

المصدر: من إعداد الطالب

ونظرا لرغبتنا في الخروج بنتائج نخدم موضوع الدراسة، فقد قمنا بتوزيع عدد أكبر من الإستمارات المطلوبة لتمثيل حجم المجتمع، بحيث تم توزيع (400) استمارة (أكبر من العينة المطلوبة) على العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة وقد تم استرجاع (388) استمارة، استبعدت منها (07) استمارات غير قابلة للمعالجة، وبهذا أصبح عدد الإستمارات القابلة للمعالجة (381) استمارة، وبالتالي فقد تم الإعتماد في تحليل ومناقشة النتائج على (381) استمارة إجابة من بين (400) استمارة للأسئلة التي تم توزيعها. ويجدر بالذكر الإشارة إلى أن النتائج المدونة في متن هذه الدراسة تستند إلى ما نسبته (95.25%) من إجمالي الاستمارات الموزعة على مفردات العينة¹. والجدول الموالي يوضح حوصلة لذلك:

الجدول رقم (3.3): الإستمارات الموزعة والمسترجعة والقابلة للمعالجة

| النسبة | العاملون بالمؤسسات الصحية محل الدراسة | مفردات العينة البيان |
|--------|---------------------------------------|-----------------------------|
| %100 | 400 | الإستمارات الموزعة |
| %97 | 388 | الإستمارات المسترجعة |
| %95.25 | 381 | الإستمارات القابلة للمعالجة |

حجم العينة (n = 381)

المصدر: من إعداد الطالب

¹ مفردات العينة: الأفراد العاملين في المؤسسات الصحية الجزائرية محل الدراسة من (أطباء، شبه طبيين وإداريين).

وبما أننا اعتمدنا في دراستنا على العينة العشوائية الطبقية التناسبية فقد قمنا بتحديد عدد العاملين المشكل (الممثل) لكل طبقة (فئة) من الطبقات الثلاث (أطباء، شبه طبيين وإداريين) مقارنة بالعدد الإجمالي لعينة الدراسة البالغ (381) عامل. والجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (4.3): حجم العينة المشكل لكل طبقة (فئة)

| الفئة المهنية | مجتمع الدراسة | العدد المسحوب لتشكيل العينة |
|--------------------|---------------|-----------------------------|
| طبقة الأطباء | 8047 | 114 |
| طبقة الشبه الطبيين | 14718 | 208 |
| طبقة الإداريين | 4200 | 59 |
| المجموع | 26965 | 381 |

المصدر : من إعداد الطالب اعتمادا على الجدول رقم (1.3)

من الجدول يتبين لنا:

- حجم العينة المشكل (الممثل) لطبقة (فئة) الأطباء هو (114) طبيب.
- حجم العينة المشكل (الممثل) لطبقة (فئة) الشبه الطبيين هو (208) شبه طبي.
- حجم العينة المشكل (الممثل) لطبقة (فئة) الإداريين هو (59) إداري.

المطلب الثالث: متغيرات وأنموذج الدراسة

سنحاول من خلال هذا المطلب التطرق إلى متغيرات الدراسة الممثلة في كل من المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، وكذا تحديد أنموذج الدراسة.

الفرع الأول: متغيرات الدراسة

تتضمن هذه الدراسة متغيرين هما:

1- المتغير المستقل:

يتمثل في التغيير التنظيمي، والذي يعرف إجرائيا بأنه عبارة عن تغيير موجه ومقصود وهادف وواع، يسعى إلى تحقيق التكيف البيئي (الداخلي والخارجي)، بما يضمن الانتقال إلى حالة تنظيمية أكثر قدرة على حل المشكلات. ولدراسته تم اعتماد مقياس يتشكل من أربعة أبعاد بحيث تشكل أبعاد التغيير التنظيمي هي:

- بعد التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)؛
- بعد التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)؛
- بعد التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)؛
- بعد التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي).

2- المتغير التابع:

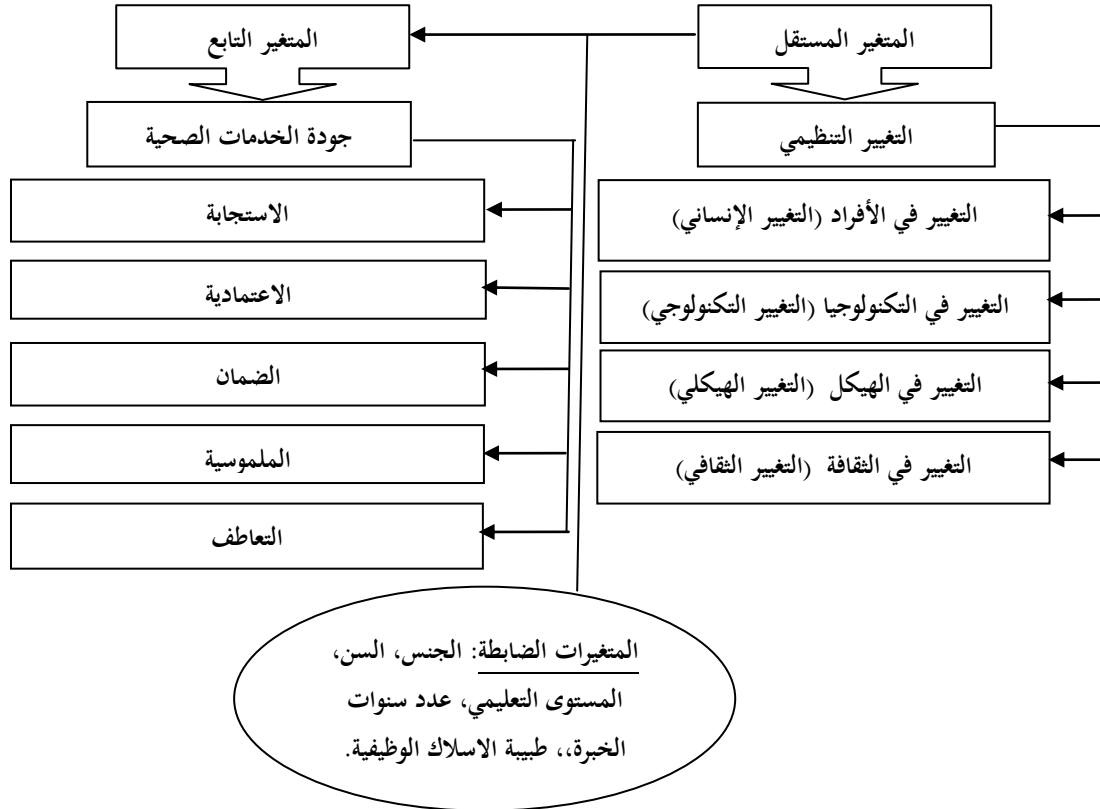
ويتمثل في جودة الخدمات الصحية والتي تعرف إجرائيا بأنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة بحيث تشمل تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية، ومن وجهة نظر المريض ومن وجهة نظر الإداريين. ولدراسته تم اعتماد مقياس يتكون من خمسة أبعاد بحيث تشكل أبعاد جودة الخدمات الصحية وهي:

- بعد الإستجابة؛
- بعد الإعتمادية؛
- بعد الضمان؛
- بعد الملموسية؛
- بعد التعاطف.

الفرع الثاني: أنموذج الدراسة

تبحث هذه الدراسة مدى تأثير المتغير المستقل التغيير التنظيمي بأبعاده (التغيير في الأفراد، التغيير في التكنولوجيا، التغيير في الهيكل التنظيمي والتغيير في الثقافة) على المتغير التابع جودة الخدمات الصحية بأبعاده (الإستجابة، الإعتمادية، الضمان، الملموسية والتعاطف)، والشكل الموالي يوضح أنموذج الدراسة كالاتي:

الشكل (1.3) أنموذج للدراسة



المصدر: من إعداد الطالب

المبحث الثاني: أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة

بهدف الوصول إلى نتائج معبرة، صادقة وذات دلالة، تم الاستعانة بحزمة البرامج التطبيقية الإحصائية في مجال العلوم الاجتماعية والمعروفة تجارياً باسم SPSS Win Version 22 (Statistical Package for Social Science)، من أجل إعداد التحليل الإحصائي للدراسة الميدانية.

المطلب الأول: المعالجة الإحصائية

للإجابة على أسئلة الدراسة واختبار صحة فرضياتها تم استخدام أساليب التحليل الإحصائي الآتية:

1. **التكرارات والنسب المئوية:** لمعرفة خصائص التفصيلي أفراد عينة الدراسة من أجل تحليلها.
2. **المتوسط الحسابي المرجح:** وذلك لمعرفة اتجاهات أفراد الدراسة نحو كل فقرة أو بعد، مع العلم أنه يساعد في ترتيب الفقرات حسب أعلى متوسط مرجح.
3. **الانحراف المعياري:** وذلك بغية التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة نحو كل فقرة، ويلاحظ أيضا أن الانحراف المعياري يوضح أيضا التشتت في استجابات أفراد الدراسة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر، فهذا يعني تركيز الإجابات وعدم تشتتها، أما إذا كانت قيمته تساوي الواحد أو أكبر، فهذا يعني عدم تركيز الإجابات وتشتتها.
4. **اختبار معامل ألفا كرونباخ "Alpha Cronbach":** للتأكد من درجة ثبات أداة الدراسة وللتأكد من درجة الإتساق الداخلي لفقرات الإستبيان ومتغيرات الدراسة، حيث يأخذ هذا المعامل قيمة بين الصفر (0) والواحد (1)، وكلما اقترب من الواحد (1) فهذا يعني ثباتا أكبر للدراسة. وتضع أوما سيكاران قاعدة عامة للتعامل مع هذا المعامل مفادها الآتي¹:

- إذا كان معامل ألفا كرونباخ أقل من (0.6) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات ضعيف، الأمر الذي يستلزم إعادة النظر في بناء أداة الدراسة؛
 - إذا كان معامل ألفا كرونباخ يتراوح بين (0.6-0.7) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات مقبول؛
 - إذا كان معامل ألفا كرونباخ يتراوح بين (0.7-0.8) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات جيد؛
 - إذا كان معامل ألفا كرونباخ يتراوح بين (0.8) فهذا يعني أن الدراسة تتمتع بثبات ممتاز.
- 5- **معامل ارتباط بيرسون "Pearson":** لاختبار العلاقة وقوة الارتباط بين المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) بأبعاده والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) بأبعاده.
 - 6- **اختبار "One Simple T Teste":** لمقارنة المتوسط الحسابي للإجابات.
 - 7- **اختبار تحليل الإنحدار المتعدد "Multiple Regression Analysis":** وذلك لتحديد تأثير وشكل العلاقة التي تحكم المتغيرات المستقلة والتابعة بهدف التحليل والتفسير والتنبؤ.
 - 8- **تحليل التباين الأحادي الاتجاه "One Way Anova":** لإختبار فروقات المتغيرات الديمغرافية في تصورات أفراد العينة نحو المتغيرات المستقلة والتابعة.

المطلب الثاني: الطريقة المستخدمة في القياس

استخدمنا في دراستنا الإستبيان كأداة من أدوات جمع البيانات، بحيث تم توزيعه على عينة الدراسة، حيث جاءت فقرات أبعاد المتغيرين وفقا لمقياس ليكرت "Likert" الخماسي الذي يعد الأنسب لمثل هذه الدراسات، وقد كانت الخيارات المتاحة أمام كل عبارة كما يلي: (غير موافق بشدة، غير موافق، محايد، موافق، موافق بشدة)، وقد أكدنا لأفراد عينة الدراسة على ضرورة اختيار إجابة واحدة فقط أمام كل فقرة، ومن أجل تحديد الاتجاه أعطينا لاحتمالات الإجابات الخمسة السابقة أوزان محددة كما هو موضح في الجدول الآتي:

¹ سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سبق ذكره، ص.188.

الجدول رقم (5.3): الأوزان النسبية لخيارات الإجابة في الإستبيان

| الأوزان | الرأي |
|---------|----------------|
| 1 | غير موافق بشدة |
| 2 | غير موافق |
| 3 | محايد |
| 4 | موافق |
| 5 | موافق بشدة |

المصدر: من إعداد الطالب

وبعد ذلك تم حساب المتوسط الحسابي المرجح، لتحديد الإتجاه العام لإجابات المستجوبين، والذي يحدد مجال وقوع قيمة المتوسط المرجح كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم (6.3): المتوسطات المرجحة والاتجاه الموافق لها

| الاتجاه | المتوسط المرجح |
|----------------|----------------|
| غير موافق بشدة | 1.79 – 1 |
| غير موافق | 2.59 – 1.80 |
| محايد | 3.39 – 2.60 |
| موافق | 4.19 – 3.40 |
| موافق بشدة | 5 – 4.20 |

المصدر: من إعداد الطالب

المبحث الثالث: أداة الدراسة.

إن استخدام منهج معين في أي دراسة يتطلب من الباحث الاستعانة بأدوات ووسائل مساعدة ومناسبة، تمكنه من الوصول إلى المعلومات اللازمة، والتي يستطيع بواسطتها معرفة واقع وميدان الدراسة.

المطلب الأول: بناء أداة الدراسة:

في دراستنا هذه تم الاعتماد على أداتين هما: المقابلة والإستبيان.

1- المقابلة:

تعد الأداة الأولى المستخدمة في هذه الدراسة لجمع البيانات الأولية، حيث تعرف بأنها "حوار لفظي مباشر هادف وواعي يتم بين شخصين (باحث ومبحوث) أو بين شخص (باحث) ومجموعة من الأشخاص، بغرض الحصول على معلومات دقيقة يتعذر الحصول عليها بالأدوات أو التقنيات الأخرى ويتم تقييدها بالكتابة أو التسجيل الصوتي أو المرئي"¹.

¹ نبيل حميدة، المقابلة في البحث الاجتماعي، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 08، جامعة قاصدي مباح بورقلة، الجزائر، جوان 2012، ص. 99.

وقد تم استخدام المقابلة الموجهة من خلال إعداد أسئلة محددة ومغلقة، بهدف الحصول على معلومات ذات مصداقية وموثوق بها، حيث تم إجراء مقابلات مع بعض المدراء والمدراء الفرعيين للمؤسسات الصحية محل الدراسة، من خلال طرح أسئلة المقابلة عليهم بغية الحصول على إجاباتهم.

وتتكون استمارة المقابلة من خمسة وعشرين (25) سؤالاً مقسمة إلى خمسة محاور تركز في مجملها حول علاقة التغيير التنظيمي بتحسين جودة الخدمات الصحية (أنظر الملحق رقم: 02). وتتمثل هذه المحاور في الآتي:

المحور الأول: خصص لمستوى إدراك التغيير التنظيمي لدى المقابلين ويضم أربع (04) أسئلة.

المحور الثاني: وشمل أبعاد التغيير التنظيمي ويضم أربع (04) أسئلة.

المحور الثالث: خصص لمستوى إدراك جودة الخدمات الصحية لدى المقابلين ويضم أربع (04) أسئلة.

المحور الرابع: وشمل أبعاد جودة الخدمات الصحية ويضم خمسة (05) أسئلة.

المحور الخامس: خصص لتحديد علاقة التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) بتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، ويضم ثمانية (08) أسئلة.

2- الإستبيان:

يعتبر الإستبيان من أكثر الوسائل المستخدمة شيوعاً في جمع البيانات، فهي عبارة عن "مجموعة من الأسئلة التي تعد إعداداً محدداً وترسل بواسطة البريد أو تسلم إلى الأشخاص المختارين لتسجيل إجاباتهم ثم إعادة ثانياً¹، كما قد تتم مباشرة مع المستجوبين خصوصاً إذا كانوا أميين.

ولقد اعتمدنا في هذه الدراسة على الإستبيان كأداة أساسية في جمع البيانات الأولية والحصول على المعطيات الكمية لهذه الدراسة، ولتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها قمنا بتصميم استمارة الإستبيان بالإعتماد على الدراسات السابقة وانطلاقاً من الإطار النظري للدراسة، وذلك بهدف قياس أبعاد متغيرات الدراسة (التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية)، حيث تم توجيه الإستبيان للأفراد العاملين (أطباء، شبه طبيين، إداريين) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة (أنظر الملحق رقم: 01). وقد اشتمل الإستبيان على ثلاثة أقسام هي:

القسم الأول: ويشمل البيانات الديمغرافية لأفراد عينة الدراسة ممثلة في: الجنس، السن، المستوى التعليمي، عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية، نوع المؤسسة الصحية.

القسم الثاني: يركز على المقاييس الخاصة بالتغيير المستقل (التغيير التنظيمي)، ويشمل أربعة (04) محاور تشكل المتغيرات الفرعية الأربعة (04) وهي:

1. **المحور الأول:** ويشمل بعد التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) الذي مس المؤسسات الصحية محل الدراسة، ويتم

قياسه من خلال خمسة (05) فقرات تضم العبارات من 01 إلى 05.

2. **المحور الثاني:** ويشمل بعد التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) الذي مس المؤسسات الصحية محل

الدراسة، ويتم قياسه من خلال خمسة (05) فقرات تحوي العبارات من 06 إلى 10.

3. **المحور الثالث:** ويشمل بعد التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي) الذي مس المؤسسات الصحية محل الدراسة، ويتم

قياسه من خلال خمسة (05) فقرات تضم العبارات من 11 إلى 15.

¹ محمد شفيق، البحث العلمي - الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2001، ص. 105.

4. **المحور الرابع:** ويشمل بعد التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) الذي مس المؤسسات الصحية محل الدراسة، ويتم قياسه من خلال خمسة (05) فقرات تحوي العبارات من 16 إلى 20.
- القسم الثالث:** يركز على المقاييس الخاصة بالتغيير التابع (جودة الخدمات الصحية)، ويشمل خمسة (05) محاور تشكل المتغيرات الفرعية الخمسة (05) للمتغير التابع وهي:
1. **المحور الخامس:** وخصص لمعرفة جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الإستجابة، ويتم قياسه من خلال خمسة (05) فقرات تحوي العبارات من 21 إلى 25.
 2. **المحور السادس:** وخصص لمعرفة جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية، ويتم قياسه من خلال خمسة (05) فقرات تحوي العبارات من 26 إلى 30.
 3. **المحور السابع:** وخصص لمعرفة جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الضمان، ويتم قياسه من خلال خمسة (05) فقرات تحوي العبارات من 31 إلى 35.
 4. **المحور الثامن:** وخصص لمعرفة جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملموسية، ويتم قياسه من خلال خمسة (05) فقرات تحوي العبارات من 36 إلى 40.
 5. **المحور التاسع:** وخصص لمعرفة جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التعاطف، ويتم قياسه من خلال خمسة (05) فقرات تحوي العبارات من 41 إلى 45.

المطلب الثاني: صدق أداة الدراسة

الصدق باختصار هو أن تقيس الأداة ما أعدت لأجل قياسه، وسنتناول في هذه الدراسة نوعين من الصدق يتمثلان في الصدق الظاهري وصدق الاتساق الداخلي.

أولاً: الصدق الظاهري (صدق المحكمين):

من أجل التحقق من صدق أداة الدراسة، قام الباحث بعرض أسئلة المقابلة والإستبيان على مجموعة من المحكمين تألفت من ثمانية (08) أعضاء من الخبراء والأساتذة المتخصصين في مجال إدارة الأعمال والجودة (أنظر الملحق رقم: 03)، وقد تم الأخذ بمختلف ملاحظاتهم واقتراحاتهم بخصوص وضوح أسئلة المقابلة وفقرات الاستبيان وسلامتها اللغوية ومدى ملائمتها لإجراء الدراسة، إلى أن تم التوصل إلى الشكل النهائي لكليهما (أسئلة المقابلة، والإستبيان).

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي لفقرات الإستبيان:

بعد التأكد من الصدق الظاهري قمنا باختبار الصدق البنائي (الاتساق الداخلي للاستبيان)، وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بيرسون "Pearson" بين درجة كل فقرة من فقرات المحور والدرجة الكلية لجميع فقرات هذا المحور، وذلك لكل محور من محاور الدراسة.

أ- صدق الاتساق الداخلي لفقرات محاور (أبعاد) المتغير المستقل (التغيير التنظيمي): كما هو مبين في الجدول الآتي:
الجدول رقم (7.3) الإتساق الداخلي لفقرات محاور (أبعاد) المتغير المستقل

| مستوى الدلالة | قيمة الارتباط | رقم الفقرة | محاور (أبعاد) المتغير المستقل |
|---------------|---------------|------------|--|
| 0.000 | 0.915** | 01 | التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) |
| 0.000 | 0.863** | 02 | |
| 0.000 | 0.878** | 03 | |
| 0.000 | 0.922** | 04 | |
| 0.000 | 0.811** | 05 | |
| 0.000 | 0.746** | 06 | التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) |
| 0.000 | 0.815** | 07 | |
| 0.000 | 0.860** | 08 | |
| 0.000 | 0.706** | 09 | |
| 0.000 | 0.707** | 10 | |
| 0.000 | 0.598** | 11 | التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) |
| 0.000 | 0.696** | 12 | |
| 0.000 | 0.834** | 13 | |
| 0.000 | 0.700** | 14 | |
| 0.000 | 0.580** | 15 | |
| 0.000 | 0.792** | 16 | التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) |
| 0.000 | 0.811** | 17 | |
| 0.000 | 0.508** | 18 | |
| 0.000 | 0.787** | 19 | |
| 0.000 | 0.744** | 20 | |

**قيمة الارتباط ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS

يتضح لنا من الجدول رقم (7.3) ما يلي:

- أن معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لجميع فقرات المحور (البعد) المتعلق بالتغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) جاءت موجبة وتراوحت بين (0.922) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأعلى الخاص

- بالفقرة رقم (04) وبين (0.811) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأدنى الخاص بالفقرة (05)، وأن جميع فقرات هذا المحور (البعد) كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$).
- أما بعد التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) فقد جاءت معاملات الارتباط الخاصة به موجبة وتراوح بين (0.860) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأعلى الخاص بالفقرة رقم (08) وبين (0.706) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأدنى الخاص بالفقرة (09)، وأن جميع فقرات هذا المحور (البعد) كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$).
 - كما جاءت معاملات الارتباط لفقرات بعد التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) موجبة وتراوح بين (0.834) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأعلى الخاص بالفقرة رقم (13) وبين (0.580) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأدنى الخاص بالفقرة (15)، وأن جميع فقرات هذا المحور (البعد) كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$).
 - أما بعد التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) فقد جاءت جميع معاملات الارتباط الخاصة به موجبة وتراوح بين (0.860) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأعلى الخاص بالفقرة رقم (08) وبين (0.706) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأدنى الخاص بالفقرة (09)، وأن جميع فقرات هذا المحور (البعد) كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$).
- مما سبق ذكره نجد أن جميع معاملات الارتباط بين درجات فقرات محاور (أبعاد) المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) والدرجة الكلية لكل محور (بعد) جاءت موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)، وهو ما يدل على وجود اتساق داخلي بين فقرات محاور (أبعاد) المتغير المستقل (التغيير التنظيمي).

ب- صدق الاتساق الداخلي لفقرات محاور (أبعاد) المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية):

الجدول رقم (8.3) الإتساق الداخلي لفقرات محاور (أبعاد) المتغير التابع

| مستوى الدلالة | قيمة الارتباط | رقم الفقرة | محاور (أبعاد) المتغير التابع |
|---------------|---------------|------------|------------------------------|
| 0.000 | 0.786** | 21 | الإستجابة |
| 0.000 | 0.837** | 22 | |
| 0.000 | 0.507** | 23 | |
| 0.000 | 0.717** | 24 | |
| 0.000 | 0.691** | 25 | |
| 0.000 | 0.516** | 26 | الإعتمادية |
| 0.000 | 0.717** | 27 | |
| 0.000 | 0.573** | 28 | |
| 0.000 | 0.619** | 29 | |
| 0.000 | 0.525** | 30 | |

| | | | |
|-------|---------|----|-----------|
| 0.000 | 0.435** | 31 | الضمان |
| 0.000 | 0.850** | 32 | |
| 0.000 | 0.761** | 33 | |
| 0.000 | 0.457** | 34 | |
| 0.000 | 0.540** | 35 | |
| 0.000 | 0.874** | 36 | الملموسية |
| 0.000 | 0.874** | 37 | |
| 0.000 | 0.882** | 38 | |
| 0.000 | 0.824** | 39 | |
| 0.000 | 0.542** | 40 | |
| 0.000 | 0.627** | 41 | التعاطف |
| 0.000 | 0.809** | 42 | |
| 0.000 | 0.511** | 43 | |
| 0.000 | 0.789** | 44 | |
| 0.000 | 0.511** | 45 | |

**قيمة الارتباط ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS

من الجدول رقم (8.3) يتبين لنا ما يلي:

- أن معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لجميع فقرات المحور (البعد) المتعلق بالإستجابة جاءت موجبة وتراوحت بين (0.837) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأعلى الخاص بالفقرة رقم (23) وبين (0.507) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأدنى الخاص بالفقرة (23)، وأن جميع فقرات هذا المحور (البعد) كانت دالة احصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$).
- أما بعد الإعتمادية فقد جاءت معاملات الارتباط المتعلقة به موجبة وتراوحت بين (0.717) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأعلى الخاص بالفقرة رقم (27) وبين (0.516) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأدنى الخاص بالفقرة (26)، وأن جميع فقرات هذا المحور (البعد) كانت دالة احصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$).
- كما جاءت معاملات الارتباط لفقرات بعد الضمان موجبة وتراوحت بين (0.850) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في حدها الأعلى الخاص بالفقرة رقم (32) وبين (0.435) عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في

حدها الأدنى الخاص بالفقرة (31)، وأن جميع فقرات هذا المحور (البعد) كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.01)$.

■ أما بعد الملموسية فقد جاءت جميع معاملات الارتباط المتعلقة به موجبة وتراوحت بين (0.882) عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.01)$ في حدها الأعلى الخاص بالفقرة رقم (38) وبين (0.542) عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.01)$ في حدها الأدنى الخاص بالفقرة (40)، وأن جميع فقرات هذا المحور (البعد) كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.01)$.

■ كما أن معاملات الارتباط لفقرات بعد التعاطف جاءت موجبة وتراوحت بين (0.809) عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.01)$ في حدها الأعلى الخاص بالفقرة رقم (42) وبين (0.511) عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.01)$ في حدها الأدنى الخاص بالفقرتين (43) و(45) على التوالي، وأن جميع فقرات هذا المحور (البعد) كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.01)$.

وبما أن جميع معاملات الارتباط بين درجات فقرات محاور (أبعاد) المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) والدرجة الكلية لكل محور (بعد) جاءت موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة $(\alpha \leq 0.01)$ ، فإن النتائج المتحصل عليها تعبر عن مدى مصداقية فقرات محاور (أبعاد) للمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، وهو ما يؤكد صدق الاتساق الداخلي بين فقرات محاور (أبعاد) المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

ج- صدق الاتساق الداخلي لمحاور (أبعاد) الدراسة:

الجدول رقم (9.3) معاملات الارتباط بين محاور (أبعاد) الدراسة

| المتغيرات | أبعاد المتغيرات | عدد الفقرات | قيمة الارتباط | مستوى الدلالة |
|---------------------|--|-------------|---------------|---------------|
| التغيير التنظيمي | التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 05 | 0.613** | 0.000 |
| | التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 05 | 0.801** | 0.000 |
| | التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 05 | 0.830** | 0.000 |
| | لتغيير الثقافي (التغيير الثقافي) | 05 | 0.729** | 0.000 |
| جودة الخدمات الصحية | الإستجابة | 05 | 0.721** | 0.000 |
| | الإعتمادية | 05 | 0.663** | 0.000 |
| | الضمان | 05 | 0.699** | 0.000 |
| | الملموسية | 05 | 0.735** | 0.000 |
| | التعاطف | 05 | 0.812** | 0.000 |

**قيمة الارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.01)$

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS

بناء على معطيات الجدول (9.3) والمتعلق بصدق الإتساق الداخلي لمحاور (أبعاد) الدراسة نجد أن معاملات الارتباط بين درجات فقرات كل محور (بعد) من محاور الدراسة والدرجة الكلية لفقرات الاستبيان ككل جاءت موجبة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)، وأن جميع فقرات محاور (أبعاد) الاستبيان كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$). وتعتبر هاته النتائج عن مدى مصداقية الفقرات المتعلقة بالمتغير المستقل (التغيير التنظيمي) بأبعاده والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) بأبعاده، وهو ما يدل على وجود اتساق داخلي بين متغيرات الدراسة.

المطلب الثالث: ثبات أداة الدراسة

يقصد بالثبات مدى التوافق والإتساق في نتائج الإستهبيان إذا طبق أكثر من مرة على نفس المستجوبين، ويقاس الثبات مدى استقرار أداة الدراسة وعدم تناقضه، وهناك العديد من الإختبارات التي تسمح بقياس الثبات نذكر منها: اختبار التجزئة النصفية (سبيرمان براون "Spearman-Brown")، اختبار الإشكالية البديلة، واختبار معامل الثبات ألفا كرونباخ "Alpha Cronbach". وتم الإعتماد في هذه الدراسة على معامل الثبات ألفا كرونباخ "Alpha Cronbach" والذي يعتبر من أهم طرق قياس الثبات الداخلي والجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (10.3): نتائج اختبار معامل الثبات ألفا كرونباخ "Alpha Cronbach" لاستبيان الدراسة

| متغيرات الدراسة | أبعاد متغيرات الدراسة | عدد الفقرات | قيمة معامل ألفا كرونباخ |
|---------------------|---|-------------|-------------------------|
| التغيير التنظيمي | التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 05 | 0.823 |
| | التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 05 | 0.864 |
| | التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي) | 05 | 0.712 |
| | التغيير الثقافي (التغيير الثقافي) | 05 | 0.723 |
| جودة الخدمات الصحية | الإستجابة | 05 | 0.750 |
| | الإعتمادية | 05 | 0.802 |
| | الضمان | 05 | 0.743 |
| | المللموسية | 05 | 0.865 |
| | التعاطف | 05 | 0.866 |
| الإستهبيان ككل | | 45 | 0.905 |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS

يلاحظ من خلال معطيات الجدول (10.3) والمتعلق بقياس صدق وثبات أداة الدراسة لأفراد العينة المدروسة أن معاملات الثبات لجميع أبعاد متغيرات الدراسة جاءت مرتفعة، حيث بلغت قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ "Alpha Cronbach" المتحصل عليها للإستهبيان ككل (0.905)* وهي تفوق النسب المقبولة والمقدرة بـ (75%)، وهو ما يعني أن أداة الدراسة تتمتع بثبات جيد، وهي صالحة للإجابة على الأسئلة وتحليل النتائج واختبار الفرضيات.

* أنظر الملحق رقم (04) الذي يظهر قيم معامل الثبات ألفا كرونباخ "Alpha Cronbachs"

خلاصة الفصل الثالث:

حاولنا من خلال هذا الفصل القيام بعرض الإطار المنهجي العام للدراسة من خلال التطرق إلى المنهج المعتمد في الدراسة وتوضيح مجتمع وعينة الدراسة، بالإضافة إلى عرض متغيرات وأتمودج الدراسة، بعدها تم استعراض أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة، وفي الأخير تم التطرق إلى أداتي الدراسة المتمثلتان في المقابلة والإستبيان، حيث قمنا بعرضهما للتحكيم، بالإضافة إلى القيام بالتحقق من صدق الاستبيان والتأكد من ثباته.

الفصل الرابع:

نتائج الدراسة ومناقشتها

- مقدمة الفصل الرابع
- المبحث الأول: عرض وتحليل نتائج الدراسة
- المبحث الثاني: إختبار فرضيات الدراسة
- المبحث الثالث: مناقشة نتائج الدراسة
- خلاصة الفصل الرابع

مقدمة الفصل:

سنسعى من خلال هذا المبحث إلى قياس أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية، وذلك بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP). ولأجل ذلك تم اختيار عينة من المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية للقيام بالدراسة عليها من وجهة نظر العاملين بها (أطباء، شبه طبيين، وإداريين)، وذلك باستخدام أدوات الدراسة (الاستبيان والمقابلة). وعليه سنتناول في هذا الفصل المباحث الآتية:

المبحث الأول: عرض وتحليل نتائج الدراسة.

المبحث الثاني: اختبار فرضيات الدراسة.

المبحث الثالث: مناقشة نتائج الدراسة.

المبحث الأول: عرض وتحليل نتائج الدراسة

سيتم من خلال هذا المبحث عرض البيانات المتحصل عليها باستخدام أداتي الدراسة (المقابلة والإستبيان)، وبعدها سنقوم بتحليل نتائج الدراسة المتوصل إليها.

المطلب الأول: عرض وتحليل نتائج المقابلة

من خلال هذا المطلب سنقوم بعرض وتحليل نتائج المقابلة التي أجريت مع المدراء ونوابهم بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وذلك بالاعتماد على الأسئلة المطروحة وإجاباتهم المقدمة.

الفرع الأول: عرض نتائج المقابلة

سنقوم باستعراض إجابات المدراء ونوابهم في المؤسسات الصحية محل الدراسة، انطلاقا من أسئلة المقابلة التي وجهت إليهم ملخصة على النحو الآتي:

1- المحور الأول: إدراك التغيير التنظيمي

السؤال الأول: ما هو مفهوم التغيير التنظيمي في نظركم؟

الإجابة: جاءت إجابات هذا السؤال على النحو الآتي:

- أ. بعض الإجابات لا تمت بصلة لمفهوم التغيير التنظيمي.
- ب. البعض يرى أن التغيير التنظيمي هو تبديل وضع المؤسسة بوضع أحسن منه.
- ج. البعض الآخر يعتبره بمثابة إجراء تحويلات على مستوى المؤسسة في مجالات مختلفة.
- د. وهناك من يرى بأنه حتمية يجب على المؤسسة تبنيها لمواكبة تحولات البيئة المحيطة بها، وهو عبارة عن الانتقال بالمؤسسة من وضعها الحالي إلى الوضع المستهدف المخطط له¹.

السؤال الثاني: ما هو مفهومكم لعملية التغيير التنظيمي التي مست المنظومة الصحية العمومية (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

وما هي دوافعها وأهدافها في نظركم؟

الإجابة: بخصوص مفهوم عملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) فجاءت إجابات هذا السؤال على النحو الآتي:

- أ. البعض يعتبر العملية بمثابة إحداث تعديل جوهري في توجه القطاعات الصحية (الغايات والأهداف)، بمعنى إعادة تنظيم القطاعات الصحية في شكل نظام مؤسسي جديد يتكون من قسمين هما: المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP).
- ب. ومنهم من يرى بأنها عبارة عن عملية إصلاح للمنظومة الصحية العمومية الجزائرية وهي ما اصطلح عليها بالخارطة الصحية الجديدة التي تعد كبديل لتنظيم القطاعات الصحية، وتم تطبيقها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية².

¹ عبد الكرم بن مهدي مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية بالخروب، قسنطينة، الجزائر، الخميس: 14/03/2019 (مقابلة شخصية).

² محمد العايب مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوزريعة، الجزائر العاصمة، الجزائر، الإثنين: 01/04/2019 (مقابلة شخصية).

ج. والبعض الآخر يرى بأنها عبارة عن مجموعة إصلاحات عشوائية روتينية للمنظومة الصحية العمومية، أي هي في نظرهم مجرد تغيير من أجل التغيير فقط¹.

• أما بخصوص الدوافع والأهداف من هذا التغيير فجاءت الإجابات كالآتي:

أ. هناك من يعتبر الدافع من وراء هذا التغيير هو تدني المستوى الخدماتي للقطاعات الصحية السابقة وانعدام التوازن في التغطية الصحية عبر جهات الوطن، والمهدف من هذا التغيير هو فصل أنشطة العلاج القاعدي عن أنشطة العلاج الإستشفائي داخل القطاعات الصحية وبالتالي تقرب الخدمة الصحية من المواطن ورفع مستوى التغطية الصحية².

ب. البعض الآخر يرى أن الدافع يعود لكبر حجم القطاعات الصحية المترامية الأطراف والتي يصعب التحكم في تسييرها وتنظيمها، والمهدف من عملية التغيير التنظيمي هو إصلاح المنظومة الصحية العمومية عن طريق إعادة تقسيم القطاعات الصحية وإنشاء كل من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

السؤال الثالث: هل تم اشراككم في التخطيط لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) وإذا كانت الإجابة ب: "نعم" فكيف ذلك؟

الإجابة: كانت إجابات هذا السؤال على النحو الآتي:

أ. بعض المديرين يرون بأنه تم اشراكهم في عملية التخطيط لتطبيق الخارطة الصحية الجديدة من خلال مشاركتهم الفعلية في الاجتماعات المتعلقة بتحضير وتجهيز هذا المشروع بكل مستوياته.

ب. البعض الآخر يرى بأنه تم اشراكهم في العملية من خلال تحضيرهم للخارطة الصحية على المستوى المحلي والمتمثلة في جانب تحديد عدد المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) المنبثقة عن تقسيم القطاعات الصحية في ولاياتهم.

ج. والبعض الآخر يرى أنه لم يتم اشراكهم في كافة مراحل التخطيط لعملية التغيير التنظيمي وإنما اقتصر ذلك على بعض المشاورات والإقتراحات التي طلبت منهم بخصوص هاته العملية، بالإضافة قيامهم بتحديد احتياجاتهم من الموارد البشرية والمالية اللازمة لتطبيق عملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة).

