



الموضوع

أثر جودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة - بسكرة -

مذكرة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماستر في علوم التسيير
فرع: تسيير المنظمات
تخصص: تسيير الموارد البشرية

الأستاذة المشرفة:

أحلام خان.

إعداد الطالب:

وسيلة جغبو.

رقم التسجيل:/Master-GE/GO -GRH /2017
تاريخ الإيداع

الموسم الجامعي: 2016/2017

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ الْمَوْتَادَ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ الْمَوْتَادَ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ الْمَوْتَادَ

(وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون)

سورة التوبة: من الآية 105

(وأحسنوا إن الله يحب المحسنين)

سورة البقرة: من الآية 195

قال رسول الله صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ
(إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ إِذَا عَمِلَ أَحَدُكُمْ عَمَلًا أَنْ يُتَّقِنَهُ)

{رَبِّ أَوْزَعِنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ} [الأحقاف: 15].

الحمد لله ثم الحمد لله، الحمد لله الذي هدانا لهذا، وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله، وما توفيقى ولا اعتصامى ولا توكلى إلا على الله، وأشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له، إقراراً لرُبوبيته، وإرغاماً لمن جحد به وكفر، وأشهد أن سيدنا محمداً صلى الله عليه وسلم رسول الله، سيد الخلق والبشر، ما اتصّلت عين بنظر، أو سمعت أذنً بخبر، اللهم صلِّ وسلم وبارك على سيدنا محمد، وعلى آله وأصحابه، وعلى ذريته ومن والاه، ومن تبعه إلى يوم الدين، اللهم ارحمنا فأنت بنا راحم، ولا تعدّ بنا فأنت علينا قادر، وألطف بنا فيما جرّت به المقادير، إنك على كلِّ شيءٍ قدير، اللهم علّمنا ما نفعنا، وانفعنا بما علّمتنا، وزدنا علماً، وأرنا الحقَّ حقاً، وارزقنا اتّباعه، وأرنا الباطل باطلاً وارزقنا اجتنابه، واجعلنا ممن يستمعون القول فيتبعون أحسنه، وأدخلنا برحمتك في عبادك الصالحين.

إهداء

بعد إذن الله سبحانه وتعالى

أهدي هذا الجهد لمن كان لهما الفضل علي

والدي ووالدتي الغاليين

أطال الله في عمرهما وحفظهما وجزاهما عني كل خير

إلى إخوتي الأعمام الذين عاشوا معي هذا المشوار

وفقهم الله جميعا

إلى كل من وقف إلى جانبي

شكر وعرفان

بعد الحمد لله الذي أنعم علينا بنعمة العقل وهدانا سبيل العلم والمعرفة، أشكره تعالى على فضله حيث أتاح لي

إنجاز هذا العمل بعونه وتوفيقه، فله الحمد أولاً و آخراً وبعد:

أتقدم بجزيل الشكر إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل المتواضع، وفي مقدمة هؤلاء تلك التي أشرفت على

عملي الأستاذة الفاضلة "أحلام خان" التي لم تبخل علي بنصائحها وتوجيهاتها القيمة التي كانت عوناً لي في

إنجاز هذه المذكرة. فإن أفلحت في بحثي هذا فلها من بعد الله فضل هذا الفلاح، وإن لم يحضى بحثي بالرضا فحسبي

التقصير وقلة الخبرة.

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى الوالدين الكريمين وإخوتي وإلى كل من بذل معي جهداً ووفراً لي وقتاً ونصحاً لي

قولاً، أسأل الله أن يجزيهم عني خير الجزاء.

المخلص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تصورات الموظفين الطبيين وشبه الطبيين والإداريين والمهنيين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة حول مستوى توفير جودة حياة وظيفية بالمؤسسة، و أثر ذلك في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

تكون مجتمع الدراسة من موظفي المؤسسة في مختلف مصالح المستشفى والبالغ عددهم (639)، وبلغت عينة الدراسة (150) موظف، حيث تم توزيع الاستبانات عليهم وذلك عبر زيارات ميدانية، و قد تم استعادة (128) استبانة صالحة للمعالجة الإحصائية، أين تم استخدام برنامج **SPSS** في التحليل الإحصائي للبيانات. وتوصلت الدراسة لمجموعة من النتائج أهمها وجود أثر ذو دلالة إحصائية لجودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة وذلك عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث فسر متغير جودة الحياة الوظيفية (39.6%) من التغيرات الحاصلة في جودة الخدمات الصحية. و خلصت الدراسة إلى العديد من الاقتراحات أهمها: الاهتمام أكثر بظروف العمل المناسبة للموظفين، وتقديم مكافآت للموظفين على أساس مجهوداتهم المبذولة، إعادة النظر في سلم الأجور خاصة بالنسبة للموظفين الإداريين والمهنيين، مراعاة الحياة الشخصية لموظفي المؤسسة وتفعيل أنظمة الترقية وبنائها على أسس عادلة. **الكلمات المفتاحية:** جودة الحياة الوظيفية، المؤسسات الصحية، الخدمات الصحية، جودة الخدمات الصحية.

résumé

Cette étude avait visé à identifier les perceptions du personnel médical et paramédical, le personnel administratif et les professionnels au sein de l'Etablissement public de Santé de Proximité de Sidi Okba sur le niveau de la qualité de la vie fonctionnelle existante dans cette institution Publique et son impact sur l'amélioration de la qualité des services sanitaires fournis.

La population étudiée était composée du personnel de l'Etablissement exerçant au sein des différents services de l'hôpital (639), l'échantillon total de l'étude (150) fonctionnaires qui leurs a été distribués des questionnaires à travers des visites sur le terrain, il a été restauré (128) pour le traitement statistique valide, et l'utilisation d'un programme SPSS dans l'analyse statistique des données.

L'étude a révélé un nombre de résultats, le plus important l'existence de l'effet statistiquement significatif pour la qualité professionnelle dans l'amélioration de la qualité des services de santé fournis, le niveau de signification de (0,05), expliqué la qualité de la variable de vie fonctionnelle (39,6%) des changements dans la qualité des services de santé.

Et l'étude a conclu à bon nombre des propositions, y compris des préoccupations au sujet des conditions de travail approprié du personnel, la fournir des primes aux employés en fonction de leurs efforts, revoir les salaires spéciaux pour le personnel administratif et les professionnels, tenir compte de la vie personnelle du personnel de l'institution, l'activation les systèmes de mise à niveau construits sur une base équitable.

Mots clés: qualité de la carrière, les établissements de santé, services de santé, la qualité des services de santé.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	بسملة
	آية قرآنية
	دعاء
	إهداء
	شكر و عرفان
	الملخص
	فهرس المحتويات
أ-م	مقدمة
الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الحياة الوظيفية	
15	تمهيد
16	المبحث الأول: ماهية جودة الحياة الوظيفية
16	المطلب الأول: مفهوم ونشأة جودة الحياة الوظيفية
21	المطلب الثاني: أهمية جودة الحياة الوظيفية
23	المطلب الثالث: أهداف جودة الحياة الوظيفية
25	المبحث الثاني: أساسيات جودة الحياة الوظيفية
26	المطلب الأول: أبعاد جودة الحياة الوظيفية
33	المطلب الثاني: قياس جودة الحياة الوظيفية
36	المطلب الثالث: نشاطات جودة الحياة الوظيفية
38	المبحث الثالث: تحسين جودة الحياة الوظيفية
38	المطلب الأول: دوافع تحسين جودة الحياة الوظيفية
39	المطلب الثاني: ممارسات تحسين جودة الحياة الوظيفية
41	المطلب الثالث: برامج تحسين جودة الحياة الوظيفية
45	المبحث الرابع: تقييم فعالية جودة الحياة الوظيفية
45	المطلب الأول: مستلزمات تطبيق جودة الحياة الوظيفية

فهرس المحتويات

46	المطلب الثاني: عوامل نجاح جودة الحياة الوظيفية
47	المطلب الثالث: معيقات تطبيق جودة الحياة الوظيفية
49	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية	
51	تمهيد
52	المبحث الأول: ماهية المؤسسات الصحية
52	المطلب الأول: مفهوم وخصائص المؤسسات الصحية
55	المطلب الثاني: وظائف المؤسسات الصحية
56	المطلب الثالث: تصنيفات المؤسسات الصحية
58	المبحث الثاني: ماهية الخدمات الصحية
58	المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها
64	المطلب الثاني: مستويات الخدمات الصحية وأهدافها
67	المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية
68	المبحث الثالث: ماهية جودة الخدمات الصحية
69	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية أهدافها
76	المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها
79	المطلب الثالث: مستويات جودة الخدمات الصحية وأساليب قياسها
83	المبحث الرابع: جودة الحياة الوظيفية ومساهمتها في جودة الخدمات الصحية
83	المطلب الأول: أثر جودة الجوانب الوظيفية والتنظيمية للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية
85	المطلب الثاني: أثر جودة الجوانب المالية والاقتصادية للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية
85	المطلب الثالث: أثر جودة بيئة العمل المادية والمعنوية في تحسين جودة الخدمات الصحية
86	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة	
89	تمهيد
90	المبحث الأول: تقديم للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة
90	المطلب الأول: تعريف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة ومهامها.

فهرس المحتويات

91	المطلب الثاني: تسيير المؤسسة وتنظيمها الداخلي
98	المطلب الثالث: الهياكل الصحية والمصالح الاستشفائية للمؤسسة
102	المبحث الثاني: الإطار المنهجي للبحث
102	المطلب الأول: منهج البحث
103	المطلب الثاني: مجتمع وعينة البحث والوصف الإحصائي لها وفق الخصائص الشخصية والوظيفية
106	المطلب الثالث: مصادر وأساليب جمع البيانات والمعلومات والأساليب الإحصائية المستخدمة
107	المطلب الرابع: صدق وثبات أداة البحث (الاستبانة)
110	المبحث الثالث: عرض نتائج الدراسة والاختبارات القبلية لنموذج الانحدار
110	المطلب الأول: تحليل فقرات محور جودة الحياة الوظيفية
115	المطلب الثاني: تحليل فقرات محور جودة الخدمات الصحية
119	المطلب الثالث: الاختبارات القبلية لنموذج الانحدار
121	المبحث الرابع: اختبار وتفسير الفرضيات
121	المطلب الأول: اختبار وتفسير الفرضية الرئيسية
122	المطلب الثاني: اختبار وتفسير الفرضية الفرعية الأولى
124	المطلب الثالث: اختبار وتفسير الفرضية الفرعية الثانية
125	المطلب الرابع: اختبار و تفسير الفرضية الفرعية الثالثة
127	خلاصة الفصل
129	خاتمة
135	قائمة المراجع
143	قائمة الجداول
145	قائمة الأشكال
147	قائمة الملاحق