السؤال الرابع: هل استفدتم من برنامج تكويني مرافق لعملية تجسيد التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

الإجابة: أما بخصوص الاستفادة من برنامج تكويني مرتبط بعملية تطبيق الخارطة الصحية الجديدة فجاءت إجابات الباحثين عن هذا السؤال على النحو الآتي:

أ. بعض المديرين يقرنوا باستفادتهم من برنامج تكويني مرافق لعملية تجسيد الخارطة الصحية الجديدة على مستوى المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة بالجزائر العاصمة في شكل دورة تكوينية لمدة أسبوع في صيف 2007، حيث تناولت الدورة التكوينية شرحا مفصلا للخارطة الصحية الجديدة وطريقة تطبيقها وتم الخروج من الدورة بمجموعة مقترحات وتوصيات لتفادي بعض مشاكل تطبيق الخارطة الصحية الجديدة المتوقعة.

¹ محمد نابي مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالبرمة، ورقلة، الجزائر، الخميس: 2019/06/06 (مقابلة شخصية).

² عمار هنوي مدير فرعي للموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف بوقرلة، ورقلة، الجزائر، الإثنين: 2019/06/10 (مقابلة شخصية).

ب. وهناك من المديرين من أكد على أن استفادته من برنامج تكويني اقتصر على مشاركته في يوم دراسي خصص لشرح كيفية تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، وفي نظره هذا البرنامج لم يكن كافيا ولا شاملا، كما أن أشغال اليوم الدراسي لم تنطرق لكافة الجوانب المتعلقة بتطبيق الخارطة الصحية الجديدة¹.

ج. جل نواب المديرين للمؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، نفوا نفيًا قاطعًا استفادتهم من أي برنامج تكويني مرافق لعملية تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، وإنما كلفوا تحت إشراف مدراءهم بعملية تطبيق مشروع التغيير (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة).

2- المحور الثاني: أبعاد التغيير التنظيمي

السؤال الخامس: ما هي إجراءات التغيير في الأفراد (الموارد البشرية) المصاحبة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

الإجابة: بالنسبة للإجراءات البشرية المصاحبة لعملية تطبيق الخارطة الصحية الجديدة فجاءت إجابات هذا السؤال على النحو الآتي:

أ. استفادة الإطارات المسيرة (المدراء ونوابهم) للمؤسسات الجديدة من برنامج تكويني خاص في مجالات: التسيير العام، الاقتصاد العمومي والصحي، المالية ومراقبة التسيير، تسيير المصالح، التسيير التطبيقي للموارد البشرية؛

ب. تخصيص مناصب عمل بالمؤسسات الجديدة خاصة بفئات الممارسين الطبيين المتخصصين والعامين في الصحة العمومية، الشبه الطبيين في للصحة العمومية والإطارات المسيرة؛

ج. إنشاء المدرسة الوطنية للمناجحت وإدارة الصحة، التي أوكلت لها مهمة تكوين الإطارات المسيرة للمؤسسات الصحية في مجال تسيير المؤسسات الصحية، من خلال برنامج تكويني متخصص، وبعد تخرجهم يوجهون للعمل على مستوى المؤسسات الصحية حتى تستفيد من كفاءاتهم ومؤهلاتهم²؛

د. وضع نظام معلوماتي حديث لتسيير الموارد البشرية (SIRH) من أجل تحسين تسيير المسار المهني للموظفين واختصار الوقت والتحكم الأمثل في الموارد البشرية على مستوى المؤسسات الصحية³.

السؤال السادس: فيما تتمثل إجراءات التغيير في التكنولوجيا المرافقة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

الإجابة: بالنسبة للإجراءات التكنولوجية المرافقة لعملية تطبيق الخارطة الصحية الجديدة فجاءت إجابات هذا السؤال على النحو الآتي:

أ. اعتماد تقنية الطب عن بعد "Télémédecine" في المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) لتقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتعليمية عن بعد والهدف منها تحقيق التوازن في التغطية الصحية بين المؤسسات الصحية للجنوب والشمال، وتشمل هذه التقنية الأنشطة الصحية الآتية:

- طلب الخبرة الطبية عن بعد (تبادل الخبرات)؛

¹ محمد ملوك مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوتليليس، وهران، الجزائر، الخميس: 2019/05/02 (مقابلة شخصية).

² كلثوم زاهي مديرة المؤسسة العمومية الإستشفائية عين طاية علي مغراوي، الجزائر العاصمة، الجزائر، الإثنين: 2019/04/01 (مقابلة شخصية).

♣ Système d'Information Ressources Humaines

³ فريد نقاز مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية حاسي مسعود، ورقلة، الجزائر، الخميس: 2019/06/13 (مقابلة شخصية).

- خدمات التشخيص والعلاج عن بعد ومن أمثلة ذلك: تخطيط القلب عن بعد (Tele-ECG)، الجراحة عن بعد للمرضى¹؛
- المراقبة الطبية للمرضى عن بعد (متابعة المرضى عن بعد)؛
- المساعدة الطبية عن بعد (تقارير طبية للمرضى عن بعد) بهدف الحصول على الإجابة الطبية للمشاكل الطبية التي يعاني منها المرضى.

ب. تبني مشروع الملف الإلكتروني (السجل الإلكتروني) للمريض من أجل رقمنة المعطيات الطبية للمرضى على شبكة الإعلام الآلي، بحيث تدون فيه كل المعطيات المتعلقة بصحته، وذلك من أجل حفظ ملفات المرضى وتسهيل عملية التكفل بهم بالعودة إلى ملفاتهم الطبية مباشرة².

ج. استفادة المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) من عديد التجهيزات الطبية الحديثة المساعدة على التقديم الأمثل للخدمات الصحية للمرضى مثل أجهزة التشخيص الحديثة (السكانير "Scanner"، والإيكوغرافي "Échographie") وأجهزة التقييم وتجهيزات غرف العمليات الجراحية والتحليل المخبرية... إلخ.

السؤال السابع: ما هي إجراءات التغيير في الهيكل التنظيمي المصاحبة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

الإجابة: بالنسبة للإجراءات المصاحبة لعملية التغيير في الهيكل التنظيمي فحاجت إجابات هذا السؤال على النحو الآتي:

- أ. تصميم هياكل تنظيمية جديدة للمؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، مغايرة لتلك التي كانت معتمدة في القطاعات الصحية السابقة، حيث تم من خلالها:
- تعزيز دور ومكانة الموارد البشرية من خلال استحداث المديرية الفرعية للموارد البشرية بعدما كانت مدججة ضمن المديرية الفرعية للإدارة الوسائل في الهيكل التنظيمي للقطاعات الصحية³؛
 - إعطاء أهمية بالغة لعملية التكوين من خلال استحداث مكتب التكوين التابع للمديرية الفرعية للموارد البشرية على مستوى المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، بعدما كانت غائبة في الهيكل التنظيمي للقطاعات الصحية السابقة؛
 - تخصيص مديرية فرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة على مستوى الهياكل التنظيمية للمؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، وبالتالي إعطاء أهمية بالغة لتسيير العتاد الطبي ومختلف التجهيزات الأخرى وصيانتها⁴؛
 - تخصيص مكتب للاتصال تابع للمدير في الهياكل التنظيمية للمؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، وبالتالي تعزيز دور الإتصال في المؤسسات الصحية نظرا لأهميته البالغة.

¹ عبد القادر غويولة مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية القبة بشير منتوري، الجزائر العاصمة، الجزائر، الخميس: 2019/04/04 (مقابلة شخصية).

² اسلام تمزقيدة مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الرغاية، الجزائر العاصمة، الجزائر، الخميس: 2019/04/04 (مقابلة شخصية).

³ عبد الله مجرود مدير فرعي للموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بني عباس، بشار، الجزائر، الإثنين: 2019/07/08 (مقابلة شخصية).

⁴ عبد الحليم مباركي مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية باب الوادي، الجزائر العاصمة، الجزائر، الإثنين: 2019/04/01 (مقابلة شخصية).

السؤال الثامن: فيما تتمثل إجراءات التغيير في الثقافة المرافقة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

الإجابة: بالنسبة للإجراءات الثقافية المرافقة لتطبيق الخارطة الصحية الجديدة فجاءت إجابات هذا السؤال على النحو الآتي:

- أ. معظم مدراء ونواب مدراء المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) يرون أن إجراءات التغيير الثقافي التي رافقت عملية تطبيق الخارطة الصحية اقتصرت على الجوانب الآتية:
- عقد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لبعض الندوات والمؤتمرات بالمعهد الوطني للصحة العمومية حول الخارطة الصحية الجديدة، حيث اقتصرت على شرح نظام التطبيق ودراسة جزئية لبعض مشاكل التطبيق؛
 - إنجاز بعض الحصص التلفزيونية والإذاعية على قلتها لشرح الخارطة الصحية الجديدة للمجتمع¹.

3- المحور الثالث: إدراك جودة الخدمات الصحية

السؤال التاسع: ماذا يقصد بجودة الخدمات الصحية من وجهة نظركم؟

الإجابة: فيما يخص تعريف جودة الخدمات الصحية جاءت الإجابات على النحو الآتي:

- أ. بعض الإجابات لا تمت بصلة للمعنى الصحيح لجودة الخدمات الصحية؛
- ب. البعض الآخر يرى بأنها تقدم أفضل الخدمات الصحية للمريض التي تلي رغباته المطلوبة²؛
- ج. وهناك أيضا من ينظر إليها على أنها تقدم الخدمات الصحية للمرضى بشكل متقن وبصورة مستمرة ووفق معايير محددة³.

السؤال العاشر: من المسؤول عن تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسستكم؟ وهل تعتقدون أن مستوى الجودة الحالي يحتاج إلى تحسين؟

الإجابة: بخصوص المسؤول عن تحسين جودة الخدمات الصحية جاءت الإجابات على النحو الآتي:

- أ. البعض يرى أن مسؤولية تحسين جودة الخدمات الصحية تعد مسؤولية شخصية له ولنوابه فقط؛
- ب. البعض الآخر يرى أن مسؤولية التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية تعد مسؤولية مشتركة بين جميع عمال المؤسسة الصحية، ومعني آخر لكل فرد داخل المؤسسة الصحية جانب من المسؤولية في تحقيق الجودة المطلوبة.

● أما بخصوص مستوى الجودة الحالي للخدمات الصحية فجاءت الإجابات كالتالي:

- أ. البعض يرى أن مستوى الجودة الحالي مقبول ولكنه يحتاج إلى توفير إمكانيات بشرية ومالية أكبر من أجل تحسينه، وتحقيق الأهداف الصحية المنشودة؛
- ب. البعض الآخر يرى أن هناك تحسن ملحوظ في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى لكن يبقى دون المستوى المطلوب، ومثال ذلك التحسن الملاحظ في تقديم الخدمات الوقائية بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، كما أن مستوى تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الإستشفائي والتشخيصي وإعادة التأهيل الطبي بالمؤسسات العمومية الإستشفائية شهد هو الآخر تحسنا ملموسا.

السؤال الحادي عشر: ما هو مفهومكم لأسلوب إدارة الجودة الشاملة الصحية؟

الإجابة: فيما يخص مفهوم إدارة الجودة الشاملة الصحية وجدنا تضاربا كبيرا بين مختلف الإجابات، حيث:

¹ لودي بن علي مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية المستشفى الجديد، بشار، الجزائر، الإثنين: 2019/07/08 (مقابلة شخصية).

² رفيقة بن ديلمي مديرة المؤسسة العمومية الإستشفائية علي منجلي، قسنطينة، الجزائر، الإثنين: 2019/03/25 (مقابلة شخصية).

³ عبد الله بلمختار مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية زهغود يوسف، قسنطينة، الجزائر، الإثنين: 2019/03/18 (مقابلة شخصية).

- أ. بعض الإجابات جانب الصواب في إعطاء المعنى الصحيح للإدارة الجودة الشاملة الصحية؛
- ب. البعض الآخر لأمس جانبا من المفهوم الصحيح حيث يرون أنها أسلوب تغيير يطبق بالمؤسسات الصحية من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية؛
- ج. وهناك من يرى بأنها أسلوب إداري مهم في المؤسسات الصحية، بحيث يقوم هذا الأسلوب على وصف وتقديم الخدمات الصحية بشكل صحيح وإجراء التعديلات التي تساعد على تحسين جودة الرعاية الصحية بشكل مستمر¹.
- د. وهناك أيضا من ينظر إليها على أنها منهج تغيير شامل يهدف إلى توقع رغبات المرضى والعمل على تحقيقها بصورة مستمرة وبالشكل الذي يقلل من التكاليف إلى أقصى حد ممكن².
- السؤال الثاني عشر:** هل تم تبني هذا الأسلوب من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسستكم بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة؟

الإجابة: فيما يخص الإجابة على هذا السؤال جاءت على النحو الآتي:

- أ. جميع المدراء المستجوبين أجمعوا على عدم تبني هذا الأسلوب كمنهج متكامل في مؤسساتهم الصحية بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، وإنما اقتصر تبنيه على بعض الجوانب مثل: جعل المرضى محور الاهتمام في العملية الصحية من خلال التركيز عليهم ومحاولة تحقيق رغباتهم المطلوبة، أيضا حث العاملين على التحسين المستمر للخدمات الصحية المقدمة للمرضى؛
- ب. كما أن معظم المدراء المستجوبين يطالبون بضرورة تبني الوزارة الوصية لمنهج إدارة الجودة الشاملة على مستوى المنظومة الصحية الجزائرية حتى تساهم بشكل كبير في تحسين جودة الخدمات الصحية.

4- المحور الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية

السؤال الثالث عشر: ما مدى استعداد مؤسستكم لتقديم الخدمات الصحية بالشكل الذي يحقق رغبات المرضى (بعد الاستجابة)؟

الإجابة: بخصوص درجة الاستعداد بالمؤسسات الصحية لتقديم الخدمات الصحية بالشكل الذي يحقق رغبات المرضى (بعد الاستجابة) فإن الإجابات جاءت على النحو الآتي:

- أ. البعض يرى أن هناك استعداد كبير بالمؤسسات الصحية لتقديم الخدمات الصحية للمرضى حسب رغباتهم وذلك من خلال اعلامهم بمواعيد تقديم الخدمات الصحية لهم بدقة مع تقليل وقت الحصول عليها، كما تسعى المؤسسات الصحية إلى قياس مدى رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة بالشكل المطلوب؛
- ب. البعض الآخر يرى أن هناك استعداد قليل بالمؤسسات الصحية لتقديم الخدمات الصحية للمرضى بالشكل الذي يحقق رغباتهم، حيث تسعى المؤسسات الصحية لتقديم خدمات صحية بالمستوى المطلوب من المرضى، لكن غالبا ما يلاحظ عدم رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة لهم ودائما ما يشتكون من سوءها وطول وقت الحصول عليها³.

¹ نبيلة مقرري مديرة المؤسسة العمومية الإستشفائية العقيد عثمان، وهران، الجزائر، الإثنين: 2019/05/13 (مقابلة شخصية).

² ليلي بن حابسة مديرة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية حامة بوزيان، قسنطينة، الجزائر، الإثنين: 2019/03/18 (مقابلة شخصية).

³ غريسي بوبكر مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية العبادلة، بشار، الجزائر، الخميس: 2019/07/11 (مقابلة شخصية).

السؤال الرابع عشر: هل تلتزم مؤسساتكم بتقديم الخدمات الصحية بالدقة المطلوبة وفي المواعيد المحددة للمرضى؟ وما مدى سهولة إجراءات الحصول عليها (بعد الاعتمادية)؟

الإجابة: بخصوص التزام المؤسسة الصحية بتقديم الخدمات الصحية بالدقة المطلوبة وفي المواعيد المحددة للمرضى (بعد الاستجابة) فإن الإجابات جاءت على النحو الآتي:

أ. معظم المدراء ونوهم يرون بأن هناك التزام من طرف المؤسسات الصحية بتقديم الخدمات الصحية للمرضى بدقة وفي المواعيد المحددة لهم مسبقا وذلك من خلال:

- قيام المؤسسة الصحية بالتكفل بمشاكل وانشغالات المرضى من أجل كسب ثقتهم في الخدمات الصحية المقدمة لهم؛
- أيضا سعي المؤسسة الصحية لتوفير كافة الخدمات العلاجية التي يطلبها المرضى مثل: التخصصات الطبية المختلفة والتحليل الطبية الحديثة، والكشوفات بالأشعة بالأجهزة المتطورة... الخ¹.

ب. فئة من المدراء يرون أن هناك عدم التزام لدى المؤسسات الصحية بمواعيد تقديم العلاج للمرضى بسبب العدد الكبير وقلة المورد البشري المتخصص، كما أن الخدمات المقدمة لا تخلو من الأخطاء بسبب عدم توفر أجهزة التشخيص الحديثة وفي بعض الأحيان وإن توفرت لا تجد من يقوم بتشغيلها، وبالتالي يلاحظ عدم رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة لهم ودائما ما يشتكون من سوءها وطول وقت الحصول عليها.

● أما بخصوص مدى سهولة إجراءات الحصول على الخدمات الصحية من طرف المرضى فالإجابة جاءت عن النحو الآتي:

أ. جل المدراء يرون بأن إجراءات الحصول على الخدمات الصحية من طرف المرضى تمتاز بنوع من السهولة واليسر انطلاقا من مرحلة بداية العلاج إلى غاية نهايته؛

ب. فئة قليلة من المدراء يرون بأن هناك صعوبة في بعض الإجراءات للحصول على الخدمات الصحية من قبل المرضى وذلك بسبب عدم تقديم شروحات مسبقة للمرضى عن مراحل تقديم الخدمات الصحية المطلوبة من طرفهم بالإضافة انعدام الثقافة لدى المرضى وتوجههم لطب الخدمة الصحية من الجهة الخاطئة، حيث يلاحظ معانات المؤسسات العمومية الإستشفائية من طلب المرضى لخدمات صحية توفرها المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والعكس صحيح.

السؤال الخامس عشر: هل تؤكد مؤسساتكم على معيار الجودة في تقديم الخدمات الصحية؟ وما هي درجة شعور المرضى بالراحة والأطمئنان في التعامل مع مؤسساتكم الصحية (بعد الضمان)؟

الإجابة: فيما يتعلق بالتأكد على معيار الجودة في تقديم الخدمات الصحية بالمؤسسة الصحية (بعد الضمان) فإن الإجابات جاءت على النحو الآتي:

أ. البعض يري أن هناك تأكيد على معيار الجودة في تقديم بعض الخدمات الصحية من خلال تقديم الخدمات الصحية بمستوى جودة مرتفع، ومثال ذلك:

- محاولة التقليل من الأخطاء الطبية إلى أقصى حد ممكن والحفظ الدقيق والأمن للملفات الطبية للمرضى²؛
- محاولة استقطاب الكوادر الطبية المتخصصة ذات الكفاءة والخبرة المهنية العالية، بما يساهم بشكل ملحوظ في الرفع من جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

¹ أحمد خالفة مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين عبيد، قسنطينة، الجزائر، الإثنين: 2019/03/18 (مقابلة شخصية).

² مسعد موسى مديرة المؤسسة العمومية الإستشفائية بولوجين ابن زيري، الجزائر العاصمة، الجزائر، الإثنين: 2019/04/15 (مقابلة شخصية).

ب. البعض الآخر يرى أن هناك نوع من التجاهل في التأكيد على معيار الجودة في تقديم الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية، ويتم فقط الزام العاملين بتأمين الخدمات الصحية للمرضى مهما كان مستواها.

• أما بخصوص درجة شعور المرضى بالاطمئنان في التعامل مع المؤسسة الصحية فالإجابة جاءت عن النحو الآتي:

أ. بعض المدراء يرون أنهم يلمسون بعضاً من الشعور بالراحة والثقة لدى المرضى في التعامل مع المؤسسة الصحية ويتجسد ذلك من وجهة نظرهم في التوافد الكبير للمرضى على المؤسسة الصحية وطلب خدماتها الصحية لمرات مختلفة؛
ب. البعض الآخر يرى أن دليل شعور المرضى بالراحة والاطمئنان في التعامل مع المؤسسة الصحية، يظهر من خلال قلة حوادث العنف المسجلة من طرف المرضى اتجاه العاملين وتزايد الرغبة لدى المرضى في طلب العلاج بالمؤسسات الصحية.

السؤال السادس عشر: هل تتوفر لدى مؤسساتكم الصحية الوسائل المادية والإمكانات البشرية المناسبة (بعد الملموسية)؟

الإجابة: بخصوص مدى توفر المؤسسة الصحية على الوسائل المادية والإمكانات البشرية المناسبة (بعد الملموسية) فإن الإجابات جاءت على النحو الآتي:

أ. جل المدراء يرون أن هناك توفر للوسائل المادية والإمكانات البشرية لتتقدم الخدمات الصحية المطلوبة تمثلت في:

- توفر المؤسسة الصحية على عديد التجهيزات الطبية المتطورة، التجهيزات المرافقة، وسائل الدعم واللوحات الإرشادية التي تسهل حصول المرضى على الخدمات الصحية بطريقة سهلة، بالإضافة إلى الموقع المميز للمؤسسة المساعد على سهولة الوصول إليها¹.
- أما بخصوص الإمكانات البشرية المتوفرة فهي تتمثل في مختلف مستخدمي الصحة العمومية العاملين بالمؤسسة (أطباء، شبه طبيين، إداريين) والتي تعمل المؤسسة الصحية على تكوينهم ورسكلتهم باستمرار من أجل زيادة خبرتهم والرفع من مستوى أداؤهم.

السؤال السابع عشر: هل توفر المؤسسة الصحية عناية خاصة للمرضى وتحتم بمشاكلهم وتعمل على إيجاد حلول لها (بعد التعاطف)؟

الإجابة: بخصوص توفير المؤسسة الصحية لعناية خاصة بالمرضى والاهتمام بمشاكلهم والعمل على إيجاد حلول لها (بعد التعاطف) فإن الإجابات جاءت على النحو الآتي:

أ. جل المدراء يرون أن المؤسسة الصحية تولي عناية خاصة للمرضى وتحتم بمشاكلهم من خلال الإصغاء إليهم حيث تتواجد بالمؤسسة الصحية خلية خاصة بالإصغاء والتوجيه تعمل على توجيه المرضى والاستماع لانشغالاتهم والعمل على حلها بالطريقة الصحيحة؛
ب. أيضا البعض الآخر يرى بأنه يهتم شخصيا بمشاكل المرضى من خلال استقبائهم في مكتبه والاستماع إلى شكواهم والعمل على إيجاد حلول لها؛

¹ عبد القادر مهداوي مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية أرزيو-د. نقاش محمد الصغير، وهران، الجزائر، الخميس: 2019/05/16 (مقابلة شخصية).

5- المحور الخامس: علاقة التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) بتحسين جودة الخدمات الصحية

السؤال الثامن عشر: حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسستكم من ناحية بعد الاستجابة؟

الإجابة: فيما يتعلق بانعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاستجابة فإن الإجابات جاءت على النحو الآتي:

أ. معظم المدراء يرون أن هناك تحسن ملحوظ في جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاستجابة بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة في كل من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، ويظهر ذلك في ما يلي:

- تقليل الضغط نوعا ما على مصالح الاستعجالات بالمؤسسات الإستشفائية العمومية بسبب خلق نقاط مناوئة على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية تتكفل بتشخيص وعلاج الحالات غير المستعجلة¹؛
- توسيع التغطية الصحية في المناطق النائية من خلال عمل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية على فتح نقاط مناوئة بالعيادات المتعددة الخدمات تعمل على مدار 24/24 ساء، مما ساهم في ضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية على مدار اليوم²؛
- وضع برامج علاج للمرضى تحتوي على مواعيد تقدم الخدمات الصحية مثل: رزنامة التلقيحات، رزنامة الفحص الطبي المتخصص والعام، رزنامة المراجعة الطبية للمرضى... إلخ؛
- سعي العاملين بصفة مستمرة للعمل على تلبية حاجات ورغبات المرضى، ومحاولة التقليل من زمن حصولهم على الخدمات الصحية قدر الإمكان.

السؤال التاسع عشر: في رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسستكم من ناحية بعد الاعتمادية؟

الإجابة: بخصوص انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية فإن الإجابات عليه كانت على النحو الآتي:

أ. جل المدراء ونواب المدراء المستجوبين يرون بأن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة كان له تأثير إيجابي على تحسن جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الاعتمادية بمؤسستهم ويظهر ذلك في ما يلي:

- تسليم نتائج الفحوصات المخبرية وكشوفات الأشعة في المواعيد المحددة للمرضى؛
- تخفيض مواعيد علاج المرضى الملغاة إلى أدنى حد ممكن³؛
- وضع مواعيد محددة ودقيقة للمرضى بهدف حصولهم على الخدمات الصحية المطلوبة من طرفهم⁴؛
- توفر مختلف التخصصات الطبية المطلوبة من طرف المرضى.

¹ محمد قندوز مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الشراكة بيوشاوي، الجزائر العاصمة، الجزائر، الإثنين: 2019/04/22 (مقابلة شخصية).

² عبد الباقي رجم مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الخروب، قسنطينة، الجزائر، الإثنين: 2019/03/25 (مقابلة شخصية).

³ اسماعيل سعيدي مدير فرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تلبالة، بشار، الجزائر، الخميس: 2019/07/18 (مقابلة شخصية).

⁴ عبد الحميد بوشلاوش مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية الشراكة براق، الجزائر العاصمة، الجزائر، الإثنين: 2019/04/22 (مقابلة شخصية).

السؤال العشرون: حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسستكم من ناحية بعد الضمان؟

الإجابة: فيما يتعلق بانعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الضمان فإن الإجابات عليه كانت على النحو الآتي:

أ. معظم المدراء المستجوبين يرون أن هناك تحسن ملحوظ في جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الضمان بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة في كل من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، ويظهر ذلك في ما يلي:

- سعي العاملين بصفة مستمرة للعمل على تلبية حاجات ورغبات المرضى؛
- محاولة التقليل من زمن حصول المرضى على الخدمات الصحية قدر الإمكان؛
- توفر الموارد البشرية ذات الكفاءة والخبرة العالية في تقديم الخدمات الصحية للمرضى؛
- السمعة والمكانة الحسنة للمؤسسات الصحية في المجتمع.

السؤال الحادي والعشرين: في رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسستكم من ناحية بعد الملموسية؟

الإجابة: بخصوص انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملموسية فإن الإجابات المتعلقة بهذا السؤال جاءت على النحو الآتي:

أ. جل المدراء المستجوبين يرون أن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة كان له تأثير إيجابي على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد الملموسية بمؤسساتهم ويظهر ذلك في ما يلي:

- استفادة المؤسسات الصحية من برنامج لإعادة ترميم كل مصالحتها¹؛
- ترتب عن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة إنشاء مؤسسات صحية جديدة ساهمت في زيادة عدد الهياكل الصحية والرفع من مستوى التغطية عبر مختلف جهات الوطن؛
- استفادة المؤسسات الصحية من عدة معدات وتجهيزات طبية متطورة ساهمت في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

السؤال الثاني والعشرين: حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسستكم من ناحية بعد التعاطف؟

الإجابة: بخصوص انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التعاطف فإن الإجابات المتعلقة بهذا السؤال جاءت على النحو الآتي:

أ. معظم المدراء ونواب المدراء المستجوبين يرون أن لتطبيق الخارطة الصحية الجديدة انعكاس إيجابي إلى حد ما على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية بعد التعاطف، ويظهر هذا التأثير الإيجابي في ما يلي:

- استحداث خلايا الإصغاء والتوجيه بالمؤسسات الصحية بهدف التكفل بانشغالات المرضى وتوجيههم ومساعدتهم للحصول على الخدمات الصحية المطلوبة²؛

¹ نذير طابق مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية البيرو، قسنطينة، الجزائر، الخميس: 2019/03/28 (مقابلة شخصية).

² رؤوف بوغوفة مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية منتوري، قسنطينة، الجزائر، الإثنين: 2019/03/25 (مقابلة شخصية).

- تحسن في سلوك العاملين اتجاه المرضى بالمؤسسات الصحية حيث أصبح يتسم باللباقة واللطف في التعامل مع المرضى؛
- إعطاء أهمية كبيرة لشكاوي المرضى بالمؤسسات الصحية والعمل على إيجاد حلول لها.

السؤال الثالث والعشرين: ما هي أهم النقائص والسلبيات التي اعترضت تطبيق الخارطة الصحية الجديدة بمؤسستكم؟
الإجابة: بخصوص أهم النقائص والسلبيات التي اعترضت تطبيق الخارطة الصحية الجديدة فإن الإجابات جاءت على النحو الآتي:

- أ. تعيين الأطباء كمدراء على مستوى المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية مما تسبب في كوارث تسييرية على مستواها بسبب عدم درايتهم بأبسط قواعد التسيير¹؛
- ب. التقسيم غير العادل للموارد المادية والبشرية بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية مما انعكس سلبا على تقديم الخدمات الصحية؛
- ج. عدم تخصيص الموارد والوسائل الكافية لإنجاح عملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؛
- د. قصور الوعي الثقافي لدى المجتمع والمتمثل في عدم إدراكه الجيد لمهام وأهداف كل من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية².

السؤال الرابع والعشرين: ما هي أهم المزايا والمكاسب من وجهة نظركم المترتبة عن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة في مؤسستكم؟

- الإجابة:** بخصوص أهم المزايا والمكاسب المترتبة عن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة فإن الإجابات جاءت على النحو الآتي:
- أ. ساهم تطبيق الخارطة الصحية الجديدة في فتح فرص جديدة للترقية وتحقيق الذات أمام العاملين المهمشين³؛
 - ب. تحسن ملحوظ في ظروف وأساليب العمل بالمؤسسات الجديدة المستحدثة (مؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية)؛
 - ج. رفع مستوى التغطية الصحية وتحقيق أفضل تغطية للهياكل الإستشفائية وغير الإستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن⁴؛
 - د. تقريب وتعزيز جوارية الخدمة الصحة من المواطن؛
 - هـ. المساهمة في تنظيم أحسن لقطاع الصحة من خلال تقسيم المهام بين المؤسسات الصحية المستحدثة.

¹ صورية لعلی مديرة المؤسسة العمومية الإستشفائية زغود يوسف، قسنطينة، الجزائر، الخميس: 2019/03/28 (مقابلة شخصية).

² سمير بولعراس مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية الحراش حسان بادي، الجزائر العاصمة، الجزائر، الإثنين: 2019/04/22 (مقابلة شخصية).

³ نور الدين جلالی مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية واد تليلات، وهران، الجزائر، الخميس: 2019/05/16 (مقابلة شخصية).

⁴ حمزة بودراين مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بني ونيف، بشار، الجزائر، الخميس: 2019/07/25 (مقابلة شخصية).

السؤال الخامس والعشرين: ما هي أهم اقتراحاتكم للوزارة الوصية من أجل حل مشاكل وصعوبات تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، لتحقيق الأهداف المرجوة منها(تحسين جودة الخدمات الصحية)؟

الإجابة: بخصوص أهم الاقتراحات لحل مشاكل وصعوبات تطبيق الخارطة الصحية الجديدة لتحقيق أهدافها المنشودة فإن الإجابات جاءت على النحو الآتي:

- أ. على وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إعادة النظر في توزيع خارطة المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية لتحقيق التوازن والشمولية في التغطية الصحية¹؛
- ب. العمل على مراجعة برامج التكوين في مجال التسيير وتقنيات الاتصال لتمكين مدراء المؤسسات الصحية من التحكم في أدوات التسيير الحديثة، وبالتالي تحقيق أهداف الخارطة الصحية الجديدة؛
- ج. على الوزارة الوصية الإصغاء إلى الشكاوى المقدمة من موظفي المؤسسات العمومية الصحية والعمل على إيجاد الحلول المرضية لها، وتدارك النقائص المسجلة في أسرع وقت ممكن؛
- د. منح تحفيزات للعاملين (أطباء، شبه طبيين، إداريين) بالمؤسسات الصحية من أجل تشجيعهم على العمل في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن وبالتالي المساهمة في تحقيق أهداف الخارطة الصحية الجديدة²؛
- هـ. تفعيل وتعزيز عملية التكوين المتواصل بالمؤسسات الصحية بما يحقق أهداف الخارطة الصحية الجديدة؛
- و. توضيح العلاقة بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، من خلال تحديد مهام كل منهما تحديدا دقيقا حتى لا يبقى المريض ضحية عدم وضوح هذه العلاقة³؛
- ز. التفكير في إنجاز برامج إعلامية تساهم في الرفع من المستوى الثقافي لأفراد المجتمع، من خلال توعيتهم بالمهام المنوطة بكل من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وبالتالي إشراك أفراد المجتمع في تحقيق أهداف الخارطة الصحية الجديدة.

الفرع الثاني: تحليل نتائج المقابلة

سيتم من خلال هذا الفرع التطرق لتحليل إجابات المدراء ونوابهم على أسئلة المقابلة التي تمت بالمؤسسات الصحية محل الدراسة حسب المحاور المحددة في استمارة المقابلة.

I. المحور الأول: إدراك التغيير التنظيمي: من خلال إجابات الإطارات المسيرة للمؤسسات الصحية محل الدراسة يتبين لنا ما يلي:

- هنالك إدراك لمفهوم التغيير التنظيمي بجوانبه المختلفة عموما لدى المدراء ونوابهم، كما أن لديهم إلمام كبير بعملية التغيير التنظيمي التي مست المنظومة الصحية العمومية الجزائرية والمتمثلة في تطبيق الخارطة الصحية الجديدة بموجب نص

¹ حسن برانية مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بن مهدي، قسنطينة، الجزائر، الإثنين: 2019/03/25 (مقابلة شخصية).

² محمد السعيد زوزو مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تقرت، ورقلة، الجزائر، الخميس: 2019/06/06 (مقابلة شخصية).

³ سي محند كريمة مديرة المؤسسة العمومية الإستشفائية بير طراية، الجزائر العاصمة، الجزائر، الخميس: 2019/04/25 (مقابلة شخصية).

- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، والتي يعتبرونها بمثابة عملية إصلاح للمنظومة الصحية العمومية؛
- أما بخصوص دوافع وأهداف عملية التغيير التنظيمي فهي تعود في نظرهم للمشاكل التي كانت تتخبط فيها المنظومة الصحية العمومية بسبب الحجم الكبير للقطاعات الصحية من جهة، وتدني المستوى الخدماتي لها من جهة أخرى؛
 - مشاركة الإطارات المسيرة في التخطيط لعملية التغيير التنظيمي بشكل عام وعبر مراحلها المختلفة، بحيث نجد أن معظمهم شاركوا في صياغة الخارطة الصحية محليا على مستوى ولاياتهم من خلال تحديدهم لعدد (المؤسسات العمومية الإستشفائية، المؤسسات العمومية للصحة الجوارية)؛
 - استفادة الإطارات المسيرة للمؤسسات الصحية محل الدراسة من برنامج تكويني خاص بالتطبيق الفعلي للخارطة الصحية الجديدة على أرض الواقع، في حين أن نواب المدراء كلفوا تحت اشراف مدراءهم بعملية التغيير التنظيمي، ولعل سبب تركيز الوزارة على المدراء يرجع لمسؤوليتهم الشخصية اتجاه المؤسسات الصحية التي يديرونها، وباعتبارهم يمتلكون سلطة التطبيق وصلاحيات اتخاذ القرارات؛

II. المحور الثاني: أبعاد التغيير التنظيمي: من خلال إجابات مدراء ونواب مدراء المؤسسات الصحية محل الدراسة يتبين لنا ما يلي:

- وجود إجراءات بشرية (التغيير في الأفراد) مصاحبة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) تمثلت أساسا في تكوين الإطارات المسيرة في جوانب التسيير العام للمؤسسات الصحية، ارتفاع عدد الكوادر الطبية والشبه الطبية والإدارية بالمؤسسات الجديدة، بالإضافة إلى وضع نظام معلوماتي حديث لتسيير الموارد البشرية (SIRH) والتحكم فيها بشكل فعال؛
- وجود إجراءات تكنولوجية (التغيير في التكنولوجيا) مرافقة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) تمثلت أساسا في استخدام أجهزة طبية حديثة لتقديم خدمات التشخيص والعلاج، اعتماد تقنية الطب عن بعد لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، وتبني مشروع السجل الإلكتروني للمرضى بهدف رقمنة المعطيات الطبية للمرضى لضمان دقتها وسهولة استخدامها.
- وجود إجراءات تنظيمية (التغيير في الهيكل التنظيمي) مرافقة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) تمثلت أساسا في تصميم هياكل تنظيمية في المؤسسات المستحدثة أكثر ملائمة، أبرزت دور الإتصال، الموارد البشرية، التكوين وصيانة التجهيزات الطبية، وذلك من خلال استحداث مديريات فرعية ومكاتب خاصة بهم؛
- وجود إجراءات ثقافية (التغيير في الثقافة) مرافقة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) تمثلت أساسا في عقد ندوات تحسيسية وتعريفية بمشروع التغيير، بالإضافة إلى بعض الحصص التلفزيونية والإذاعية والمصققات لشرح فكرة الخارطة الصحية للمجتمع.