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
د	نموذج البحث	01
23	العلاقة التبادلية بين فاعلية جودة الحياة الوظيفية و الفاعلية التنظيمية	02
28	أبعاد جودة الحياة الوظيفية	03
75	القيم الجوهرية للجودة	04
83	نموذج لتقييم جودة الخدمة	05
97	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة	06

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
18	مفاهيم جودة الحياة الوظيفية حسب عدد من الباحثين	1
24	أهداف جودة الحياة الوظيفية حسب عدد من الباحثين.	2
26	أبعاد جودة الحياة الوظيفية حسب عدد من الباحثين.	3
34	معايير قياس جودة الحياة الوظيفية حسب عدد من الباحثين	4
37	نشاطات جودة الحياة الوظيفية	5
92	الحوصلة الإجمالية للموارد البشرية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة حسب البلديات	6
98	الدوائر والبلديات التي تغطيها المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة	7
99	المصالح الاستشفائية والتقنية التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة	8
99	المجمعات الصحية التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة حسب البلديات	9
100	قاعات العلاج التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة حسب البلديات	10
102	توزيع الأسرة حسب مصالح الاستعجالات الجراحية التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة	11
104	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات الشخصية والوظيفية	12
108	نتائج معاملات الثبات والصدق	13
110	مقياس ليكرت للحكم على إجابات الأفراد	14
111	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لإجابات أفراد عينة البحث عن عبارات محور جودة الحياة الوظيفية.	15
116	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لإجابات أفراد عينة البحث عن عبارات محور جودة الخدمات الصحية	16
119	اختبار معامل تضخم التباين والتباين المسموح	17
120	معاملات الالتواء والتفلطح لمتغيرات الدراسة	18
121	نتائج تحليل تباين الانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية	19
122	تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر جودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة	20
123	اختبار أثر "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة من خلال الانحدار الخطي البسيط.	21
124	اختبار أثر "الجوانب المالية والاقتصادية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة من خلال الانحدار الخطي البسيط.	22
125	اختبار أثر بعد "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة من خلال الانحدار الخطي البسيط.	23
126	نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأبعاد المتغير المستقل مجتمعة	24

مقتله

يشهد العالم اليوم سلسلة تطورات جوهرية مست مختلف الجوانب الحياتية، بما فيها التي طرأت على منظمات الأعمال والتي أثرت فيها، من بين هذه التطورات العولمة والتقدم التكنولوجي اللذان كانا سببا في إحداث ثورة علمية ضخمة، فرضت على منظمات الأعمال تحديات عديدة، هذه الأخيرة أسهمت في إعادة تشكيل الموارد البشرية في طابع أكثر قوة وأكثر تحديد. بما يتوافق و المردود القيمي للمورد البشري.

لذا وجب على منظمات الأعمال أن تجد من السياسات ما يبني الثقة بين إدارتها والعاملين فيها وغيرهم من المتعاملين معها، و أيضا ما يوجد الاطمئنان لدى العاملين بعدم استغناء المنظمة عنهم أو إمكانية استبعادهم مستقبلا.

في هذا الاتجاه برز الاهتمام بجودة حياة الوظيفة الداعم لإيجاد بيئة عمل صحية وآمنة ويتوافر فيها دعم ومشاركة ودمج الموارد البشرية في عمليات اتخاذ القرارات وحل المشكلات، والاهتمام بهم حتى خارج إطار بيئة العمل، ما يحقق التوازن بين الحياة العملية و الشخصية للعامل.

وقد عرفت السنوات الأخيرة نموا كبيرا ومتزايدا في قطاع الخدمات والذي أصبح يشغل مكانة متميزة في المنظمات، ومن بين القطاعات الخدمية نجد قطاع الخدمات الصحية الذي أصبح يحتل موقعا هاما بسبب الأهمية التي تفرضها طبيعة الخدمات التي يقدمها هذا القطاع، واتصالها المباشر بصحة أفراد المجتمع وحياتهم. أين أصبح الوضع الصحي لأي مجتمع يعطي صورة واضحة عن مدى التطور الاقتصادي، الاجتماعي والثقافي، وهذا ما دفع الدول المتطلعة للتقدم والنمو إلى زيادة الإهتمام بالخدمات المقدمة من قبل المؤسسات الصحية.

لذا تعتبر جودة الحياة الوظيفية في المؤسسات الصحية أسلوبا ومنهجيا سليما للارتقاء وتقديم خدمات صحية متميزة والاستفادة من الموارد المتاحة على أكمل وجه، وذلك من أجل تلبية متطلبات المرضى وكسب رضاهم، وهذا ما جعل الاهتمام بجودة الحياة الوظيفية أمرا أكثر صعوبة وتعقيدا وفي نفس الوقت ضروري حتى نصل إلى مستوى جيد من الخدمات الصحية المقدمة..

و من هنا فإن هذه الدراسة تهدف إلى البحث عن أثر جودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات

الصحية.

1. إشكالية البحث:

أصبح تفعيل المورد البشري ضرورة ملحة تفرض نفسها على أي منظمة باعتباره قوة للعمل، ولا بد أن يحظى منها بكل الإهتمام و الرعاية، فالمنظمة لن يكتب لمشروع تحسين خدماتها النجاح ما لم تبني وتنمي الموارد البشرية وتشبع حاجاتها، إذن من أهم العوامل المؤثرة في تحسين الخدمات الصحية نجد جودة الحياة الوظيفية، والتي تعد من الموضوعات الجديدة والمهمة في حقل الإدارة و ذلك باعتبارها الأساس في بناء قوة عمل سليمة وصحيحة للوصول إلى تقديم خدمة صحية نوعية.

و بناء على ما سبق جاءت إشكالية بحثنا على النحو التالي:

"ما أثر جودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة؟" و تندرج ضمن هذه الإشكالية التساؤلات الفرعية التالية:

- ما مستوى جودة الحياة الوظيفية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.
- ما مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.
- ما أثر "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة (تصميم العمل، الاستقرار والأمان الوظيفي وفرق العمل) في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة؟.
- ما أثر "الجوانب المالية والاقتصادية" للمنظمة (نظام الأجور وفرص الترقى والتقدم الوظيفي) في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة؟.
- ما أثر "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة (السلامة والصحة المهنية، التكامل الاجتماعي وتوازن الحياة الشخصية والوظيفية) في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة؟.

2. أهداف البحث:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التعرف على مستوى جودة الحياة الوظيفية ومدى تطبيق برامجها في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.
- التعرف على مستوى تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.
- تحديد العلاقة بين جودة الحياة الوظيفية و تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.

- التعرف على أثر أبعاد جودة الحياة الوظيفية (الجوانب التنظيمية والوظيفية، الجوانب المالية والاقتصادية والجوانب المادية والمعنوية) في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.
- تسليط الضوء و إلقاء نظرة حقيقية على الواقع الملموس للصحة في المؤسسات الصحية الجزائرية.
- إبراز مدى حاجة المؤسسات الصحية لتبني مدخل الجودة في حياة العمل داخلها وما ينجر عن ذلك من نتائج.

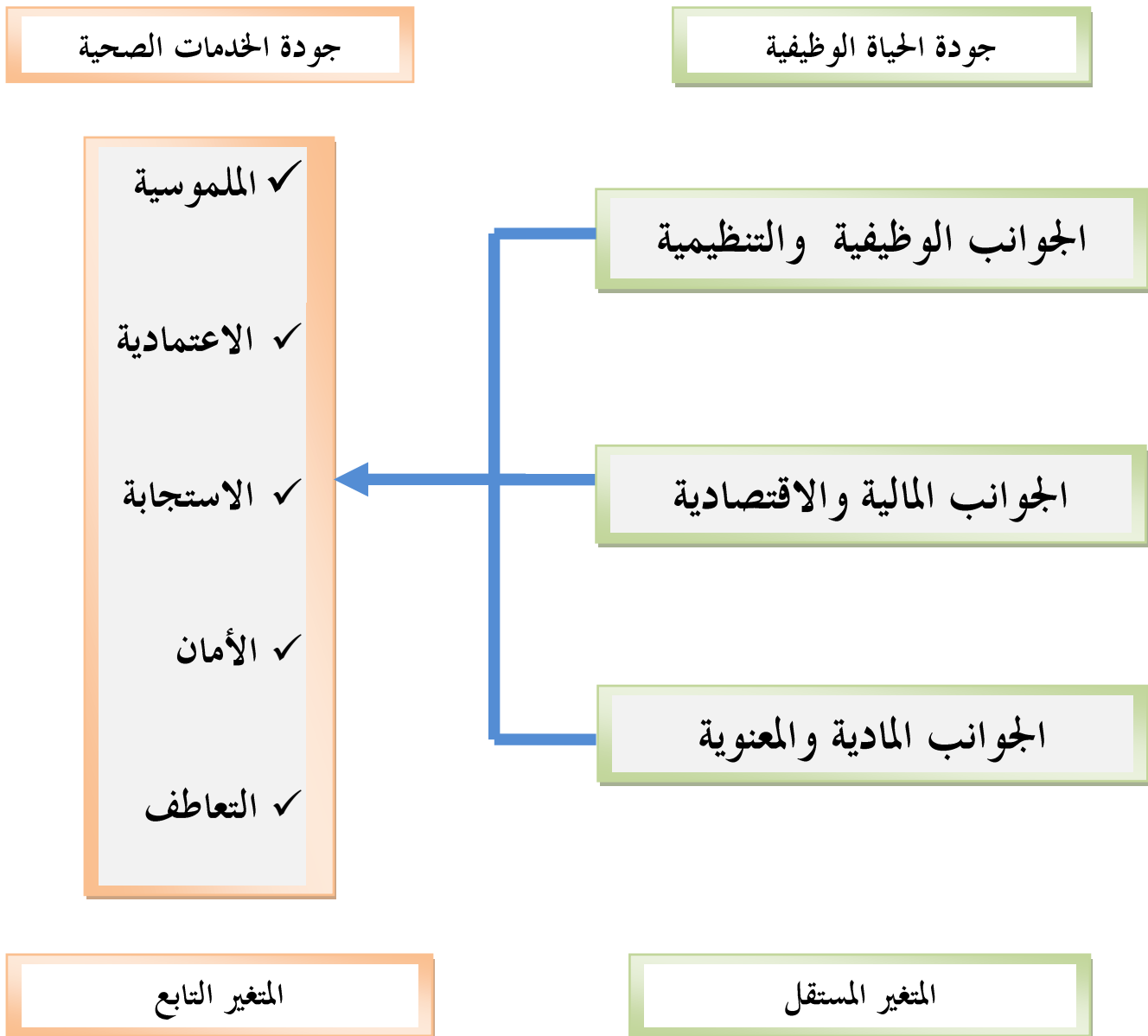
3. أهمية البحث:

- يمكن حصر أهمية هذا البحث في النقاط التالية:
- تكمن أهمية الدراسة الحالية في أنها تعد من الموضوعات المهمة في ميدان الإدارة، إذ تتناول مفهومين مهمين هما الحياة الوظيفية و الخدمات الصحية.
- قد تسهم هذه الدراسة في التوصل إلى فهم أثر جودة الحياة الوظيفية بأبعادها المختلفة في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.
- تتجسد الأهمية العلمية لهذا البحث من خلال الدور الذي تلعبه جودة الحياة الوظيفية في تحسين الخدمات الصحية في المؤسسات، في ظل ما يتوصل إليه من نتائج واقتراحات، يؤمل أن تستفيد منها المؤسسات الصحية الجزائرية بشكل عام بوصفها محور اهتمام هذا البحث، وذلك من خلال تطبيق النتائج والاقتراحات التي أسفر عنها البحث.
- يسعى هذا البحث إلى توضيح أهمية جودة الحياة الوظيفية وأثرها في تحسين وتطوير الخدمات الصحية المقدمة، ولتحديد نقاط القوة والضعف في مستوى جودة الحياة الوظيفية، مما يزيد من فاعلية الأداء وتحقيق أفضل النتائج المرجوة

4. نموذج البحث:

يمكن التعرف على النموذج الافتراضي للبحث من خلال الشكل التالي:

الشكل (1): نموذج الدراسة



المصدر: من إعداد الطالبة

5. فرضيات البحث:

يقوم هذا البحث على الفرضيات التالية:

الفرضية الرئيسية: "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لجودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة".