III. المحور الثالث: إدراك جودة الخدمات الصحية: من خلال إجابات الإطارات المسيرة للمؤسسات الصحية محل الدراسة يتبين لنا ما يلي:

- إلمام المدراء ونوابهم بمفهوم جودة الخدمات الصحية حيث يعتبرونها تقديم أفضل خدمة صحية للمرضى، بصورة مسترة ووفق معايير محددة؛
- كما أنهم يعتبرون أن مسؤولية تحسين جودة الخدمات الصحية تعد مسؤولية مشتركة بين جميع عمال المؤسسة؛

- أما بخصوص مستوى الجودة الحالي للخدمات الصحية فيرون أنه تحسن بشكل ملحوظ بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، خاصة بعد الفصل بين تسيير المستشفيات والهياكل خارج الإستشفائية، بحيث اختصت المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) بتقديم الخدمات الوقائية والتشخيصية، بينما اختصت المؤسسات العمومية للإستشفائية (EPH) بتقديم الخدمات العلاجية الإستشفائية والتخصصية؛
- لدى المدراء ونوابهم علم بمفهوم إدارة الجودة الشاملة حيث يعتبرونها فلسفة إدارية حديثة تركز على التحسين المستمر للخدمات الصحية وتقديمها بشكل صحيح بما يحقق رغبات وتطلعات المرضى؛
- هنالك تطبيق لبعض مبادئ إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة وهي عبارة عن إجتهاادات شخصية فقط من طرف الإطارات المسيرة بهدف الرفع من مستوى جودة الخدمات الصحية بمؤسساتهم الصحية، وباعتبار أن معظم مشاريع التغيير في المنظومة الصحية تكون قراراتها مركزية فإن سبب عدم تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية يعود لعدم تبني هذا المنهج من طرف الوزارة الوصية .

IV. المحور الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية: من خلال إجابات الإطارات المسيرة للمؤسسات الصحية محل

الدراسة يتبين لنا الآتي:

- هنالك استعداد كبير بالمؤسسات الصحية لتقديم الخدمات الصحية بالشكل الذي يحقق رغبات المرضى وتطلعاتهم، وذلك عن طريق إعلامهم بمواعيد تقديم العلاج والإنتهاء منها بدقة، بالإضافة إلى السعي لمعرفة رضا المريض عن الخدمات الصحية المقدمة من خلال الإطلاع على سجل الشكاوي والإقتراحات المخصص لهذا الغرض؛
- هنالك التزام بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة، كما أن المؤسسات الصحية تحتفظ بسجلات دقيقة وموثقة متعلقة بالمرضى، وتسعى لتقديم خدمات صحية للمرضى بشكل صحيح وخالي من الأخطاء الطبية؛ بالإضافة إلى أن الحصول على الخدمات الصحية من طرف المرضى يتم بسهولة ويسر؛
- أما بخصوص التأكيد على معيار الجودة في تقديم الخدمات الصحية فنجد أن هنالك التزام بهذا المبدأ وتأكيد عليه من وجهة نظر المدراء ونوابهم، وذلك من خلال العمل على توفير مختلف متطلبات العلاج للمرضى من أجهزة طبية حديثة ووسائل علاج وكوادر طبية متخصصة الطبية، كما أن هنالك شعور بالراحة والإطمئنان لدى المرضى في التعامل مع المؤسسات الصحية نظرا لتوافدهم الكبير عليها وطلب خدماتها الصحية بصورة مستمرة؛
- أيضا هنالك توفر كبير للوسائل المادية والإمكانات البشرية على مستوى المؤسسات الصحية بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، حيث تتوفر المؤسسات الصحية على عديد التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة، كما تتوفر على موقع ملائم يسهل عملية الوصول إليها من طرف المرضى، بالإضافة إلى توفرها على لوحات وعلامات إرشادية تسهل وصول المرضى للأقسام، اما بخصوص الإمكانات البشرية فقد استفادت المؤسسات الصحية من مناصب عمل لتوظيف مختلف العمال وفي مختلف التخصصات والعمل على تكوينهم ورسكلتهم لزيادة خبرتهم وتحسين كفاءتهم ومردودتهم؛
- نلاحظ وجود اهتمام لدى المؤسسات الصحية بمشاكل وشكاوي المرضى والعمل على إيجاد حلول لها، وذلك من خلال وضع خلال إصغاء وتوجيه تعمل على استقبال شكاوي المرضى وانشغالهم وتقوم بالتنسيق مع مختلف أطراف العملية الصحية من أجل العمل على حلها في أسرع وقت ممكن.

V. المحور الخامس: علاقة التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) بتحسين جودة الخدمات الصحية: من

خلال إجابات المدراء ونوابهم للمؤسسات الصحية محل الدراسة يتبين لنا الآتي:

- هناك أثر إيجابي للتغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) على تحسين جودة الخدمات الصحية من ناحية أبعاد (الإستجابة، الإعتمادية، الضمان، الملموسية، التعاطف)، فحسب رأيهم أن الخارطة الصحية الجديدة ساهمت في تطور نوعية الخدمات الصحية المقدمة، كما رفعت من مستوى التغطية الصحية عبر جهات الوطن؛
- أيضا يرون أن عملية تطبيق الخارطة الصحية الجديدة اعترتها بعض النقائص والسلبيات تمثلت أساسا في التقسيم غير العادل للموارد المادية والبشرية بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، ورغم النقائص إلا أن للخارطة الصحية الجديدة عديد المزايا والمكاسب التي ساهمت في تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة كما ساهمت في تحكم أكبر في تنظيم قطاع الصحة من خلال تحديد مهام ومجالات اختصاص كل من المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية؛
- كما لمسنا لدى المدراء ونوابهم عدة مقترحات من شأنها أن تساهم في القضاء على الإختلالات والصعوبات التي تواجه عملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)، كما من شأنها أيضا أن تحسن من جودة الخدمات الصحية.

المطلب الثاني: عرض وتحليل نتائج الاستبيان الموجه لمفردات العينة

سيتم من خلال هذا المطلب التطرق لعرض نتائج الإستبيان الذي تم توزيعه على مفردات عينة الدراسة، ثم القيام بتحليل

هذه النتائج.

الفرع الأول: الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة

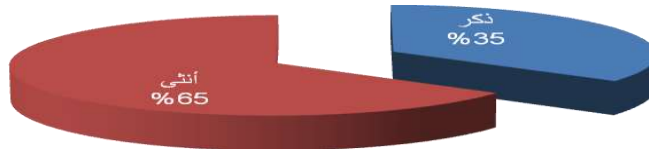
إن السعي نحو الإمام بجوانب موضوع الدراسة يتطلب منا عرضا تفصيليا لأهم الخصائص الديموغرافية التي تتميز بها

عينة الدراسة.

1. توزيع عينة الدراسة حسب الجنس:

يوضح الشكل (1.4) الموالي توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس كما يلي:

الشكل رقم (1.4): توزيع عينة الدراسة حسب الجنس



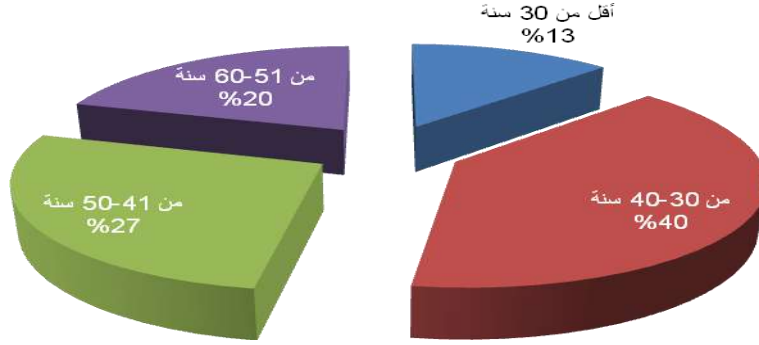
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من الشكل رقم (1.4) أن عينة الدراسة تشكلت في أغلبها من الإناث بنسبة بلغت 65.1% في حين كانت نسبة الذكور 34.9%. وهو ما يعكس التواجد القوي للعنصر النسوي في المؤسسات الصحية محل الدراسة. الأمر الذي يؤكد صحة التقارير الإحصائية الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والتي تشير إلى أن أغلب العاملين بالمؤسسات الصحية الجزائرية هم من فئة الإناث.

2. توزيع عينة الدراسة حسب السن:

يوضح الشكل (2.4) الموالى توزيع عينة الدراسة حسب متغير السن كما يلي:

الشكل رقم (2.4): توزيع عينة الدراسة حسب السن



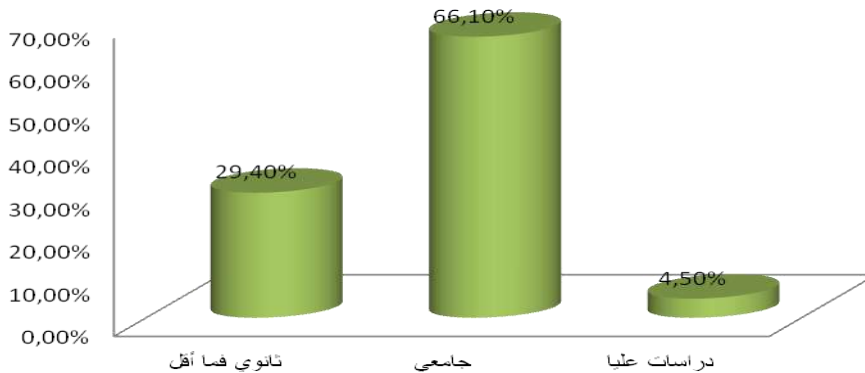
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS

من الشكل (2.4) نلاحظ أن نسبة 39.6% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين (30-40 سنة) وهي أكبر نسبة، تليها الفئة العمرية (50-41 سنة) بنسبة 27%، تليها الفئة العمرية (60-51 سنة) بنسبة بلغت 20.5%. بينما بلغت الفئة العمرية (أقل من 30 سنة) نسبة 12.9%. وسجلت الفئة العمرية (65-61) نسبة 0% من أفراد العينة المدروسة. وبالتالي فالمستنتج من خلال استقراء أعمار مفردات العينة هي أن غالبيتهم من الشباب، الذين مازال أمامهم مستقبل وظيفي طويل، والجزء المتبقي هو من الكهول الذين يتميزون بالنضج الفكري والخبرة التي تستوجب نقلها للشباب من أجل تطوير قدراتهم المعرفية والارتقاء بمستوى أدائهم. كما أن تسجيل نسبة 0% للفئة العمرية (65-61)، يرجع لكون العمال فضلوا الذهاب إلى التقاعد في سن 60 سنة على البقاء قيد الخدمة في قطاع الصحة رغم أن الحكومة رفعت سن التقاعد إلى 65 سنة في سنة 2016.

3. توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي:

يوضح الشكل (3.4) الموالى توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي كما يلي:

الشكل رقم (3.4): توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي



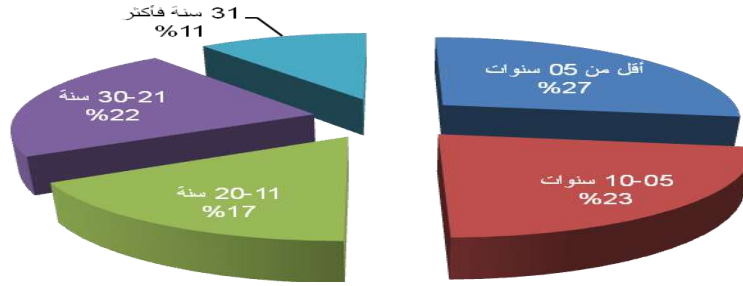
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS

يتضح من الشكل رقم (3.4) أن 66.1% من مفردات العينة لهم مستوى جامعي و 29.4% منهم لهم مستوى ثانوي فما أقل، فيما بلغت نسبة الذين لهم مستوى أعلى من المستوى الجامعي (دراسات عليا) 4.5%. مما يشير إلى الأهمية العلمية لمجتمع الدراسة.

4. توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية:

يوضح الشكل (4.4) الموالى توزيع عينة الدراسة حسب متغير عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية كما يلي:

الشكل رقم (4.4): توزيع عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية



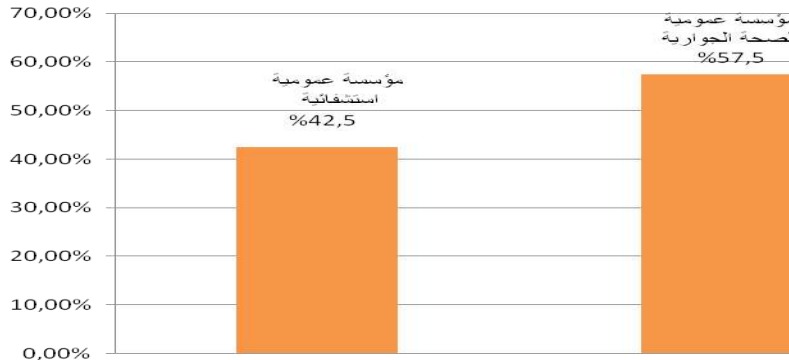
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من خلال الشكل (4.4) أن 27.3% من مفردات العينة محل الدراسة لهم خبرة تقل عن 05 سنوات، و 22.6% منهم لهم خبرة (من 05-10 سنوات)، كما أن 22.3% من مفردات العينة محل الدراسة لديهم خبرة تراوحت بين (21-30 سنة)، و 17.1% منهم لديهم خبرة تراوحت بين (11-20 سنة)، في حين نجد أن مفردات العينة الذين لهم خبرة تزيد عن 31 سنة بلغت نسبتهم 10.8% وهي أقل نسبة نظرا لكون هاته الفئة على مشارف سن التقاعد الكامل. وما سبق ذكره نستنتج أن نصف عدد المستجوبين من مفردات العينة لهم خبرة تفوق 10 سنوات، وهذا يعني أن هاته الفئة من مفردات العينة عايشة عملية التغيير التنظيمي التي طرأت على المنظومة الصحية العمومية الجزائرية والتي تعد محور دراستنا. في حين نجد أن النصف المتبقي للمستجوبين من مفردات العينة لهم خبرة تقل عن 10 سنوات، وبالتالي فهم يعكسون تطور مستوى توظيف الموارد البشرية في قطاع الصحة الذي صاحب عملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة).

5. توزيع عينة الدراسة حسب نوع المؤسسة الصحية:

يوضح الشكل (5.4) الموالى توزيع عينة الدراسة حسب متغير عدد نوع المؤسسة الصحية كما يلي:

الشكل رقم (5.4): توزيع عينة الدراسة حسب نوع المؤسسة الصحية



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS

يتضح من الشكل رقم (5.4) أن 57.5 % من مفردات العينة يعملون بالمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) محل الدراسة في حين أن 42.5 من مفردات العينة يعملون بالمؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، ويعود ذلك إلى أن عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) أكبر من عدد المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) على المستوى الوطني.

الفرع الثاني: الإحصائيات الوصفية لمتغيرات الدراسة

فيما يلي عرض لنتائج أسئلة الدراسة التي جاءت في الإستبيان، باستخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية للفقرات المتعلقة بإجابة كل سؤال من أسئلة الدراسة، وذلك من وجهة نظر مفردات العينة.

أولاً: نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي)

1- التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني):

يشير الجدول رقم (1.4) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب واتجاه الإجابات محور (بعد) التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) والفقرات المكونة له، من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (1.4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | قيمة t | مستوى الدلالة | الاتجاه |
|------------|--|-----------------|-------------------|---------|--------|---------------|-----------|
| 01 | تقوم المؤسسة الصحية بإشراك العاملين في عملية التغيير التنظيمي | 2.27 | 0.897 | 4 | 49.251 | 0.000 | غير موافق |
| 02 | تحرص المؤسسة الصحية بشكل مستمر على تحديد الاحتياجات التكوينية لعمالها خلال عملية التغيير | 3.96 | 0.675 | 1 | 52.551 | 0.000 | موافق |
| 03 | تهتم المؤسسة الصحية بتقديم حوافز مادية ومعنوية لتحقيق عملية التغيير التنظيمي | 3.68 | 0.838 | 2 | 85.581 | 0.000 | موافق |
| 04 | يتم توزيع المهام والمسؤوليات في المؤسسة الصحية وفقاً للمؤهلات والقدرات التي يمتلكها العمال | 2.30 | 0.897 | 3 | 50.021 | 0.000 | غير موافق |
| 05 | تشجع المؤسسة الصحية على العمل الجماعي وروح الفريق | 2.08 | 0.876 | 5 | 46.316 | 0.000 | غير موافق |
| 05-1 | التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 2.86 | 0.559 | / | 99.636 | 0.000 | محايد |

قيمة t الجدولية عند درجة حرية 380 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي 1.98

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (1.4) أن اتجاهات أفراد العينة نحو محور (بعد) التغيير في الأفراد وفقاً لنموذج الدراسة تشير إلى حيادهم، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمحور (البعد) ككل (2.86) وانحراف معياري قدره (0.559)، وقد كان أعلى متوسط حسابي للفقرة رقم (02) الذي بلغ (3.96) وانحراف معياري قدره (0.675)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليه كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة رقم (03) بمتوسط حسابي (3.68) وانحراف معياري قدره (0.838)، وكان اتجاه

الإجابة بالموافقة، بينما حلت الفقرة رقم (04) في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (2.30) وانحراف معياري قدره (0.897)، وجاء إتمام الإجابة عليها بغير الموافقة، أما الفقرة رقم (01) فقد جاءت في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (2.27) وانحراف معياري قدره (0.897)، وجاء إتمام الإجابة عليها بغير الموافقة، وفي المرتبة الأخيرة فقد حلت الفقرة (05) بمتوسط حسابي بلغ (2.08) وانحراف معياري قدره (0.876)، وباتجاه إجابة بعدم (غير) الموافقة.

ومما يؤكد صحة النتائج أن قيمة t المحسوبة للمحور (البعد) ككل بلغت (99.636) أكبر من قيمة t الجدولية (1.98)، ومستوى الدلالة ($Sig=0.000$) أقل من ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتالي فإن آراء مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة كانت بالحياد على فقرات محور (بعد) التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني).

وتشير هذه النتائج إلى أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، يقرون بوجود إجراءات مصاحبة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) في جانبها المتعلق بالتغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، إلا أنها تعد غير كافية تعد غير كافية ولا ترقى للمستوى المطلوب، وهذا يرجع لعدم إشراكهم في التخطيط لعملية التغيير التنظيمي بالإضافة إلى أن المهام والمسؤوليات توزع في المؤسسات الصحية بطريقة عشوائية ولا تخضع لمعيار الكفاءة والمؤهلات، وهو ما يفسر اتجاه الإجابة الذي كان بالحياد.

2- التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي):

يشير الجدول رقم (2.4) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب واتجاه الإجابات لمحور (بعد) التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) والفقرات المكونة له، من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (2.4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | قيمة t | مستوى الدلالة | الاتجاه |
|------------|---|-----------------|-------------------|---------|----------|---------------|---------|
| 06 | تتسم الامكانيات التكنولوجية المتوفرة لدى المؤسسة الصحية بالحدائة | 4.05 | 0.582 | 1 | 49.509 | 0.000 | موافق |
| 07 | تستخدم المؤسسة الصحية تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة في تقديم الخدمات الصحية (الطب عن بعد، السجل الصحي الإلكتروني... الخ) | 4.02 | 0.664 | 2 | 56.920 | 0.000 | موافق |
| 08 | تعمل المؤسسة الصحية على تأهيل عمالها لاستعمال الآلات والمعدات الحديثة بكفاءة | 3.92 | 0.704 | 3 | 79.662 | 0.000 | موافق |
| 09 | التكنولوجيات الحديثة المستخدمة على مستوى المؤسسة الصحية أدت إلى تحسين الأداء. | 3.78 | 1.059 | 4 | 69.745 | 0.000 | موافق |
| 10 | يتملك العاملون في المؤسسة الصحية مهارات عالية تستجيب للتقنيات التكنولوجية الحديثة | 3.74 | 1.217 | 5 | 59.963 | 0.000 | موافق |
| 10-6 | التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 3.90 | 0.488 | / | 95.060 | 0.000 | موافق |

قيمة t الجدولية عند درجة حرية 380 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي 1.98

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (3.4) أن اتجاهات أفراد العينة نحو محور (بعد) التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) تشير إلى موافقتهم، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمحور (البعء) ككل (3.90) وبانحراف معياري قدره (0.488)، وقد كان أعلى متوسط حسابي للفقرة رقم (06) الذي بلغ (4.05) وبانحراف معياري قدره (0.582)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة رقم (07) بمتوسط حسابي (4.02) وبانحراف معياري قدره (0.664)، وكان اتجاه الإجابة بالموافقة، بينما حلت الفقرة رقم (08) في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (3.92) وانحراف معياري قدره (0.704)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، أما الفقرة رقم (09) فقد جاءت في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.78) وانحراف معياري قدره (1.059)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، وفي المرتبة الأخيرة حلت الفقرة (10) بمتوسط حسابي بلغ (3.74) وبانحراف معياري قدره (1.217)، وباتجاه إجابة بالموافقة أيضاً.

ومما يؤكد صحة النتائج أن قيمة t المحسوبة للمحور (البعء) ككل بلغت (95.060) أكبر من قيمة t الجدولية (1.98)، ومستوى الدلالة (Sig=0.000) أقل من ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتالي فإن آراء مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة كانت بالموافقة على فقرات محور (بعد) التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي).

وتشير هذه النتائج إلى أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، يرون بأن الإجراءات المصاحبة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) في جانبها المتعلق بالتغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) كانت مقبولة وملموسة على أرض الواقع وتجسدت في شكل التجهيزات الطبية الحديثة واستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات مثل: تقنية الطب عن بعد وتقنيات طبية أخرى، وهو ما يفسر اتجاه الإجابة الذي كان بالموافقة.

3- التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي):

يشير الجدول رقم (3.4) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب واتجاه الإجابات لمحور (بعد) التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) والفقرات المكونة له، من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (3.4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | قيمة t | مستوى الدلالة | الاتجاه |
|------------|--|-----------------|-------------------|---------|----------|---------------|-----------|
| 11 | يتصف الهيكل التنظيمي بالمرونة الكافية لدعم عملية التغيير والاستجابة للتغيرات الحاصلة في البيئة المحيطة | 2.36 | 0.920 | 5 | 50.122 | 0.000 | غير موافق |
| 12 | توجد سهولة وانسيابية في الاتصالات بين المصالح والوحدات المختلفة بالمؤسسة الصحية | 4.10 | 0.588 | 1 | 60.995 | 0.000 | موافق |
| 13 | تعمل المؤسسة الصحية على التحديث المستمر للوائح والنظم المطبقة لتسهيل إجراءات العمل | 3.96 | 0.702 | 3 | 78.134 | 0.000 | موافق |
| 14 | يتميز الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية بالمركزية الإدارية في اتخاذ القرارات | 3.68 | 1.066 | 4 | 67.369 | 0.000 | موافق |
| 15 | تتسم خطوط السلطة والمسؤولية بالوضوح في الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية | 4.04 | 0.603 | 2 | 81.643 | 0.000 | موافق |
| 15-11 | التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 3.63 | 0.480 | / | 83.355 | 0.000 | موافق |

قيمة t الجدولية عند درجة حرية 380 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي 1.98

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (3.4) أن اتجاهات أفراد العينة نحو محور (بعد) التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) تشير إلى موافقتهم، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمحور (البعء) ككل (3.63) وبانحراف معياري قدره (0.480)، وقد كان أعلى متوسط حسابي للفقرة رقم (12) الذي بلغ (4.10) وبانحراف معياري قدره (0.588)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة رقم (15) بمتوسط حسابي (4.04) وبانحراف معياري قدره (0.603)، وكان اتجاه الإجابة بالموافقة، بينما حلت الفقرة رقم (13) في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (3.96) وانحراف معياري قدره (0.702)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، أما الفقرة رقم (14) فقد جاءت في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.68) وانحراف معياري قدره (1.066)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، وفي المرتبة الأخيرة حلت الفقرة (11) بمتوسط حسابي بلغ (2.36) وبانحراف معياري قدره (0.920)، وباتجاه إجابة بالموافقة أيضا.

ومما يؤكد صحة النتائج أن قيمة t المحسوبة للمحور (البعء) ككل بلغت (83.355) أكبر من قيمة t الجدولية (1.98)، ومستوى الدلالة ($Sig=0.000$) أقل من ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتالي فإن آراء مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة كانت بالموافقة على فقرات محور (بعد) التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي).

ويتبين من خلال هذه النتائج أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، يرون بأن الإجراءات المصاحبة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) في جانبها المتعلق بالتغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) شهدت تحسنا ملحوظا تجسدت في تصميم هياكل تنظيمية تتميز بسهولة الإتصالات بين المصالح، كما تتسم خطوط المسؤولية والسلطة فيها بالوضوح مقبولة، وهو ما يفسر اتجاه الإجابة الذي كان بالموافقة.

4- التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي):

يشير الجدول رقم (4.4) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لمحور (بعد) التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) والفقرات المكونة له، من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (4.4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | قيمة t | مستوى الدلالة | الاتجاه |
|------------|---|-----------------|-------------------|---------|----------|---------------|---------|
| 16 | تؤمن المؤسسة الصحية بضرورة ترسيخ ثقافة التغيير التنظيمي لمقدمي الخدمة بها | 3.35 | 1.156 | 4 | 56.480 | 0.000 | محايد |
| 17 | تعمل المؤسسة الصحية على تبني ثقافة تنظيمية قوية تؤدي لإحداث تغيير في أداء العاملين نحو تقديم خدمات أفضل | 3.28 | 1.116 | 5 | 54.926 | 0.000 | محايد |
| 18 | لدى العاملين بالمؤسسة الصحية مستوى عالي من الثقافة والوعي يدفعهم لنشر ثقافة التغيير والالتزام بها | 3.80 | 0.737 | 1 | 99.550 | 0.000 | موافق |
| 19 | تتطابق القيم السائدة في المؤسسة الصحية مع قيم عمالها | 3.67 | 1.080 | 3 | 66.380 | 0.000 | موافق |
| 20 | ترسخ المؤسسة الصحية لدى عمالها القيم المشتركة التي تؤكد على إحداث التغييرات المطلوبة | 3.69 | 1.065 | 2 | 67.600 | 0.000 | موافق |
| 20-16 | التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 3.56 | 0.875 | / | 79.358 | 0.000 | موافق |

قيمة t الجدولية عند درجة حرية 380 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي 1.98

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (4.4) أن اتجاهات أفراد العينة نحو محور (بعد) التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) تشير إلى موافقتهم، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمحور (البعد) ككل (3.56) وبانحراف معياري قدره (0.875)، وقد كان أعلى متوسط حسابي للفقرة رقم (18) الذي بلغ (3.80) وبانحراف معياري قدره (0.737)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة رقم (20) بمتوسط حسابي (3.69) وبانحراف معياري قدره (1.065)، وكان اتجاه الإجابة بالموافقة، بينما حلت الفقرة رقم (19) في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (3.67) وانحراف معياري قدره (1.080)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، أما الفقرة رقم (16) فقد جاءت في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.67) وانحراف معياري قدره (1.156)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالحيداد، وفي المرتبة الأخيرة حلت الفقرة (17) بمتوسط حسابي بلغ (3.28) وبانحراف معياري قدره (1.116)، وباتجاه إجابة بالحيداد أيضاً.

ومما يؤكد صحة النتائج أن قيمة t المحسوبة للمحور (البعد) ككل بلغت (79.358) أكبر من قيمة t الجدولية (1.98)، ومستوى الدلالة (Sig=0.000) أقل من ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتالي فإن آراء مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة كانت بالموافقة على فقرات محور (بعد) التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي).

وتشير هذه النتائج إلى أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، يرون بأن الإجراءات المصاحبة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) في جانبها المتعلق بالتغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) كانت مقبولة وملموسة لديهم ويرجع ذلك لوجود ثقافة التغيير لدى العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة بالإضافة إلى وجود التزام لدى العمال بعملية التغيير التنظيمي، وهو ما يفسر اتجاه الإجابة الذي كان بالموافقة.

5- جميع محاور (أبعاد) المتغير المستقل (التغيير التنظيمي):

يشير الجدول رقم (5.4) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب واتجاه الإجابات لمحاور (أبعاد) المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) والفقرات المكونة لكل بعد، من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (5.4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي)

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | قيمة t | مستوى الدلالة | الاتجاه |
|------------|--|-----------------|-------------------|---------|----------|---------------|---------|
| 5-1 | التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 2.86 | 0.559 | 4 | 99.636 | 0.000 | محايد |
| 10-6 | التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 3.90 | 0.488 | 1 | 56.060 | 0.000 | موافق |
| 15-11 | التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 3.63 | 0.480 | 2 | 47.355 | 0.000 | موافق |
| 20-16 | التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 3.56 | 0.875 | 3 | 79.358 | 0.000 | موافق |
| 20-1 | التغيير التنظيمي | 3.49 | 0.362 | / | 87.576 | 0.000 | موافق |

قيمة t الجدولية عند درجة حرية 380 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي 1.98

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (5.4) أن اتجاهات أفراد العينة نحو المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) بأبعاده التطبيقية التي مثلت المتغيرات الفرعية المستقلة وفقاً لنموذج الدراسة تشير إلى موافقتهم، حيث بلغ المتوسط الحسابي لجميع المحاور (الأبعاد) (3.49) وبانحراف معياري قدره (0.362)، وقد كان أعلى متوسط حسابي للمتغير الفرعي المستقل التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) الذي بلغ (3.90) وبانحراف معياري قدره (0.488)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، يليه

في الترتيب المتغير الفرعي المستقل التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) بمتوسط حسابي (3.63) وبانحراف معياري قدره (0.480)، وكان إتجاه الإجابة بالموافقة، أما المتغير الفرعي المستقل التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) فقد حل ثالثا بمتوسط حسابي بلغ (3.56) وانحراف معياري قدره (0.875)، وجاء إتجاه الإجابة عليه بالموافقة، أما في المرتبة الأخيرة فقد جاء المتغير الفرعي المستقل التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) بمتوسط حسابي بلغ (2.86) وبانحراف معياري قدره (0.559)، وباتجاه إجابة بالحياد.

ومما يؤكد صحة النتائج أن قيمة t المحسوبة بلغت (87.576) أكبر من قيمة t الجدولية (1.98)، ومستوى الدلالة (Sig=0.000) أقل من ($\alpha \leq 0.05$)، وبشكل عام فإن أراء مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة كانت موافقة على محاور (أبعاد) المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) بأبعاده.

وتشير هذه النتائج إلى أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، يرون بأن الإجراءات المصاحبة لعملية التغيير التنظيمي في جوانبها المتعلقة بالتغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) والتغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)، نالت رضاهم وكانت في المستوى المطلوب وهو ما يفسر إتجاه الإجابة الذي كان بالموافقة، بينما الإجراءات المتعلقة بالتغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) لم ترقى في نظرهم للمستوى المطلوب، وهو ما يفسر إتجاه الإجابة الذي كان بالحياد.

ثانيا: نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)

1- الإستجابة:

يشير الجدول رقم (6.4) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب واتجاه الإجابات لمحور (بعد) الإستجابة والفرقات المكونة له، من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (6.4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفرقات محور (بعد) الإستجابة

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | قيمة t | مستوى الدلالة | الإتجاه |
|------------|--|-----------------|-------------------|---------|----------|---------------|---------|
| 21 | تقوم المؤسسة الصحية بإبلاغ المرضى بمواعيد تقديم الخدمات المطلوبة والانتهاؤها منها بدقة | 3.95 | 0.947 | 3 | 99.854 | 0.000 | موافق |
| 22 | هنالك استعداد دائم لدى العاملين بالمؤسسة الصحية للمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى واحتياجاتهم | 4.06 | 0.601 | 1 | 79.702 | 0.000 | موافق |
| 23 | تعمل المؤسسة الصحية على تبسيط إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية | 4.00 | 0.634 | 2 | 80.128 | 0.000 | موافق |
| 24 | ينتظر المريض وقتا طويلا للحصول على الخدمة الصحية المطلوبة | 3.00 | 1.230 | 5 | 84.646 | 0.000 | محايد |
| 25 | تسعى المؤسسة الصحية لمعرفة مدى رضا المريض عن الخدمات المقدمة | 3.71 | 0.821 | 4 | 88.217 | 0.000 | موافق |
| 25-21 | الإستجابة | 3.74 | 0.433 | / | 93.772 | 0.000 | موافق |

قيمة t الجدولية عند درجة حرية 380 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي 1.98

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (6.4) أن اتجاهات أفراد العينة نحو محور (بعد) الاستجابة تشير إلى موافقتهم، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمحور (البعد) ككل (3.74) وبانحراف معياري قدره (0.433)، وقد كان أعلى متوسط حسابي للفقرة رقم (22) الذي بلغ (4.06) وبانحراف معياري قدره (0.601)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة رقم (23) بمتوسط حسابي (4.00) وبانحراف معياري قدره (0.634)، وكان اتجاه الإجابة بالموافقة، بينما حلت الفقرة رقم (21) في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (3.95) وانحراف معياري قدره (0.947)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، أما الفقرة رقم (25) فقد جاءت في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.71) وانحراف معياري قدره (0.821)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، وفي المرتبة الأخيرة حلت الفقرة (24) بمتوسط حسابي بلغ (3.00) وبانحراف معياري قدره (1.230)، وباتجاه إجابة بالحياد.

ومما يؤكد صحة النتائج أن قيمة t المحسوبة للمحور (البعد) ككل بلغت (93.949) أكبر من قيمة t الجدولية (1.98)، ومستوى الدلالة (Sig=0.000) أقل من ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتالي فإن آراء مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة كانت بالموافقة على فقرات محور (بعد) الإستجابة.

وتشير هذه النتائج إلى أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، يستجيبون لطلبات المرضى ورغبتهم ويعملون على تلبيتها قدر الإمكان وبالسرعة المطلوبة، وهو ما يفسر اتجاه الإجابة الذي كان بالموافقة.

2- الإعتمادية:

يشير الجدول رقم (7.4) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب واتجاه الإجابات لمحور (بعد) الإعتمادية والفقرات المكونة له، من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (7.4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) الإعتمادية

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | قيمة t | مستوى الدلالة | الاتجاه |
|------------|--|-----------------|-------------------|---------|----------|---------------|---------|
| 26 | يلتزم العاملون بالمؤسسة الصحية بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة | 3.43 | 1.067 | 3 | 62.698 | 0.000 | موافق |
| 27 | تحرص المؤسسة الصحية على تقديم الخدمات الصحية بالشكل الصحيح من أول مرة (عدم وجود أخطاء) | 3.75 | 0.901 | 1 | 81.268 | 0.000 | موافق |
| 28 | تحتفظ المؤسسة الصحية بسجلات دقيقة وموثقة عن كل مريض | 3.50 | 0.922 | 2 | 74.270 | 0.000 | موافق |
| 29 | يخضى العاملون بالمؤسسة الصحية بثقة متلقي (المرضى) الخدمات الصحية | 3.32 | 1.190 | 4 | 54.370 | 0.000 | محايد |
| 30 | تتوفر داخل المؤسسة الصحية جميع التخصصات الطبية اللازمة | 3.15 | 1.094 | 5 | 56.219 | 0.000 | محايد |
| 30-26 | الإعتمادية | 3.43 | 0.772 | / | 86.734 | 0.000 | موافق |

قيمة t الجدولية عند درجة حرية 380 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي 1.98

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (8.4) أن اتجاهات أفراد العينة نحو محور (بعد) الضمان تشير إلى موافقتهم، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمحور (بعد) ككل (3.43) وبانحراف معياري قدره (0.772)، وقد كان أعلى متوسط حسابي للفقرة رقم (27) الذي بلغ (3.75) وبانحراف معياري قدره (0.901)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة رقم (28) بمتوسط حسابي (3.50) وبانحراف معياري قدره (0.922)، وكان اتجاه الإجابة بالموافقة، بينما حلت الفقرة رقم (26) في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (3.43) وانحراف معياري قدره (1.067)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، أما الفقرة رقم (29) فقد جاءت في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.32) وانحراف معياري قدره (1.190)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالحياد، وفي المرتبة الأخيرة حلت الفقرة (30) بمتوسط حسابي بلغ (3.15) وبانحراف معياري قدره (1.094)، وباتجاه إجابة بالحياد أيضا.

ومما يؤكد صحة النتائج أن قيمة t المحسوبة للمحور (بعد) ككل بلغت (86.734) أكبر من قيمة t الجدولية (1.98)، ومستوى الدلالة (Sig=0.000) أقل من ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتالي فإن آراء مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة كانت بالموافقة على فقرات محور (بعد) الإعتمادية.

وتشير هذه النتائج إلى أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، يلتزمون بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة ويعملون على تسهيل إجراءات الحصول عليها من طرف المرضى، وهو ما يفسر اتجاه الإجابة الذي كان بالموافقة.

3- الضمان:

يشير الجدول رقم (8.4) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب واتجاه الإجابات لمحور (بعد) الضمان والفقرات المكونة له، من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (8.4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) الضمان

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | قيمة t | مستوى الدلالة | الاتجاه |
|------------|---|-----------------|-------------------|---------|----------|---------------|---------|
| 31 | يغرس سلوك العاملين بالمؤسسة الصحية الثقة في نفوس المرضى | 3.61 | 0.889 | 3 | 79.009 | 0.000 | موافق |
| 32 | يحافظ العاملون بالمؤسسة الصحية على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى | 3.60 | 0.958 | 4 | 73.307 | 0.000 | موافق |
| 33 | يتمتع العاملون بالمؤسسة الصحية بالخبرة والمهارة العالية في تقديم الخدمات الصحية | 3.73 | 0.882 | 1 | 82.570 | 0.000 | موافق |
| 34 | تمتاز المؤسسة الصحية بالمكانة والسمعة الطيبة لدى أفراد المجتمع | 2.99 | 1.230 | 5 | 47.480 | 0.000 | محايد |
| 35 | يستمر العاملون بالمؤسسة الصحية في متابعة المرضى حتى بعد خروجهم | 3.63 | 1.028 | 2 | 68.962 | 0.000 | موافق |
| 35-31 | الضمان | 3.51 | 0.685 | / | 99.065 | 0.000 | موافق |

قيمة t الجدولية عند درجة حرية 380 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي 1.98

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (8.4) أن اتجاهات أفراد العينة نحو محور (بعد) الضمان تشير إلى موافقتهم، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمحور (البعد) ككل (3.51) وبانحراف معياري قدره (0.685)، وقد كان أعلى متوسط حسابي للفقرة رقم (33) الذي بلغ (3.73) وبانحراف معياري قدره (0.882)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة رقم (35) بمتوسط حسابي (3.63) وبانحراف معياري قدره (1.028)، وكان إتجاه الإجابة بالموافقة، بينما حلت الفقرة رقم (31) في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (3.61) وانحراف معياري قدره (0.889)، وجاء إتجاه الإجابة عليها بالموافقة، أما الفقرة رقم (32) فقد جاءت في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.60) وانحراف معياري قدره (0.958)، وجاء إتجاه الإجابة عليها بالموافقة، وفي المرتبة الأخيرة حلت الفقرة (34) بمتوسط حسابي بلغ (2.99) وبانحراف معياري قدره (1.230)، وباتجاه إجابة بالحياد.

ومما يؤكد صحة النتائج أن قيمة t المحسوبة للمحور (البعد) ككل بلغت (99.065) أكبر من قيمة t الجدولية (1.98)، ومستوى الدلالة (Sig=0.000) أقل من ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتالي فإن آراء مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة كانت بالموافقة على فقرات محور (بعد) الضمان.

وتشير هذه النتائج إلى أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، يتمتعون بالخبرة والمهارة العالية في تقديم الخدمات الصحية (التشخيص، العلاج... إلخ) للمرضى، كما أن سلوكهم أثناء تقديم الخدمات الصحية يعزز الثقة لدى المرضى في وهو ما يفسر اتجاه الإجابة الذي كان بالموافقة.

4- الملموسية:

يشير الجدول رقم (9.4) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب واتجاه الإجابات لمحور (بعد) الملموسية والفقرات المكونة له، من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (9.4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) الملموسية

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | قيمة t | مستوى الدلالة | الاتجاه |
|------------|--|-----------------|-------------------|---------|--------|---------------|---------|
| 36 | تتوافر لدى المؤسسة الصحية معدات وأجهزة طبية حديثة ومتطورة | 3.95 | 0.716 | 4 | 97.576 | 0.000 | موافق |
| 37 | يحرص العاملون في المؤسسة الصحية على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر | 4.10 | 0.578 | 1 | 98.507 | 0.000 | موافق |
| 38 | تتوافر لدى المؤسسة الصحية وسائل الدعم والخدمات المرافقة مثل (سيارات الإسعاف، أسرة كافية للمرضى، الأدوية، التحاليل المخبرية... إلخ) | 4.04 | 0.587 | 2 | 94.206 | 0.000 | موافق |
| 39 | تتمتع المؤسسة الصحية بموقع ملائم يسهل عملية الوصول إليها بسرعة | 3.96 | 0.675 | 3 | 84.492 | 0.000 | موافق |
| 40 | تضع المؤسسة الصحية لوحات وعلامات إرشادية تسهل وصول المرضى إلى الأقسام والوحدات المختلفة | 3.68 | 0.838 | 5 | 85.581 | 0.000 | موافق |
| 40-36 | الملموسية | 3.95 | 0.416 | / | 87.799 | 0.000 | موافق |

قيمة t الجدولية عند درجة حرية 380 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي 1.98

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (9.4) أن اتجاهات أفراد العينة نحو محور (بعد) الملموسية تشير إلى موافقتهم، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمحور (البعد) ككل (3.95) وبانحراف معياري قدره (0.416)، وقد كان أعلى متوسط حسابي للفقرة رقم (37) الذي بلغ (4.10) وبانحراف معياري قدره (0.578)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة رقم (38) بمتوسط حسابي (4.04) وبانحراف معياري قدره (0.587)، وكان اتجاه الإجابة بالموافقة، بينما حلت الفقرة رقم (39) في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (3.96) وانحراف معياري قدره (0.675)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، أما الفقرة رقم (36) فقد جاءت في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.95) وانحراف معياري قدره (0.716)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، وفي المرتبة الأخيرة حلت الفقرة (40) بمتوسط حسابي بلغ (3.68) وبانحراف معياري قدره (0.838)، وباتجاه إجابة بالموافقة أيضا.

ومما يؤكد صحة النتائج أن قيمة t المحسوبة للمحور (البعد) ككل بلغت (87.799) أكبر من قيمة t الجدولية (1.98)، ومستوى الدلالة (Sig=0.000) أقل من ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتالي فإن آراء مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة كانت بالموافقة على فقرات محور (بعد) الملموسية.

وتشير هذه النتائج إلى أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، يلتزمون بنظافة اللباس وأناقته ويؤدون خدمات التشخيص والعلاج بواسطة تجهيزات طبية حديثة، كما أن المؤسسات الصحية التي يعملون بها تقع في مكان ملائم وتضع لوحات إرشادية وتوجيهية تسهل على المرضى الحصول على الخدمات الصحية. وهو ما يفسر اتجاه الإجابة الذي كان بالموافقة.

5- التعاطف:

يشير الجدول رقم (10.4) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب واتجاه الإجابات لمحور (بعد) التعاطف والفقرات المكونة له، من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (10.4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لفقرات محور (بعد) التعاطف

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | قيمة t | مستوى الدلالة | الاتجاه |
|------------|---|-----------------|-------------------|---------|--------|---------------|---------|
| 41 | يملك العاملون بالمؤسسة الصحية المعرفة والدراية التامة باحتياجات ورغبات المرضى | 3.78 | 0.635 | 3 | 76.082 | 0.000 | موافق |
| 42 | يشرح العاملون للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بلغة وطريقة سهلة الفهم | 3.62 | 0.991 | 4 | 71.305 | 0.000 | موافق |
| 43 | تضع المؤسسة الصحية المصلحة العليا للمريض في صلب اهتماماتها | 3.93 | 0.583 | 2 | 71.623 | 0.000 | موافق |
| 44 | يتسم سلوك العاملين في المؤسسة الصحية باللباقة واللطف في تعاملهم مع المرضى | 2.83 | 1.168 | 5 | 77.233 | 0.000 | محايد |
| 45 | يحرص العاملون بالمؤسسة الصحية على الإصغاء لانشغالات المرضى وشكاويهم | 3.97 | 0.670 | 1 | 75.658 | 0.000 | موافق |
| 45-41 | التعاطف | 3.67 | 0.563 | / | 76.891 | 0.000 | موافق |

قيمة t الجدولية عند درجة حرية 380 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي 1.98

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (10.4) أن اتجاهات أفراد العينة نحو محور (بعد) التعاطف تشير إلى موافقتهم، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمحور (البعد) ككل (3.67) وبانحراف معياري قدره (0.563)، وقد كان أعلى متوسط حسابي للفقرة رقم (45) الذي بلغ (3.97) وبانحراف معياري قدره (0.670)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليها كان بالموافقة، تليها في الترتيب الفقرة رقم (43) بمتوسط حسابي (3.93) وبانحراف معياري قدره (0.583)، وكان اتجاه الإجابة بالموافقة، بينما حلت الفقرة رقم (41) في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (3.78) وانحراف معياري قدره (0.635)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، أما الفقرة رقم (42) فقد جاءت في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.62) وانحراف معياري قدره (0.991)، وجاء اتجاه الإجابة عليها بالموافقة، وفي المرتبة الأخيرة حلت الفقرة (44) بمتوسط حسابي بلغ (2.83) وبانحراف معياري قدره (1.168)، وباتجاه إجابة بالحياد.

ومما يؤكد صحة النتائج أن قيمة t المحسوبة للمحور (البعد) ككل بلغت (76.891) أكبر من قيمة t الجدولية (1.98)، ومستوى الدلالة (Sig=0.000) أقل من ($\alpha \leq 0.05$)، وبالتالي فإن آراء مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة كانت بالموافقة على فقرات محور (بعد) التعاطف.

وتشير هذه النتائج إلى أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، يمتلكون الدراية التامة باحتياجات ورغبات المرضى، ويضعون المصلحة العليا للمريض في صلب اهتمامتهم، كما يحرصون على الإصغاء لشكاوي المرضى وانشغالهم. وهو ما يفسر اتجاه الإجابة الذي كان بالموافقة.

6- جميع محاور (أبعاد) المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية):

يشير الجدول رقم (11.4) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب واتجاه الإجابات لأبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) والفقرات المكونة لكل بعد، من وجهة نظر العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الجدول رقم (11.4): نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)

| رقم الفقرة | محتوى الفقرة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الترتيب | قيمة t المحسوبة | مستوى الدلالة | الاتجاه |
|------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------|-------------------|---------------|---------|
| 25-21 | الإستجابة | 3.74 | 0.433 | 2 | 93.772 | 0.000 | موافق |
| 30-26 | الإعتمادية | 3.43 | 0.772 | 5 | 86.734 | 0.000 | موافق |
| 35-31 | الضمان | 3.51 | 0.685 | 4 | 99.065 | 0.000 | موافق |
| 40-36 | الملموسية | 3.95 | 0.416 | 1 | 87.799 | 0.000 | موافق |
| 45-41 | التعاطف | 3.67 | 0.563 | 3 | 76.891 | 0.000 | موافق |
| 45-21 | جودة الخدمات الصحية | 3.66 | 0.352 | / | 82.494 | 0.000 | موافق |

قيمة t الجدولية عند درجة حرية 380 ومستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي 1.98

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتبين لنا من نتائج الجدول رقم (11.4) أن اتجاهات أفراد العينة نحو المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) بأبعادها التطبيقية التي مثلت المتغيرات الفرعية التابعة وفقاً لنموذج الدراسة تشير إلى موافقتهم، حيث بلغ المتوسط الحسابي لجميع المحاور (الأبعاد) (3.66) وبانحراف معياري قدره (0.352)، وقد كان أعلى متوسط حسابي للمتغير الفرعي التابع الملموسية الذي بلغ (3.95) وبانحراف معياري قدره (0.416)، مما يدل على أن اتجاه الإجابة عليه كان بالموافقة، يليه في الترتيب المتغير الفرعي

التابع الإستجابة بمتوسط حسابي (3.74) وانحراف معياري قدره (0.433)، وكان إتجاه الإجابة عليه بالموافقة، أما المتغير الفرعي التابع التعاطف فقد حل ثالثا بمتوسط حسابي بلغ (3.67) وانحراف معياري قدره (0.563)، وجاء إتجاه الإجابة عليه بالموافقة، أما في المرتبة الرابعة فقد جاء المتغير الفرعي التابع الضمان بمتوسط حسابي بلغ (3.51) وانحراف معياري قدره (0.685)، وباتجاه إجابة بالموافقة، أما في المرتبة الأخيرة فقد جاء المتغير الفرعي التابع الإعتمادية بمتوسط حسابي بلغ (3.43) وانحراف معياري قدره (0.722)، وباتجاه إجابة بالموافقة.

ومما يؤكد صحة النتائج أن قيمة t المحسوبة بلغت (82.494) أكبر من قيمة t الجدولية (1.98)، ومستوى الدلالة (Sig=0.000) أقل من ($\alpha \leq 0.05$)، وبشكل عام فإن آراء مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة كانت موافقة على محاور (أبعاد) المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) بأبعادها.

مما سبق ذكره يتبين لنا أن مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة أبدوا موافقتهم على وجود تحسين في جودة الخدمات الصحية ناتج عن عملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) من ناحية أبعاد (الملموسية، الإستجابة التعاطف، الضمان والإعتمادية وهذا يعود إلى أن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة ساهمت في التحكم نوعا ما في القطاع الصحي من خلال تحديد دور ونوع الخدمات الصحية المقدمة من طرف كل من المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، بالإضافة إلى أن استفادة المؤسسات الصحية الجديدة من أجهزة جديدة ساعدت العاملين في تأدية الخدمات المطلوبة منهم مقارنة بالوضع القديم الذي كانوا عليه، كما أن ظهور مؤسسات صحية جديدة ساهمت في تغطية جزء من العجز المسجل في الهياكل الصحية.

وبشكل عام فإن مفردات العينة في المؤسسات الصحية محل الدراسة أبدوا عدم موافقتهم على وجود تحسين في جودة الخدمات الصحية بأبعادها ناتج عن عملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة).

الفرع الثالث: دراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة

من خلال هذا الفرع سنقوم بدراسة العلاقة الترابطية بين أبعاد التغيير التنظيمي [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] وأبعاد جودة الخدمات الصحية (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الملموسية، التعاطف) وذلك باستخدام معامل الارتباط بيرسون "Pearson"، من وجهة نظر مفردات العينة.

أولا: دراسة علاقة الارتباط بين المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)

من أجل تحديد طبيعة هذه العلاقة قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون "Pearson" بين المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) في المؤسسات الصحية محل الدراسة، وهو ما يوضحه الجدول الآتي:

الفصل الرابع نتائج الدراسة ومناقشتها

جدول رقم: (12.4) مصفوفة الارتباط بين المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)

| | | التغيير التنظيمي |
|---------------------|---------------------------------|------------------|
| جودة الخدمات الصحية | معامل الارتباط بيرسون "Pearson" | 0.647** |
| | مستوى الدلالة (Sig) | 0.000 |
| | N | 381 |

**قيمة الارتباط ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتبين لنا من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (12.4) ما يلي:

بما أن قيمة معامل الارتباط موجبة وتساوي ($r=0.647^{**}$)، ومستوى الدلالة ($\text{Sig}=0.000$) أقل من

($\alpha \leq 0.01$)، فإننا نستنتج وجود علاقة ارتباط متوسطة، طردية وذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)

بين التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية .

ثانيا: دراسة علاقة الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)

من أجل تحديد طبيعة هذه العلاقة قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون "Pearson" بين أبعاد التغيير التنظيمي

[التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)،

التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)]، وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية محل الدراسة، كما هو موضح في الجدول

الآتي:

جدول رقم: (13.4) مصفوفة الارتباط بين أبعاد التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

| | | أبعاد التغيير التنظيمي | | | |
|---------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| | | التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | التغيير في التكنولوجيا (التكنولوجي) | التغيير في الهيكل التنظيمي (الهيكلي) | التغيير في الثقافة (الثقافي) |
| جودة الخدمات الصحية | معامل الارتباط بيرسون "Pearson" | 0.231** | 0.670** | 0.549** | 0.615** |
| | مستوى الدلالة (Sig) | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 |

**قيمة الارتباط ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتضح لنا من خلال نتائج الجدول رقم (13.4) ما يلي:

1. بما أن قيمة معامل الارتباط موجبة وتساوي ($r=0.231^{**}$)، ومستوى الدلالة ($\text{Sig}=0.000$) أقل من ($\alpha \leq 0.01$)، فإننا نستنتج وجود علاقة ارتباط ضعيفة جدا، طردية وذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين بعد التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) وجودة الخدمات الصحية.
2. بما أن قيمة معامل الارتباط موجبة وتساوي ($r=0.670^{**}$)، ومستوى الدلالة ($\text{Sig}=0.000$) أقل من ($\alpha \leq 0.01$)، فإننا نستنتج وجود علاقة ارتباط متوسطة، طردية وذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين بعد التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) وجودة الخدمات الصحية.
3. بما أن قيمة معامل الارتباط موجبة وتساوي ($r=0.549^{**}$)، ومستوى الدلالة ($\text{Sig}=0.000$) أقل من ($\alpha \leq 0.01$)، فإننا نستنتج وجود علاقة ارتباط متوسطة، طردية وذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين بعد التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) وجودة الخدمات الصحية.
4. بما أن قيمة معامل الارتباط موجبة وتساوي ($r=0.615^{**}$)، ومستوى الدلالة ($\text{Sig}=0.000$) أقل من ($\alpha \leq 0.01$)، فإننا نستنتج وجود علاقة ارتباط متوسطة، طردية وذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين بعد التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) وجودة الخدمات الصحية.

ثالثا: دراسة علاقة الارتباط بين أبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) والمتغير المستقل (التغيير التنظيمي) من أجل تحديد طبيعة هذه العلاقة قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون "Pearson" بين أبعاد جودة الخدمات الصحية (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الملموسية، التعاطف)، والتغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية محل الدراسة، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم: (14.4) مصفوفة الارتباط بين أبعاد جودة الخدمات الصحية والتغيير التنظيمي

| | | أبعاد جودة الخدمات الصحية | | | | |
|------------------|---------------------------------|---------------------------|------------|---------|-----------|---------|
| | | الإستجابة | الإعتمادية | الضمان | الملموسية | التعاطف |
| التغيير التنظيمي | معامل الارتباط بيرسون "Pearson" | 0.663** | 0.383** | 0.469** | 0.531** | 0.490** |
| | مستوى الدلالة (Sig) | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |

**قيمة الارتباط ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتضح لنا من خلال نتائج الجدول رقم (14.4) ما يلي:

1. بما أن قيمة معامل الارتباط موجبة وتساوي ($r=0.663^{**}$)، ومستوى الدلالة ($\text{Sig}=0.000$) أقل من ($\alpha \leq 0.01$)، فإننا نستنتج وجود علاقة ارتباط قوية، متوسطة وذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين بعد الإستجابة والتغيير التنظيمي.

2. بما أن قيمة معامل الارتباط موجبة وتساوي ($r=0.383^{**}$)، ومستوى الدلالة ($\text{Sig}=0.000$) أقل من ($\alpha \leq 0.01$)، فإننا نستنتج وجود علاقة ارتباط ضعيفة، طردية وذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين بعد الإعتمادية والتغيير التنظيمي.
3. بما أن قيمة معامل الارتباط موجبة وتساوي ($r=0.469^{**}$)، ومستوى الدلالة ($\text{Sig}=0.000$) أقل من ($\alpha \leq 0.01$)، فإننا نستنتج وجود علاقة ارتباط متوسطة، طردية وذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين بعد الضمان والتغيير التنظيمي.
4. بما أن قيمة معامل الارتباط موجبة وتساوي ($r=0.531^{**}$)، ومستوى الدلالة ($\text{Sig}=0.000$) أقل من ($\alpha \leq 0.01$)، فإننا نستنتج وجود علاقة ارتباط متوسطة، طردية وذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين بعد الملموسية والتغيير التنظيمي.
5. بما أن قيمة معامل الارتباط موجبة وتساوي ($r=0.490^{**}$)، ومستوى الدلالة ($\text{Sig}=0.000$) أقل من ($\alpha \leq 0.01$)، فإننا نستنتج وجود علاقة ارتباط متوسطة، طردية وذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين بعد التعاطف والتغيير التنظيمي.

المبحث الثاني: اختبار فرضيات الدراسة

تضمنت هذه الدراسة التي كانت بعنوان "أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية— دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية الجزائرية" فرضيتين رئيسيتين تمثلتا في:

أولاً: الفرضية الرئيسية الأولى:

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الملموسية، التعاطف) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة. وينبثق عن الفرضية الرئيسية الأولى الفرضيات الفرعية الخمسة الآتية:
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الاستجابة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الاعتمادية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الضمان بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

➤ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الملموسية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

➤ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين التعاطف بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

ثانياً: الفرضية الرئيسية الثانية:

➤ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، عدد سنوات الخبرة ونوع المؤسسة الصحية).

وينبثق عن الفرضية الرئيسية الثانية الفرضيات الفرعية الخمسة الآتية:

➤ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير الجنس.

➤ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير السن.

➤ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

➤ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة.

➤ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير نوع المؤسسة الصحية.

وسيتيم من خلال هذا المبحث محاولة اختبار الفرضيتين الرئيسيتين وفرضياتها الفرعية، بناء على نتائج الإجابات التي تم التوصل إليها في المبحث السابق.

المطلب الأول: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية المنبثقة عنها

سنتطرق من خلال هذا المطلب إلى اختبار الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات المنبثقة عنها، وذلك باستخدام اختبار

تحليل الإنحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis).

الفرع الأول: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى:

تنص الفرضية الرئيسية الأولى على الآتي:

(H₁): يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعاده (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الملموسية، التعاطف) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

ولأجل ضمان ملائمة البيانات لتحليل الإنحدار، تم التأكد من عدم وجود ارتباط عال بين المتغيرات المستقلة للدراسة، وذلك بإجراء اختبار معامل تضخم التباين (Variance Inflation Factor) واختبار التباين المسموح به (Tolerance) لكل عنصر من عناصر المتغير المستقل، ويفترض أن لا يتجاوز معامل تضخم التباين للمتغيرات المستقلة عن (10)، وأن تزيد قيمة التباين المسموح به عن $(\alpha \leq 0.05)$ ، والجدول (12.4) يوضح ذلك:

جدول رقم: (15.4) نتائج اختبار معامل تضخم التباين والتباين المسموح به

| المتغيرات الفرعية المستقلة | التباين المسموح به (Tolerance) | معامل تضخم التباين (VIF) |
|--|--------------------------------|--------------------------|
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 0.908 | 1.101 |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 0.989 | 1.011 |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 0.862 | 1.160 |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 0.940 | 1.064 |

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS من الجدول (15.4) يتبين لنا أن قيمة (VIF) لأبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) جميعها أقل من (5)، حيث تراوحت قيمتها بين (1.011 - 1.160) كما أن قيمة التباين المسموح به لتلك المتغيرات كانت أكبر $(\alpha \leq 0.05)$ وتراوحت قيمها بين (0.862 - 0.989)، وعليه يمكن القول بأنه لا يوجد ارتباط عال بين المتغيرات المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)].

ومن أجل اختبار الفرضية الرئيسية الأولى تم إجراء تحليل الإنحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis) للعلاقة بين التغيير التنظيمي بأبعاده كمتغيرات فرعية مستقلة وجودة الخدمات الصحية كمتغير تابع وبناء النموذج الرياضي لها كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم: (16.4) نتائج تحليل التباين للإنحدار المتعدد للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى

| النموذج | المصدر | معامل التحديد R^2 | مجموع المربعات | متوسط المربعات | قيمة (F) المحسوبة | مستوى دلالة F |
|---------------------|----------|---------------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|
| جودة الخدمات الصحية | الإنحدار | 0.312 | 13.517 | 3.379 | 37.599 | 0.000* |
| | الخطأ | | 33.794 | 0.090 | | |
| | المجموع | | 47.311 | | | |

* ذات دلالة احصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS يتضح لنا من خلال معطيات الجدول رقم (16.4) ارتفاع قيمة (F) المحسوبة والبالغة (37.599) ومستوى دلالة (0.000)، وحيث أن مستوى الدلالة أقل من مستوى الدلالة المعتمد $(\alpha \leq 0.05)$ فإننا نستدل من ذلك على صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن معامل التحديد بلغ ($R^2=0.312$) وهذا يعني أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] في هذا النموذج تفسر ما مقداره (31%) من التباين في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، والباقي يرجع لمتغيرات عشوائية أخرى لم تدخل نموذج الانحدار، مما يدل على وجود أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

جدول رقم: (17.4) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات الفرعية المستقلة على تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مفردات العينة

| المتغيرات الفرعية المستقلة | β | الخطأ المعياري | β | قيمة t المحسوبة | مستوى دلالة t |
|--|---------|----------------|---------|-----------------|---------------|
| الثابت | 1.599 | 0.172 | - | 9.285 | 0.000* |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 0.102 | 0.029 | 0.162 | 3.547 | 0.000* |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 0.205 | 0.032 | 0.284 | 6.482 | 0.000* |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 0.252 | 0.034 | 0.343 | 7.303 | 0.000* |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 0.015 | 0.018 | 0.038 | 0.852 | 0.000* |

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) حجم العينة (ن=381)

** غير دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

يوضح الجدول رقم (17.4) إلى أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] لها أثر على تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث بلغت قيم (t المحسوبة) لها على التوالي (0.852، 7.303، 6.482، 3.547) وبمستويات دلالة بلغت على التوالي (0.000، 0.000، 0.000، 0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$). كما بلغت قيم معاملات (β) للمتغيرات الفرعية المستقلة (0.162، 0.284، 0.343، 0.038) على التوالي.

ومن خلال هذه النتائج فإنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للمتغير المستقل بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وبهذا يتم قبول الفرضية الرئيسية الأولى التي مفادها: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الملموسية، التعاطف) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة".

وبما أن نموذج التنبؤ هو :

$$Y_1 = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4 + E_i$$

حيث أن:

Y_1 : جودة الخدمات الصحية

X_1 : التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)

X_2 : التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)

X_3 : التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)

X_4 : التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

E_i : متغير عشوائي

وعليه يمكن تشكيل معادلة الإنحدار المتعدد لجودة الخدمات الصحية على النحو الآتي:

$$Y_1 = 1.599 + 0.102X_1 + 0.205X_2 + 0.252X_3 + 0.015X_4$$

الفرع الثاني: اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الرئيسية الأولى

1. الفرضية الفرعية الأولى (H_{1-1}): تنص الفرضية الفرعية الأولى على ما يلي:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الاستجابة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة".

ومن أجل اختبار الفرضية الفرعية الأولى تم إجراء تحليل الإنحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis)

للعلاقة بين التغيير التنظيمي بأبعاده كمتغيرات فرعية مستقلة والاستجابة كمتغير تابع وبناء النموذج الرياضي لها، كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم: (18.4) نتائج تحليل التباين للإنحدار المتعدد للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الأولى

| النموذج | المصدر | معامل التحديد R^2 | مجموع المربعات | متوسط المربعات | قيمة (F) المحسوبة | مستوى دلالة F |
|-----------|----------|---------------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|
| الاستجابة | الإنحدار | 0.244 | 9.089 | 2.272 | 30.382 | 0.000* |
| | الخطأ | | 62.194 | 0.165 | | |
| | المجموع | | 71.283 | | | |

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتضح لنا من خلال معطيات الجدول رقم (18.4) ارتفاع قيمة (F) المحسوبة والبالغة (30.382) ومستوى دلالة (0.000)، وحيث أن مستوى الدلالة أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$) فإننا نستدل من ذلك على صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الأولى.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن معامل التحديد بلغ ($R^2 = 0.244$) وهذا يعني أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)،

التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) في هذا النموذج تفسر ما مقداره (24%) من التباين في المتغير الفرعي التابع (الاستجابة)، والباقي يرجع لمتغيرات عشوائية أخرى لم تدخل نموذج الانحدار، مما يدل على وجود أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي على تحسين الإستجابة في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

جدول رقم: (19.4) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات الفرعية المستقلة على تحسين الإستجابة من وجهة نظر مفردات العينة

| المتغيرات الفرعية المستقلة | B | الخطأ المعياري | beta | قيمة t المحسوبة | مستوى دلالة t |
|--|-------|----------------|-------|-----------------|---------------|
| الثابت | 2.316 | 0.223 | - | 10.385 | 0.000* |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 0.434 | 0.068 | 0.424 | 6.379 | 0.000* |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 0.625 | 0.073 | 0.621 | 8.571 | 0.000* |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 0.049 | 0.095 | 0.031 | 0.510 | 0.000* |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 0.137 | 0.120 | 0.079 | 1.141 | 0.000* |

* ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05 ≤ α) حجم العينة (ن=381)

** غير دال احصائياً عند مستوى (0.05 ≤ α)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لتنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يوضح الجدول رقم (19.4) أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] لها أثر على تحسين الإستجابة، حيث بلغت قيم (t المحسوبة) لها على التوالي (6.379، 8.571، 0.510، 1.141) وبمستويات دلالة بلغت على التوالي (0.000، 0.000، 0.000، 0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05 ≤ α). كما بلغت قيم معاملات (beta) للمتغيرات الفرعية المستقلة (0.424، 0.621، 0.031، 0.079) على التوالي.

ومن خلال هذه النتائج فإنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للمتغير المستقل (التغيير التنظيمي) بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الإستجابة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وبهذا يتم قبول الفرضية الفرعية الأولى (H₁₋₁) التي مفادها:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الإستجابة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة".

وبما أن نموذج التنبؤ هو :

$$Y_1 = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4 + E_i$$

حيث أن:

Y₁: الإستجابة

X_1 : التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)

X_2 : التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)

X_3 : التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)

X_4 : التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

E_i : متغير عشوائي

وعليه يمكن تشكيل معادلة الإنحدار المتعدد لتحسين الإستجابة على النحو الآتي:

$$Y_1 = 2.316 + 0.434X_1 + 0.625X_2 + 0.049X_3 + 0.137X_4$$

2. الفرضية الفرعية الثانية (H_{1-2}): تنص الفرضية الفرعية الثانية على ما يلي:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الإعتماذية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة".

ومن أجل اختبار الفرضية الفرعية الأولى تم إجراء تحليل الإنحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis) للعلاقة بين التغيير التنظيمي بأبعاده كمتغيرات فرعية مستقلة والإعتماذية كمتغير تابع وبناء النموذج الرياضي لها، كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم: (20.4) نتائج تحليل التباين للانحدار المتعدد للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثانية

| النموذج | المصدر | معامل التحديد R^2 | مجموع المربعات | متوسط المربعات | قيمة (F) المحسوبة | مستوى دلالة F |
|------------|----------|---------------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|
| الإعتماذية | الإنحدار | 0.214 | 12.964 | 3.241 | 25.619 | 0.000* |
| | الخطأ | | 47.566 | 0.127 | | |
| | المجموع | | 60.530 | | | |

* ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتضح لنا من خلال معطيات الجدول رقم (20.4) ارتفاع قيمة (F) المحسوبة والبالغة (25.619) ومستوى دلالة (0.000)، وحيث أن مستوى الدلالة أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$) فإننا نستدل من ذلك على صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثانية.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن معامل التحديد بلغ ($R^2=0.214$) وهذا يعني أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] في هذا النموذج تفسر ما مقداره (21%) من التباين في المتغير الفرعي التابع (الإعتماذية)، والباقي يرجع لمتغيرات عشوائية أخرى لم تدخل نموذج الإنحدار، مما يدل على وجود أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي على تحسين الإعتماذية في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

جدول رقم: (21.4) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات الفرعية المستقلة على تحسين الاعتمادية من وجهة نظر مفردات العينة

| المتغيرات الفرعية المستقلة | B | الخطأ المعياري | beta | قيمة t المحسوبة | مستوى دلالة t |
|--|-------|----------------|-------|-----------------|---------------|
| الثابت | 1.319 | 0.100 | - | 13.193 | 0.000* |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 0.026 | 0.030 | 0.057 | 0.847 | 0.000* |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 0.195 | 0.033 | 0.439 | 5.950 | 0.000* |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 0.010 | 0.043 | 0.014 | 0.228 | 0.000* |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 0.056 | 0.054 | 0.073 | 1.041 | 0.000* |

* ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) حجم العينة (ن=381)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يوضح الجدول رقم (21.4) أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] لها أثر على تحسين الاعتمادية، حيث بلغت قيم (t المحسوبة) لها على التوالي (0.847، 9.950، 0.228، 1.041) وبمستويات دلالة بلغت على التوالي (0.000، 0.000، 0.000، 0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$). كما بلغت قيم معاملات (beta) للمتغيرات الفرعية المستقلة (0.057، 0.439، 0.014، 0.073) على التوالي.

ومن خلال هذه النتائج فإنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للمتغير المستقل (التغيير التنظيمي) بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الاعتمادية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وبهذا يتم قبول الفرضية الفرعية الثانية (H_{1-2}) التي مفادها:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الاعتمادية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة".

$$Y_1 = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4 + E_i$$

وبما أن نموذج التنبؤ هو:

حيث أن:

Y_1 : الاعتمادية

X_1 : التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)

X_2 : التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)

X_3 : التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)

X_4 : التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

E_i : متغير عشوائي

وعليه يمكن تشكيل معادلة الانحدار المتعدد لتحسين الاعتمادية على النحو الآتي:

$$Y_1 = 1.319 + 0.026X_1 + 0.195X_2 + 0.010X_3 + 0.056X_4$$

3. الفرضية الفرعية الثالثة (H₁₋₃): تنص الفرضية الفرعية الثالثة على ما يلي:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الضمان بالمؤسسات الصحية محل الدراسة".

ومن أجل اختبار الفرضية الفرعية الثالثة تم إجراء تحليل الإنحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis)

للعلاقة بين التغيير التنظيمي بأبعاده كمتغيرات فرعية مستقلة والضمان كمتغير تابع وبناء النموذج الرياضي لها، كالآتي:

جدول رقم: (22.4) نتائج تحليل التباين للانحدار المتعدد للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة

| النموذج | المصدر | معامل التحديد R ² | مجموع المربعات | متوسط المربعات | قيمة (F) المحسوبة | مستوى دلالة F |
|---------|----------|------------------------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|
| الضمان | الإنحدار | 0.279 | 14.172 | 3.543 | 28.105 | 0.000* |
| | الخطأ | | 64.365 | 0.437 | | |
| | المجموع | | 78.537 | | | |

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α ≤ 0.05)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتضح لنا من خلال معطيات الجدول رقم (22.4) ارتفاع قيمة (F) المحسوبة والبالغة (28.105) ومستوى دلالة (0.000)، وحيث أن مستوى الدلالة أقل من مستوى الدلالة المعتمد (α ≤ 0.05) فإننا نستدل من ذلك على صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الثالثة.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن معامل التحديد بلغ (R²=0.279) وهذا يعني أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] في هذا النموذج تفسر ما مقداره (28%) من التباين في المتغير الفرعي التابع (الضمان)، والباقي يرجع لمتغيرات عشوائية أخرى لم تدخل نموذج الإنحدار، مما يدل على وجود أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي على تحسين الضمان في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

جدول رقم: (23.4) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات الفرعية المستقلة على تحسين الضمان

| المتغيرات الفرعية المستقلة | B | الخطأ المعياري | beta | قيمة t المحسوبة | مستوى دلالة t |
|--|-------|----------------|-------|-----------------|---------------|
| الثابت | 1.811 | 0.380 | - | 8.770 | 0.000* |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 0.106 | 0.064 | 0.087 | 1.667 | 0.000* |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 0.351 | 0.070 | 0.250 | 5.029 | 0.000* |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 0.052 | 0.076 | 0.036 | 0.684 | 0.000* |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 0.061 | 0.040 | 0.078 | 1.526 | 0.000* |

حجم العينة (ن=381)

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α ≤ 0.05)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يوضح الجدول رقم (23.4) أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] لها أثر على تحسين الضمان، حيث بلغت قيم (t المحسوبة) لها على التوالي (1.667، 5.029، 0.684، 1.526) وبمستويات دلالة على التوالي (0.000، 0.000، 0.000، 0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$). كما بلغت قيم معاملات (β) للمتغيرات الفرعية المستقلة (0.087، 0.250، 0.036، 0.078) على التوالي.

ومن خلال هذه النتائج فإنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للمتغير المستقل (التغيير التنظيمي) بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الضمان بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وبهذا يتم قبول الفرضية الفرعية الثالثة (H₁₋₃) التي مفادها:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الضمان بالمؤسسات الصحية محل الدراسة".

وبما أن نموذج التنبؤ هو :

$$Y_1 = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4 + E_i$$

حيث أن:

Y_1 : الضمان

X_1 : التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)

X_2 : التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)

X_3 : التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)

X_4 : التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

E_i : متغير عشوائي

وعليه يمكن تشكيل معادلة الإنحدار المتعدد لتحسين الضمان على النحو الآتي:

$$Y_1 = 1.811 + 0.106X_1 + 0.351X_2 + 0.052X_3 + 0.061X_4$$

4. الفرضية الفرعية الرابعة (H₁₋₄): تنص الفرضية الفرعية الرابعة على ما يلي:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الملموسية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة".

ومن أجل اختبار الفرضية الفرعية الرابعة تم إجراء تحليل الإنحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis) للعلاقة بين التغيير التنظيمي بأبعاده كمتغيرات فرعية مستقلة والملموسية كمتغير تابع وبناء النموذج الرياضي لها، كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم: (24.4) نتائج تحليل التباين للانحدار المتعدد للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الرابعة

| النموذج | المصدر | معامل التحديد R^2 | مجموع المربعات | متوسط المربعات | قيمة (F) المحسوبة | مستوى دلالة F |
|-----------|----------|---------------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|
| الملموسية | الانحدار | 0.346 | 29.978 | 9.012 | 35.040 | 0.000* |
| | الخطأ | | 36.050 | 0.080 | | |
| | المجموع | | 66.028 | | | |

* ذات دلالة احصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتضح لنا من خلال معطيات الجدول رقم (24.4) ارتفاع قيمة (F) المحسوبة والبالغة (35.040) ومستوى دلالة (0.000)، وحيث أن مستوى الدلالة أقل من مستوى الدلالة المعتمد $(\alpha \leq 0.05)$ فإننا نستدل من ذلك على صلاحية النموذج لإختبار الفرضية الفرعية الرابعة.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن معامل التحديد بلغ $(R^2=0.346)$ وهذا يعني أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] في هذا النموذج تفسر ما مقداره (35%) من التباين في المتغير الفرعي التابع (الملموسية)، والباقي يرجع لمتغيرات عشوائية أخرى لم تدخل نموذج الانحدار، مما يدل على وجود أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي على تحسين الملموسية في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

جدول رقم: (25.4) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات الفرعية المستقلة على تحسين الملموسية

من وجهة نظر مفردات العينة

| المتغيرات الفرعية المستقلة | B | الخطأ المعياري | beta | قيمة t المحسوبة | مستوى دلالة t |
|--|-------|----------------|-------|-----------------|---------------|
| الثابت | 0.654 | 0.162 | - | 14.122 | 0.000* |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 0.145 | 0.027 | 0.194 | 5.331 | 0.000* |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 0.276 | 0.030 | 0.323 | 9.239 | 0.000* |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 0.458 | 0.032 | 0.529 | 4.033 | 0.000* |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 0.039 | 0.017 | 0.082 | 2.300 | 0.000* |

* ذات دلالة احصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ حجم العينة (ن=381)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يوضح الجدول رقم (25.4) أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] لها أثر على تحسين الملموسية، حيث بلغت قيم (t المحسوبة) لها على التوالي (5.331، 9.239، 4.033، 2.300) وبمستويات دلالة بلغت على التوالي (0.000، 0.000، 0.000، 0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد $(\alpha \leq 0.05)$. كما بلغت قيم معاملات (beta) للمتغيرات الفرعية المستقلة (0.145، 0.276، 0.458، 0.039) على التوالي.