ويندرج ضمن هذه الفرضية ثلاث فرضيات فرعية هي:

– "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لـ "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة".

– "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لـ "الجوانب المالية والاقتصادية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة".

– "يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لـ "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة".

6. التعريفات الإجرائية:

– **جودة الحياة الوظيفية:** هي مجموعة الإجراءات والعمليات المخططة والمصممة المنفذة من قبل المنظمة والمطبقة على مواردها البشرية، حيث تلمس مختلف الجوانب المتعلقة بالأفراد داخل المنظمة، تهدف هذه الإجراءات والعمليات إلى خلق الظروف التي تعطي فيها لإشباع حاجات الأفراد أولوية قصوى، من خلال إحداث التوازن بين الحياتين الوظيفية والشخصية للموظف، العدالة الاجتماعية، توفير ظروف عمل آمنة ومناسبة... إلخ، مما ينتج عنه الرضا الوظيفي، وبالتالي دفع وتحفيز الطاقات الكامنة لدى الأفراد ورفع مستواهم، مما يساهم في تحقيق أهداف المنظمة من ضمان لنجاحها وتطورها وتحصنها من التيارات الخارجية.

– **الجوانب التنظيمية والوظيفية:** هي العوامل المرتبطة بالتنظيم والوظيفة، والتي تزود الأفراد بالدافعية، كما ترتبط بمحتوى الوظيفة مثل: تصميم الوظيفة، الاستقرار و الأمان الوظيفي وفرق العمل.

– **الجوانب المالية والاقتصادية:** وهي العوامل المرتبطة بنظم تعويض رأس المال البشري، حيث تعتبر مدخل أساسي لتحفيز وتحريك الأفراد العاملين وزيادة إنتاجيتهم، وتشمل الأجور وفرص ترقى.

– **الجوانب المادية والمعنوية:** وهي العوامل المرتبطة بمحيط العمل وتشمل: السلامة و الصحة المهنية، التكامل الاجتماعي وتوازن الحياة الشخصية والوظيفية.

— جودة الخدمات الصحية: هي إدراك المريض وتقديره لما يعتقد أنه مصدر راحة وثقة عن الخدمة المقدمة له، والتي تحظى بدرجة عالية من رضاه، وتحد من تعرضه للخطر.

7. حدود البحث:

— الحدود الموضوعية: اقتصر البحث على دراسة أثر جودة الحياة الوظيفية بأبعادها الثلاث (الجوانب التنظيمية والوظيفية، الجوانب المالية والاقتصادية، الجوانب المادية والمعنوية) في تحسين جودة الخدمات الصحية.

— الحدود المكانية: تم إجراء هذا البحث في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.

— الحدود البشرية: تم إجراء البحث على عينة من الموظفين الطبيين وشبه الطبيين والإداريين والمهنيين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.

— الحدود الزمانية: تم تطبيق هذا البحث ميدانيا خلال السداسي الثاني للسنة الجامعية 2016/2017.

8. هيكل البحث:

من أجل دراسة هذا الموضوع وبغرض الإجابة عن إشكالية البحث و اختبار الفرضيات و محاولة الإحاطة بجميع جوانبه سنقوم بتقسيم البحث إلى ثلاثة فصول، فصلين نظريين و فصل تطبيقي تسبقهم مقدمة عامة و تليهم خاتمة تضم أهم النتائج التي توصلنا إليها بالإضافة إلى جملة من الاقتراحات.

حيث سنقوم بتقسيم الفصل الأول المعنون بالإطار النظري لجودة الحياة الوظيفية إلى أربعة مباحث، سنتطرق في المبحث الأول إلى ماهية جودة الحياة الوظيفية من حيث المفهوم، النشأة، الأهمية و الأهداف، أما المبحث الثاني فستتطرق فيه إلى أساسيات جودة الحياة الوظيفية من حيث الأبعاد، قياسها و نشاطاتها، ثم يليه المبحث الثالث الذي سيتم فيه التعرف على دوافع تحسين جودة الحياة الوظيفية من حيث مفهوم تحسينها، دوافع، ممارسات و برامج تحسينها، وستناول المبحث الرابع تقييم فعالية جودة الحياة الوظيفية من حيث مستلزمات تطبيقها، عوامل نجاحها ومعوقات تطبيقها.

وبالنسبة للفصل الثاني والمعنون بالإطار النظري لجودة الخدمات الصحية، فنقوم بتقسيمه إلى أربعة مباحث، سنتناول في المبحث الأول ماهية المؤسسات الصحية من حيث مفهومها، خصائصها، وظائفها وتصنيفاتها، أما المبحث الثاني فسيتم التطرق من خلاله إلى ماهية الخدمات الصحية من حيث مفهومها، خصائصها، مستوياتها، أهدافها و أنواعها، ثم يليه المبحث الثالث و الذي سنتعرض فيه إلى ماهية جودة الخدمات الصحية من حيث مفهومها، أبعادها،

العوامل المؤثرة فيها، مستوياتها وأساليب قياسها، أما المبحث الرابع و الأخير فستتناول فيه جودة الحياة الوظيفية بأبعادها الرئيسية الثلاث ومساهمتها في تحسين جودة الخدمات الصحية.

أما الفصل الثالث المعنون بدراسة ميدانية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة ، سنتناول من خلاله أثر جودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر موظفي المؤسسة محل الدراسة من خلال أربع مباحث، سيتم تخصيص أولها لتقديم عام للمؤسسة محل الدراسة، أما المبحث الثاني فستتناول فيه الإطار المنهجي للمبحث، ثم يليه المبحث الثالث الذي سنقوم فيه بعرض النتائج والاختبارات القبلية لنموذج الانحدار، أما المبحث الرابع و الأخير سوف يخصص لتحليل واختبار فرضيات الدراسة.

9. الدراسات السابقة:

فيما يلي عرض لعدد من الدراسات التي لها علاقة بموضوع الدراسة

أولاً: الدراسات المتعلقة بجودة الحياة الوظيفية

– دراسة (أسامة زياد يوسف البليسي، 2012): البحث مقدم لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في ادارة الاعمال، بعنوان جودة الحياة الوظيفية وآثارها على الاداء الوظيفي للعاملين في المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة . هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الحياة الوظيفية في المنظمات الغير حكومية في قطاع غزة ودرجة الالتزام بتطبيق عناصرها داخل اورقتها والتعرف على مستوى الاداء الوظيفي لدى عمالي المنظمات الغير حكومية ومدى تاثيرها بتطبيق برامج جودة الحياة الوظيفية من عدمه، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– أن المنظمات الغير حكومية في قطاع غزة تمتاز بالكفاءة العالية والمستوى الراقى.

– وجود علاقة ايجابية بين جودة الحياة الوظيفية داخل المنظمات الغير حكومية في قطاع غزة والاداء الوظيفي لعاملها.

– وجود فروق ذات دلالة احصائية في استجابة العاملين حول جودة الحياة الوظيفية واثارها على الاداء الوظيفي للعاملين في منظمات غير حكومية في قطاع غزة تعزى الى الجنس.

– دراسة (خليل إسماعيل إبراهيم ماضي، 2014): بحث للحصول على درجة دكتوراه فلسفة الاعمال، جاءت

هذه الدراسة تحت عنوان جودة الحياة الوظيفية وآثارها على مستوى الاداء الوظيفي للعاملين في الجامعات

الفلسطينية ، يهدف هذا البحث للتعرف إلى جودة الحياة الوظيفية وآثارها على مستوى الاداء الوظيفي للعاملين في

الجامعات الفلسطينية حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وقائمة الاستقصاء كأداة لجمع البيانات، وبلغ حجم المجتمع ، 3254 وبلغت عينة الدراسة 344، وكانت العينة عشوائية طبقية كما تم استخدام برنامج التحليل الاحصائي (SPSS) كرمز إحصائية لإدخال ومعالجة وتحليل البيانات ومن أهم النتائج التي توصل إليها:

– توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد جودة الحياة الوظيفية والأداء الوظيفي للعاملين في الجامعات الفلسطينية.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إستجابات المبحوثين في ما يتعلق بآرائهم حول (جودة الحياة الوظيفية وأثرها على مستوى الأداء الوظيفية للعاملين في الجامعات) تعزى إلى المتغيرات (الفئة العمرية ، المؤهل العلمي ، سنوات الخدمة و مدة العمل).

– أظهرت النتائج أنه يوجد تأثير مهم ذو دلالة إحصائية لأبعاد جودة الحياة الوظيفية و أن اهم الأبعاد تأثيرا في الأداء الوظيفي تتمثل في فرص الترقى والتقدم الوظيفي ، العلاقات الاجتماعية، الاستقرار و الأمان الوظيفي، المشاركة في اتخاذ القرارات، برامج التدريب و التعليم، التوازن بين الحياة الشخصية و الحياة الوظيفية.

– دراسة (أيمن حسن ديوب، 2014): أبحاث مجلة جامعة دمشق المجلد: 30، العدد الأول، قسم إدارة الأعمال لكلية الاقتصاد لجامعة دمشق، بحث حول **تمكين العاملين كمدخل لتحسين جودة الحياة الوظيفية في قطاع الاتصالات** (دراسة ميدانية)، تهدف الدراسة الى تحديد طبيعة العلاقة بين تمكين العاملين و جودة الحياة الوظيفية و تحديد أفضل أشكال تمكين العاملين المطلوبة لتحقيق جودة حياة وظيفية في المنظمات محل الدراسة، و قد تمثلت أهم النتائج في :

– وجود علاقة ذات دلالة معنوية بين متغيرات تمكين العاملين (تفويض السلطة، مشاركة العاملين في اتخاذ القرارات، مشاركة العاملين في الملكية، تشجيع العاملين و تقدير أفكارهم و اقتراحاتهم) و جودة الحياة الوظيفية في المنظمات محل الدراسة.