ومن خلال هذه النتائج فإنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للمتغير المستقل (التغيير التنظيمي) بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الملموسية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وبهذا يتم قبول الفرضية الفرعية الرابعة (H₁₋₄) التي مفادها:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الملموسية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة".

$$Y_1 = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4 + E_i$$

وما أن نموذج التنبؤ هو : حيث أن:

Y_1 : الملموسية

X_1 : التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)

X_2 : التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)

X_3 : التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)

X_4 : التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

E_i : متغير عشوائي

وعليه يمكن تشكيل معادلة الانحدار المتعدد لتحسين الملموسية على النحو الآتي:

$$Y_1 = 0.654 + 0.145X_1 + 0.276X_2 + 0.458X_3 + 0.039X_4$$

5. الفرضية الفرعية الخامسة (H₀₁₋₅): تنص الفرضية الفرعية الخامسة على ما يلي:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين التعاطف بالمؤسسات الصحية محل الدراسة".

ومن أجل اختبار الفرضية الفرعية الخامسة تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression Analysis)

للعلاقة بين التغيير التنظيمي بأبعاده كمتغيرات فرعية مستقلة والتعاطف كمتغير تابع وبناء النموذج الرياضي لها، كالآتي:

جدول رقم: (26.4) نتائج تحليل التباين للانحدار المتعدد للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الفرعية الخامسة

| النموذج | المصدر | معامل التحديد R^2 | مجموع المربعات | متوسط المربعات | قيمة (F) المحسوبة | مستوى دلالة F |
|---------|----------|---------------------|----------------|----------------|-------------------|---------------|
| التعاطف | الانحدار | 0.145 | 17.560 | 4.390 | 25.990 | 0.000* |
| | الخطأ | | 63.226 | 0.275 | | |
| | المجموع | | 80.786 | | | |

* ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتضح لنا من خلال معطيات الجدول رقم (26.4) ارتفاع قيمة (F) المحسوبة والبالغة (25.990) ومستوى دلالة (0.000)، وحيث أن مستوى الدلالة أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$) فإننا نستدل من ذلك على صلاحية النموذج لإختبار الفرضية الفرعية الخامسة.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن معامل التحديد بلغ ($R^2=0.145$) وهذا يعني أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] في هذا النموذج تفسر ما مقداره (15%) من التباين في المتغير الفرعي التابع (التعاطف)، والباقي يرجع لمتغيرات عشوائية أخرى لم تدخل نموذج الانحدار، مما يدل على وجود أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي على تحسين التعاطف في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

جدول رقم: (27.4) نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات الفرعية المستقلة على تحسين التعاطف

من وجهة نظر مفردات العينة

| المتغيرات الفرعية المستقلة | B | الخطأ المعياري | beta | قيمة t المحسوبة | مستوى دلالة t |
|--|-------|----------------|-------|-----------------|---------------|
| الثابت | 1.551 | 0.301 | - | 9.154 | 0.000* |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 0.265 | 0.050 | 0.263 | 5.263 | 0.000* |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 0.259 | 0.055 | 0.224 | 4.675 | 0.000* |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 0.072 | 0.060 | 0.061 | 1.192 | 0.000* |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 0.024 | 0.032 | 0.037 | 0.760 | 0.000* |

* ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) حجم العينة (ن=381)

يوضح الجدول رقم (27.4) أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] لها أثر على تحسين التعاطف، حيث بلغت قيم (t المحسوبة) لها على التوالي (5.263، 4.675، 1.192، 0.760) وبمستويات دلالة بلغت على التوالي (0.000، 0.000، 0.000، 0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد ($\alpha \leq 0.05$). كما بلغت قيم معاملات (β) للمتغيرات الفرعية المستقلة (0.265، 0.259، 0.072، 0.024) على التوالي.

ومن خلال هذه النتائج فإنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للمتغير المستقل (التغيير التنظيمي) بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين التعاطف بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، وبهذا يتم قبول الفرضية الفرعية الخامسة (H_{1-5}) التي مفادها:

"يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين التعاطف بالمؤسسات الصحية محل الدراسة".

وبما أن نموذج التنبؤ هو :

$$Y_1 = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4 + E_i$$

حيث أن:

Y_1 : التعاطف

X_1 : التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)

X_2 : التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)

X_3 : التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)

X_4 : التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

E_i : متغير عشوائي

وعليه يمكن تشكيل معادلة الإنحدار المتعدد لتحسين التعاطف على النحو الآتي:

$$Y_1 = 0.654 + 0.145X_1 + 0.276X_2 + 0.458X_3 + 0.039X_4$$

المطلب الثاني: اختبار الفرضية الرئيسية الثانية والفرضيات الفرعية المنبثقة عنها

تنص الفرضية الرئيسية الثانية على ما يلي:

(H_{02}): "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، عدد سنوات الخبرة ونوع المؤسسة الصحية)".

وينبثق عن هذه الفرضية الفرضيات الفرعية الآتية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير السن.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لنوع المؤسسة الصحية.

ولغرض اختبار هذه الفرضية والفرضيات المنبثقة عنها سوف نستعين باختبار تحليل التباين الأحادي ($ANOVA$) لتوضيح الفروق في رؤية مفردات العينة لأبعاد التغيير التنظيمي تبعاً للمتغيرات الديموغرافية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

أ. اختبار الفرضية الفرعية الأولى (H_{2-1}): تنص الفرضية الفرعية الأولى على ما يلي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير الجنس".

ومن أجل اختبار الفرضية الفرعية الأولى تم إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم: (28.4) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تبعاً لمتغير الجنس

| المتغير | مجموع المربعات | درجة الحرية (df) | متوسط المربعات | قيمة (F) المحسوبة | مستوى دلالة F |
|---------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|---------------|
| التغيير التنظيمي | 1.502 | 1 | 1.502 | 11.729 | 0.122 |
| | 48.528 | 379 | 0.128 | | |
| | 50.029 | 380 | - | | |
| جودة الخدمات الصحية | 0.652 | 1 | 0.652 | 5.293 | 0.115 |
| | 46.659 | 379 | 0.123 | | |
| | 47.311 | 380 | - | | |

* ذات دلالة احصائية عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

تشير النتائج في الجدول رقم (28.4) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين إجابات العاملين تعزى إلى متغير الجنس فيما يتعلق بالتغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده، وحيث أن مستوى الدلالة الإحصائية لقيمة (F) أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية المحدد (0.05)، وبالتالي فهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير الجنس. وعليه تثبت صحة الفرضية الفرعية الأولى للفرضية الرئيسية الثانية.

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير الجنس".

ب. اختبار الفرضية الفرعية الثانية (H_{2-2}): تنص الفرضية الفرعية الثانية على ما يلي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير السن".

ومن أجل اختبار الفرضية الفرعية الثانية تم إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم: (29.4) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تبعاً لمتغير السن

| المتغير | مجموع المربعات | درجة الحرية (df) | متوسط المربعات | قيمة (F) المحسوبة | مستوى دلالة F |
|---------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|---------------|
| التغيير التنظيمي | 6.110 | 4 | 1.528 | 13.078 | 0.213 |
| | 43.919 | 376 | 0.117 | | |
| | 50.029 | 380 | - | | |
| جودة الخدمات الصحية | 5.872 | 4 | 1.468 | 13.321 | 0.176 |
| | 41.439 | 376 | 0.110 | | |
| | 47.311 | 380 | - | | |

* ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

تشير النتائج في الجدول رقم (29.4) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين إجابات العاملين تعزى إلى متغير السن فيما يتعلق بالتغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده، وبما أن مستوى الدلالة الإحصائية لقيمة (F) أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية المحدد (0.05)، فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير السن. وعليه نثبت صحة الفرضية الفرعية الثانية للفرضية الرئيسية الثانية.

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير السن".

ج. اختبار الفرضية الفرعية الثالثة (H_{2-3}): تنص الفرضية الفرعية الثالثة على ما يلي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير المستوى التعليمي".

ومن أجل اختبار الفرضية الفرعية الثالثة تم إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم: (30.4) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

| المتغير | مجموع المربعات | درجة الحرية (df) | متوسط المربعات | قيمة (F) المحسوبة | مستوى دلالة F |
|---------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|---------------|
| التغيير التنظيمي | 2.822 | 2 | 1.411 | 11.297 | 0.196 |
| | 47.208 | 378 | 0.125 | | |
| | 50.029 | 380 | - | | |
| جودة الخدمات الصحية | 4.781 | 2 | 2.390 | 21.244 | 0.101 |
| | 42.530 | 378 | 0.113 | | |
| | 47.311 | 380 | - | | |

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

تشير النتائج في الجدول رقم (30.4) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين إجابات العاملين تعزى إلى متغير المستوى التعليمي فيما يتعلق بالتغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده، وبما أن مستوى الدلالة الإحصائية لقيمة (F) أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية المحدد (0.05)، فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير المستوى التعليمي. وعليه نثبت صحة الفرضية الفرعية الثالثة للفرضية الرئيسية الثانية.

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير المستوى التعليمي".

د. اختبار الفرضية الفرعية الرابعة (H_{2-4}): تنص الفرضية الفرعية الرابعة على ما يلي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة".

ومن أجل اختبار الفرضية الفرعية الرابعة تم إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم: (31.4) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تبعاً لمتغير عدد سنوات الخبرة

| المتغير | مجموع المربعات | درجة الحرية (df) | متوسط المربعات | قيمة (F) المحسوبة | مستوى دلالة F |
|---------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|---------------|
| التغيير التنظيمي | 2.557 | 4 | 0.639 | 5.062 | 0.001* |
| | 47.473 | 376 | 0.126 | | |
| | 50.029 | 380 | - | | |
| جودة الخدمات الصحية | 3.282 | 4 | 0.821 | 7.008 | 0.000* |
| | 44.028 | 376 | 0.117 | | |
| | 47.311 | 380 | - | | |

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

تشير النتائج في الجدول رقم (31.4) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين إجابات العاملين تعزى إلى متغير عدد سنوات الخبرة فيما يتعلق بالتغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده، وبما أن مستوى الدلالة الإحصائية لقيمة (F) أقل من مستوى الدلالة الإحصائية المحدد (0.05)، فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة. وعليه نرفض الفرضية الفرعية الرابعة ونقبل الفرضية البديلة:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة".

ولمعرفة وتحديد مصادر الفروق الدالة إحصائياً المتعلقة بالتغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تم استخدام اختبار "LSD" وهو ما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم: (32.4) نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لتحديد الفروق في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تبعاً لمتغير عدد سنوات الخبرة

| المتغير | سنوات الخبرة (I) | سنوات الخبرة (J) | متوسط الفروق (J-I) | مستوى الدلالة |
|------------------|------------------|------------------|--------------------|---------------|
| التغيير التنظيمي | أقل من 05 سنوات | 10-05 سنوات | -0,17920* | 0.001* |
| | | 20-11 سنة | -0,13962* | 0.014* |
| | | 30-21 سنة | -0,20597* | 0.000* |
| | 10-05 سنوات | أقل من 05 سنوات | 0,17920* | 0.001* |
| | | 20-11 سنة | 0,13962* | 0.014* |
| | | 30-21 سنة | 0,20597* | 0.000* |

| | | | | |
|--------|-----------|-----------------|-----------------|---------------------|
| 0.039* | -0,06448* | أقل من 05 سنوات | 31 سنة فأكثر | جودة الخدمات الصحية |
| 0.039* | -0,11239* | 20-11 سنة | أقل من 05 سنوات | |
| 0.000* | -0,19561* | 30-21 سنة | | |
| 0.000* | -0,24699* | 31 سنة فأكثر | | |
| 0.001* | -0,02132* | 30-21 سنة | 10-05 سنوات | |
| 0.039* | 0,11239* | أقل من 05 سنوات | 20-11 سنة | |
| 0.000* | 0,19561* | أقل من 05 سنوات | 30-21 سنة | |
| 0.000* | 0,24699* | أقل من 05 سنوات | 31 سنة فأكثر | |

* ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الإستبيان باستخدام برنامج SPSS

يبتين لنا من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (32.4) أن مصادر الفروق الدالة إحصائياً في تحديد رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده باختلاف عدد سنوات الخبرة كانت كما يلي:

نلاحظ أن عدد سنوات الخبرة (أقل من 05 سنوات، 10-05 سنوات، 11-21 سنة، 21-30 سنة، 30-31 سنة فأكثر) شكلت الفارق في المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) بأبعاده، وكانت هذه الفروق كما يلي:

- أقل من 05 سنوات: الفروقات كانت لصالح الفئات (10-05 سنوات، 11-21 سنة، 21-30 سنة، 30-31 سنة فأكثر).
- 10-05 سنوات: الفروقات كانت لصالح فئة (أقل من 05 سنوات).
- 20-11 سنوات: الفروقات كانت لصالح فئة (أقل من 05 سنوات).
- 30-21 سنوات: الفروقات كانت لصالح فئة (أقل من 05 سنوات).
- 31 سنة فأكثر: الفروقات كانت لصالح فئة (أقل من 05 سنوات).

كما نلاحظ أن عدد سنوات الخبرة (أقل من 05 سنوات، 10-05 سنوات، 11-21 سنة، 21-30 سنة، 30-31 سنة فأكثر) شكلت الفارق في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) بأبعاده، وكانت هذه الفروق كما يلي:

- أقل من 05 سنوات: الفروقات كانت لصالح الفئات (11-21 سنة، 21-30 سنة، 30-31 سنة فأكثر).
- 10-05 سنوات: الفروقات كانت لصالح فئة (أقل من 05 سنوات).
- 20-11 سنوات: الفروقات كانت لصالح فئة (أقل من 05 سنوات).
- 30-21 سنوات: الفروقات كانت لصالح فئة (أقل من 05 سنوات).
- 31 سنة فأكثر: الفروقات كانت لصالح فئة (أقل من 05 سنوات).

هـ. اختبار الفرضية الفرعية الخامسة (H_{2-5}): تنص الفرضية الفرعية الخامسة على ما يلي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجوده الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير نوع المؤسسة الصحية".

ومن أجل اختبار الفرضية الفرعية الخامسة تم إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم: (33.4) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تبعاً لمتغير نوع المؤسسة الصحية

| المتغير | مجموع المربعات | درجة الحرية (df) | متوسط المربعات | قيمة (F) المحسوبة | مستوى دلالة F |
|---------------------|----------------|------------------|----------------|-------------------|---------------|
| التغيير التنظيمي | 3.624 | 1 | 1.812 | 14.758 | 0.223 |
| | 46.406 | 378 | 0.123 | | |
| | 50.029 | 380 | - | | |
| جودة الخدمات الصحية | 4.691 | 1 | 2.346 | 20.804 | 0.183 |
| | 42.619 | 378 | 0.123 | | |
| | 47.311 | 380 | - | | |

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على التحليل الإحصائي لنتائج الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

تشير النتائج في الجدول رقم (33.4) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين إجابات العاملين تعزى إلى متغير نوع المؤسسة الصحية فيما يتعلق بالتغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده، وبما أن مستوى الدلالة الإحصائية لقيمة (F) أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية المحدد (0.05)، فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في رؤية العاملين حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير نوع المؤسسة الصحية، وعليه نثبت صحة الفرضية الفرعية الخامسة للفرضية الرئيسية الثانية.

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعاده تعزى لمتغير نوع المؤسسة الصحية".

المبحث الثالث: مناقشة نتائج الدراسة

من خلال هذا المبحث سنتطرق لمناقشة نتائج الدراسة التي تم التوصل إليها بناء على دراسة أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية. حيث سنناقش في البداية النتائج المتعلقة بالتغيير التنظيمي ثم نقوم بمناقشة النتائج المتعلقة بجودة الخدمات الصحية وأخيراً سنناقش النتائج المتعلقة باختبار فرضيات الدراسة.

المطلب الأول: مناقشة نتائج الدراسة المتعلقة بالتغيير التنظيمي

انطلاقاً من عرض وتحليل النتائج الخاصة بالدراسة الميدانية، توصلنا إلى وجود إدراك مرتفع لدى الأفراد العاملين (الأطباء، الشبه الطبيين، الإداريين) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة للتغيير التنظيمي بأبعاده، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي له (3.49) وبانحراف معياري قدره (0.362)، وأظهرت نتائج التحليل أن تطبيق بعد التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) كان بدرجة مقبولة من وجهة نظر مفردات العينة ويرجع ذلك إلى أثرها الملموس على أرض الواقع والمثلة في التجهيزات

التكنولوجية الحديثة المتوفرة في المؤسسات الصحية والمستخدمة في تقديم الخدمات الصحية كتكنولوجيا الطب عن بعد، بالإضافة إلى استخدام أنظمة الإتصال الحديثة على مستوى المؤسسات الصحية، كما أشارت النتائج إلى أن تطبيق بعد التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) كان هو أيضا بدرجة مقبولة من وجهة نظر مفردات العينة، ويعود ذلك إلى التغيير الذي شهدته الهياكل التنظيمية للمؤسسات الصحية الجديدة والتي أبرزت دور إدارة الموارد البشرية والتكوين على مستوى المؤسسات الصحية من خلال إنشاء مديرية فرعية للموارد البشرية ومكتب للتكوين، كما وضعت الهياكل التنظيمية الجديدة حلا لمشكل صيانة التجهيزات الطبية من خلال إنشاء المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة والتي تكفلت بوضع حلول لهذا المشكل، كما تبين أيضا من خلال النتائج أن تطبيق بعد التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) كان هو الآخر بدرجة مقبولة من وجهة نظر مفردات العينة ويفسر ذلك قبول العاملين بالمؤسسات الصحية لثقافة التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) وعدم مقاومتها وسعيهم لتحقيق أهدافها. في حين نجد أن النتائج أشارت إلى أن تطبيق بعد التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) كان بدرجة متوسطة من وجهة نظر مفردات العينة ويرجع ذلك إلى العجز المسجل في الكوادر البشرية (الأطباء، الشبه الطبيين، الإداريين) في بداية تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، وأيضا عدم كفاية مدة برنامج تكوين الموارد البشرية المتعلق بعملية التغيير التنظيمي، بالإضافة إلى عدم اشراك العاملين في المستويات الوسطى والدنيا في التخطيط لعملية التغيير التنظيمي.

المطلب الثاني: مناقشة نتائج الدراسة المتعلقة بجودة الخدمات الصحية

أشارت النتائج لوجود إدراك مرتفع لدى الأفراد العاملين (الأطباء، الشبه الطبيين، الإداريين) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة لجودة الخدمات الصحية بأبعادها، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي لها (3.66) وبانحراف معياري قدره (0.352)، وتبين من النتائج أن بعد الإستجابة يمتلك متوسط حسابي مرتفع (3.74) مما يشير إلى وجود إستجابة من طرف المؤسسات الصحية لرغبات وحاجات المرضى، كما أن هناك تبسيط في إجراءات العمل لضمان السهولة والسرعة في تقديم الخدمات الصحية للمرضى. كما أشارت النتائج أيضا إلى أن بعد الإعتمادية يمتلك متوسط حسابي مرتفع (3.43) مما يشير إلى التزام المؤسسات الصحية بتقديم الخدمات الصحية في الموعد المحدد وبطريقة صحيحة، بالإضافة إلى تأمين المعلومات الطبية للمرضى في سجلات دقيقة وموثقة بما يساهم في تعزيز نوع من ثقة المرضى في الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الصحية. أيضا النتائج أشارت إلى أن بعد الضمان يمتلك متوسط حسابي مرتفع (3.51) مما يدل على تمتع الكوادر الطبية بالمهارات والخبرات اللازمة، بالإضافة إلى أن السلوك الحسن واللبق للعاملين يغرس الثقة في نفوس المرضى، كما يشعر المرضى بالأمان في التعامل مع المؤسسة الصحية. أيضا النتائج أشارت إلى أن بعد الملموسية يمتلك متوسط حسابي مرتفع (3.95) مما يدل على أن المؤسسة الصحية تتوفر على كل التجهيزات والمعدات الطبية الحديثة وكافة الوسائل الضرورية مثل (سيارات الإسعاف، أسرة كافية للمرضى، الأدوية، التحاليل المخبرية... إلخ)، بالإضافة إلى توفر التخصصات الطبية اللازمة والموقع الملائم للمؤسسات الصحية الذي يسهل من عملية الوصول إليها، وأخيرا أشارت النتائج إلى أن بعد التعاطف يمتلك متوسط حسابي مرتفع (3.67) مما يفسر تميز العاملين بسمة التعاطف مع المرضى والشعور بمشاكلهم والسعي لحلها، كما يمتلكون الدراية الكافية باحتياجات ورغبات المرضى.

المطلب الثالث: مناقشة نتائج الدراسة المتعلقة باختبار الفرضيات

بينت نتائج الدراسة وجود أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده على جودة الخدمات الصحية بأبعادها في المؤسسات الصحية الجزائرية، ومن نتائج تحليل التباين للانحدار المتعدد تم التأكد من صلاحية النموذج لتمثيل العلاقة بين التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية، حيث أشارت النتائج إلى أن المتغيرات الفرعية المستقلة [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] في

هذا النموذج تفسر ما مقداره (31%) من التباين في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)، والباقي يرجع لمتغيرات عشوائية أخرى لم تدخل نموذج الإنحدار، مما يدل على وجود أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الملموسية، التعاطف) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

ونعتقد أن هذه النتائج تتوافق مع ما تم تناوله في الجانب النظري من خلال توضيح أثر مظاهر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث تم إبراز الدور الفعال للتغيير على مستوى كل من الأفراد، التكنولوجيا، الهياكل التنظيمية والثقافة التنظيمية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

كما أن هذه النتيجة تتفق مع دراسة (عبد القادر شارف ولعلا رمضان، 2017) حيث أظهرت نتائجها وجود أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية للمؤسسة العمومية الإستشفائية أحمد بن عجلة بالأغواط. وتتفق أيضا مع دراسة (عبد القادر دبون، 2012) والتي توصلت إلى أن التحسين المستمر يساهم في تفعيل جودة الخدمات الصحية على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف بورقلة. كما تتفق أيضا مع دراسة (عوني فتحي خليل عبيد، 2009) والتي توصلت إلى وجود علاقة تأثير إيجابية بين مجالات التغيير في (الهيكل التنظيمي، التكنولوجيا، الأفراد) وأداء العاملين في مجمع الشفاء الطبي.

خلاصة الفصل الرابع:

من خلال هذا الفصل قمنا بإجراء دراسة ميدانية للتعرف على أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، حيث قمنا بعرض وتحليل نتائج المقابلة التي أجريت مع (38) مديرا ونائب مدير بالمؤسسات الصحية محل الدراسة، بعدها تطرقنا لعرض وتحليل نتائج الإستبيان الموجه لمفردات العينة، وذلك من خلال تحديد الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة والإحصائيات الوصفية لمتغيرات الدراسة، بالإضافة لدراسة نوع العلاقة التي تربط بين المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية). ثم قمنا بقياس أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية محل الدراسة، وذلك من خلال إختبار فرضيات الدراسة التي أظهرت وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)، للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الموسمية، التعاطف) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

الخاتمة العامة

الخاتمة:

جاءت هذه الدراسة كامتداد للدراسات السابقة التي تناولت موضوع التغيير التنظيمي في قطاع الصحة باعتباره من أهم القطاعات التي شهدت تغيرات كبيرة خلال العقدين الأخيرين، تجسدت في شكل العديد من مشاريع الإصلاح للمنظومة الصحية العمومية الجزائرية، كان آخرها التغيير التنظيمي الذي عرفته القطاعات الصحية (SS) من خلال تطبيق مشروع الخارطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH)، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، والذي كان من أهم أهدافه تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية انطلاقا من الفصل بين تسيير المستشفيات والهيكل خارج الإستشفائية، وانتهاء بتقريب الخدمة الصحية من المواطن لتحقيق احتياجاته ورغباته. وعلى ضوء الدراسة النظرية والتطبيقية التي مكنتنا من اختبار الفرضيات المحددة في سياق الإجابة على الإشكالية المطروحة، نحاول في هذه الخاتمة الوقوف على أهم النتائج المتوصل إليها، مع إبداء بعض التوصيات.

1- نتائج الدراسة:

- لقد تم التوصل إلى العديد من النتائج المتعلقة بالجانب النظري والتطبيقي لهذه الدراسة، سيتم تلخيصها في النقاط الآتية:
- أ- نتائج الدراسة النظرية: توصلنا في الجزء النظري من هذه الدراسة للنتائج الآتية:
- موضوع التغيير التنظيمي يبقى من بين المواضيع الحديثة والقابلة للبحث بالرغم من كثرة الأبحاث والدراسات التي تناولته، وهذا نتيجة لتعدد وتزايد حاجة المؤسسات المعاصرة والأفراد إليه وتعدد مجالاته، إستراتيجياته ونماذجه؛
 - يعتبر العنصر البشري من أهم عوامل إنجاح التغيير التنظيمي، من خلال تأييده ودعمه لعملية التغيير من جهة، ومن جهة أخرى قيادته للتغيير مع ما يتطلبه من المهارات والقدرات لتحقيق التغيير؛
 - للتغيير التكنولوجي دور إيجابي في المؤسسة، من خلال مساعدته في سرعة إحداث التغيير وانخفاض تكلفة تطبيقه، بالإضافة إلى تقليص ضياع الوقت والجهد والمعلومات؛
 - للثقافة التنظيمية دور كبير في دعم وتعزيز التغيير التنظيمي، فبدون تأثير قوي لثقافة التغيير المراد إحداثه يصبح التغيير مجرد برنامج جديد يتوقع فشله مسبقا؛
 - التغيير في الهيكل التنظيمي من أكثر المجالات التنظيمية تعرضا للتغيير، وهذا باعتبار إن للهيكل التنظيمي تأثير كبير على دعم عملية التغيير التنظيمي من خلال دوره في تحديد آليات التفاعل والتنسيق وتدفق المعلومات.
 - جودة الخدمات الصحية هي السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة، بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية: الأولى تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية وهي تقدم أفضل الخدمات وفق أحدث الطرق العلمية والمهنية، والثانية تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض ويمكن التحقق منها عن طريق قياس رضا المريض، والثالثة تتركز على تحقيق الجودة من وجهة نظر الإداريين وهي تعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة؛
 - جودة الخدمات الصحية تتحدد من خلال قياس الأبعاد الخمسة الأساسية للجودة المتمثلة في كل من (الإستجابة، الإعتدالية، الضمان، الملموسية والتعاطف)؛
 - جودة الخدمات الصحية هي عملية وليست برنامجاً. إذ ينبغي بدؤها، وتقديمها، وتقييمها، وتحسينها، ورصدها باستمرار، حتى بعد شفاء المريض من مرضه؛

- تحسين جودة الخدمات الصحية هدف استراتيجي تسعى السلطات العمومية إلى تحقيقه من خلال مشاريع إصلاح المنظومة الصحية العمومية في الجزائر؛
- التغيير التنظيمي في المنظومة الصحية العمومية بالجزائر يهدف إلى تحقيق مبدأ العدالة في توزيع الموارد المالية والبشرية والوسائل المادية على المستوى الجهوي والوطني؛
- خفف ظهور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات العمومية الإستشفائية من حدة المشاكل التي كانت تعاني منها المنظومة الصحية العمومية، وذلك من خلال المساهمة في تحقيق معادلة المرفق الصحي العام القائمة على الإستمرارية، العدالة والحيادية، وكذا مبدأ تدرج العلاج المنصوص عليه في التشريعات الصحية المختلفة؛
- إن تبني أسلوب إدارة الجودة الشاملة الصحية لم يعد مجرد نظرية إدارية جديدة وإنما أصبح ضرورة ملحة وذلك لضمان تحسين وتطوير الأداء بصورة مستمرة، وتقديم خدمات صحية متميزة؛
- تطبيق الخارطة الصحية الجديدة يهدف إلى الفصل بين الهياكل الإستشفائية والهياكل خارج الإستشفائية من جهة، وتقريب الخدمة الصحية الجوارية من المواطن من جهة أخرى؛

ب- نتائج الدراسة التطبيقية: بناء على ما تم التطرق إليه في الجانب التطبيقي، والذي اختبرنا فيه الفرضيات الرئيسية للدراسة والفرضيات الفرعية المنبثقة عنها تم التوصل للنتائج الآتية:

أولاً: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى وفرضياتها الفرعية

- بينت النتائج التي تم التوصل إليها والمتعلقة بالفرضية الرئيسية الأولى (H_1) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة حول أثر التغيير التنظيمي بأبعاده على تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعاده، وعليه تم قبول الفرضية "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعاده (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان، الملموسية، التعاطف) بالمؤسسات الصحية محل الدراسة" حيث أشارت نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى إلى أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة يرون بأن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة ساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية بأبعاده المختلفة. وانطلاقاً من النتائج المتوصل إليها تم بناء نموذج التنبؤ بتحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام أبعاد التغيير التنظيمي [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] وعليه تمكنا من تشكيل معادلة الإنحدار المتعدد لجودة الخدمات الصحية على النحو الآتي:

$$Y_1 = 1.599 + 0.102X_1 + 0.205X_2 + 0.252X_3 + 0.015X_4$$

- كما أشارت نتائج الفرضية الفرعية الأولى (H_{1-1}) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة حول أثر التغيير التنظيمي بأبعاده على تحسين الإستجابة، وعليه تم قبول الفرضية الصفرية "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الإستجابة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة". وقد بينت النتائج أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة يرون بأن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة أدى إلى تسهيل إجراءات العمل بصورة ملحوظة بما يساهم في

تسريع وتيرة تقديم الخدمات الصحية، كما أوجد لدى العاملين استعداداً لمساعدة المرضى وسرعة في الاستجابة لطلباتهم المختلفة.

■ أما نتائج الفرضية الفرعية الثانية (H_{1-2}) فقد أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة حول أثر التغيير التنظيمي بأبعاده على تحسين الإجماعية، وعليه تم قبول الفرضية الصفرية "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الإجماعية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة". وقد بينت النتائج أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة يرون بأن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة أدى للالتزام بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة وبطريقة صحيحة، بالإضافة إلى السرعة في إيجاد حلول لمشاكل واستفسارات المرضى، كما ساهم في كسب نوع من الثقة لدى المرضى في الخدمات الصحية المقدم لهم.

■ كما أشارت نتائج الفرضية الفرعية الثالثة (H_{1-3}) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة حول أثر التغيير التنظيمي بأبعاده على تحسين الضمان، وعليه تم قبول الفرضية الصفرية "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الضمان بالمؤسسات الصحية محل الدراسة". وقد بينت النتائج أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة يرون بأن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة أدى لشعور المرضى بالأمان في تعاملهم مع العاملين بالمؤسسات الصحية بسبب حسن خلقهم، كما ساهم في توفر المؤسسات الصحية على سجلات دقيقة للمحافظة على سرية معلومات المرضى، بالإضافة إلى تمتع الموارد البشرية على مستوى المؤسسات الصحية بالمهارات والخبرات اللازمة.

■ أما نتائج الفرضية الفرعية الرابعة (H_{1-4}) فقد أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة حول أثر التغيير التنظيمي بأبعاده على تحسين الملموسية، وعليه تم قبول الفرضية الصفرية "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين الملموسية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة". وقد بينت النتائج أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة يرون بأن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة ساهم في توفر المؤسسات الصحية على معدات وأجهزة طبية حديثة، بالإضافة إلى توفير وسائل الدعم والخدمات المرافقة، كما أدى لحرص العاملين على النظافة وحسن المظهر على النظافة وحسن المظهر.

■ وبالنسبة لنتائج الفرضية الفرعية الخامسة (H_{1-5}) فقد أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة حول أثر التغيير التنظيمي بأبعاده على تحسين التعاطف، وعليه تم قبول الفرضية الصفرية "لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية للتغيير التنظيمي بأبعاده [التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)] على تحسين التعاطف بالمؤسسات الصحية محل الدراسة". وقد بينت النتائج أن العاملين بالمؤسسات الصحية محل الدراسة يرون بأن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة ساهم في امتلاك العاملين بالمؤسسات الصحية للمعرفة

والدراية برغبات المرضى، بالإضافة لشرحهم المشاكل الصحية للمرضى بطرق سهلة الفهم، كما أدى لانسجامهم باللفظ واللباقة مع المرضى وحرصهم على الإصغاء لشكاوي المرضى وانشغالهم.

ثانياً: نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية وفرضياتها الفرعية

- أكدت النتائج التي تم التوصل إليها والمتعلقة بالفرضية الرئيسية الثانية (H_2) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي ونوع المؤسسة الصحية)، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة المهنية، وهذا بعد اختبار فرضياتها الفرعية التي جاءت نتائجها كالتالي:
- بالنسبة لنتائج الفرضية الفرعية الأولى (H_{2-1}) فقد أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى لمتغير الجنس، وعليه تم قبول الفرضية الصفرية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى لمتغير الجنس".
- أما بالنسبة لنتائج الفرضية الفرعية الثانية (H_{2-2}) فقد أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى لمتغير السن، وعليه تم قبول الفرضية الصفرية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى لمتغير السن".
- كما أشارت نتائج الفرضية الفرعية الثالثة (H_{2-3}) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى لمتغير المستوى التعليمي، وعليه تم قبول الفرضية الصفرية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى لمتغير المستوى التعليمي".
- أما بالنسبة لنتائج الفرضية الفرعية الرابعة (H_{2-4}) فقد أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة المهنية، وعليه تم رفض الفرضية الصفرية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة المهنية" وقبول الفرضية البديلة التي مفادها "توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى لمتغير عدد سنوات الخبرة المهنية" حيث أن سنوات الخبرة (أقل من 05 سنوات، 05-10 سنوات، 11-21 سنة، 21-30 سنة، 31 سنة فأكثر) شكلت الفارق.
- وبالنسبة لنتائج الفرضية الفرعية الخامسة (H_{2-5}) فقد أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى لمتغير نوع المؤسسة الصحية، وعليه تم قبول الفرضية الصفرية "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية من وجهة نظر مفردات عينة الدراسة حول التغيير التنظيمي بأبعاده وجودة الخدمات الصحية بأبعادها تعزى لمتغير نوع المؤسسة الصحية".

2- توصيات الدراسة:

سعيًا إلى تحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية وبناءً على ما تم التوصل إليه من نتائج فإنه يمكن استخلاص جملة من التوصيات نوردتها كالآتي:

- إشراك جميع الفاعلين في قطاع الصحية في عملية التخطيط لمشاريع الإصلاح المستقبلية للمنظومة الصحية العمومية، بهدف ضمان تقبلهم لعمليات التغيير وتحقيقهم لأهداف مشاريع الإصلاح؛
- ترشيد نفقات العلاج الصحي وضمان تحقيق توازن مالي أحسن للهياكل الإستشفائية والهياكل خارج الإستشفائية، وهذا في إطار تسيير عصري وحديث؛
- تقنين النشاط التكميلي للممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية لما له من انعكاسات سلبية على حسن تسيير المصالح الإستشفائية بالمؤسسات الصحية؛
- قيام الجهات الوصية بوضع المعايير والمؤشرات القياسية المناسبة لتحسين فعالية وجودة الخدمات الصحية على مستوى المنظومة الصحية الجزائرية، وذلك من خلال إصدار دليل للجودة يحدد معايير الأنشطة والمهام الطبية والفنية والإدارية؛
- ترقية مفهوم الصحية الجوارية بغية الوصول إلى تحقيق مبدأ العلاج المتدرج لجميع المواطنين؛
- لا بد على مقدمي الخدمات الصحية أن يكونوا مثقفين ومدربين جيداً ويتمتعون بقدرات ومؤهلات تقنية رفيعة المستوى لمواجهة التحديات اليومية المتمثلة في تلبية احتياجات وتطلعات المرضى؛
- تنظيم العلاقة التي تربط بين المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية في شكل مراسيم وقواعد تنظيمية تحكم العلاقة بينهما حتى لا يكون المريض ضحية لغموض هذه العلاقة؛
- التنسيق بين سياسة تكوين الموارد البشرية الصحية وسياسة بناء الهياكل الصحية بما يساهم في إحداث التوازن بينهما؛
- ترقية الوعي الثقافي لدى المجتمع من أجل الوصول به للإدراك الجيد لأهداف الخارطة الصحية الجديدة، وبالتالي دفعه إلى المساهمة في تحقيق هذه الأهداف؛
- العمل على مراجعة برامج التكوين وتكييفها خاصة في مجال التسيير، وتقنيات الاتصال لتمكين مدراء المؤسسات الصحية من التحكم في زمام الأمور، وتحقيق التسيير الفعال بها، بالإضافة إلى الرفع من النسبة المخصصة للتكوين ضمن الميزانية الكلية لقطاع الصحة؛
- على وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الإصغاء إلى الشكاوى المقدمة من موظفي المؤسسات العمومية للصحة والعمل على إيجاد الحلول المرضية؛
- إعطاء امتيازات أكثر للموظفين الصحيين من أجل العمل في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن من أجل ترقية مستوى جودة الخدمات الصحية بها؛
- استحداث جائزة وطنية لأفضل مؤسسة صحية تعمل طبقاً للمعايير العلمية لجودة الخدمات الصحية، تمنح كل سنة في مؤتمر علمي خاص بالجودة؛
- تعزيز التكامل بين القطاع العام (المؤسسات الصحية العمومية) والقطاع الخاص (المؤسسات الصحية الخاصة)، من أجل توزيع عبء تقديم الخدمات الصحية بينهما بما يساهم في تحقيق السياسة الصحية الوطنية لأهدافها؛

- وضع تقييم دقيق وشامل للخارطة الصحية الحالية بعد مرور أكثر من عقد على تطبيقها لمعرفة جوانب القوة فيها والعمل على تعظيمها من جهة، ومعرفة جوانب الضعف فيها والعمل على تقليلها من جهة أخرى؛
- دعم البحوث الصحية التي من شأنها المساهمة في تحسين جودة الخدمات الصحية.