– تشير الدراسة الى أن تقدير الإنجاز هو أكثر متغيرات تمكين العاملين إرتباطا بجودة الحياة الوظيفية يليه مشاركة العاملين بالملكية و من ثم تفويض السلطة.

أوضحت الدراسة أن حياة الفرد الأسرية بعيدة عن إهتمام المنظمات محل الدراسة.

- برامج التأمين الصحي لا تنفذ بالشكل السليم على الرغم من عدالة نظام الأجر والتعويضات فيها، علماً أنه تتوفر لدى معظم الشركات إستراتيجية لتفويض السلطة و هناك مشاركة محدودة للعاملين في صناعة القرارات.

- دراسة (نجلاء عبد السلام محمود دسوقي، 2015): تخصص إدارة شؤون الأسرة و المؤسسات قسم الاقتصاد المتزلي كلية الزراعة جامعة الإسكندرية، جاء البحث بعنوان **تأثير جودة حياة العمل على المهارات الإدارية لأعضاء هيئة التدريس**، استهدف هذا البحث دراسة تأثير جودة حياة العمل على المهارات الادارية لأعضاء هيئة التدريس والعلاقات الارتباطية بينهما، و قد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (100) عضو هيئة تدريس في كلية الزراعة بجامعة الاسكندرية، حيث تم تجميع البيانات باستخدام استبيان اعتماداً على المقابلة الشخصية واعتمدت الدراسة على النسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل الارتباط البسيط ودالة الانحدار المتعدد كأسالي ب إحصائية لعرض ومناقشة النتائج البحثية وكانت أهم النتائج ما يلي:

- انخفاض نسبة المبحوثين ذوي المستوى المرتفع من جودة حياة العمل حيث بلغت 17% .
- انخفاض نسبة المبحوثين ذوي المستوى المرتفع في المهارات الادارية حيث بلغت 16 % .
- أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية طردية معنوية بين مستوى المهارات الادارية و بين كل من مستوى جودة حياة العمل عند مستوى احتمالي (0.01) و (مدة الحياة الزوجية، متوسط الدخل الأسري والدرجة الوظيفية) عند مستوى احتمالي (00.05).
- وجد أن مستوى جودة حياة العمل من أكثر المتغيرات المؤثرة على مستوى المهارات الإدارية بنسبة 10.3%.

ثانياً: الدراسات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية

- دراسة (أكرم أحمد الطويل، آلاء حسيب الجليلي، رياض خليل وهاب، 2010): أبحاث مجلة تكريت للعلوم الإدارية و الاقتصادية، المجلد: 06، العدد: 19، جامعة تكريت كلية الإدارة و الاقتصاد. عنوان البحث: **إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية**، دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوي، الهدف من الدراسة إلقاء الضوء حول إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوي، ومن خلال الرؤية النظرية و التطبيق العملي في المستشفيات توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– أن هناك فجوة على مستوى مفهوم و أبعاد جودة الخدمات الصحية.

– أن هناك تباين في استجابة المستشفيات قيد البحث مع أبعاد جودة الخدمات الصحية.

– دراسة (عتيق عائشة، 2011-2012): رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، جامعة أبوبكر بلقايد تلمسان، جاء البحث بعنوان: **جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية** -دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، يهدف البحث إلى دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ومدى تأثيرها على رضا المريض، بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمات الصحية، وقد تمكنت الدراسة من التوصل إلى أن المريض راض عن الأبعاد الأربعة: (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان و التعاطف) إلا أنه غير راض على بعد الملموسية، مما يستوجب تطوير الخدمات الصحية بما يتناسب مع إحتياجات المرضى، وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي عن طريق جانب البعد المادي.

– دراسة (دريدي أحلام، 2013- 2014): رسالة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة ماجستير في علوم التسيير تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، عنوان البحث: **دور إستخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية** ، دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (رزيق يوسف)، تهدف الدراسة إلى معرفة دور استخدام أحد نماذج بحوث العمليات وهو نموذج صفوف الانتظار، والتي تساعد بطريقة عملية في تحسين جودة الخدمات الصحية وتوصلت الدراسة إلى تقديم بديل لتحسين الوضع الحالي الموجود في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (رزيق يوسف)، حيث ساهم هذا البديل في تحسين جميع مؤثرات الأداء، فقد انخفض وقت انتظار المريض في النظام للحصول على الخدمة من 33.9 دقيقة إلى 2.9 دقيقة، وعليه فإن هذه الدراسة أثبتت أنه من الممكن استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية.

– دراسة (محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر، 2015): أبحاث المجلة الأردنية في إدارة الأعمال المجلد: 11 العدد: 04، جاء البحث بعنوان **قياس جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى و المراجعين**، دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى لولاية الخرطوم، تهدف هذه الدراسة إلى قياس مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى و المراجعين، و أجريت الدراسة على المستشفيات التعليمية الكبرى في ولاية الخرطوم، وتم إختيار عينة ميسرة من المرضى المنومين و المراجعين، واستخدام استبيان اشتملت على (22 عبارة) لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية فيها، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– الإدراك التام لدى المرضى والمراجعين لمستويات الخدمات الصحية الواجب توافرها في المستشفيات الحكومية.

– عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية لمستويات جودة الخدمات الصحية للمستشفيات الحكومية عند مستوى معنوي أقل من (0.05) تبعا للمتغيرات الديمغرافية للعينة المتمثلة في: النوع، العمر، التعليم، الدخل ومكان السكن.

–ثالثا: الدراسات التي تناولت العلاقة بين جودة الحياة الوظيفية والخدمات الصحية

دراسة **(Lewis et al,2001)** : **Extrinsic and Intrinsic Determinants of Quality of Work Life, leadership in Health Services.**

، المحددات الداخلية والخارجية لنوعية العمل الحياة، والقيادة في الخدمات الصحية. اهتمت هذه الدراسة باختبار إذا ما كانت المحددات الداخلية (كمستوى المهارة، الاستقلالية، دعم الزملاء والمشرفين، وضوح الدور الوظيفي والعلاقات التنظيمية) والخارجية (كالمرتب، المزايا المادية، سلامة وصحة بيئة العمل والعلاقات الاجتماعية)، والمعلومات الشخصية (كالجنس والحالة الوظيفية)، تتنبأ بدرجة الرضا عن جودة الحياة الوظيفية لسبع مؤسسات رعاية صحية كندية، وتكونت بيانات الاستقصاء من 65 متغيرا موضوعة في ثمانية عوامل جوهرية وهي دعم المشرفين للعاملين وفريق العمل والاتصالات ومتطلبات الوظيفة وسلطة القرار، ورعاية المريض داخل المؤسسة، والخصائص المميزة للمؤسسة، والمزايا والتعويضات، وتنمية وتطوير وتدريب العاملين، والانطباعات العامة على المؤسسة.

حيث أظهرت الدراسة النتائج التالية:

-تطبيق برنامج جودة الحياة الوظيفية يؤدي إلى القضاء على المشكلات الأساسية في بيئة العمل وتقليل

الضغوط الواقعة على العاملين، وتقليل الصراعات التنظيمية.

-يركز متخذي القرارات عند اهتمامهم بتحسين جودة الحياة الوظيفية على الخصائص الوظيفية (نظام

الدفع، المزايا وأسلوب الإشراف)، وفي المقابل اهتمام أقل بتحسين استقلالية طاقم العمل وحرية تصرفه.

– دراسة **(Janetta H Roos,2012)** : **Quality of work life in health services: and mentorship magnetism**

جودة حياة العمل في الخدمات الصحية: المغناطيسية والنصح والإرشاد ، قسم الدراسات الصحية

بجامعة جنوب أفريقيا ، أجريت على عدد من مؤسسات الرعاية الصحية في جنوب أفريقيا، حيث استهدفت دراسة

نوعية حياة العمل للعاملين في مجال الرعاية الصحية اعتمادا على أبعاد والتون لجودة الحياة الوظيفية وهي: التعويض

المناسب والعاقل، فرص الاستفادة وتطوير القدرات، والتفاعل الاجتماعي في محيط العمل، توفير بيئة عمل آمنة وصحية. وكان التركيز الرئيسي في هذه الدراسة على المرضات. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن جودة حياة العمل للعاملين في مجال الصحة خاصة المرضات ليست مواتية، وبالتالي ينبغي التحسين لضمان تقديم خدمة مناسبة للمرضى والمساعدة في تحقيق رؤية مستقبلية.
- تواجه القوى العاملة الصحية تحديات كبيرة في العمل والتوظيف، هذه التحديات تعزى إلى حد كبير إلى سياسات الاقتصاد الكلي و مستوى الموارد البشرية.
- التحديات التي يواجهها العاملون في مجال الصحة والتي تشمل الاستنزاف، والتغيب، وعبء العمل.
- نقص في التأهيل والتدريب والأسباب الكامنة وراءها والتي تشمل الرواتب والتعويضات المنخفضة.
- المخاطر المهنية والإجهاد المهني.

ومن توصيات الدراسة مايلي:

- الاهتمام بإدارة الخدمات الصحية وتنفيذ استراتيجيات لتحسين نوعية حياة العمل لموظفيهم.
- تحتاج كل الخدمات الصحية على أن يرأسها زعيم قوي، أن تكون القيادة مرئية ويمكن الوصول إليها.
- لابد من مرونة الهيكلي التنظيمي فحودة حياة العمل قد تستفيد من بنية مسطحة واللامركزية للمنظمة فبذلك يعتمد الجراء نهج أكثر تعاونية وتشاركية.
- أن يمكن أسلوب الإدارة الوصول إليها والتواصل الفعال مع الموظفين، ويجب على المدراء إجراء اجتماعات تتضمن ردود الفعل من الموظفين.
- تقنية الإدارة التشاركية هو استخدام آخر لدوائر الجودة حيث تلتقي مجموعة من الموظفين على أساس متكرر مع رؤسائهم لتحديد ومناقشة المشاكل في برامج تقديم الخدمات ووضع خطط كفريق واحد لحل هذه المشاكل.
- الدعم الاجتماعي للموظفين في العمل في شكل من الراحة والعاطفية وتوفير الأمن وتقديم المساعدة المباشرة في شكل مساعدة مالية أو عملية أو معلومات تساعد الموظفين على حل مشاكلهم، مما ينبغي تعزيز جودة حياة العمل.