3- آفاق الدراسة:

لقد حاولنا من خلال ما تم عرضه معالجة الموضوع حسب المعلومات والمعطيات المتوفرة والتي أمكن الحصول عليها، والحقيقة التي توصلنا إليها أن الموضوع جد متشعب ويحتاج إلى تفصيل كبير، لذا فإننا نعتبر دراستنا هذه كقاعدة يمكن الانطلاق منها لبناء مواضيع أخرى ذات علاقة بما يمكن أن تسهم أكثر في إثراء البحث العلمي في ميدان التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية، وفيما يلي سنقدم بعض المواضيع المقترحة للبحث على أمل أن تلفت أنظار الباحثين لمعالجتها:

- ✓ أثر تطبيق الاعتمادية على تحقيق جودة الخدمات الصحية؛
- ✓ دور التغيير الثقافي في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية؛
- ✓ دور نظام التعاقد في تحقيق جودة الخدمات الصحية؛
- ✓ دراسة تحليلية لواقع المنظومة الصحية الجزائرية؛
- ✓ أثر إدارة التغيير على جودة الخدمات الصحية بالمركز الإستشفائية الجامعية الجزائرية؛
- ✓ أثر التغيير التنظيمي على تحسين أداء العاملين بالمؤسسات الصحية الجزائرية.

قائمة المراجع

I. الكتب:

1. ابراهيم كشت، ومظات إدارية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 1999.
2. إبراهيم مصطفى وآخرون، المعجم الوسيط، المكتبة الإسلامية للطباعة والنشر والتوزيع، تركيا، 1989.
3. أحمد صلاح الطيب، إدارة المستشفيات، المصرية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2016.
4. أحمد ماهر، السلوك التنظيمي، "مدخل بناء المهارات"، الدار الجامعية، الطبعة السابعة، القاهرة، 2000.
5. أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية/ معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، مصر، 2006.
6. أحمد يوسف دودين، إدارة التغيير والتطوير التنظيمي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، 2014.
7. أمل مصطفى عصفور، قيم و معتقدات الأفراد و أثرها على فاعلية التنظيم، منشورات المؤسسة العربية للتنمية الإدارية، 2008.
8. أندرو دي سيزولاقي ومانك جي والاس، ترجمة أبو القاسم أحمد، السلوك التنظيمي والأداء، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1999.
9. بشير محمد، الثقافة والتسيير في الجزائر"بحث في تفاعل الثقافة التقليدية والثقافة الصناعية"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2007.
10. بلال خلف السكارنه، التطوير التنظيمي والإداري، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، 2013.
11. ثابت عبد الرحمن إدريس، المدخل الحديث في الإدارة العامة، الدار الجامعية، مصر، 2003.
12. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
13. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية، الأردن، 2005.
14. حسان محمد نذير حرسثاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية، 1990.
15. حسن إبراهيم بلوط، المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، لبنان، 2005.
16. حسن محمد أحمد محمد مختار، إدارة التغيير التنظيمي"المصادر والإستراتيجيات" الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، الطبعة الثالثة، القاهرة، مصر، 2014.
17. خليل محمد حسن الشماع، خضير كاظم محمود، نظرية المنظمة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الثانية، الأردن، 2005.
18. راوية حسن، السلوك التنظيمي المعاصر، مصر، الدار الجامعية، 2002.
19. رجي مصطفى عليان، إدارة التغيير، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2015.
20. رعد الصرن وأيمن ديوب، نظرية المنظمة والتطوير التنظيمي، منشورات جامعة دمشق، دمشق، سوريا، 2015.

21. زيد منير عبوي، إدارة التغير والتطوير، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2007.
22. سعيد حميد الديلمي، قيادة التغيير في المنظمات، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2016.
23. سعيد سالم القحطاني وآخرون، منهج البحث العلمي في العلوم السلوكية مع تطبيقات (SPPS)، المكتبة الوطنية، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2000، ص. 269.
24. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2007.
25. سيد سالم عرفة، اتجاهات حديثة في إدارة التغيير، دار الراجية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2012.
26. السيد عليوة، إدارة التغيير ومواجهة الأزمات، دار الأمين، الطبعة الأولى، القاهرة، 2005.
27. صلاح الدين محمد عبد الباقي، السلوك التنظيمي "مدخل تطبيقي معاصر"، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2003.
28. صلاح محمود ذياب وعبد الإله سيف الدين ساعاتي، إدارة المستشفيات "منظور شامل"، دار الفكر ناشرون وموزعون، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2012.
29. طارق السويدان، منهجية التغيير للمنظمات، دار ابن حزم، الطبعة الأولى، بيروت، لبنان، 2001.
30. طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2004.
31. طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، الطبعة الثانية، مصر، 2006.
32. عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998.
33. عبد الرحمن بن ناصر السعدي، تيسير الكريم الرحمان في تفسير كلام المنان، مكتبة الصفاء، الطبعة الأولى، القاهرة، 2002.
34. عبد الرحمن توفيق، التغيير "أدوات تحويل الأفكار إلى نتائج، مركز الخبرات المهنية للإدارة بميك، القاهرة، الطبعة الثالثة، 2009.
35. عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2008.
36. عبد العزيز بن حبيب نياز، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، وزارة الصحة، الرياض، 2005.
37. عبد العزيز صالح بن حبتور، الإدارة الاستراتيجية "إدارة جديدة في عالم متغير"، دار المسيرة، الطبعة الأولى، عمان، 2004.
38. عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2003.
39. علي شريف، الإدارة المعاصرة، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2003.
40. علي شريف، ومحمد سلطان، مدخل معاصر في مبادئ الإدارة، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1998.
41. غالب محمود سنجق وموسى أحمد خير الدين، مبادئ الإدارة في المنظمات الصحية، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2015.
42. غياث بوفلحة، مبادئ التسيير البشري، دار الغرب للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة، الجزائر، 2008.

43. فتحي أحمد ذياب عواد، إدارة الأعمال الحديثة بين النظرية والتطبيق، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2013.
44. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الرابعة، عمان، الأردن، 2012.
45. فريد كورتل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر، الأردن، 2009.
46. فلاح حسن عداي الحسيني، الإدارة الإستراتيجية، مفاهيمها مداخلها عملياتها المعاصرة، دار وائل للنشر، عمان، 2006.
47. فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.
48. قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
49. محسن أحمد الخضيرى، إدارة التغيير، مدخل اقتصادي للسيكولوجية الإدارية للتعامل مع متغيرات الحاضر لتحقيق التفوق والامتياز الباهر في المستقبل للمشروعات، دار الرضا للمعلومات، الطبعة الأولى، دمشق، 2003.
50. محمد الصيرفي، إدارة التغيير، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2008.
51. محمد بن يوسف النمران العطيات، إدارة التغيير والتحديات العصرية للمدير، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2006.
52. محمد شفيق، البحث العلمي - الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الإجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، مصر، 2001.
53. محمد ولد قادة، المنظومة الصحية الوطنية تقديمها وتركيبها، سلسلة التسيير الإستشفائي البكري، الجزء الأول، الجزائر، 2017.
54. محمود سليمان العميان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، دار وائل للنشر، عمان، 2005.
55. منال طلعت محمود، أساسيات في علم الإدارة، مصر: المكتب الجامعي الحديث، 2003.
56. موسى اللوزي، التنمية الإدارية، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية، عمان، 2002.
57. ناجي سمحان، إدارة المستشفيات، دار أجد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2016.
58. ناصر جردات وآخرون، إدارة التغيير والتطوير، دار إثراء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2013.
59. نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2012.
60. نيجل كينج، نيل أندرسون ترجمة حسني محمود حسن، إدارة أنشطة الابتكار والتغيير دليل انتقادي للمنظمات، دار المريخ للنشر، الرياض، 2004.

II. الرسائل والأطروحات الجامعية:

1. أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة (T.Q.M) في المؤسسات الفندقية في الجزائر، أطروحة دكتوراه العلوم في العلوم الإقتصادية تخصص إدارة أعمال، جامعة الجزائر، الجزائر، 2007-2008.

2. أحمد ضيف، تكنولوجيا المعلومات والاتصال كمدخل لتفعيل إدارة التغيير بالمؤسسة الاقتصادية " حالة المؤسسة الجزائرية مجمع اتصالات الجزائر نموذجاً"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة أبي بكر بلقايد سطيف، 2012-2013.
3. الهام يحيوي ويليلى بوحديد، تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها -دراسة ميدانية في المؤسسات الإستشفائية الخاصة بباتنة-، مجلة الباحث، المجلد 14، العدد 14، جامعة قاصدي مباح ورقلة، الجزائر، 2014.
4. دلال السويسي، قياس كفاءة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات دراسة مقارنة (القطاع العام - القطاع الخاص) أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير تخصص: أنظمة المعلومات ومراقبة التسيير جامعة قاصدي مباح بوقرلة، 2017.
5. رشيد سعيدان، دور التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية-دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية العمومية بشار-، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2010-2011.
6. ريمة أوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية-دراسة حالة المراكز الإستشفائية الجامعية للشرق الجزائري-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) في علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2017-2018.
7. سعاد مزرق، دور جودة الخدمة الصحية في التنمية البشرية المستدامة "دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحيي جيجيل"، مذكرة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير تخصص الإدارة الإستراتيجية للتنمية المستدامة، جامعة سطيف 01، 2012-2013.
8. سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية - دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية-، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة دكتوراه في العلوم التجارية فرع تسويق، جامعة الجزائر 03، 2011-2012.
9. عائشة عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية -دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية سعيدة-، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير تخصص تسويق دولي، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، 2011-2012.
10. عائشة واله، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية، مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسويق، جامعة الجزائر 3، 2010-2011.
11. عبد الرزاق حميدي، أثر إدارة الجودة الشاملة في تطوير تنافسية البنوك- مع الإشارة لحالة الجزائر-، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص إدارة تسويقية، جامعة محمد بوقرة بومرداس، الجزائر، 2013-2014.
12. عبد المنعم بن فرحات، أهمية اختيار المسير في تحقيقي أهداف السياسة الصحية، مذكرة ماجستير، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر، بسكرة، بدون سنة نشر.

13. عمر خروبي بزار، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2010-2011.
14. ليلي عياد، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك دراسة امبريقية على بعض المؤسسات الصحية الإستشفائية بولاية ادرار باستخدام نموذج المعادلات الهيكلية (للفترة 2016/2015) أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم تخصص تسويق، جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2015-2016.
15. ليندة رقام ، دور إدارة الموارد البشرية في تسيير التغيير في المؤسسات الاقتصادية الكبرى في ولاية سطيف ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة سطيف 1، 2013-2014.
16. محمد بن عبد العزيز العميرة، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض، دراسة مقدمة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2003.
17. محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2016-2017.
18. محمودي قادة مختار، استراتيجية التغيير كرهان للتنافسية بالمؤسسة، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم، جامعة ابي بكر بلقايد -تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2014-2015.
19. مختار ويسى، اتجاهات العاملين نحو التغيير التنظيمي وعلاقتها بالولاء التنظيمي والأداء وبالرضا الوظيفي، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس، جامعة دمشق، كلية التربية، سوريا، 2009.
20. مصباح عبد الهادي حسن الدويك، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية و الطبية- دراسة تطبيقية على مستشفى غزة الأوروبي-، بحث استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين، 2010.
21. نادية خريف، تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية- دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر -بسكرة- ، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2007-2008.
22. نبيل حميدشة، المقابلة في البحث الاجتماعي، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد 08، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، جوان 2012، ص. 99.
23. نبيلة كحيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير تخصص تسيير موارد بشرية، جامعة منتوري قسنطينة، 2008-2009.
24. نجاة بحدادة ، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية "دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية"، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية تخصص بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة أبي بكر بلقايد بتلمسان، 2011-2012.

25. نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية "دراسة ميدانية"، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011-2012.
26. وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها -دراسة ميدانية بولاية باتنة-، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) في علوم التسيير شعبة تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2015-2016.
27. وفاء يحي بنات، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على الأداء الوظيفي - دراسة تطبيقية على مجمع الشفاء الطبي بغزة-، رسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير، أكاديمية الإدارة والسياسة للدراسات العليا- غزة، فلسطين، 2014.
- III. المجالات والمنشورات:**
1. أحمد محمد المالكي، متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة، مجلة التنمية البشرية والتعليم للأبحاث التخصصية، المجلد 04، العدد 01، المعهد العلمي للتدريب المتقدم والدراسات، كوالا لمبور، ماليزيا، 2018.
2. إضفاء الطابع المؤسسي على ضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية الأولية مسؤولية مشتركة، منظمة الصحة العالمية، الدورة 47، اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، جويلية 2000.
3. آلاء حسيب الجليلي، وآخرون، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية-دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، المجلة العراقية للعلوم الإدارية، المجلد 06، العدد 19، جامعة تكريت، العراق، 2010.
4. أمال العربي بن حورة وعلي مكيد، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كمدخل لتحسين جودة خدماتها- دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالمدينة-، مجلة الإستراتيجية والتنمية، المجلد 07، العدد 12، جامعة عبد الحميد بن باديس بمستغانم، الجزائر، 2017.
5. بن تريح بن تريح وعيسى معزوي، أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز - دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية أحمديدة بن عجيلة بالأغواط-، مجلة العلوم الإدارية والمالية، المجلد 02، العدد 01، جامعة حمة لخضر بالوادي، الجزائر، 2018.
6. حسام نعيم النفار، أثر تعزيز ثقافة الجودة بالممارسات الأخلاقية على تحقيق التميز للجامعات-دراسة تطبيقية على الجامعات الفلسطينية-، مجلة كلية فلسطين التقنية، العدد 03، كلية فلسطين التقنية، دير البلح، فلسطين، 2016.
7. الحسن ربحي، التخطيط للتغيير: مدخل للتنمية الإدارية، مجلة معهد الإدارة العامة، العدد 27، الرياض، السعودية، 2007.
8. حسن رحيم، علاوي عبد الفتاح، أثر أبعاد التغيير التنظيمي على أداء العاملين- دراسة حالة شركة سونلغاز وحدة الأغواط-، مجلة رؤى اقتصادية، العدد 05، جامعة حمة لخضر بالوادي، الجزائر، 2013.

9. حسين حسن علي ودنيا كريم حسن، استخدام بعض أدوات ضبط الجودة في تحسين جودة الخدمة الصحية- دراسة استطلاعية لآراء ثلاث عينات في مستشفى الكاظمية التعليمي، المجلة العراقية للعلوم الإدارية، المجلد 09، العدد 36، جامعة كربلاء، العراق، 2013.
10. حميدة بن حميدة، تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالبولني، عنابة، مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد 50، جامعة باجي مختار بعنابة، الجزائر، 2017.
11. حنان عبد الرحيم الأحدي، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها معهد الإدارة العامة، المجلد 40، العدد 03، الرياض، المملكة العربية السعودية، أكتوبر 2000.
12. رحيمة حوالف، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الانجازات والصعوبات، مجلة المؤسسة، العدد 06، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2017.
13. رضوان أتساعد، أثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمنظمات الصحية، مجلة الريادة لإقتصاديات الأعمال، المجلد 01، العدد 01، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، الجزائر، 2015.
14. سعاد شراير وعلي حميدوش نصري، تكنولوجيا المعلومات والاتصال ودورها في تحسين مستوى الخدمات الصحية، مجلة الإقتصاد الجديد، المجلد 01، العدد 16، جامعة الجيلالي بونعامة بجميس مليانة، الجزائر، 2017.
15. سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر الإقتصادية، العدد الأول، جامعة طاهري محمد بشار، الجزائر، 2014.
16. سعيدة رحامية، واقع التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في ولاية قسنطينة، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 43، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2016.
17. سميحة بوحفص وسليم بن رحمون، نظام إدارة الجودة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية لتحقيق رضا المريض، مجلة الخلدونية في العلوم الإقتصادية، العدد 03، جامعة ابن خلدون تيارت، الجزائر، 2018.
18. شادية رحاب ومحمد عبد المنعم بريش، المجتمع المدني آلية لتفعيل جودة الخدمات، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية، العدد 11، جامعة الحاج لخضر باتنة 1، الجزائر، 2017.
19. شرف الدين زديرة، دراسة تحليلية لنوعية خدمات الرعاية الصحية باستخدام مؤشرات الجودة من وجهة نظر مقدمي الخدمة بالمستشفى الجامعي ابن باديس- قسنطينة-، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد 18، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2015.
20. ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية الأولية، مسؤولية مشتركة "الإتجاهات الراهنة والمستجدة في مجال ضمان الجودة وتحسينها"، منظمة الصحة العالمية، الدورة 47، اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط، جويلية 2000، القاهرة.
21. طه مدني طواهرير، رشيد مناصرية، زينب شطبية، التغيير التنظيمي وأثره على رضا العاملين- دراسة ميدانية بمؤسسة اتصالات الجزائر بالأغواط- مجلة الدراسات الكمية، العدد 03، جامعة قاصدي مرباح بورقلة، الجزائر، 2017.
22. عامر عبد اللطيف كاظم العامري، أثر ثقافة الجودة في الأداء المتميز- دراسة تحليلية مقارنة بين عينة من المنظمات الخدمية والإنتاجية العاملة في بغداد-، مجلة الدنانير، العدد 09، الجامعة العراقية، العراق، 2016.

23. عائشة بن علي ونوري منير، واقع تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاقتصادية الجزائرية- دراسة تطبيقية على عينة من المؤسسات الاقتصادية بولاية غليزان-، مجلة الإستراتيجية والتنمية، المجلد 07، العدد 12، جامعة عبد الحميد بن باديس بمستغانم، الجزائر، 2017.
24. عبد السلام مخلوئي، مباركة عبدلي، فعالية نموذج VIGEO في قياس الأداء البيئي "دراسة حالة مؤسسات جزائرية"، مجلة الدراسات المالية، المحاسبية والإدارية، العدد الثاني، جامعة العربي بن مهيدي بأم البواقي، الجزائر، 2014.
25. عبد القادر شارف ولعلا رمضاني، أثر إدارة التغيير على جودة الخدمة الصحية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية أحمد بن عجيل بالآغواط-، مجلة الباحث، العدد 17، جامعة قاصدي مرباح بورقلة، الجزائر، 2017.
26. عبد الله بن مسفر الوقداني، القيادة والبيروقراطية، مجلة الأكاديمية للدراسات الإجتماعية والإنسانية، العدد 20، جامعة حسيبة بن بوعلي الشلف، 2018.
27. عبد القادر دبون، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية -دراسة المؤسسة الإستشفائية محمد بوضياف بورقلة-، مجلة الباحث، العدد 11، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2012.
28. عمار بن عيشي، 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 زيان عاشور بالجلفة، الجزائر، 2017.
29. فهيمة بدسي، وآخرون، جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، مجلة الإقتصاد والمجتمع، العدد 07، جامعة قسنطينة 02، الجزائر، 2011.
30. فوزي شعبان مذكور، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد 03، جامعة عين شمس، القاهرة، 1997.
31. محمد بن سعيد العمري، أثر التغيير التنظيمي على التميز التنظيمي - دراسة تطبيقية في القطاع الخاص السعودي، المجلة العربية للإدارة، المجلد 37، العدد 04، ديسمبر 2017.
32. محمد مكناسي، أسباب مقاومة العاملين للتغيير التنظيمي بوحدات الحماية المدنية، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد ب، العدد 42، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة قلمة، 2014.
33. 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، جامعة الأردن، الأردن، 2015.
34. مريزق عدمان، دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 25، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2012.
35. معمر قرية، القيادة مصدر لترسيخ أخلاقيات الأعمال في المنظمة، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، المجلد 11، العدد 2، جامعة غرداية، 2018.

36. ميساء مصطفى بنى سلامة، رقية قاسم البدارين، دور عملية التدريب في التغيير التنظيمي في شركات الإتصالات الأردنية العاملة في محافظة اربد، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، الجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين، 2016.
37. نفيسة نصري وأخرون، ثقافة المنظمة ومدى فعالية التغيير الثقافي في تطبيق الجودة الشاملة، مجلة البدر، المجلد 03، العدد 10، جامعة طاهري محمد بشار، الجزائر، 2011.
38. ياس السلطاني وحسن زندان، تقييم أهمية استخدام السجل الصحي الإلكتروني، مجلة الشمال للعلوم الأساسية والتطبيقية، المجلد 01، العدد 01، جامعة الحدود الشمالية، المملكة العربية السعودية، 2016.
- IV. مؤتمرات وملتقيات:
1. الطيب داودي، محبوب مراد، إدارة التغيير كمدخل لاستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال في منظمات الأعمال، الملتقى الدولي حول: الإبداع والتغيير التنظيمي في المؤسسات الحديثة، جامعة سعد دحلب البليدة، الجزائر، 2011.
2. العربي تيقاوي، دور التغيير التنظيمي في تطوير الابتكار في المنظمات الحديثة من وجهة نظر العاملين في منظمات الاتصالات الجزائرية- دراسة ميدانية تحليلية - الملتقى الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية، جامعة سعد دحلب، البليدة، الجزائر، 18 و 19 ماي 2011.
3. تغريد صالح سعيفان، أحمد عينان الطيط، ممارسة استراتيجيات التغيير لمواجهة الأزمات وأثرها على الأداء المؤسسي-دراسة ميدانية على القطاع المصرفي الأردني، المؤتمر العلمي الدولي السابع حول تداعيات الأزمة الاقتصادية العالمية على منظمات الأعمال، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الزرقاء الخاصة، الأردن، 3-5 نوفمبر 2009.
4. عاشور مزريق، إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، الملتقى العلمي الوطني حول إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة د. مولاي الطاهر سعيدة، الجزائر، 07 و 08 ديسمبر 2010.
5. عبد الله بندي وعلة مراد، التغيير "قراءة مفاهيمية دلالية"، الملتقى الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية، جامعة سعد دحلب، البليدة، الجزائر، 18 و 19 ماي 2011.
6. على السلمي، ملامح الإدارة الجديدة في عصر المتغيرات وانعكاساتها على إدارة التغيير، الملتقى الإداري الثالث، الجمعية السعودية للإدارة، السعودية، 2005.
7. يوسف بودة وسيد أحمد حاج عيسى، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة على مؤسسات الخدمات الصحية العمومية، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الوطني حول إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة د. مولاي الطاهر مولاي سعيدة، الجزائر، يومي 07 و 08 ديسمبر 2010.
- V. المواقع الإلكترونية:

1. ثقافة المؤسسات في الابتكار، متاح على الموقع الإلكتروني:

<http://www.mawhiba.org/EBTEKAR/EBTEKAR2-0-0EBTEKAR2-1>

2. رجاء السهلي، معوقات تطبيق الجودة في المستشفيات الحكومية، مجلة الجودة الصحية، متاح على الموقع الإلكتروني:

<http://m-quality.net/?p=13386>

3. جمال محمد غيطاس، تكنولوجيا المعلومات والمنشآت الصحية قاصرة، متاح على الموقع الإلكتروني:

http://hosamred.blogspot.com/2006/12/blog-post_14.html

4. موقع وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، متاح على الموقع الإلكتروني:

<http://www.sante.dz>

VI. التشريعات والتقارير:

1. الجريدة الرسمية، العدد 87، الصادرة بتاريخ 27 رجب 1415 هـ الموافق لـ 31 ديسمبر 1994 م.
2. الجريدة الرسمية، العدد 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول 1418 هـ الموافق لـ 16 جويلية 1997 م.
3. الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادرة بتاريخ 10 شعبان 1418 هـ الموافق لـ 10 ديسمبر 1997 م.
4. الجريدة الرسمية، العدد 34، الصادرة بتاريخ 27 محرم 1419 هـ الموافق لـ 24 ماي 1998 م.
5. الجريدة الرسمية، العدد 48، الصادرة بتاريخ 14 جمادى الثانية 1424 هـ الموافق لـ 13 أوت 2003 م.
6. الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 03 جمادى الأولى 1428 هـ الموافق لـ 19 ماي 2007 م.
7. الجريدة الرسمية، العدد 58، الصادرة بتاريخ 22 شوال 1430 هـ الموافق لـ 11 أكتوبر 2009 م.
8. الجريدة الرسمية، العدد 13، الصادرة بتاريخ 25 ربيع الأول 1432 هـ الموافق لـ 28 فبراير 2011 م.
9. الجريدة الرسمية، العدد 63، الصادرة بتاريخ 27 ذي الحجة 1432 هـ الموافق لـ 23 نوفمبر 2011 م.
10. الجريدة الرسمية، العدد 79، الصادرة بتاريخ 22 ربيع الثاني عام 1440 هـ الموافق لـ 30 ديسمبر سنة 2018 م، المتضمنة قانون المالية لسنة 2019.
11. الديوان الوطني للإحصائيات الجزائر بالأرقام: نتائج 2016/2015/2014، عدد 47، نشرة 2017، الجزائر، 2017.

ثانيا: باللغات الأجنبية:

I. الكتب (Ouvrages):

1. A.Jacquerye, la qualité des soins infirmiers, Implantation, évaluation, accréditation, Editions Maloine, 1999.
2. Bailly AF et Bourgeois D et Autres, Comportements humains et management, Ed° Pearson Education, Paris, 2003.
3. Cartin Johansson, Key Findings in Discourse on Organizational Change, Paper Submitted to the International Communication Association Conference, Chicago, USA, May 2009.
4. Chavel Thierry, La conduite humaine du changement Comment la réussir: de la parole aux actes, Ed° Dunod, Paris, 2000.

5. D. Michel et autres, Marketing Industriel: Stratégie et Mise en Oeuvre, Paris, Economica, 2ème édition, 2000, P . 373
6. D. PETTIGREW et autres, Le Marketing, Québec (Canada), MC Graw- Hill, 2003, P. 385.
7. Farida Djellal et al, L'Hôpital Innovateur : de l'Innovation Médicale à l'Innovation de Service, Masson, Paris, 2004.
8. François Pichault, Jean Nizet, Les pratiques de gestion des ressources humaines, Editions du Seuil, Paris, 2000.
9. Glenn Morgan and Andrew Sturdy, Beyond Organizational Change: Structure, Discourse and Power in UK Financial Services, Macmillan Press Ltd, Great Britain, 2000.
10. Jean François Souterain, organisation et gestion de l'entreprise, copyright éditions foucheur, paris, 2006.
11. Jean Marie Ducreux, Maurice Marchand-Tonel, Stratégie « Les clés du succès concurrentiel », Ed d'organisation, paris, 2004.
12. John R. Schermerhorn & autres, Comportement humain et organisation, 2^{ème} édition , village mondial, Canada, 2002.
13. John Sherwood, An introduction to organization development, In Robert T. Golebiewski and William B. eddy (ed) Organization Development in Public Administration, Part 1, New York: Marcel Dekker, 1978.
14. Olivier Meier et al , Gestion du Changement , Dunod , Paris , 2007.
15. Raymond – Alain Triétart, Le management « Que sais-je ? », 11^{ème} ed, puf, Paris, 2003.
16. Steven Jonas, and all, An introduction to the US health care system, Springer publishing company, Sixth edition, New York, , 2007.
17. Weiss Dimitri, Ressources humaines , 2^o édition, éditions D'organisation, 2003.
18. Yvers Simon, Patrick Joffre, (sous la dir.), Encyclopédie de gestion, 2^{ème} ed, Economica, Paris, 1997.

II. الرسائل والأطروحات الجامعية (Les Thèses Universitaires):

1. Benmansour Sonia, Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins, These de doctotant en sciences économiques, Université mouloud mammeri de Tizi-Ouzou, 217-2018.
2. Madjid, Salmi, Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins, These de doctotant en sciences économiques, Université mouloud mammeri de Tizi-Ouzou, 2012.
3. Youssef, Mahyaoui, Etude juridico économique de la contractualisation dans le système de soins, Doctorat le système de soins hospitalier, université Paris, 2003.

III. المجلات والمنشورات (Reviews & Publications):

1. Jones & Al, The impact of organizational culture and reshaping capabilities on change implementation success: "the mediating role of readiness for change", Journal of Management Studies, issue 2, 2005.
2. T. Wils, C. Labelle, G. Guerin, "Le repositionnement des professionnels en ressources humaines: impacts sur les compétences et la mobilisation ", Gestion, Volume 24, numéro 4, 2000 .
3. Whiener, Ellen, Do high commitment human resource practices affect employee commitment?, A Cross-Level Analysis Using Hierarchical Linear Modeling, Journal of Management, 2001.

4. Wilson, A, Understanding Organizational Culture and the Implication for Corporate Marketing, European Journal of Marketing, 2001.

.IV. الملتقيات (Colloques) :

1. Autissier D,& Derumez I.V, Comportements et rôles de l'encadrement intermédiaire dans les projets de changement, 13^{ème} conférence de l'AIMS, Normandie, Vallée de Seine, 2.3 et 4 juin 2004.

.V. التقارير (Rapports) :

1. Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière, 12/01/2008.

.VI. المواقع الإلكترونية (Les Sites web) :

Etat Des Etablissements Puplics De Sante : <http://www.sante.dz>

الملحق رقم 01: الاستبيان الموجه للعاملين بالمؤسسات الصحية
الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

استمارة بحث مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علوم التسيير
تخصص إدارة أعمال

سيدي الكريم، سيدي الكريمة
تحية طيبة وبعد،

يعد هذا الاستبيان الذي بين أيديكم جزءا من متطلبات إنجاز دراستنا الموسومة بـ "أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية"، وذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه علوم في علوم التسيير تخصص إدارة أعمال، حيث يهدف إلى قياس أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية الجزائرية المستحدثة في ظل المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

وللمساهمة في إعداد تقييم لهذه الدراسة قمنا بإعداد هذا الاستبيان، والغرض منه الحصول على البيانات التي تخدم البحث العلمي، ونأمل أن تتكرموا فضلا بالإجابة على جميع فقرات هذا الاستبيان بدقة وموضوعية، علما أن ما ستدلون به من إجابات سيحاط بالسرية التامة ولن يستخدم في غير أغراض الدراسة وتوصياتها إن شئتم، كما نؤكد لكم على عدم ذكر اسمكم في استمارة البحث.

مع خالص الشكر لكم مسبقا على حسن تعاونكم ومساهمتمكم القيمة في إثراء هذه الدراسة.

طالب الدكتوراه: عبدالله حمادو

hamadou1984touggourt@gmail.com

اسم المؤسسة الصحية:

القسم الأول : البيانات الديمغرافية: يرجى وضع علامة (√) في المربع المناسب.