ما تضيفه الدراسة الحالية على الدراسات السابقة:

من خلال التعليق على الدراسات السابقة نستنتج أن:

- الدراسة الحالية تتفق مع الدراسات السابقة المتعلقة في تناولها لموضوع جودة الحياة الوظيفية، وذلك مساهم في دعم الجانب النظري له.
- الدراسة الحالية تتفق مع الدراسات السابقة المتعلقة في تناولها لموضوع جودة الخدمات الصحية، وذلك مساهم في دعم الجانب النظري له.
- تمت الاستفادة من الدراسات السابقة في اختيار الأداة والمنهج المناسب لمثل هذه الدراسات، حيث اتفقت معظمها مع المنهج المختار بالنسبة للدراسة الحالية.
- الدراسة الحالية تتفق مع الدراسات السابقة في الهدف حيث أن هذه الدراسات حاولت تبيان أثر جودة الحياة الوظيفية كأسلوب إداري حديث ومختلف الفوائد العائدة من تطبيقه في المؤسسات المختلفة وأهمها المؤسسات الصحية من حيث تحسين جودة خدماتها المقدمة.
- أعطت الدراسات السابقة نظرة عامة على مؤشري الدراسة الحالية المتمثلين في جودة الحياة الوظيفية وجودة الخدمات الصحية.

وإن من أهم ما تضيفه الدراسة الحالية على الدراسات السابقة ما يلي:

- كونها طبقت على فئات الموارد البشرية المختلفة بالمؤسسة، فمنهم الطبيين وشبه الطبيين والإداريين والمهنيين.
- تناولت أبعاد جودة الحياة الوظيفية بشكل مختلف عن المعتاد حيث صنفتها إلى ثلاث جوانب (الجوانب التنظيمية والوظيفية، الجوانب المالية والاقتصادية، الجوانب المادية والمعنوية)، كل من هذه الأبعاد يحمل في طياته مجموعة من الأبعاد الفرعية.
- بحكم أن الطالبة تعمل بمجتمع الدراسة وتواجه نفس الإشكاليات التي تناولتها في بحثها في حياتها الوظيفية مثلها مثل بقية الباحثين من عينة الدراسة، وبالتالي للطالبة قدرة خاصة على تفهم وقراءة وتفسير نتائج البحث بصورة أكثر واقعية.

الفصل الأول

الإطار النظري لجودة الحياة الوظيفية

تمهيد

بدأ الاهتمام بالموارد البشرية بشكل واضح في الثلث الأخير من القرن السابق، وذلك على مستوى موقع إدارة الموارد البشرية في الهيكل التنظيمي من جهة، ومن جهة أخرى بالموارد البشري نفسه. وتعددت الدراسات والأبحاث في هذا المجال للفصل بين الجدل القائم على الاهتمام بالموارد البشري أو الاهتمام بالعملية الإنتاجية، وكيفية التوازن بينهما.

وبظهور مصطلح جودة الحياة الوظيفية نال هذا المفهوم اهتماما كبيرا في أوساط المنظمات لتحسين وإصلاح العمل من خلال طرح برامج تستند إلى أهمية المورد البشري في المنظمة.

ويهتم موضوع جودة الحياة الوظيفية بدراسة و تحليل المكونات و الأساليب التي تستند إليها الإدارة في المنظمات بقصد توفير حياة وظيفية أفضل للعاملين. مما يسهم في رفع أداء المنظمة ويحقق الإشباع لحاجاتهم و رغباتهم. فالمنظمة التي ترغب في الاحتفاظ بمواردها البشرية عليها أن تعمل على تطوير مستقبلهم الوظيفي، وهذا يحقق لهم الرضا و التحفيز نتيجة لمعرفة مسار حياتهم في المستقبل.

واعتمادا على ما سبق، ولغرض الإلمام بجوانب الموضوع، سنقوم بتقسيم هذا الفصل إلى أربعة مباحث حيث سنتعرف من خلال المبحث الأول على ماهية جودة الحياة الوظيفية من حيث المفهوم، النشأة، الأهمية و الأهداف، أما المبحث الثاني فسيتم التطرق من خلاله إلى أساسيات جودة الحياة الوظيفية من حيث الأبعاد، قياسها و نشاطاتها، ثم نتعرض إلى تحسين جودة الحياة الوظيفية من حيث مفهوم تحسينها، دوافع، ممارسات و برامج تحسينها وذلك من خلال المبحث الثالث، وستناول في المبحث الرابع تقييم فعالية جودة الحياة الوظيفية من حيث مستلزمات تطبيقها، عوامل نجاحها و معيقات تطبيقها.

المبحث الأول : ماهية جودة الحياة الوظيفية

حظي موضوع جودة الحياة الوظيفية باهتمام المختصين بالعلاقات الإنسانية والهندسة البشرية لمدة تزيد عن 50 عاماً. أين إنطلق الاهتمام من مسلمة مفادها حاجة الأفراد في المنظمة إلى أجواء عمل جيدة من أجل أداء العمل بصورة مناسبة. لذا فإن الهدف الأساسي من محاولات تحسين جودة حياة العمل يتمثل في إعداد قوة عمل راضية ومندفة ومحفزة وذات ولاء عالي لأعمالها وعلى درجة عالية وقدرة فائقة في الإبداع والابتكار.

المطلب الأول: مفهوم ونشأة جودة الحياة الوظيفية:

الفرع الأول: مفهوم الجودة

تعددت تعاريف الجودة باختلاف النظرة إليها، ومحاولة العديد من الباحثين إظهار مضمونها لتقديم تعريف يبرز سمة معينة، ولذلك نجد من التعاريف ما يلي:

– **الجودة لغة:** "من أجاد أي أتى بالجيد من قول أو عمل، و أجاد الشيء بمعنى صيره جيداً، والجيد نقيض الرديء، وجاد الشيء جوده. بمعنى صار جيداً" (سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزبادات: 2008، 20).

أما المعنى الاصطلاحي للجودة، فقد تعددت أشكاله:

فيعرفها جوران **Juran:** "بأنها الملائمة للاستعمال"، وعرفها **إيفانس Evans:** "بأنها تلبية توقعات الزبائن أو ما يتفوق عليها"، بينما عرفها **هيل Hill:** "بأنها المقدرة على تلبية متطلبات الزبائن وتحقيق توقعاتهم و تجاوزها بإتجاه الأفضل" (يوسف حجيم الطائي وآخرون: 2009، 56).

إلا أن هذا المصطلح لا يزال يكتنفه بعض الغموض:

– فيقول **إليس Ellis:** "أن الجودة بحد ذاتها تعبير غامض إلى حد ما، لأنها تتضمن دلالات تشير إلى المعايير والتمييز على حد سواء". ويرى **ديمنج Deming:** "أن الجودة يجب أن ترضي حاجات العميل الحالية والمستقبلية" (رعد عبد الله الطائي - عيسى قداد: 2008، 29).

كما أن مصطلح الجودة حظي بتعريف رسمي من قبل بعض المنظمات الدولية:

– فتعرفها الجمعية الأمريكية للجودة على أنها "مجموعة الخصائص والمميزات للسلع والخدمات التي تعتمد على مقدرتها في إرضاء الحاجات المحددة للمستهلك" (يوسف حجيم الطائي وآخرون: 2009، 56).

وتعرفها المنظمة الدولية للمعايير (iso): "أما الخصائص الكلية لكيان (نشاط أو عملية أو منتج أو نظام أو فرد، أو مزيج منها) التي تنعكس في قدرته على إشباع حاجات صريحة أو ضمنية" (رعد عبد الله الطائي - عيسى قداة: 2008، 29). من خلال ما سبق يمكن أن نعرف الجودة بأنها: مطابقة المواصفات المعتمدة للمنتج أو الخدمة وذلك من أجل تلبية توقعات الزبون الحالية والمستقبلية بهدف تخفيض التكاليف وتحقيق القدرة على تقديم الأداء الأفضل بالإضافة إلى تقديم منتجات وخدمات مميزة.

الفرع الثاني: مفهوم جودة الحياة الوظيفية

تعددت التعاريف المتعلقة بمصطلح جودة الحياة الوظيفية، واختلفت الآراء باختلاف الباحثين، حيث أن كل باحث تناول مفهومها بشكل مختلف عن الآخر، حسب ما سنوضحه في الجدول الآتي وحسب سياق تاريخ صدورهما:

الجدول رقم (01): مفاهيم جودة الحياة الوظيفية حسب عدد من الباحثين.

ملاحظة	تعريف جودة الحياة الوظيفية	إسم الباحث والسنة
يرى بأن جودة الحياة الوظيفية تتمثل في مشاركة الأفراد في اتخاذ القرارات وكذا زيادة الاهتمام بالموارد البشري، وتوفير له الأمن والسلامة والصحة المهنية، مما يجعل كل الأفراد وفي كافة المستويات معينين بالمشاركة في تحقيق الأرباح، مما يحقق للأفراد زيادة الرضا الوظيفي.	تعني زيادة مشاركة الأفراد في القرارات التي كان يقوم بها المديرون تقليدياً، كما تشمل أيضاً تحسين الإنتاجية من خلال الاستخدام الأمثل للأفراد أكثر من الأموال، بالإضافة إلى تحسين الأمن والصحة الوظيفية والمشاركة في العائد في كل المستويات وتحسين الرضا الوظيفي العام.	(Anderson 88)
يوضح مفهوم جودة الحياة الوظيفية في أنها تشمل إسهامات الإدارة في تحسين كفاء المنظمة ككل وزيادة رضا الموظفين.	هو مصطلح عام يتضمن المبادرات الإدارية المتعددة لتحسين الكفاءة التنظيمية وزيادة الرضا الوظيفي للأفراد.	(Mayers 92)
يعبر عن جودة الحياة الوظيفية بمخرجات النظام الثقافي المنظمي الذي يعمل على تحقيق جو ملائم ومساعد للعمل، ويجعل الموظفين يقدمون كل جهودهم من أجل تحسين الأداء.	هي الإطار الذي من خلاله تمد الثقافة التنظيمية الأفراد في المنظمة بالمعلومات والمعرفة والسلطة والمكافآت، والذي يمكنهم من الأداء بأمان وفاعلية، و أيضاً تعويضهم بعدالة، مع استمرارية الكرامة الإنسانية.	(Hunt 92)
وصفها بدرجة الفرصة التي تسمح للأفراد بالمشاركة في اتخاذ القرارات، وتكلم عن أهمية هذه الدرجة وعلاقتها بمدى تحقيق جودة الحياة الوظيفية.	هي درجة الفرصة المتاحة للأفراد لاتخاذ قرارات تؤثر في بيئة العمل الخاصة بهم، فكلما زادت الفرصة كلما عظمت جودة الحياة الوظيفية.	(Cetro 92)
يرون بأن جودة الحياة الوظيفية هي التغييرات التي تقوم بها المنظمة والتي تهدف إلى تحسين ظروف العمل مما يؤدي إلى خلق راحة واطمئنان لدى الفرد العامل.	هي التغييرات التي تقوم بها المنظمة والتي من شأنها تحسين نوعية الحياة الوظيفية لمستخدميها، وهذه التغييرات تركز على البحث عن طرق أفضل لجعل بيئة العمل أكثر فائدة وبما يؤدي إلى تخفيض القلق و الضغوط لدى الأفراد.	(Sherman,Bohlander &Snell 96)
يعبرون عن جودة الحياة الوظيفية بوصفها فلسفة إدارية تهدف إلى حفظ كرامة الموظفين والتعديل في ثقافة المنظمة، والاهتمام بصحة وسلامة العامل من خلال تحقيق النمو والتقدم الوظيفي.	هي فلسفة الإدارة التي تؤكد على كرامة الموظفين وتقدم التغييرات في ثقافة المنظمة، وتحسين الجوانب الجسمانية و المعنوية للعاملين عن طريق إيجاد فرص النمو والتطور.	(Gibson,Ivncevic h & Donnely 97)
ربط مفهوم جودة الحياة الوظيفية بالمشاركة في اتخاذ القرارات، مما يشعرهم بالانتماء وبالتالي تعمل المنظمة على تحقيق رغباتهم.	هي العملية التي تستجيب بها المنظمة لحاجات مواردها البشرية، وذلك عن طريق تطوير و إيجاد آليات تسمح لهم بالمشاركة كلياً في اتخاذ القرار و صياغة حياتهم في العمل.	(Leu & May98)
يربط مفهوم جودة الحياة الوظيفية بالجو الملائم والجيد للعمل الذي يعزز رضا الفرد، من خلال أنظمة	تعبر عن الظروف البيئية المرضية والحببة لحل العمل والتي تدعم وترقي وتزيد من رضا الفرد العامل وذلك	(Havlovic 99)

<p>المكافآت وإتاحة فرص المشاركة و إبداء الرأي.</p>	<p>عن طريق توفير بيئة عمل آمنة و نظم ملائمة للمكافآت وفرص متاحة للنمو.</p>	
<p>يرى بأن جودة الحياة الوظيفية هي كل العمليات التي تؤثر بالإيجاب على حياة العامل الوظيفية وكذا الشخصية، مما يجعله يحس بالمسؤولية و يشارك في تحقيق أهداف المنظمة وأهداف الأطراف الأخرى التي لها علاقة بالمنظمة.</p>	<p>هي مجموعة من العمليات المتكاملة والمخططة و المستمرة، والتي تستهدف مختلف الجوانب التي تؤثر على الحياة الوظيفية للعاملين وحياتهم الشخصية أيضا، والذي يساهم بدوره في تحقيق الأهداف الإستراتيجية للمنظمة والعاملين فيها و المتعاملين معها.</p>	<p>سيد محمد جاد الرب 1999</p>
<p>يوضح مفهوم جودة الحياة الوظيفية باعتبارها برامج تسطرها المنظمة لتحسين أوضاع العمل وتوفير بيئة مناسبة يسودها الإحترام والثقة والإعتراف بقدرات الموظفين من قبل المنظمة، وذلك من أجل تحقيق رضاهم وزيادة دافعيتهم للعمل.</p>	<p>هي الصفات أو الجوانب الإيجابية وغير الإيجابية المرتبطة ببيئة العمل كما يراها أو يدركها العاملون، وكلما استطاعت الإدارة وضع البرامج الكفيلة بالسيطرة على أو إزالة كل ما شأنه عرقلة عمل الأفراد أثناء أدائهم للعمل وتوفير ظروف العمل المناسبة لهم ويتم التعامل معهم بإحترام وثقة عالية بقدراتهم ، هكذا تكون قد هيأت لنفسها بيئة عمل جيدة في أذهان العاملین وولدت لديهم القناعة والرضا والاندفاع العالي نحو العمل.</p>	<p>(السالم مؤيد سعيد2008)</p>
<p>ربط في مفهوم جودة الحياة الوظيفية بين هدفين تسعى المنظمة لتحقيقهما والهدف الأول ينجر عنه الثاني أي بتحقيق رضا الأفراد نستطيع المنظمة الوصول إلى الفعالية التنظيمية.</p>	<p>هي مجموعة الأنشطة التي تمارسها الإدارة بهدف تحقيق الرضا الوظيفي للموظفين وبالتالي تحقيق الفعالية التنظيمية للمنظمة.</p>	<p>(Anukool 2012)</p>
<p>ركز في مفهوم جودة الحياة الوظيفية على ضرورة الاهتمام بالموارد البشري حتى نصل إلى تحقيق رضاه وبالتالي يتحقق لدينا التوازن بين أداءه وماتقدمه له مؤسسة من تضحيات من أجل توفير له البيئة المناسبة للعمل.</p>	<p>هي درجة من التميز في العمل وشروطه المادية و المعنوية والتي تحدد العلاقة بين الموظف وبيئته التي يعمل بها، من خلال هئية بعد إنساني تعمل في مجملها من خلال المساهمة بتحقيق الرضا العام وتحقيق التوازن في أداء العمل على مستوى الأفراد بشكل خاص و المنظمات بشكل عام.</p>	<p>(Surya 2013)</p>

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على المراجع التالية:

- سيد محمد جاد الرب: جودة الحياة الوظيفية في منظمات الأعمال العصرية، مطبعة العشري ، جمهورية مصر العربية، 2008.
- المغربي، عبد الحميد عبد الفتاح: جودة حياة العمل وأثرها في تنمية الاستغراق الوظيفي، دراسة ميدانية،مجلة البحوث التجارية، كلية التجارة، جامعة المنصورة ، 2004.
- السالم، مؤيد سعيد: إدارة الموارد البشرية المعاصرة، مدخل استراتيجي تكاملي، دار إثراء للنشر، عمان، 2009.
- شبيلي إسماعيل السويطي: أثر جودة حياة العمل على الولاء التنظيمي في الوزارات الفلسطينية، أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في الإدارة العامة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2016.

من خلال ما سبق يمكن إعطاء تعريف شامل لمفهوم جودة الحياة الوظيفية على أنها:

" مجموعة من العمليات المخططة والمتكاملة والمستمرة والتي تتظاهر من خلالها جهود تبذلها المنظمة باتجاه خلق قيم عمل مشتركة، تمنحها فرصة الحصول على قوى عمل مندفعة ومحفزة وراضية ذات شعور عالي بالولاء والانتماء، وتعمل باتجاه تحسين الإنتاجية كما ونوعا، كل هذا يتحقق من خلال توفير الظروف الملائمة وإنجاح برامج تحسين نوعية حياة العمل".

الفرع الثالث: نشأة جودة الحياة الوظيفية

يعد مفهوم جودة الحياة الوظيفية من المفاهيم الحديثة في منظمات الأعمال وفي مجال إدارة الموارد البشرية، إذ تعود بداياته إلى نهاية الستينيات و بداية السبعينيات من القرن العشرين، من خلال التأكيد على جودة الحياة في مكان العمل، حيث انصب هذا المفهوم على التركيز على أثر التوظيف في صحة العامل و التعرف على الطرق التي تجود أداء الفرد في أثناء العمل ، ويرى (Anderson) أن جودة الحياة الوظيفية نشأت في الولايات المتحدة الأمريكية نتيجة زيادة السلوكيات السلبية في بيئة العمل الأمريكية مثل زيادة معدلات الغياب و الشكاوي، و التخريب المتعمد في العمل، وزيادة الشعور السلبي من قبل الموظفين تجاه المشرفين، وارتفاع تكاليف الإنتاج وغيره (سيد محمد جاد الرب: 2008، 14).

كما يرى (Lau May98) أن مصطلح جودة الحياة الوظيفية قد ظهر عام 1972 خلال المؤتمر الدولي لعلاقات العمل، الذي عقد في الولايات المتحدة الأمريكية، ونال هذا المصطلح اهتماما كبيرا بعد أن قامت

مؤسسات: (General Motors) و (United Auto Workers) بتقديم برامج إصلاح العمل (سيد محمد جاد الرب: 2008، 16).

وفي أواخر السبعينات و أوائل الثمانينيات تراجع الاهتمام و انخفضت الأنشطة التي تمارسها المنظمات لتحقيق جودة الحياة الوظيفية، مما جعل برامج هذه الأخيرة تأتي في المرتبة الثانوية ، و بالتالي كان التأثير واضحا على كفاءة الأداء الاقتصادي للمنظمة و ما تعتنقه من قيم و أفكار تتعلق بالموارد البشرية.

ومنذ منتصف الثمانينات وحتى منتصف التسعينات تقريبا زاد الاهتمام مرة أخرى ببرامج جودة حياة العمل في الشركات و المؤسسات الأمريكية للعديد من الأسباب بعضها داخلي يتعلق بحالة الأفراد و القوانين الفيدرالية في أمريكا، وبعضها خارجي يمثل استجابة للنجاح الذي حققته بعض الأنظمة الإدارية في اليابان وبعض الدول

الأوروبية، ومع التسعينيات قامت شركات عالمية كثيرة منتشرة في دول العالم بتطبيق شكل أو آخر من أشكال برامج جودة الحياة الوظيفية، وتزايد الاهتمام نتيجة التركيز على إشباع حاجات العميل الداخلي و الخارجي، وتطبيق أسلوب إعادة هندسة الموارد البشرية و إكسابها مهارات متنوعة و النظر إليها كأحد الإستراتيجيات التنافسي (المغربي عبد الحميد عبد الفتاح:2007، 261).

المطلب الثاني: أهمية جودة الحياة الوظيفية

تتحلى أهمية تحسين نوعية حياة العمل من خلال تأثيرها المباشر وغير المباشر على الكثير من الظواهر والسلوكيات الإدارية داخل المنظمات، وتأثيرها بالمقابل على مجمل حركة المنظمة سواء في أداء مهامها وتحقيق أهدافها أو علاقتها بالبيئة الخارجية سواء كانت هذه العلاقات بأفراد أو منظمات. فقد أكدت الكثير من البحوث والدراسات التطبيقية التي أجريت في بيئات مختلفة على أن تحسين نوعية العمل له تأثير على الكثير من المخرجات التنظيمية الهامة للمنظمات، مما أوجد علاقات مباشرة ومعنوية بين طبيعة نوعية البيئة السائدة ومخرجات المنظمات. لهذا يرى الباحثون أن درجة نجاح أية منظمة على المدى القريب و البعيد تتوقف إلى حد كبير على قدرة المنظمة على خلق بيئة عمل ملائمة (محمد، بن دليم القحطاني:2005، 232).

كما يمكن أن نوضح أهمية جودة الحياة الوظيفية حسب ماتوصل إليه الباحثون في النقاط التالية (سعد علي حمود العززي: 2013، 284):

1. حل المشكلات جميعها سواء التي تواجه الأفراد أو المنظمة بأسلوب المشاركة.
2. تصميم أنظمة أجور ومكافآت تجعل الموظفين أكثر رضا عن عملهم وتحسين بيئة العمل من خلال تقليل ساعات العمل و الحفاظ على سلامتهم بالمنظمة.
3. إعادة هيكلة الأنشطة ليصبح العمل أكثر رضا لهم.
4. السعي لإيجاد بيئة عمل آمنة وظيفيا عن طريق الاهتمام بحقوق الأفراد في المنظمة.
5. العمل على تجديد التطوير الفكري وزيادة المعرفة.
6. تقليل الصراعات بين الأفراد من خلال تطوير مناخ تنظيمي تسود فيه روح التعاون، وتبنى فيه علاقات تسعى إلى زيادة الإنتاجية وتسوية التذمر الواسع الانتشار بين الأفراد بالمنظمة.
7. السعي وراء زيادة التحسينات الإيجابية في اتجاهات وسلوك الأفراد، بما يؤول إلى تحقيق منافع من خلال زيادة كفاءة المنظمة وجودة الإنتاجية، و التقليل من الحوادث و الإصابات التي قد يتعرض لها الأفراد.