1. الجنس: ذكر أنثى
2. السن: أقل من 30 سنة 30 - 40 سنة 41 - 50 سنة 51 - 60 سنة 61 - 65 سنة
3. المستوى التعليمي: ثانوي فما أقل جامعي دراسات عليا
4. عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية: أقل من 05 سنوات 05-10 سنوات 11-20 سنة 21-30 سنة 31 سنة فأكثر
5. نوع المؤسسة الصحية: مؤسسة عمومية استشفائية (EPH) مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSP)

القسم الثاني : التغيير التنظيمي : ويشمل المحاور الآتية:

المحور الأول: بعد التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المربع المناسب.

| الرقم | العبارات | الإجابات | موافق بشدة | موافق | محايد | غير موافق | غير موافق بشدة |
|-------|---|----------|------------|-------|-------|-----------|----------------|
| 01 | تقوم المؤسسة الصحية بإشراك العاملين في عملية التغيير التنظيمي | | | | | | |
| 02 | تحرص المؤسسة الصحية بشكل مستمر على تحديد الاحتياجات التكوينية لعمالها خلال عملية التغيير | | | | | | |
| 03 | تهتم المؤسسة الصحية بتقديم حوافز مادية ومعنوية لتحقيق عملية التغيير التنظيمي | | | | | | |
| 04 | يتم توزيع المهام والمسؤوليات في المؤسسة الصحية وفقا للمؤهلات والقدرات التي يمتلكها العمال | | | | | | |
| 05 | تشجع المؤسسة الصحية على العمل الجماعي وروح الفريق | | | | | | |

المحور الثاني: بعد التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المربع المناسب.

| الرقم | العبارات | الإجابات | موافق بشدة | موافق | محايد | غير موافق | غير موافق بشدة |
|-------|--|----------|------------|-------|-------|-----------|----------------|
| 06 | تتسم الامكانيات التكنولوجية المتوفرة لدى المؤسسة الصحية بالحدثة | | | | | | |
| 07 | تستخدم المؤسسة الصحية تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة في تقديم الخدمات الصحية (الطب عن بعد، السجل الصحي الإلكتروني.. الخ) | | | | | | |
| 08 | تعمل المؤسسة الصحية على تأهيل عمالها لاستعمال الآلات والمعدات الحديثة بكفاءة | | | | | | |
| 09 | التكنولوجيات الحديثة المستخدمة على مستوى المؤسسة الصحية أدت إلى تحسين الأداء. | | | | | | |
| 10 | يتملك العاملون في المؤسسة الصحية مهارات عالية تستجيب للتقنيات التكنولوجية الحديثة | | | | | | |

المحور الثالث: بعد التغيير في الهيكل (التغيير الهيكلي)

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المربع المناسب.

| غير موافق بشدة | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة | الإجابات | الرقم |
|----------------|-----------|-------|-------|------------|--|-------|
| | | | | | العبارات | |
| | | | | | يتصف الهيكل التنظيمي بالمرونة الكافية لدعم عملية التغيير والاستجابة للتغيرات الحاصلة في البيئة المحيطة | 11 |
| | | | | | توجد سهولة وانسيابية في الاتصالات بين المصالح والوحدات المختلفة بالمؤسسة الصحية | 12 |
| | | | | | تعمل المؤسسة الصحية على التحديث المستمر للوائح والنظم المطبقة لتسهيل إجراءات العمل | 13 |
| | | | | | يتميز الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية بالمركزية الإدارية في اتخاذ القرارات | 14 |
| | | | | | تتسم خطوط السلطة والمسؤولية بالوضوح في الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية | 15 |

المحور الرابع: بعد التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المربع المناسب.

| غير موافق بشدة | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة | الإجابات | الرقم |
|----------------|-----------|-------|-------|------------|---|-------|
| | | | | | العبارات | |
| | | | | | تؤمن المؤسسة الصحية بضرورة ترسيخ ثقافة التغيير التنظيمي لمقدمي الخدمة بها | 16 |
| | | | | | تعمل المؤسسة الصحية على تبني ثقافة تنظيمية قوية تؤدي لإحداث تغيير في أداء العاملين نحو تقديم خدمات أفضل | 17 |
| | | | | | لدى العاملين بالمؤسسة الصحية مستوى عالي من الثقافة والوعي يدفعهم لنشر ثقافة التغيير والالتزام بها | 18 |
| | | | | | تتطابق القيم السائدة في المؤسسة الصحية مع قيم عمالها | 19 |
| | | | | | ترسخ المؤسسة الصحية لدى عمالها القيم المشتركة التي تؤكد على إحداث التغييرات المطلوبة | 20 |

القسم الثالث: جودة الخدمات الصحية : ويشمل المحاور الآتية:

المحور الخامس: بعد الإستجابة

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المربع المناسب.

| غير موافق بشدة | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة | الإجابات | الرقم |
|----------------|-----------|-------|-------|------------|--|-------|
| | | | | | العبارات | |
| | | | | | تقوم المؤسسة الصحية بإبلاغ المرضى بمواعيد تقديم الخدمات المطلوبة والانتهاؤ منها بدقة | 21 |
| | | | | | هنالك استعداد دائم لدى العاملين بالمؤسسة الصحية للمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى واحتياجاتهم | 22 |
| | | | | | تعمل المؤسسة الصحية على تبسيط إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية | 23 |
| | | | | | ينتظر المريض وقتاً طويلاً للحصول على الخدمة الصحية المطلوبة | 24 |
| | | | | | تسعى المؤسسة الصحية لمعرفة مدى رضا المريض عن الخدمات المقدمة | 25 |

المحور السادس: بعد الإعتمادية

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المربع المناسب.

| غير موافق بشدة | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة | الإجابات | الرقم |
|----------------|-----------|-------|-------|------------|--|-------|
| | | | | | العبارات | |
| | | | | | يلتزم العاملون بالمؤسسة الصحية بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة | 26 |
| | | | | | تحرص المؤسسة الصحية على تقديم الخدمات الصحية بالشكل الصحيح من أول مرة (عدم وجود أخطاء) | 27 |
| | | | | | تحتفظ المؤسسة الصحية بسجلات دقيقة وموثقة عن كل مريض | 28 |
| | | | | | يحضى العاملون بالمؤسسة الصحية بثقة متلقي (المرضى) الخدمات الصحية | 29 |
| | | | | | تتوفر داخل المؤسسة الصحية جميع التخصصات الطبية اللازمة | 30 |

المحور السابع: بعد الضمان

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المربع المناسب.

| غير موافق بشدة | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة | الإجابات | الرقم |
|----------------|-----------|-------|-------|------------|---|-------|
| | | | | | العبارات | |
| | | | | | يغرس سلوك العاملين بالمؤسسة الصحية الثقة في نفوس المرضى | 31 |
| | | | | | يحافظ العاملون بالمؤسسة الصحية على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى | 32 |
| | | | | | يتمتع العاملون بالمؤسسة الصحية بالخبرة والمهارة العالية في تقديم الخدمات الصحية | 33 |
| | | | | | تمتاز المؤسسة الصحية بالمكانة والسمعة الطيبة لدى أفراد المجتمع | 34 |
| | | | | | يستمر العاملون بالمؤسسة الصحية في متابعة المرضى حتى بعد خروجهم | 35 |

المحور الثامن: بعد الملموسية

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المربع المناسب.

| غير موافق بشدة | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة | الإجابات | الرقم |
|----------------|-----------|-------|-------|------------|---|-------|
| | | | | | العبارات | |
| | | | | | تتوافر لدى المؤسسة الصحية معدات وأجهزة طبية حديثة ومتطورة | 36 |
| | | | | | يحرص العاملون في المؤسسة الصحية على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر | 37 |
| | | | | | تتوافر لدى المؤسسة الصحية وسائل الدعم والخدمات المرافقة مثل (سيارات الإسعاف، أسرة كافية للمرضى، الأدوية، التحاليل المخبرية،... إلخ) | 38 |
| | | | | | تتمتع المؤسسة الصحية بموقع ملائم يسهل عملية الوصول إليها بسرعة | 39 |
| | | | | | تضع المؤسسة الصحية لوحات وعلامات إرشادية تسهل وصول المرضى إلى الأقسام والوحدات المختلفة | 40 |

المحور التاسع: بعد التعاطف

بين مدى موافقتك من عدمها على العبارات الآتية بوضع علامة (√) في المربع المناسب.

| غير موافق بشدة | غير موافق | محايد | موافق | موافق بشدة | الإجابات | الرقم |
|----------------|-----------|-------|-------|------------|---|-------|
| | | | | | العبـارات | |
| | | | | | يملك العاملون بالمؤسسة الصحية المعرفة والدراية التامة باحتياجات ورغبات المرضى | 41 |
| | | | | | يشرح العاملون للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بلغة وطريقة سهلة الفهم | 42 |
| | | | | | تضع المؤسسة الصحية المصلحة العليا للمريض في صلب اهتماماتها | 43 |
| | | | | | يتسم سلوك العاملين في المؤسسة الصحية باللباقة واللطف في تعاملهم مع المرضى | 44 |
| | | | | | يحرص العاملون بالمؤسسة الصحية على الإصغاء لانشغالات المرضى وشكاويهم | 45 |

الملحق رقم 02: أسئلة المقابلة

القسم الأول: التغيير التنظيمي

المحور الأول: إدراك التغيير التنظيمي

السؤال الأول: ما هو مفهوم التغيير التنظيمي في نظركم؟

السؤال الثاني: ما هو مفهومكم لعملية التغيير التنظيمي التي مست المنظومة الصحية العمومية (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟ وما هي دوافعها وأهدافها في نظركم؟

السؤال الثالث: هل تم اشراككم في التخطيط لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

السؤال الرابع: هل استفدتم من برنامج تكويني مرافق لعملية تجسيد التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

المحور الثاني: أبعاد التغيير التنظيمي

السؤال الخامس: ما هي إجراءات التغيير في الأفراد (الموارد البشرية) المصاحبة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

السؤال السادس: فيما تتمثل إجراءات التغيير في التكنولوجيا المرافقة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

السؤال السابع: ما هي إجراءات التغيير في الهيكل التنظيمي المصاحبة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

السؤال الثامن: فيما تتمثل إجراءات التغيير في الثقافة المرافقة لعملية التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة)؟

القسم الثاني: جودة الخدمات الصحية

المحور الثالث: إدراك جودة الخدمات الصحية

السؤال التاسع: ماذا يقصد بجودة الخدمات الصحية من وجهة نظركم؟

السؤال العاشر: من المسؤول عن تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسساتكم؟ وهل تعتقدون أن مستوى الجودة الحالي يحتاج إلى تحسين؟

السؤال الحادي عشر: ما هو مفهومكم لأسلوب إدارة الجودة الشاملة الصحية؟

السؤال الثاني عشر: هل تم تبني هذا الأسلوب من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسساتكم بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة؟

المحور الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية

السؤال الثالث عشر: ما مدى استعداد مؤسساتكم لتقديم الخدمات الصحية بالشكل الذي يحقق رغبات المرضى (بعد الاستجابة)؟

السؤال الرابع عشر: هل تلتزم مؤسساتكم بتقديم الخدمات الصحية بالدقة المطلوبة وفي المواعيد المحددة للمرضى؟ وما مدى سهولة اجراءات الحصول عليها (بعد الاعتمادية)؟

السؤال الخامس عشر: هل تؤكد مؤسساتكم على معيار الجودة في تقديم الخدمات الصحية؟ وما هي درجة شعور المرضى بالراحة والاطمئنان في التعامل مع مؤسساتكم الصحية (بعد الضمان)؟

السؤال السادس عشر: هل تتوفر لدى مؤسساتكم الصحية الوسائل المادية والإمكانات البشرية لتقديم الخدمات الصحية (بعد الملموسية)؟

السؤال السابع عشر: هل توفر المؤسسة الصحية عناية خاصة للمرضى وتهتم بمشاكلهم وتعمل على إيجاد حلول لها (بعد التعاطف)؟

المحور الخامس: علاقة التغيير التنظيمي (تطبيق الخارطة الصحية الجديدة) بتحسين جودة الخدمات الصحية

السؤال الثامن عشر: حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسستكم من ناحية بعد الاستجابة؟

السؤال التاسع عشر: في رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسستكم من ناحية بعد الاعتمادية؟

السؤال العشرون: حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسستكم من ناحية بعد الضمان؟

السؤال الحادي والعشرين: في رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسستكم من ناحية بعد الملموسية؟

السؤال الثاني والعشرين: حسب رأيكم ما هي انعكاسات التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية في مؤسستكم من ناحية بعد التعاطف؟

السؤال الثالث والعشرين: ما هي أهم النقائص والسلبيات التي اعترضت تطبيقكم للخارطة الصحية الجديدة في مؤسستكم؟

السؤال الرابع والعشرين: ما هي أهم المزايا والمكاسب من وجهة نظركم المترتبة عن تطبيق الخارطة الصحية الجديدة في مؤسستكم؟

السؤال الخامس والعشرين: ما هي أهم اقتراحاتكم للوزارة الوصية من أجل حل مشاكل وصعوبات تطبيق الخارطة الصحية الجديدة لتحقيق الأهداف المرجوة منها (تحسين جودة الخدمات الصحية)؟

APPENDIX N° 01: This questionnaire is targeted to the workers of health institutions

PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC OF ALGERIA

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION AND SCIENTIFIC RESEARCH

Kasdi Merbah University of Ouargla,

Faculty of Economic, Commercial and Management Sciences

Management Sciences Department

Research form is submitted for awarding PhD in Management Sciences

Majoring in Business Administration

Dear sir(s)/Madam(s),

This questionnaire is part of the requirements for the completion of my study, entitled "The effect of organizational change on improving the services quality in Algerian health institutions", in order to complement the requirements for obtaining a Ph.D. degree in Management Sciences particularly in Business Administration, where it aims to measure the impact of Organizational change to enhance the quality of health services in newly created Algerian health institutions in light of Executive Decree No. 07-140 of May 19, 2007 related to the establishment, organization and functioning of public hospital institutions of neighborhood health.

In order to contribute to preparing an evaluation for this study, this questionnaire was prepared. Its purpose is to obtain data that serve scientific research, hoping that you will kindly answer all items of this questionnaire accurately and objectively, knowing that what you will provide with answers will be completely confidential and will not be used in change the purposes and recommendations of the study if you wish, and I also assure you that your name will not be mentioned in the research form.

Sincerely, thank you so much in advance for your cooperation and valuable contribution to enriching this study.

Sincerely,

Hamadou Abdellah

PhD candidate

Hamadou1984tougourt@gmail.com

[Tel:06660433497](tel:06660433497)

Name Of Health Institution :

Part1: demographic information: kindly make a tick (√) on appropriate place.

1. **Gender:** Male Female
2. **Age:** less than 30 years 30-40 years 41-50 years 51-60 years
61-65 years
3. **Educational level:** Secondary level and less university level higher studies
4. **Years of experience in health institution:** less than 05 years 05-10 years
11-20 years 21-30 years 31 years and more
5. **Type of health institution:** Public health institution (PHI)
Public health neighboring institution (PHNI)

Part2: Organizational Change: It consists the following sections:

Section1: After the change in individuals (human change):

Kindly indicate whether your opinion on the following statements by placing a cross (√) in the appropriate box.

| N. | Statements | Strongly agree | Agree | Neutral | Disagree | Strongly disagree |
|----|--|----------------|-------|---------|----------|-------------------|
| 01 | The health institution involves workers in the organizational change process | | | | | |
| 02 | The health establishment is constantly keen to identify the training needs of its workers during the change process | | | | | |
| 03 | The health institution is interested in providing material and moral incentives to achieve the process of organizational change | | | | | |
| 04 | The tasks and responsibilities of the health institution are distributed according to the qualifications and capabilities of the workers | | | | | |
| 05 | The health establishment encourages teamwork and team spirit | | | | | |

Section2: After the change in technology (technological change)

Kindly indicate whether your opinion on the following statements by placing a cross (√) in the appropriate box.

| N. | Statements | Strongly agree | Agree | Neutral | Disagree | Strongly disagree |
|----|---|----------------|-------|---------|----------|-------------------|
| 6 | The technological capabilities of the health institution are modern | | | | | |
| 7 | The health institution uses modern information and communication technology to provide health services (telemedicine, electronic health record, etc.) | | | | | |
| 8 | The health establishment prepares its workers to use modern machines and equipment efficiently. | | | | | |
| 9 | Modern technologies used at the health institutions have improved performance. | | | | | |
| 10 | The health institution workers possess high skills that respond to modern technological technologies. | | | | | |

Section3: After the change in the structure (structural change)

Kindly indicate whether your opinion on the following statements by placing a cross (√) in the appropriate box.

| N. | Statements | Strongly agree | Agree | Neutral | Disagree | Strongly disagree |
|----|--|----------------|-------|---------|----------|-------------------|
| 11 | The organizational structure is flexible enough to support the change process and to respond to changes in the surrounding environment | | | | | |
| 12 | There is an ease and flow in communications between the various departments and units of the health institution | | | | | |
| 13 | The health institution is constantly updating the applicable regulations and systems to facilitate work procedures | | | | | |
| 14 | The organizational structure of the health institution is characterized by administrative centralization in decision-making | | | | | |
| 15 | The lines of authority and responsibility are evident in the organizational structure of the health institution | | | | | |

Section4: After the change in culture (cultural change)

Kindly indicate whether your opinion on the following statements by placing a cross (√) in the appropriate box.

| N. | Statements | Strongly agree | Agree | Neutral | Disagree | Strongly disagree |
|----|---|----------------|-------|---------|----------|-------------------|
| 16 | The health establishment believes in the need to establish a culture of organizational change for service providers. | | | | | |
| 17 | The health establishment is adopting a strong organizational culture that leads to a change in the performance of workers towards providing better services | | | | | |
| 18 | The health care workers have a high level of culture and awareness that drives them to spread and adhere to a culture of change. | | | | | |
| 19 | The values prevailing in the health institution are identical to those of their workers. | | | | | |
| 20 | The health institution establishes among its workers the shared values that emphasize bringing about the required changes. | | | | | |

Part 3: Quality of health services: It consists of the following sections:

Section5: After response

Kindly indicate whether your opinion on the following statements by placing a cross (√) in the appropriate box.

| N. | Statements | Strongly agree | Agree | Neutral | Disagree | Strongly disagree |
|----|---|----------------|-------|---------|----------|-------------------|
| 21 | The health institution informs patients of the exact dates for providing the required services and their completion. | | | | | |
| 22 | There is a constant willingness from health personnel to help and respond to patients' requests and needs. | | | | | |
| 23 | The health establishment simplifies work procedures as possible to ensure speed and ease in providing the health service. | | | | | |
| 24 | The patient is waiting a long time to obtain the required health service. | | | | | |
| 25 | The health establishment seeks to know the patient's satisfaction with the services provided. | | | | | |

Section 6: After reliability

Kindly indicate whether your opinion on the following statements by placing a cross (√) in the appropriate box.

| N. | Statements | Strongly agree | Agree | Neutral | Disagree | Strongly disagree |
|----|---|----------------|-------|---------|----------|-------------------|
| 26 | Health Foundation workers are obligated to provide health services on time. | | | | | |
| 27 | The health institution is keen to provide health services correctly the first time (no errors). | | | | | |
| 28 | The health institution maintains accurate and documented records of each patient. | | | | | |
| 29 | The health care workers confidently (health) recipients of health services. | | | | | |
| 30 | The health institution should have all necessary of medical specialties are available. | | | | | |

Part 7: After insurance

Kindly indicate whether your opinion on the following statements by placing a cross (√) in the appropriate box.

| N. | Statements | Strongly agree | Agree | Neutral | Disagree | Strongly disagree |
|----|---|----------------|-------|---------|----------|-------------------|
| 31 | The behavior of health-care workers makes confidence in patients. | | | | | |
| 32 | Health institution worker keeps patient information confidential. | | | | | |
| 33 | The health institution workers are experienced and highly skilled in providing health services. | | | | | |
| 34 | The health institution has the status and good reputation of the members of the community. | | | | | |
| 35 | The health institution workers continue to follow patients, even after their discharge | | | | | |

Part 8: After tangibility

Kindly indicate whether your opinion on the following statements by placing a cross (√) in the appropriate box.

| N. | Statements | Strongly agree | Agree | Neutral | Disagree | Strongly disagree |
|----|--|----------------|-------|---------|----------|-------------------|
| 36 | Health establishment has modern and advanced medical equipment and devices. | | | | | |
| 37 | Health establishment workers are keen on being clean and good looking. | | | | | |
| 38 | The health institution has the means of support and accompanying services such as (ambulances, adequate beds for patients, medicines, laboratory tests, etc.). | | | | | |
| 39 | Health institution is conveniently located and quickly accessible. | | | | | |
| 40 | Health establishment establishes signs and guides that facilitate patients' access to the different departments and units. | | | | | |

Part 9: After empathy

Kindly indicate whether your opinion on the following statements by placing a cross (√) in the appropriate box.

| N. | Statements | Strongly agree | Agree | Neutral | Disagree | Strongly disagree |
|----|--|----------------|-------|---------|----------|-------------------|
| 41 | Health institution workers have knowledge and awareness of patients' needs and desires. | | | | | |
| 42 | Health institution workers explain to patients their health problems in an accessible method and a clear language. | | | | | |
| 43 | Health institution places the patient's best interests at the center of its interests. | | | | | |
| 44 | Health institution workers are courteous in their treatment of patients. | | | | | |
| 45 | Health institution workers are keen to listen to patients' concerns and complaints | | | | | |

Appendix N^o. 02: Interview Questions

Section 01: organizational change

The first axis: Realization of organizational change

The first question: What is the concept of organizational change in your view?

The second question: What is your understanding of the process of organizational change that affected the public health system (application of the new health map)? What are your motives and goals, according to you?

The third question: Have you been involved in planning the process of organizational change (implementation of the new health plan)?

Fourth Question: Have you benefited from a training program accompanying the process of materializing organizational change (implementation of the new health plan)?

The second axis: Dimensions of organizational change

Fifth Question: What are the procedures for change in individuals (human resources) associated with the process of organizational change (implementation of the new health plan)?

Sixth question: What are the change procedures in the technology that accompanies the organizational change process (applying the new health plan)?

Question Seven: What are the procedures for change in the organizational structure associated with the process of organizational change (implementation of the new health plan)?

Question 8: What are the procedures for change in the culture accompanying the process of organizational change (implementation of the new health plan)?

Section 02: Quality of Health Services

The third axis: Realizing the quality of health services

Question 9: What do you mean by the quality of health services from your point of view?

Question 10: Who is responsible for improving the quality of health services in your institution? Do you think that the current quality level needs improvement?

Question 11: What is your understanding of the method of total health quality management?

Question 12: Was this method adopted in order to improve the quality of health services in your institution after implementing the new health map?

The fourth axis: Dimensions health services quality

Question 13: How prepared is your institution to provide health services in a way that fulfills the desires of the patients (after responding)?

Question 14: Is your institution committed to providing health services with the required accuracy and on time for patients? How easy are the procedures for obtaining it (after reliability)?

Question 15: Does your organization emphasize the quality standard in providing health services? What is the degree of patients feeling comfortable in dealing with your health institution (after the guarantee)?

Question 16: Does your health institution have the financial means and human capabilities to provide health services (after tangible)?

Question 17: Does the health institution provide special care for patients and are interested in their problems and work to find solutions to them (after sympathy)?

The fifth axis: The relationship of organizational change (implementation of the new health map) with improving the quality of health services

Question 18: According to your opinion, what are the implications of organizational change for improving the quality of health services in your institution on one hand after the response?

Question 19: In your opinion, what are the implications of organizational change for improving the quality of health services in your institution in terms of dimension reliability?

Question 20: According to your opinion, what are the implications of the organizational change for improving the quality of health services in your institution in terms of after the guarantee?

Question 21: In your opinion, what are the implications of organizational change for improving the quality of health services in your institution in terms of the tangible dimension?

Question 22: According to your opinion, what are the implications of organizational change for improving the quality of health services in your institution in terms of after sympathy?

Question 23: What are the most important deficiencies and disadvantages in your application of the new health map in your institution?

Question 24: What are the most important benefits in your view arising from the implementation of the new health map in your institution?

Question 25: What are your most important suggestions to the ministry of health in order to solve the problems and difficulties of implementing the new health map to achieve the desired goals enhancing the quality of health services)?

الملحق رقم (03): قائمة الأساتذة المحكمين

| الرقم | اسم ولقب المحكم | التخصص | مكان العمل |
|-------|-------------------------|---------------|--|
| 01 | أ.د. أحمد بن عيشاوي | إدارة الأعمال | جامعة قاصدي مرباح، ورقلة- الجزائر |
| 02 | أ.د. عمر لعلاوي | التسويق | المدرسة العليا للتجارة، تيبازة- الجزائر |
| 03 | أ.د. معاذ يوسف الذنبيات | إدارة الأعمال | جامعة الطائف- السعودية |
| 04 | أ.د. محمد بدوي القاضي | إدارة الأعمال | جامعة الزيتونة الأردنية- الأردن |
| 05 | أ.د. نصر الدين بن نذير | إدارة الأعمال | جامعة البليدة 02، البليدة- الجزائر |
| 06 | د. باديس بوخلوة | إدارة الأعمال | جامعة قاصدي مرباح، ورقلة- الجزائر |
| 07 | د. طه بن الحبيب | تحليل إقتصادي | جامعة العربي التبسي، تبسة- الجزائر |
| 08 | د. محمد جمعي | إدارة أعمال | المدرسة الوطنية للمناجنت وإدارة الصحة، الجزائر |

الملحق رقم (04): مخرجات التحليل الإحصائي لبرنامج SPSS

1- صدق الاتساق الداخلي لمحاو الدراسة:

Corrélations

| | | التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | التغيير في الهيكل التنظيمي(التغيير الهيكلي) | التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | التغيير التنظيمي |
|--|---------------------------|--|--|--|---|------------------|
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | Corrélation de Pearson | 1 | ,180** | ,349** | ,260** | ,613** |
| | Sig. (bilatérale) | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | Corrélation de Pearson | ,180** | 1 | ,552** | ,364** | ,801** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| التغيير في الهيكل التنظيمي(التغيير الهيكلي) | Corrélation de Pearson | ,349** | ,552** | 1 | ,509** | ,830** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | Corrélation de Pearson | ,260** | ,364** | ,509** | 1 | ,729** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| التغيير التنظيمي | Corrélation de Pearson | ,513** | ,801** | ,830** | ,729** | 1 |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

| | | الإستجابة | الإعتمادية | الضمان | الملموسية | التعاطف | جودة الخدمات الصحية |
|------------|---------------------------|-----------|------------|--------|-----------|---------|---------------------|
| الإستجابة | Corrélation de Pearson | 1 | ,323** | ,373** | ,444** | ,426** | ,721** |
| | Sig. (bilatérale) | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| الإعتمادية | Corrélation de Pearson | ,323** | 1 | ,330** | ,245** | ,379** | ,663** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |

| | | | | | | | |
|---------------------|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| الضمان | Corrélation de Pearson | ,373** | ,330** | 1 | ,223** | ,691** | ,699** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| الملموسية | Corrélation de Pearson | ,444** | ,245** | ,223** | 1 | ,412** | ,735** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| التعاطف | Corrélation de Pearson | ,426** | ,379** | ,691** | ,412** | 1 | ,812** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| جودة الخدمات الصحية | Corrélation de Pearson | ,721** | ,563** | ,699** | ,735** | ,812** | 1 |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

2- نتائج اختبار معامل الثبات ألفا كرونباخ "Alpha Cronbach" للإستبيان الدراسة:

1.2 بعد التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)

Statistiques de fiabilité

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|-------------------|-------------------|
| ,823 | 5 |

2.2 بعد التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)

Statistiques de fiabilité

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|-------------------|-------------------|
| ,864 | 5 |

3.2 بعد التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)

Statistiques de fiabilité

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|-------------------|-------------------|
| ,712 | 5 |

4.2 بعد التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

Statistiques de fiabilité

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|-------------------|-------------------|
| ,723 | 5 |

5.2 . بعد الإستجابة

Statistiques de fiabilité

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|-------------------|-------------------|
| ,750 | 5 |

6.2 . بعد الإعتمادية

Statistiques de fiabilité

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|-------------------|-------------------|
| ,802 | 5 |

7.2 . بعد الضمان

Statistiques de fiabilité

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|-------------------|-------------------|
| ,743 | 5 |

8.2 . بعد الملموسية

Statistiques de fiabilité

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|-------------------|-------------------|
| ,865 | 5 |

9.2 . بعد التعاطف

Statistiques de fiabilité

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|-------------------|-------------------|
| ,866 | 5 |

10.2 . الإستهبيان ككل

Statistiques de fiabilité

| Alpha de Cronbach | Nombre d'éléments |
|-------------------|-------------------|
| ,905 | 45 |

3- الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة:

الجنس

| | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|------------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide ذكر | 133 | 34,9 | 34,9 | 34,9 |
| أنثى | 248 | 65,1 | 65,1 | 100,0 |
| Total | 381 | 100,0 | 100,0 | |

السن

| | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|----------------------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide أقل من 30 سنة | 49 | 12,9 | 12,9 | 12,9 |
| 30-40 سنة | 151 | 39,6 | 39,6 | 52,5 |
| 41-50 سنة | 103 | 27,0 | 27,0 | 79,5 |
| 51-60 سنة | 78 | 20,5 | 20,5 | 100,0 |
| Total | 381 | 100,0 | 100,0 | |

المستوى التعليمي

| | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|----------------------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide ثانوي فما أقل | 112 | 29,4 | 29,4 | 29,4 |
| جامعي | 252 | 66,1 | 66,1 | 95,5 |
| دراسات عليا | 17 | 4,5 | 4,5 | 100,0 |
| Total | 381 | 100,0 | 100,0 | |

عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية

| | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|------------------------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide أقل من 05 سنوات | 104 | 27,3 | 27,3 | 27,3 |
| 05-10 سنوات | 86 | 22,6 | 22,6 | 49,9 |
| 11-20 سنة | 65 | 17,1 | 17,1 | 66,9 |
| 21-30 سنة | 85 | 22,3 | 22,3 | 89,2 |
| 31 سنة فأكثر | 41 | 10,8 | 10,8 | 100,0 |
| Total | 381 | 100,0 | 100,0 | |

نوع المؤسسة الصحية

| | Fréquence | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | 219 | 57,5 | 57,5 | 57,5 |
| | 162 | 42,5 | 42,5 | 100,0 |
| Total | 381 | 100,0 | 100,0 | |

4- الإحصاءات الوصفية لمتغيرات الدراسة

1.4 نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي)

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|---|-----|---------|------------|-------------------------|
| تقوم المؤسسة الصحية بإشراك العاملين في عملية التغيير التنظيمي | 381 | 2,2651 | ,89770 | ,04599 |
| تحرص المؤسسة الصحية بشكل مستمر على تحديد الاحتياجات التكوينية لعمالها خلال عملية التغيير | 381 | 3,9633 | ,67568 | ,03462 |
| تهتم المؤسسة الصحية بتقديم حوافز مادية ومعنوية لتحقيق عملية التغيير التنظيمي | 381 | 3,6772 | ,83869 | ,04297 |
| يتم توزيع المهام والمسؤوليات في المؤسسة الصحية وفقا للمؤهلات والقدرات التي يمتلكها العمال | 381 | 2,2992 | ,89720 | ,04597 |
| تشجع المؤسسة الصحية على العمل الجماعي وروح الفريق | 381 | 2,0787 | ,87605 | ,04488 |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 381 | 2,8567 | ,55964 | ,02867 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|---|--------------------|-----|------------------|--------------------|---|-----------|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| تقوم المؤسسة الصحية بإشراك العاملين في عملية التغيير التنظيمي | 49,251 | 380 | ,000 | 2,26509 | 2,1747 | 2,3555 |
| تحرص المؤسسة الصحية بشكل مستمر على تحديد الاحتياجات التكوينية لعمالها خلال عملية التغيير | 52,551 | 380 | ,000 | 3,96325 | 3,8952 | 4,0313 |
| تهتم المؤسسة الصحية بتقديم حوافز مادية ومعنوية لتحقيق عملية التغيير التنظيمي | 85,581 | 380 | ,000 | 3,67717 | 3,5927 | 3,7616 |
| يتم توزيع المهام والمسؤوليات في المؤسسة الصحية وفقا للمؤهلات والقدرات التي يمتلكها العمال | 50,021 | 380 | ,000 | 2,29921 | 2,2088 | 2,3896 |
| تشجع المؤسسة الصحية على العمل الجماعي وروح الفريق | 46,316 | 380 | ,000 | 2,07874 | 1,9905 | 2,1670 |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 99,636 | 380 | ,000 | 2,85669 | 2,8003 | 2,9131 |

Statistiques sur échantillon uniques

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|--|-----|---------|------------|-------------------------|
| تتسم الامكانيات التكنولوجية المتوفرة لدى المؤسسة الصحية بالحدائثة | 381 | 4,0472 | ,58298 | ,02987 |
| تستخدم المؤسسة الصحية تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة في تقديم الخدمات الصحية (الطب عن بعد، السجل الصحي الإلكتروني.. إلخ) | 381 | 4,0157 | ,66472 | ,03405 |
| تعمل المؤسسة الصحية على تأهيل عمالها لاستعمال الآلات والمعدات الحديثة بكفاءة | 381 | 3,9239 | ,70486 | ,03611 |
| التكنولوجيات الحديثة المستخدمة على مستوى المؤسسة الصحية أدت إلى تحسين الأداء. | 381 | 3,7848 | 1,05923 | ,05427 |
| يمتلك العاملون في المؤسسة الصحية مهارات عالية تستجيب للتقنيات التكنولوجية الحديثة | 381 | 3,7402 | 1,21750 | ,06237 |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 381 | 3,9024 | ,48809 | ,02501 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|--|--------------------|-----|---------------------|-----------------------|--|-----------|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| تتسم الامكانيات التكنولوجية المتوفرة لدى المؤسسة الصحية بالحدائثة | 49,509 | 380 | ,000 | 4,04724 | 3,9885 | 4,1060 |
| تستخدم المؤسسة الصحية تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة في تقديم الخدمات الصحية (الطب عن بعد، السجل الصحي الإلكتروني.. إلخ) | 56,920 | 380 | ,000 | 4,01575 | 3,9488 | 4,0827 |
| تعمل المؤسسة الصحية على تأهيل عمالها لاستعمال الآلات والمعدات الحديثة بكفاءة | 79,662 | 380 | ,000 | 3,92388 | 3,8529 | 3,9949 |
| التكنولوجيات الحديثة المستخدمة على مستوى المؤسسة الصحية أدت إلى تحسين الأداء. | 69,745 | 380 | ,000 | 3,78478 | 3,6781 | 3,8915 |
| يمتلك العاملون في المؤسسة الصحية مهارات عالية تستجيب للتقنيات التكنولوجية الحديثة | 59,963 | 380 | ,000 | 3,74016 | 3,6175 | 3,8628 |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 95,060 | 380 | ,000 | 3,90236 | 3,8532 | 3,9515 |

Statistiques sur échantillon uniques

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|--|-----|---------|------------|-------------------------|
| يتصف الهيكل التنظيمي بالمرونة في الاستجابة للتغيرات الحاصلة في البيئة المحيطة | 381 | 2,3648 | ,92094 | ,04718 |
| توجد سهولة وانسيابية في الاتصالات بين المصالح والوحدات المختلفة بالمؤسسة الصحية | 381 | 4,0971 | ,58805 | ,03013 |
| تعمل المؤسسة الصحية على التحديث المستمر للوائح والنظم المطبقة لتسهيل إجراءات العمل | 381 | 3,9633 | ,70241 | ,03599 |
| يتميز الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية باللامركزية الإدارية في اتخاذ القرارات | 381 | 3,6824 | 1,06693 | ,05466 |
| تتسم خطوط السلطة والمسؤولية في الهيكل التنظيمي بالوضوح | 381 | 4,0394 | ,60352 | ,03092 |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 381 | 3,6294 | ,48076 | ,02463 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|--|--------------------|-----|------------------|--------------------|---|-----------|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| يتصف الهيكل التنظيمي بالمرونة في الاستجابة للتغيرات الحاصلة في البيئة المحيطة | 50,122 | 380 | ,000 | 2,36483 | 2,2721 | 2,4576 |
| توجد سهولة وانسيابية في الاتصالات بين المصالح والوحدات المختلفة بالمؤسسة الصحية | 60,995 | 380 | ,000 | 4,09711 | 4,0379 | 4,1563 |
| تعمل المؤسسة الصحية على التحديث المستمر للوائح والنظم المطبقة لتسهيل إجراءات العمل | 78,134 | 380 | ,000 | 3,96325 | 3,8925 | 4,0340 |
| يتميز الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية باللامركزية الإدارية في اتخاذ القرارات | 67,369 | 380 | ,000 | 3,68241 | 3,5749 | 3,7899 |
| تتسم خطوط السلطة والمسؤولية في الهيكل التنظيمي بالوضوح | 81,643 | 380 | ,000 | 4,03937 | 3,9786 | 4,1002 |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 83,355 | 380 | ,000 | 3,62940 | 3,5810 | 3,6778 |

Statistiques sur échantillon uniques

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|---|-----|---------|------------|-------------------------|
| تؤمن المؤسسة الصحية بضرورة ترسيخ ثقافة التغيير التنظيمي لمقدمي الخدمة بها | 381 | 3,3465 | 1,15652 | ,05925 |
| تعمل المؤسسة الصحية على تبني ثقافة تنظيمية قوية تؤدي لإحداث تغيير في أداء العاملين نحو تقديم خدمات أفضل | 381 | 3,2835 | 1,16685 | ,05978 |
| لدى العاملين بالمؤسسة الصحية مستوى عالي من الثقافة والوعي يدفعهم لنشر ثقافة التغيير والالتزام بها | 381 | 3,8005 | ,73778 | ,03780 |
| تتطابق القيم السائدة في المؤسسة الصحية مع قيم عمالها | 381 | 3,6745 | 1,08050 | ,05536 |
| ترسخ المؤسسة الصحية لدى عمالها القيم المشتركة التي تؤكد على إحداث التغييرات المطلوبة | 381 | 3,6903 | 1,06555 | ,05459 |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 381 | 3,5591 | ,87540 | ,04485 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|---|--------------------|-----|---------------------|-----------------------|--|-----------|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| تؤمن المؤسسة الصحية بضرورة ترسيخ ثقافة التغيير التنظيمي لمقدمي الخدمة بها | 56,480 | 380 | ,000 | 3,34646 | 3,2300 | 3,4630 |
| تعمل المؤسسة الصحية على تبني ثقافة تنظيمية قوية تؤدي لإحداث تغيير في أداء العاملين نحو تقديم خدمات أفضل | 54,926 | 380 | ,000 | 3,28346 | 3,1659 | 3,4010 |
| لدى العاملين بالمؤسسة الصحية مستوى عالي من الثقافة والوعي يدفعهم لنشر ثقافة التغيير والالتزام بها | 99,550 | 380 | ,000 | 3,80052 | 3,7262 | 3,8748 |
| تتطابق القيم السائدة في المؤسسة الصحية مع قيم عمالها | 66,380 | 380 | ,000 | 3,67454 | 3,5657 | 3,7834 |
| ترسخ المؤسسة الصحية لدى عمالها القيم المشتركة التي تؤكد على إحداث التغييرات المطلوبة | 67,600 | 380 | ,000 | 3,69029 | 3,5830 | 3,7976 |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 79,358 | 380 | ,000 | 3,55906 | 3,4709 | 3,6472 |

Statistiques sur échantillons uniques

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|--|-----|---------|------------|----------------------------|
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 381 | 2,8567 | ,55964 | ,02867 |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 381 | 3,9024 | ,48809 | ,02501 |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 381 | 3,6294 | ,48076 | ,02463 |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 381 | 3,5591 | ,87540 | ,04485 |
| التغيير التنظيمي | 381 | 3,4869 | ,36284 | ,01859 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|--|--------------------|-----|---------------------|-----------------------|--|-----------|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 99,636 | 380 | ,000 | 2,85669 | 2,8003 | 2,9131 |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | 56,060 | 380 | ,000 | 3,90236 | 3,8532 | 3,9515 |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | 47,355 | 380 | ,000 | 3,62940 | 3,5810 | 3,6778 |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | 79,358 | 380 | ,000 | 3,55906 | 3,4709 | 3,6472 |
| التغيير التنظيمي | 87,576 | 380 | ,000 | 3,48688 | 3,4503 | 3,5234 |

2.4 نتائج التحليل الإحصائي الوصفي لأبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|--|-----|---------|------------|----------------------------|
| تقوم المؤسسة الصحية بإبلاغ المرضى بمواعيد تقديم الخدمات المطلوبة والانتهاؤ منها بدقة | 381 | 3,9475 | ,70141 | ,03593 |
| هنالك استعداد دائم لدى العاملين بالمؤسسة الصحية للمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى واحتياجاتهم | 381 | 4,0604 | ,60178 | ,03083 |
| تعمل المؤسسة الصحية على تبسيط إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية | 381 | 4,0026 | ,63453 | ,03251 |
| ينتظر المريض وقتاً طويلاً للحصول على الخدمة الصحية المطلوبة | 381 | 3,0026 | 1,23010 | ,06302 |
| تسعى المؤسسة الصحية لمعرفة مدى رضا المريض عن الخدمات المقدمة | 381 | 3,7113 | ,82117 | ,04207 |
| الإستجابة | 381 | 3,7449 | ,43311 | ,02219 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|--|--------------------|-----|---------------------|-----------------------|--|-----------|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| تقوم المؤسسة الصحية بإبلاغ المرضى بمواعيد تقديم الخدمات المطلوبة والانتهاؤ منها بدقة | 99,854 | 380 | ,000 | 3,94751 | 3,8769 | 4,0182 |
| هنالك استعداد دائم لدى العاملين بالمؤسسة الصحية للمساعدة والاستجابة لطلبات المرضى واحتياجاتهم | 79,702 | 380 | ,000 | 4,06037 | 3,9997 | 4,1210 |
| تعمل المؤسسة الصحية على تبسيط إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية | 80,128 | 380 | ,000 | 4,00262 | 3,9387 | 4,0665 |
| ينتظر المريض وقتاً طويلاً للحصول على الخدمة الصحية المطلوبة | 84,646 | 380 | ,000 | 3,00262 | 2,8787 | 3,1265 |
| تسعى المؤسسة الصحية لمعرفة مدى رضا المريض عن الخدمات المقدمة | 88,217 | 380 | ,000 | 3,71129 | 3,6286 | 3,7940 |
| الإستجابة | 93,772 | 380 | ,000 | 3,74488 | 3,7013 | 3,7885 |