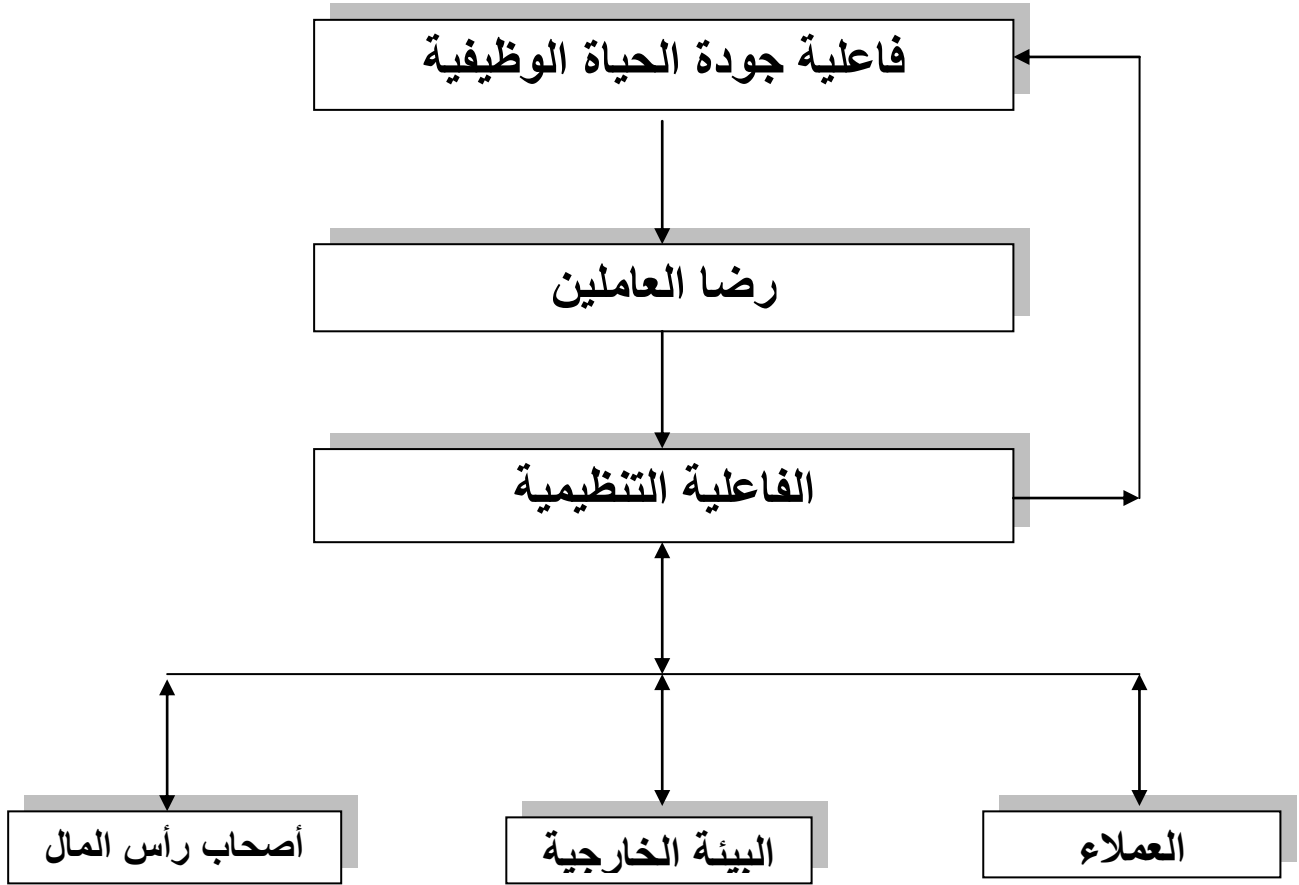
من هنا يتضح أن جودة الحياة الوظيفية تكتسب أهميتها كونها تقود المنظمة إلى المنافع والميزات التالية: (خالد عبد الرحيم الهبي: 2005، 279)

1. التفوق النوعي على المنافسين من خلال حرص الأفراد على تحسين الإنتاجية والنوعية في آن واحد.
2. فرصة الاحتفاظ بنوعيات كفاءة مهاريًا ومعرفيًا من الموارد البشرية.
3. فرصة الإيفاء بالمسؤولية الاجتماعية والأخلاقية تجاه المجتمع.
4. فرصة تفوق الأفراد إلى جانب الإدارة في حالة تعرض المنظمة لمشاكل قد تعرقل من نشاطها وتعطل برامجها.
5. فرصة الحصول على ولاء عالي من قبل المستفيدين من سلعتها أو خدماتها عملاً بقاعدة (الإناء ينضح بما فيه)، فليس خفي على المستهلك ما يدور في داخل المنظمة من مشاكل وظواهر عمل.
6. فرصة النمو والتطور إذ تثبت الدراسات الميدانية أن استقرار الموارد البشرية للمنظمة يمكن أن يسهم في تحقيق فرص النمو والتطور من خلال البحث والوصول إلى طرق إنتاج متعددة وأساليب تسويق متميزة عن المنافسين.

فضلاً عما سبق نجد أن مدخل جودة الحياة الوظيفية يؤكد أنه للوصول للفاعلية التنظيمية لابد من توفر درجة عالية من الالتزام، وإن تحقيق مثل هذا الالتزام يتطلب مدخلاً إدارياً يؤكد الخطوط المفتوحة للاتصالات والمستوى العالي للمشاركة في عملية اتخاذ القرارات من جميع الأعضاء في المنظمة، كما ويتطلب إدارة تسعى لتبني الدور الجديد والاتجاهات الجديدة للعمال. (علياء سعيد عباس الجوفي: 2010، 32)

وعليه يمكننا القول بأن فاعلية جودة الحياة الوظيفية تساهم في زيادة فاعلية المنظمة ككل، والعكس صحيح، وهذا ما يوضحه الشكل الآتي:

شكل رقم (2): العلاقة التبادلية بين فاعلية جودة الحياة الوظيفية و الفاعلية التنظيمية



المصدر: سيد جاد الرب: مرجع سابق ، ص 14.

المطلب الثالث: أهداف جودة الحياة الوظيفية

تهدف جودة الحياة الوظيفية حسب آراء بعض الباحثين إلى النقاط الموضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (02): أهداف جودة الحياة الوظيفية حسب عدد من الباحثين.

أهداف جودة الحياة الوظيفية	إسم الباحث والسنة
<ul style="list-style-type: none"> - زيادة ثقة الأفراد العاملين . - المشاركة في حل المشاكل . - زيادة الرضا الوظيفي . - زيادة الفاعلية التنظيمية . 	(Hunt 92)
<ul style="list-style-type: none"> - زيادة الإنتاجية من خلال التقليل من الغيابات. - زيادة الكفاءة التنظيمية وتحسين جودة المنتج. - تخفيض تكاليف التأمين الصحي. - انخفاض معدلات التعويض المدفوعة نتيجة حوادث العمل. - الحصول على عمالة أفضل. 	(Mathes 92)
<ul style="list-style-type: none"> - إنتاجية أفضل ومركز تنافسي أقوى. - تحقيق العدل الاجتماعي في المنظمة. - تقديم خدمات دعم للأسرة . - حماية العامل من الأمراض المهنية. 	(Kreitner 95)
<ul style="list-style-type: none"> - تحقيق حودة في الإنتاج. - تطوير ثقافة المنظمة. - تحسين ظروف العمل. - تقييم الوظائف و إعادة الهيكلة. 	(Sherman,Bohlander& Snell 96)
<ul style="list-style-type: none"> - مشاركة أكبر للعاملين. - اتصال فعال بين الطرفين(العامل وصاحب العمل). - مشاركة أعلى في الثروة والعائد. - رفاهية و متعة أكبر في العمل. - الرضا الوظيفي وولاء العميل. - تحقيق ربحية عالية. - التحسين في جودة المنتج. - الالتزام التنظيمي. 	(Leu & May98)
<ul style="list-style-type: none"> - إحداث التوازن والانسجام بين الحياة الوظيفية للأفراد وبين حياتهم الشخصية والعائلية. 	(Gomez & Baklin&Cardy 98)
<ul style="list-style-type: none"> - تحقيق مستويات عالية من الرضا الوظيفي والولاء التنظيمي للعاملين. - تحقيق مستويات عالية من رضا العملاء والبيئة الخارجية للمنظمة - تحقيق مستويات عالية من رضا أصحاب رأس المال. 	(سيد محمد جاد الرب 1999)

المصدر: سيد جاد الرب: مرجع سابق ، ص ص 10 - 13.

وبصفة عامة يمكن إبراز الهدف من تطبيق جودة الحياة الوظيفية من جانبين في العناصر التالية: (شبلي إسماعيل مرشد السويطي: 2016، 56)

1. بالنسبة للمؤسسة:

تتمثل أهداف المنظمة من تطبيق جودة الحياة الوظيفية في مايلي:

- مقابلة احتياجات المنظمة الحالية والمستقبلية من الموظفين وفقا لأسس زمنية معينة وفي مستويات مختلفة، وتزويدهم بالتوجيه والتشجيع الكافي الذي يحتاجونه لتوظيف قدراتهم وإمكانياتهم، ومن ثم تحقيق مستقبل وظيفي ناجح لهم بالمنظمة يتوافق و آمالهم وتطلعاتهم ومواهبهم.
- تقليل معدل دوران العمل والتغيب وحوادث وإصابات العمل، وخلق وتعزيز دافعية ورضا الموظفين، مما يؤدي إلى تهيئة وتعزيز القدرة التنافسية للمؤسسة، إضافة إلى إعداد قيادات مؤهلة ومتكاملة المهارات.
- إعلام كل من المنظمة و الموظفين عن المسارات الوظيفية المحتملة داخل المنظمة، واستخدام برامج الموارد البشرية استخداما أمثالا من خلال تكامل أنشطة اختيار وتعيين وتنمية وإدارة وظائف الفرد مع الخطط التنظيمية.

2. بالنسبة للموظفين:

تتمثل أهداف الموظفين من تطبيق جودة الحياة الوظيفية في مايلي:

- تقلد وظائف تتناسب مع المؤهلات العلمية والعملية وتنمية ومواكبة الخبرات والقدرات للموظفين.
- الاستفادة من فرص الترقية والتدرج الوظيفي بما يحقق الذات.
- الحصول على مستوى مناسب من الأجور والعلاوات.
- إشباع الحاجات الإنسانية الأساسية والأمنية والاجتماعية، وحاجات المكانة والتقدير وتحقيق الذات.