Statistiques sur échantillon uniques

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|--|-----|---------|------------|----------------------------|
| يلتزم العاملون بالمؤسسة الصحية بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة | 381 | 3,4304 | 1,06796 | ,05471 |
| تحرص المؤسسة الصحية على تقديم الخدمات الصحية بالشكل الصحيح من أول مرة (عدم وجود أخطاء) | 381 | 3,7533 | ,90147 | ,04618 |
| تحتفظ المؤسسة الصحية بسجلات دقيقة وموثقة عن كل مريض | 381 | 3,5092 | ,92227 | ,04725 |
| يحضى العاملون بالمؤسسة الصحية بثقة متلقي (المرضى) الخدمات الصحية | 381 | 3,3150 | 1,19010 | ,06097 |
| تتوفر داخل المؤسسة الصحية جميع التخصصات الطبية اللازمة | 381 | 3,1522 | 1,09445 | ,05607 |
| الإستجابة | 381 | 3,4320 | ,77237 | ,03957 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|--|--------------------|-----|---------------------|-----------------------|--|-----------|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| يلتزم العاملون بالمؤسسة الصحية بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة | 62,698 | 380 | ,000 | 3,43045 | 3,3229 | 3,5380 |
| تحرص المؤسسة الصحية على تقديم الخدمات الصحية بالشكل الصحيح من أول مرة (عدم وجود أخطاء) | 81,268 | 380 | ,000 | 3,75328 | 3,6625 | 3,8441 |
| تحتفظ المؤسسة الصحية بسجلات دقيقة وموثقة عن كل مريض | 74,270 | 380 | ,000 | 3,50919 | 3,4163 | 3,6021 |
| يحضى العاملون بالمؤسسة الصحية بثقة متلقي (المرضى) الخدمات الصحية | 54,370 | 380 | ,000 | 3,31496 | 3,1951 | 3,4348 |
| تتوفر داخل المؤسسة الصحية جميع التخصصات الطبية اللازمة | 56,219 | 380 | ,000 | 3,15223 | 3,0420 | 3,2625 |
| الإعتمادية | 86,734 | 380 | ,000 | 3,43202 | 3,3542 | 3,5098 |

Statistiques sur échantillon uniques

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|---|-----|---------|------------|----------------------------|
| يغرس سلوك العاملين بالمؤسسة الصحية الثقة في نفوس المرضى | 381 | 3,6063 | ,88992 | ,04559 |
| يحافظ العاملون بالمؤسسة الصحية على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى | 381 | 3,6010 | ,95884 | ,04912 |
| يتمتع العاملون بالمؤسسة الصحية بالخبرة والمهارة العالية في تقديم الخدمات الصحية | 381 | 3,7349 | ,88292 | ,04523 |
| تمتاز المؤسسة الصحية بالمكانة والسمعة الطبية لدى أفراد المجتمع | 381 | 2,9921 | 1,23008 | ,06302 |
| يستمر العاملون بالمؤسسة الصحية في متابعة المرضى حتى بعد خروجهم | 381 | 3,6352 | 1,02891 | ,05271 |
| الضمان | 381 | 3,5139 | ,68544 | ,03512 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|---|--------------------|-----|---------------------|-----------------------|--|-----------|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| يغرس سلوك العاملين بالمؤسسة الصحية الثقة في نفوس المرضى | 79,099 | 380 | ,000 | 3,60630 | 3,5167 | 3,6959 |
| يحافظ العاملون بالمؤسسة الصحية على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى | 73,307 | 380 | ,000 | 3,60105 | 3,5045 | 3,6976 |
| يتمتع العاملون بالمؤسسة الصحية بالخبرة والمهارة العالية في تقديم الخدمات الصحية | 82,570 | 380 | ,000 | 3,73491 | 3,6460 | 3,8238 |
| تمتاز المؤسسة الصحية بالمكانة والسمعة الطبية لدى أفراد المجتمع | 47,480 | 380 | ,000 | 2,99213 | 2,8682 | 3,1160 |
| يستمر العاملون بالمؤسسة الصحية في متابعة المرضى حتى بعد خروجهم | 68,962 | 380 | ,000 | 3,63517 | 3,5315 | 3,7388 |
| الضمان | 99,065 | 380 | ,000 | 3,51391 | 3,4449 | 3,5830 |

Statistiques sur échantillon uniques

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|---|-----|---------|------------|----------------------------|
| تتوافر لدى المؤسسة الصحية معدات وأجهزة طبية حديثة ومتطورة | 381 | 3,9475 | ,71626 | ,03670 |
| يحرص العاملون في المؤسسة الصحية على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر | 381 | 4,1024 | ,57813 | ,02962 |
| تتوافر لدى المؤسسة الصحية وسائل الدعم والخدمات المرافقة مثل (سيارات الإسعاف، أسرة كافية للمرضى، الأدوية، التحاليل المخبرية،... إلخ) | 381 | 4,0420 | ,58788 | ,03012 |
| تتمتع المؤسسة الصحية بموقع ملائم يسهل عملية الوصول إليها بسرعة | 381 | 3,9633 | ,67568 | ,03462 |
| تضع المؤسسة الصحية لوحات وعلامات إرشادية تسهل وصول المرضى إلى الأقسام والوحدات المختلفة | 381 | 3,6772 | ,83869 | ,04297 |
| الملموسية | 381 | 3,9465 | ,41684 | ,02136 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|---|--------------------|-----|---------------------|-----------------------|--|-----------|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| تتوافر لدى المؤسسة الصحية معدات وأجهزة طبية حديثة ومتطورة | 97,576 | 380 | ,000 | 3,94751 | 3,8754 | 4,0197 |
| يحرص العاملون في المؤسسة الصحية على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر | 98,507 | 380 | ,000 | 4,10236 | 4,0441 | 4,1606 |
| تتوافر لدى المؤسسة الصحية وسائل الدعم والخدمات المرافقة مثل (سيارات الإسعاف، أسرة كافية للمرضى، الأدوية، التحاليل المخبرية،... إلخ) | 94,206 | 380 | ,000 | 4,04199 | 3,9828 | 4,1012 |
| تتمتع المؤسسة الصحية بموقع ملائم يسهل عملية الوصول إليها بسرعة | 84,492 | 380 | ,000 | 3,96325 | 3,8952 | 4,0313 |
| تضع المؤسسة الصحية لوحات وعلامات إرشادية تسهل وصول المرضى إلى الأقسام والوحدات المختلفة | 85,581 | 380 | ,000 | 3,67717 | 3,5927 | 3,7616 |
| الملموسية | 87,799 | 380 | ,000 | 3,94646 | 3,9045 | 3,9884 |

Statistiques sur échantillon uniques

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|--|-----|---------|------------|----------------------------|
| يمتلك العاملون بالمؤسسة الصحية المعرفة والدراية التامة باحتياجات ورغبات المرضى | 381 | 3,7795 | ,63553 | ,03256 |
| يشرح العاملون للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بلغة وطريقة سهلة الفهم | 381 | 3,6220 | ,99151 | ,05080 |
| تضع المؤسسة الصحية المصلحة العليا للمريض في صلب اهتماماتها | 381 | 3,9344 | ,58346 | ,02989 |
| يتسم سلوك العاملين في المؤسسة الصحية باللباقة واللطف في تعاملهم مع المرضى | 381 | 2,8268 | 1,16818 | ,05985 |
| يحرص العاملون بالمؤسسة الصحية على الإصغاء لانشغالات المرضى وشكاويهم | 381 | 3,9711 | ,67020 | ,03434 |
| التعاطف | 381 | 3,6651 | ,56379 | ,02888 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|--|--------------------|-----|------------------|--------------------|---|-----------|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| يمتلك العاملون بالمؤسسة الصحية المعرفة والدراية التامة باحتياجات ورغبات المرضى | 76,082 | 380 | ,000 | 3,77953 | 3,7155 | 3,8435 |
| يشرح العاملون للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بلغة وطريقة سهلة الفهم | 71,305 | 380 | ,000 | 3,62205 | 3,5222 | 3,7219 |
| تضع المؤسسة الصحية المصلحة العليا للمريض في صلب اهتماماتها | 71,623 | 380 | ,000 | 3,93438 | 3,8756 | 3,9932 |
| يتسم سلوك العاملين في المؤسسة الصحية باللباقة والطف في تعاملهم مع المرضى | 77,233 | 380 | ,000 | 2,82677 | 2,7091 | 2,9444 |
| يحرص العاملون بالمؤسسة الصحية على الإصغاء لانشغالات المرضى وشكاويهم | 75,658 | 380 | ,000 | 3,97113 | 3,9036 | 4,0386 |
| التعاطف | 76,891 | 380 | ,000 | 3,66509 | 3,6083 | 3,7219 |

Statistiques sur échantillons uniques

| | N | Moyenne | Ecart type | Moyenne erreur standard |
|---------------------|-----|---------|------------|-------------------------|
| الإستجابة | 381 | 3,7449 | ,43311 | ,02219 |
| الإعتمادية | 381 | 3,4320 | ,77237 | ,03957 |
| الضمان | 381 | 3,5139 | ,68544 | ,03512 |
| الملموسية | 381 | 3,9465 | ,41684 | ,02136 |
| التعاطف | 381 | 3,6651 | ,56379 | ,02888 |
| جودة الخدمات الصحية | 381 | 3,6605 | ,35285 | ,01808 |

Test sur échantillon unique

| | Valeur de test = 0 | | | | | |
|---------------------|--------------------|-----|------------------|--------------------|---|-----------|
| | t | ddl | Sig. (bilatéral) | Différence moyenne | Intervalle de confiance de la différence à 95 % | |
| | | | | | Inférieur | Supérieur |
| الإستجابة | 93,772 | 380 | ,000 | 3,74488 | 3,7013 | 3,7885 |
| الإعتمادية | 86,734 | 380 | ,000 | 3,43202 | 3,3542 | 3,5098 |
| الضمان | 99,065 | 380 | ,000 | 3,51391 | 3,4449 | 3,5830 |
| الملموسية | 87,799 | 380 | ,000 | 3,94646 | 3,9045 | 3,9884 |
| التعاطف | 76,891 | 380 | ,000 | 3,66509 | 3,6083 | 3,7219 |
| الصحية الخدمات جودة | 82,494 | 380 | ,000 | 3,66047 | 3,6249 | 3,6960 |

5- العلاقة بين متغيرات الدراسة

1.5. علاقة الارتباط بين المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)

Corrélations

| | التغيير التنظيمي | جودة الخدمات الصحية |
|------------------------|------------------|---------------------|
| التغيير التنظيمي | 1 | ,647** |
| Corrélation de Pearson | | ,000 |
| Sig. (bilatérale) | | 381 |
| N | 381 | 381 |
| جودة الخدمات الصحية | ,647** | 1 |
| Corrélation de Pearson | ,000 | |
| Sig. (bilatérale) | | 381 |
| N | 381 | 381 |

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

2.5. علاقة الارتباط بين أبعاد المتغير المستقل (التغيير التنظيمي) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية)

Corrélations

| | التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | جودة الخدمات الصحية |
|---|--|--|---|---|------------------------|
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | 1 | ,180** | ,349** | ,260** | ,231** |
| Corrélation de Pearson | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| Sig. (bilatérale) | | 381 | 381 | 381 | 381 |
| N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | ,180** | 1 | ,552** | ,364** | ,670** |
| Corrélation de Pearson | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 |
| Sig. (bilatérale) | | 381 | 381 | 381 | 381 |
| N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | ,349** | ,552** | 1 | ,509** | ,549** |
| Corrélation de Pearson | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 |
| Sig. (bilatérale) | | 381 | 381 | 381 | 381 |
| N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | ,260** | ,364** | ,509** | 1 | ,615** |
| Corrélation de Pearson | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 |
| Sig. (bilatérale) | | 381 | 381 | 381 | 381 |
| N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| جودة الخدمات الصحية | ,231** | ,670** | ,549** | ,615** | 1 |
| Corrélation de Pearson | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| Sig. (bilatérale) | | 381 | 381 | 381 | 381 |
| N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

3.5. دراسة علاقة الارتباط بين أبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) والمتغير المستقل (التغيير التنظيمي)

Corrélations

| | | الإستجابة | الإعتمادية | الضمان | الملموسية | التعاطف | التغيير التنظيمي |
|------------------|------------------------|-----------|------------|--------|-----------|---------|------------------|
| الإستجابة | Corrélacion de Pearson | 1 | ,323** | ,373** | ,444** | ,426** | ,663** |
| | Sig. (bilatérale) | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| الإعتمادية | Corrélacion de Pearson | ,323** | 1 | ,330** | ,245** | ,379** | ,383** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| الضمان | Corrélacion de Pearson | ,373** | ,330** | 1 | ,223** | ,691** | ,469** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| الملموسية | Corrélacion de Pearson | ,444** | ,245** | ,223** | 1 | ,412** | ,531** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| التعاطف | Corrélacion de Pearson | ,426** | ,379** | ,691** | ,412** | 1 | ,490** |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | | ,000 |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |
| التغيير التنظيمي | Corrélacion de Pearson | ,663** | ,383** | ,469** | ,531** | ,490** | 1 |
| | Sig. (bilatérale) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| | N | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 | 381 |

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

6- نتائج اختبار الفرضيات

1.6 . اختبار الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية المنبثقة عنها

Coefficients^a

| Modèle | Statistiques de colinéarité | |
|--|-----------------------------|-------|
| | Tolérance | VIF |
| 1 التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | ,908 | 1,101 |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | ,989 | 1,011 |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | ,862 | 1,160 |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | ,940 | 1,064 |

a. Variable dépendante : جودة الخدمات الصحية :

Récapitulatif des modèles

| Modèle | R | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1 | ,535 ^a | ,312 | ,305 | ,29979 |

a. Prédicteurs : (Constante), التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

ANOVA^a

| Modèle | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|--------|------------|------------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1 | Régression | 13,517 | 4 | 3,379 | 37,599 | ,000 ^b |
| | Résidus | 33,794 | 376 | ,090 | | |
| | Total | 47,311 | 380 | | | |

a. Variable dépendante : جودة الخدمات الصحية

b.. Prédicteurs : (Constante), التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

Coefficients^a

| Modèle | | Coefficients non standardisés | | Coefficients standardisés | t | Sig. |
|--------|--|-------------------------------|----------------|---------------------------|-------|------|
| | | B | Ecart standard | Bêta | | |
| 1 | (Constante) | 1,599 | ,172 | | 9,285 | ,000 |
| | التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | ,102 | ,029 | ,162 | 3,547 | ,000 |
| | التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | ,205 | ,032 | ,284 | 6,482 | ,000 |
| | التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | ,252 | ,034 | ,343 | 7,303 | ,000 |
| | التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | ,015 | ,018 | ,038 | ,852 | ,000 |

a. Variable dépendante : جودة الخدمات الصحية

Récapitulatif des modèles

| Modèle | R | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1 | ,494 ^a | ,244 | ,236 | ,79365 |

a. Prédicteurs : (Constante), التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

ANOVA^a

| Modèle | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|--------|------------|------------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1 | Régression | 9,089 | 4 | 2,272 | 30,382 | ,000 ^b |
| | Résidus | 62,194 | 376 | ,165 | | |
| | Total | 71,283 | 380 | | | |

a. Variable dépendante : الإستجابة

b. Prédicteurs : (Constante), التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

Coefficients^a

| Modèle | Coefficients non standardisés | | Coefficients standardisés | t | Sig. |
|--|-------------------------------|----------------|---------------------------|--------|------|
| | B | Ecart standard | Bêta | | |
| 1 (Constante) | 2,316 | ,223 | | 10,385 | ,000 |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | ,434 | ,068 | ,424 | 6,379 | ,000 |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | ,625 | ,073 | ,621 | 8,571 | ,000 |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | ,049 | ,095 | ,031 | ,510 | ,000 |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | ,137 | ,120 | ,079 | 1,141 | ,000 |

a. Variable dépendante : الإستجابة

Récapitulatif des modèles

| Modèle | R | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1 | ,463 ^a | ,214 | ,206 | ,35568 |

a. Prédictors : (Constante), التغيير في (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

ANOVA^a

| Modèle | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|--------------|------------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1 Régression | 12,964 | 4 | 3,241 | 25,619 | ,000 ^b |
| Résidus | 47,566 | 376 | ,127 | | |
| Total | 60,530 | 380 | | | |

a. Variable dépendante : الإعمادية

b. Prédictors : (Constante), التغيير في (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

Coefficients^a

| Modèle | Coefficients non standardisés | | Coefficients standardisés | t | Sig. |
|--|-------------------------------|----------------|---------------------------|--------|------|
| | B | Ecart standard | Bêta | | |
| 1 (Constante) | 1,319 | ,100 | | 13,193 | ,000 |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | ,026 | ,030 | ,057 | ,847 | ,000 |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | ,195 | ,033 | ,439 | 5,950 | ,000 |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | ,010 | ,043 | ,014 | ,228 | ,000 |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | ,056 | ,054 | ,073 | 1,041 | ,000 |

a. Variable dépendante : الإعمادية

Récapitulatif des modèles

| Modèle | R | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1 | ,482 ^a | ,279 | ,270 | ,66117 |

a. Prédicteurs : (Constante), التغيير في الهيكل، التغيير التكنولوجي (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

ANOVA^a

| Modèle | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|--------|------------|------------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1 | Régression | 14,172 | 4 | 3,543 | 28,105 | ,000 ^b |
| | Résidus | 64,365 | 376 | ,437 | | |
| | Total | 78,537 | 380 | | | |

a. Variable dépendante : الضمان

b. Prédicteurs : (Constante)، التغيير في الهيكل، التغيير التكنولوجي (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

Coefficients^a

| Modèle | | Coefficients non standardisés | | Coefficients standardisés | t | Sig. |
|--------|--|-------------------------------|----------------|---------------------------|-------|------|
| | | B | Ecart standard | Bêta | | |
| 1 | (Constante) | 1,811 | ,380 | | 8,770 | ,000 |
| | التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | ,106 | ,064 | ,087 | 1,667 | ,000 |
| | التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | ,351 | ,070 | ,250 | 5,029 | ,000 |
| | التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | ,052 | ,076 | ,036 | ,684 | ,000 |
| | التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | ,061 | ,040 | ,078 | 1,526 | ,000 |

a. Variable dépendante : الضمان

Récapitulatif des modèles

| Modèle | R | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1 | ,739 ^a | ,346 | ,341 | ,28236 |

a. Prédicteurs : (Constante)، التغيير في الهيكل، التغيير التكنولوجي (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

ANOVA^a

| Modèle | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|--------|------------|------------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1 | Régression | 36,050 | 4 | 9,012 | 35,040 | ,000 ^b |
| | Résidus | 29,978 | 376 | ,080 | | |
| | Total | 66,028 | 380 | | | |

a. Variable dépendante : الملموسية

b. Prédicteurs : (Constante)، التغيير في الهيكل، التغيير التكنولوجي (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

Coefficients^a

| Modèle | Coefficients non standardisés | | Coefficients standardisés | t | Sig. |
|--|-------------------------------|----------------|---------------------------|--------|------|
| | B | Ecart standard | Bêta | | |
| 1 (Constante) | ,654 | ,162 | | 14,122 | ,000 |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | ,145 | ,027 | ,194 | 5,331 | ,000 |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | ,276 | ,030 | ,323 | 9,239 | ,000 |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | ,458 | ,032 | ,529 | 4,033 | ,000 |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | ,039 | ,017 | ,082 | 2,300 | ,000 |

a. Variable dépendante : الملموسية

Récapitulatif des modèles

| Modèle | R | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1 | ,381 ^a | ,145 | ,136 | ,52396 |

a. Prédicteurs : (Constante)، التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

ANOVA^a

| Modèle | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|--------------|------------------|-----|-------------|--------|-------------------|
| 1 Régression | 17,560 | 4 | 4,390 | 25,990 | ,000 ^b |
| Résidus | 63,226 | 376 | ,275 | | |
| Total | 80,786 | 380 | | | |

a. Variable dépendante : التعاطف

b. Prédicteurs : (Constante)، التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني)، التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي)، التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي)، التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي)

Coefficients^a

| Modèle | Coefficients non standardisés | | Coefficients standardisés | t | Sig. |
|--|-------------------------------|----------------|---------------------------|-------|------|
| | B | Ecart standard | Bêta | | |
| 1 (Constante) | 1,551 | ,301 | | 9,154 | ,000 |
| التغيير في الأفراد (التغيير الإنساني) | ,265 | ,050 | ,263 | 5,263 | ,000 |
| التغيير في التكنولوجيا (التغيير التكنولوجي) | ,259 | ,055 | ,224 | 4,675 | ,000 |
| التغيير في الهيكل التنظيمي (التغيير الهيكلي) | ,072 | ,060 | ,061 | 1,192 | ,000 |
| التغيير في الثقافة (التغيير الثقافي) | ,024 | ,032 | ,037 | ,760 | ,000 |

a. Variable dépendante : التعاطف

2.6 . اختبار الفرضية الرئيسية الثانية والفرضيات الفرعية المنبثقة عنها

ANOVA

| | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|---------------------|--------------|------------------|-----|-------------|--------|------|
| التغيير التنظيمي | Intergruppes | 1,502 | 1 | 1,502 | 11,729 | ,122 |
| | Intragruppes | 48,528 | 379 | ,128 | | |
| | Total | 50,029 | 380 | | | |
| جودة الخدمات الصحية | Intergruppes | ,652 | 1 | ,652 | 5,293 | ,115 |
| | Intragruppes | 46,659 | 379 | ,123 | | |
| | Total | 47,311 | 380 | | | |

ANOVA

| | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|---------------------|--------------|------------------|-----|-------------|--------|------|
| التغيير التنظيمي | Intergruppes | 6,110 | 4 | 1,528 | 13,078 | ,213 |
| | Intragruppes | 43,919 | 376 | ,117 | | |
| | Total | 50,029 | 380 | | | |
| جودة الخدمات الصحية | Intergruppes | 5,872 | 4 | 1,468 | 13,321 | ,176 |
| | Intragruppes | 41,439 | 376 | ,110 | | |
| | Total | 47,311 | 380 | | | |

ANOVA

| | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|---------------------|--------------|------------------|-----|-------------|--------|------|
| التغيير التنظيمي | Intergruppes | 2,822 | 2 | 1,411 | 11,297 | ,196 |
| | Intragruppes | 47,208 | 378 | ,125 | | |
| | Total | 50,029 | 380 | | | |
| جودة الخدمات الصحية | Intergruppes | 4,781 | 2 | 2,390 | 21,244 | ,101 |
| | Intragruppes | 42,530 | 378 | ,113 | | |
| | Total | 47,311 | 380 | | | |

ANOVA

| | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|---------------------|--------------|------------------|-----|-------------|-------|------|
| التغيير التنظيمي | Intergruppes | 2,557 | 4 | ,639 | 5,062 | ,001 |
| | Intragruppes | 47,473 | 376 | ,126 | | |
| | Total | 50,029 | 380 | | | |
| جودة الخدمات الصحية | Intergruppes | 3,282 | 4 | ,821 | 7,008 | ,000 |
| | Intragruppes | 44,028 | 376 | ,117 | | |
| | Total | 47,311 | 380 | | | |

Comparaisons multiples :

LSD

| Variable dépendar | (I) عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية | (J) عدد سنوات الخبرة في المؤسسة الصحية | Différence moyenne (I-J) | Erreur standard | Sig. | Intervalle de confiance à 95 % | |
|---------------------|--|--|--------------------------|-----------------|------|--------------------------------|------------------|
| | | | | | | Borne inférieure | Borne supérieure |
| | | | | | | التغيير التنظيمي | أقل من 05 سنوات |
| | | 20-11 سنة | -,13962* | ,05639 | ,014 | -,2505 | -,0287 |
| | | 30-21 سنة | -,20597* | ,05202 | ,000 | -,3083 | -,1037 |
| | | 31 سنة فأكثر | -,06448 | ,06409 | ,315 | -,1905 | ,0615 |
| | 10-05 سنوات | أقل من 05 سنوات | ,17920* | ,05235 | ,001 | ,0763 | ,2821 |
| | | 20-11 سنة | ,03958 | ,05870 | ,501 | -,0758 | ,1550 |
| | | 30-21 سنة | -,02677 | ,05451 | ,624 | -,1340 | ,0804 |
| | | 31 سنة فأكثر | ,11472 | ,06613 | ,084 | -,0153 | ,2447 |
| | 20-11 سنة | أقل من 05 سنوات | ,13962* | ,05639 | ,014 | ,0287 | ,2505 |
| | | 10-05 سنوات | -,03958 | ,05870 | ,501 | -,1550 | ,0758 |
| | | 30-21 سنة | -,06635 | ,05840 | ,257 | -,1812 | ,0485 |
| | | 31 سنة فأكثر | ,07514 | ,06937 | ,279 | -,0613 | ,2115 |
| | 30-21 سنة | أقل من 05 سنوات | ,20597* | ,05202 | ,000 | ,1037 | ,3083 |
| | | 10-05 سنوات | ,02677 | ,05451 | ,624 | -,0804 | ,1340 |
| | | 20-11 سنة | ,06635 | ,05840 | ,257 | -,0485 | ,1812 |
| | | 31 سنة فأكثر | ,14149 | ,06586 | ,080 | ,0120 | ,2710 |
| | 31 سنة فأكثر | أقل من 05 سنوات | ,06448* | ,06409 | ,039 | -,0615 | ,1905 |
| | | 10-05 سنوات | -,11472 | ,06613 | ,084 | -,2447 | ,0153 |
| | | 20-11 سنة | -,07514 | ,06937 | ,279 | -,2115 | ,0613 |
| | | 30-21 سنة | -,14149 | ,06586 | ,095 | -,2710 | -,0120 |
| جودة الخدمات الصحية | أقل من 05 سنوات | 10-05 سنوات | -,02132 | ,05042 | ,673 | -,1205 | ,0778 |
| | | 20-11 سنة | -,11239* | ,05431 | ,039 | -,2192 | -,0056 |
| | | 30-21 سنة | -,19561* | ,05010 | ,000 | -,2941 | -,0971 |
| | | 31 سنة فأكثر | -,24699* | ,06172 | ,000 | -,3683 | -,1256 |
| | 10-05 سنوات | أقل من 05 سنوات | ,02132* | ,05042 | ,001 | -,0778 | ,1205 |
| | | 20-11 سنة | -,09107 | ,05653 | ,108 | -,2022 | ,0201 |
| | | 30-21 سنة | -,17430 | ,05249 | ,360 | -,2775 | -,0711 |
| | | 31 سنة فأكثر | -,22567 | ,06368 | ,620 | -,3509 | -,1005 |
| | 20-11 سنة | أقل من 05 سنوات | ,11239* | ,05431 | ,039 | ,0056 | ,2192 |
| | | 10-05 سنوات | ,09107 | ,05653 | ,108 | -,0201 | ,2022 |
| | | 30-21 سنة | -,08323 | ,05624 | ,140 | -,1938 | ,0274 |

| | | | | | | | |
|--|--------------|-----------------|---------|--------|------|--------|--------|
| | | 31 سنة فأكثر | -,13460 | ,06680 | ,145 | -,2660 | -,0032 |
| | 30-21 سنة | أقل من 05 سنوات | ,19561* | ,05010 | ,000 | ,0971 | ,2941 |
| | | 10-05 سنوات | ,17430 | ,05249 | ,201 | ,0711 | ,2775 |
| | | 20-11 سنة | ,08323 | ,05624 | ,140 | -,0274 | ,1938 |
| | | 31 سنة فأكثر | -,05137 | ,06343 | ,418 | -,1761 | ,0733 |
| | 31 سنة فأكثر | أقل من 05 سنوات | ,24699* | ,06172 | ,000 | ,1256 | ,3683 |
| | | 10-05 سنوات | ,22567 | ,06368 | ,099 | ,1005 | ,3509 |
| | | 20-11 سنة | ,13460 | ,06680 | ,045 | ,0032 | ,2660 |
| | | 30-21 سنة | ,05137 | ,06343 | ,418 | -,0733 | ,1761 |

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

ANOVA

| | | Somme des carrés | ddl | Carré moyen | F | Sig. |
|---------------------|--------------|------------------|-----|-------------|--------|------|
| التغيير التنظيمي | Intergroupes | 3,624 | 1 | 1,812 | 14,758 | ,223 |
| | Intragroupes | 46,406 | 378 | ,123 | | |
| | Total | 50,029 | 380 | | | |
| جودة الخدمات الصحية | Intergroupes | 4,691 | 1 | 2,346 | 20,804 | ,183 |
| | Intragroupes | 42,619 | 378 | ,113 | | |
| | Total | 47,311 | 380 | | | |

| الصفحة | العنوان |
|--|--|
| III | شكر وتقدير |
| IV | الإهداء |
| V- VI | ملخص |
| VIII- IX | قائمة المحتويات |
| XI- XIII | قائمة الجداول |
| XV | قائمة الأشكال |
| XVII | قائمة الملاحق |
| أ | المقدمة العامة |
| القسم الأول: الأدبيات النظرية والتطبيقية | |
| الفصل الأول: الأدبيات النظرية حول الدراسة التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية | |
| 3 | مقدمة الفصل الأول |
| 4 | المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للتغيير التنظيمي |
| 4 | المطلب الأول: ماهية التغيير التنظيمي |
| 4 | الفرع الأول: مفهوم التغيير التنظيمي |
| 7 | الفرع الثاني: أهمية التغيير التنظيمي |
| 8 | الفرع الثالث: أنواع التغيير التنظيمي |
| 10 | الفرع الرابع: أهداف التغيير التنظيمي |
| 11 | المطلب الثاني: تطبيق برامج التغيير التنظيمي |
| 11 | الفرع الأول: أبعاد التغيير التنظيمي |
| 12 | الفرع الثاني: مراحل تطبيق التغيير التنظيمي |
| 14 | الفرع الثالث: إستراتيجيات إحداث التغيير التنظيمي |
| 16 | الفرع الرابع: نماذج عملية التغيير التنظيمي |
| 19 | المطلب الثالث: مقاومة التغيير التنظيمي |
| 19 | الفرع الأول: مفهوم مقاومة التغيير التنظيمي |
| 19 | الفرع الثاني: صور(أشكال)التعبير عن المقاومة |
| 20 | الفرع الثالث: أساليب الحد من مقاومة التغيير التنظيمي |
| 21 | الفرع الرابع: مزايا مقاومة التغيير التنظيمي |

| | |
|----|--|
| 21 | المطلب الرابع: متطلبات نجاح التغيير التنظيمي |
| 21 | الفرع الأول: دور القيادة في نجاح التغيير التنظيمي |
| 23 | الفرع الثاني: تأثير الثقافة التنظيمية على التغيير التنظيمي |
| 24 | الفرع الثالث: دور الموارد البشرية في نجاح التغيير التنظيمي |
| 25 | الفرع الرابع: الهيكل التنظيمي الداعم للتغيير التنظيمي |
| 25 | الفرع الخامس: دور تكنولوجيا المعلومات في إحداث التغيير التنظيمي |
| 26 | المبحث الثاني: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية |
| 26 | المطلب الأول: مدخل للمؤسسات الصحية |
| 26 | الفرع الأول: السرد التاريخي لمفهوم المؤسسات الصحية |
| 29 | الفرع الثاني: خصائص المؤسسات الصحية |
| 29 | الفرع الثالث: وظائف المؤسسات الصحية |
| 30 | الفرع الرابع: تصنيف المؤسسات الصحية |
| 32 | المطلب الثاني: ماهية الخدمات الصحية |
| 32 | الفرع الأول: مفهوم الخدمات الصحية |
| 33 | الفرع الثاني: خصائص الخدمات الصحية |
| 34 | الفرع الثالث: أنواع الخدمات الصحية |
| 34 | المطلب الثالث: جودة الخدمات الصحية |
| 34 | الفرع الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية |
| 36 | الفرع الثاني: أهمية جودة الخدمات الصحية |
| 36 | الفرع الثالث: أهداف جودة الخدمات الصحية |
| 36 | الفرع الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية |
| 38 | الفرع الخامس: قياس الجودة في الخدمات الصحية |
| 40 | المطلب الرابع: إدارة الجودة الشاملة كمدخل للتغيير في المؤسسات الصحية |
| 40 | الفرع الأول: ماهية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية |
| 42 | الفرع الثاني: مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية |
| 43 | الفرع الثالث: مراحل تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية |
| 44 | الفرع الرابع: تقييم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية |
| 45 | المبحث الثالث: علاقة التغيير التنظيمي بتحسين جودة الخدمات الصحية |

| | |
|--|--|
| 45 | المطلب الأول: دور مجالات التغيير التنظيمي في تحسين جودة الخدمات الصحية |
| 46 | الفرع الأول: دور الأفراد في تحسين جودة الخدمات الصحية |
| 46 | الفرع الثاني: دور الهيكل التنظيمي في تحسين جودة الخدمات الصحية |
| 47 | الفرع الثالث: دور الثقافة التنظيمية في تحسين جودة الخدمات الصحية |
| 47 | الفرع الرابع: دور تكنولوجيا المعلومات في تحسين جودة الخدمات الصحية |
| 49 | المطلب الثاني: دور الإعتماد في تحسين جودة الخدمات الصحية |
| 49 | الفرع الأول: مفهوم الإعتماد |
| 50 | الفرع الثاني: فوائد الإعتماد في تحسين جودة الخدمات الصحية |
| 51 | المبحث الرابع: واقع النظام الصحي في الجزائر وسياسة الإصلاح |
| 51 | المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر |
| 51 | الفرع الأول: مفهوم النظام الصحي في الجزائر |
| 52 | الفرع الثاني: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر |
| 55 | المطلب الثاني: هياكل المنظومة الصحية في الجزائر |
| 59 | المطلب الثالث: السياسة الجديدة لإصلاح المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية |
| 60 | الفرع الأول: المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH) |
| 60 | الفرع الثاني: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP) |
| 61 | الفرع الثالث: الإجراءات التنظيمية المصاحبة للتغيير داخل المؤسسات الصحية |
| 66 | الفرع الرابع: أهداف سياسية الإصلاح |
| 68 | الفرع الخامس: مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة |
| 68 | المطلب الرابع: النظام التعاقدية كأساس لإصلاح المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر |
| 68 | الفرع الأول: مفهوم نظام التعاقد |
| 69 | الفرع الثاني: أطراف نظام التعاقد |
| 70 | الفرع الثالث: أهداف التعاقدية وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية |
| 72 | خلاصة الفصل الأول |
| الفصل الثاني: الأدبيات التطبيقية حول التغيير التنظيمي وجودة الخدمات الصحية | |
| 74 | مقدمة الفصل الثاني |
| 75 | المبحث الأول: الدراسات السابقة باللغة العربية |
| 82 | المبحث الثاني: الدراسات السابقة باللغة الأجنبية |

| | |
|--|--|
| 87 | المبحث الثالث: مناقشة الدراسات السابقة وما يميز الدراسة الحالية عنها |
| 89 | خلاصة الفصل الثاني |
| القسم الثاني: الدراسة الميدانية | |
| الفصل الثالث: الطريقة والأدوات | |
| 92 | مقدمة الفصل الثالث |
| 93 | المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة |
| 93 | المطلب الأول: منهجية الدراسة |
| 93 | المطلب الثاني: مجتمع وعينة الدراسة |
| 93 | الفرع الأول: مجتمع الدراسة |
| 96 | الفرع الثاني: عينة الدراسة |
| 98 | المطلب الثالث: متغيرات وأتمودج الدراسة |
| 99 | الفرع الأول: متغيرات الدراسة |
| 99 | الفرع الثاني: أتمودج الدراسة |
| 100 | المبحث الثاني: أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة |
| 100 | المطلب الأول: المعالجة الإحصائية |
| 100 | المطلب الثاني: الطريقة المستخدمة في القياس |
| 101 | المبحث الثالث: أداة الدراسة |
| 101 | المطلب الأول: بناء أداة الدراسة |
| 103 | المطلب الثاني: صدق أداة الدراسة |
| 108 | المطلب الثالث: ثبات أداة الدراسة |
| 109 | خلاصة الفصل الثالث |
| الفصل الرابع: نتائج الدراسة ومناقشتها | |
| 111 | مقدمة الفصل الرابع |
| 112 | المبحث الأول: عرض وتحليل نتائج الدراسة. |
| 112 | المطلب الأول: عرض وتحليل نتائج المقابلة |
| 112 | الفرع الأول: عرض نتائج المقابلة |
| 123 | الفرع الثاني: تحليل نتائج المقابلة |
| 126 | المطلب الثاني: عرض وتحليل نتائج الاستبيان الموجه لمفردات العينة |

| | |
|-----|--|
| 126 | الفرع الأول: الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة |
| 129 | الفرع الثاني: الإحصائيات الوصفية لمتغيرات الدراسة |
| 140 | الفرع الثالث: دراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة |
| 143 | المبحث الثاني: اختبار فرضيات الدراسة |
| 144 | المطلب الأول: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى والفرضيات الفرعية المنبثقة عنها |
| 144 | الفرع الأول: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى |
| 147 | الفرع الثاني: اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الرئيسية الأولى |
| 156 | المطلب الثاني: اختبار الفرضية الرئيسية الثانية والفرضيات الفرعية المنبثقة عنها |
| 162 | المبحث الثالث: مناقشة نتائج الدراسة |
| 162 | المطلب الأول: مناقشة نتائج الدراسة الخاصة بالتغيير التنظيمي |
| 163 | المطلب الثاني: مناقشة نتائج الدراسة الخاصة بجودة الخدمات الصحية |
| 163 | المطلب الثالث: مناقشة نتائج الدراسة المتعلقة باختبار الفرضيات |
| 165 | خلاصة الفصل الرابع |
| 166 | الخاتمة العامة |
| 173 | قائمة المراجع |
| 186 | الملاحق |
| 224 | الفهرس |