المبحث الثاني: أساسيات جودة الحياة الوظيفية

تتناول جودة الحياة الوظيفية جهود وأنشطة المنظمة التي تستخدمها إدارة الموارد البشرية في المنظمة بغرض توفير حياة وظيفية أفضل للعاملين قصد إشباع احتياجاتهم من خلال توفير بيئة عمل صالحة، ومشاركتهم في اتخاذ القرارات وتوفير متطلبات الأمن والاستقرار الوظيفي والعاطفي لهم، وإتاحة الفرص الملائمة لتحسين الأداء قصد إنجاح الجودة الوظيفية في المنظمات.

المطلب الأول: أبعاد جودة الحياة الوظيفية

اختلف الباحثون في تحديد أبعاد جودة الحياة الوظيفية، وسنتطرق إلى آرائهم حول هذه الأبعاد حسب السياق التاريخي كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (03): أبعاد جودة الحياة الوظيفية حسب عدد من الباحثين.

أبعاد جودة الحياة الوظيفية	إسم الباحث والسنة
عدالة الأجور والتعويضات - ظروف عمل صحية و آمنة - الفرص المتاحة لتنمية وتطوير القدرات البشرية - الفرص المستقبلية للنمو و الأمان الوظيفي - الحقوق الدستورية للعاملين بالمنظمة - التكامل الاجتماعي في عمل المنظمة - التوازن بين الحياة الوظيفية والشخصية للموظف - المسؤولية الأخلاقية والاجتماعية للمنظمة.	(Walton 73)
- المشاركة في اتخاذ القرارات - الإثراء الوظيفي - تخفيض التفاوت في المراكز الوظيفية - المشاركة في المكاسب.	(Cohan et all 85)
تعويض مناسب للعاملين في صورة أموال - ظروف صحية وآمنة في العمل - تصميم العمل - ظروف تشجع على نمو الفرد وتوفر له الأمن الوظيفي - التحرر من العنصرية والتفرقة وإيجاد الفرص اللازمة نحو التقدم - تحسين حقوق الأفراد بشكل دستوري - حقوق واضحة وضمنية لكل عامل في قيادة حياته خارج المنظمة.	(Titman 90)
إيجاد برامج للأمن والسلامة المهنية في العمل - وتوفير أنظمة مكافئة عادلة - أجر منصف للعاملين - تشجيع تكوين مجموعات عمل متعاونة ومشاركة ضمن فرص أفضل للنمو في بيئة العمل.	(Havlovic 91)
للأمن الوظيفي - التدريب على حل المشاكل - تنمية المهارات - الاستجابة لمطالب الموظفين - فرق العمل - مناقشة المشاكل في أوساط الأفراد.	(Wendell I.french 99)
للاستقلالية في العمل ومرونة الهيكل التنظيمي - تطوير رأس المال البشري - الاهتمام ببناء فرق العمل - تطبيق أسلوب التناوب الوظيفي - تطبيق نظام الحوافز المعتمدة على النتائج والمهارات.	(Nutek 99)
مشاركة تطوعية من قبل الموظفين - موافقة النقابة على المشاركة - تدريب الأفراد على حل المشكلة كفريق - استخدام حلقات الجودة - مشاركة فريق العمل في التنبؤ وتخطيط العمل.	(عبد العزيز، أحمد عزمي 2005)

- توفير بيئة عمل صحية وأمنة من التوتر و الأمراض - المشاركة الفعلية بمفهومها الواسع (اتخاذ القرارات، الإدارة الذاتية، العوائد، الملكية) - مشاركة النقابات العمالية لإدارة المنظمة في تحسين ظروف الموظفين - العدالة الاجتماعية وبناء والحفاظ على كرامة الموظفين وخصوصياتهم. - توفير متطلبات الاستقرار و الأمان الوظيفي - إعادة تصميم وإثراء الوظائف لتتماشى مع طموحات ومهارات الأفراد - عدالة نظم الأجور والمكافآت والحوافز المادية والمعنوية.

(سيد محمد جاد الرب 1999)

المصدر : من إعداد الطالبة بالاعتماد على المراجع التالية:

حميد محمد جاد الرب: مرجع سابق.

-عماد منصور أحمد حلاوة: غموض الحياة الوظيفية وأثرها على الأداء الوظيفي،دراسة تطبيقية على موظفي القطاع الحكومي المدنيين في قطاع غزة، رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال ، الجامعة الإسلامية، غزة 2015.

علياء سعيد عباس الجوفي: تأثير جودة حياة العمل ورأس المال الاجتماعي في الأداء العالي للمنظمات، دراسة استطلاعية لآراء عينة من العاملين في الجهاز المركزي للتقييس والسيطرة النوعية، رسالة مقدمة كجزء من متطلبات نيل درجة ماجستير علوم في الإدارة العامة، كلية الإدارة والاقتصاد جامعة بغداد، 2010.

-خليل إسماعيل إبراهيم ماضي: جودة الحياة الوظيفية وأثرها على مستوى الأداء الوظيفي للعاملين، دراسة تطبيقية على الجامعات الفلسطينية، للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس، 2014.

-شيلي إسماعيل السويطي: مرجع سابق..

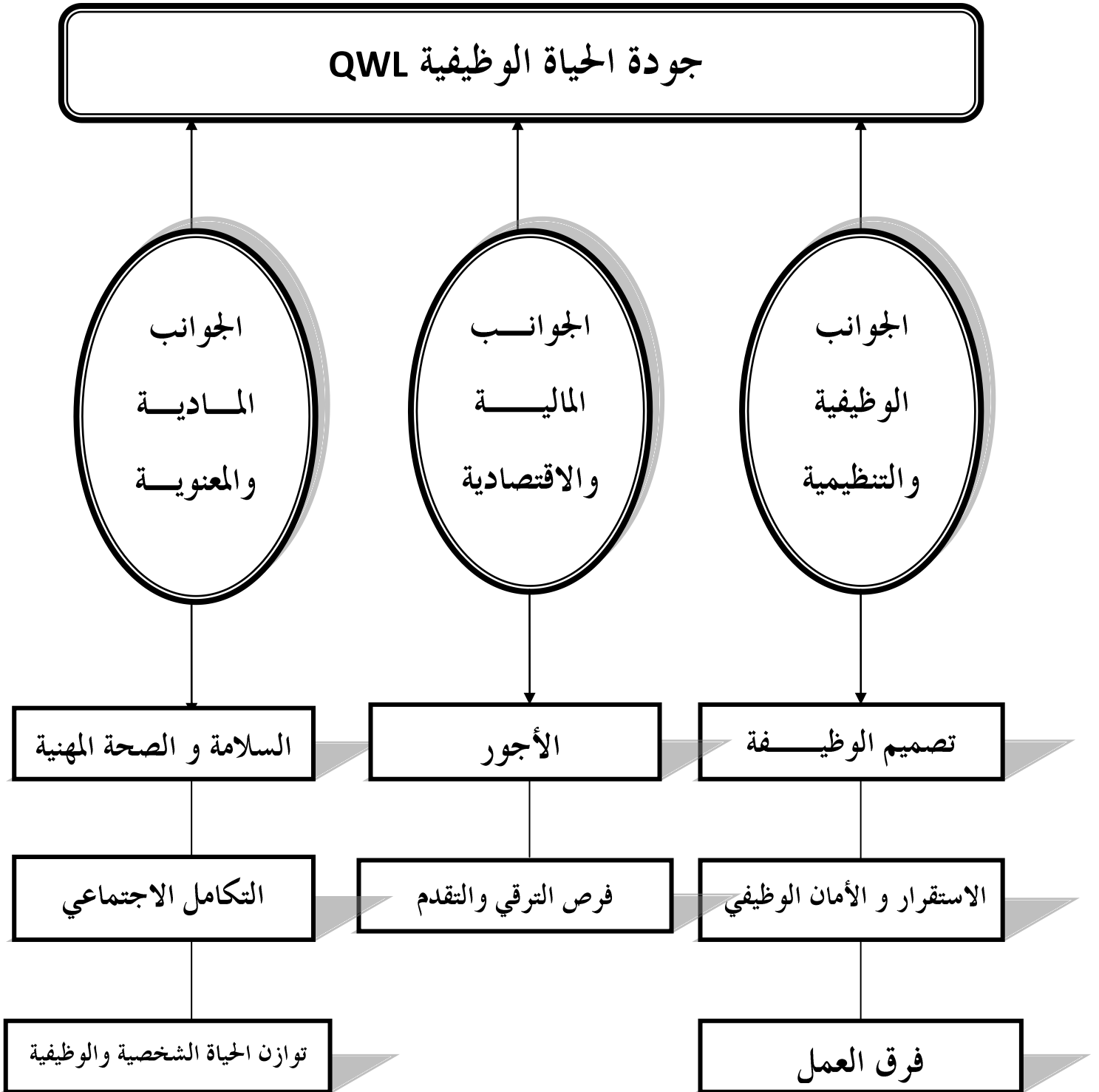
على العموم ومن خلال الجدول رقم (03) نجد أن تركيز الباحثين في الجهود المبذولة لتحقيق جو الحياة

الوظيفية في الأبعاد التالية وحسب العناصر الأربع كالتالي:

1. **نوعية العلاقات الاجتماعية:** المتمثلة في الاعتراف بالعمل، الاحترام، الإصغاء إلى الانشغالات، احترام الزملاء وأوقات العمل، الاتصالات، الحوار الاجتماعي والمشاركة في اتخاذ القرار.
2. **نوعية منظمة العمل:** نوعية تعليمات العمل، قدرة المنظمة على الدعم والمساعدة في حل المشاكل المتعلقة بالخلل الوظيفي، مسار التقدم الوظيفي، العراقيل والصعوبات، الإرهاق في العمل، الحماية من الأخطار بالمنظمة(الاضطرابات العضلية، الأخطار النفسية والاجتماعية).
3. **إمكانية الإنجاز والتطور المهني:** المكافآت، التدريب والتكوين، الحقوق المكتسبة، تطوير القدرات، ضمان المسار المهني.
4. **التوافق بين حياة العمل وساعات العمل:** وتيرة وساعات العمل، الحياة الأسرية، الترفيه ووسائل النقل.

وستعتمد دراستنا على (03) أبعاد رئيسية، مقسمة إلى (08) أبعاد فرعية التي نرى بأنها أكثر تأثيراً في مجتمع دراستنا المقصود كما هي موضحة في الشكل التالي:

الشكل رقم (03): أبعاد جودة الحياة الوظيفية



المصدر: من إعداد الطالبة واعتماداً على الدراسات السابقة

وفيما يلي شرح بشيء من التفصيل لهذه الأبعاد.

أولا/ الجوانب الوظيفية والتنظيمية للمنظمة: والمتمثلة في:

1. تصميم الوظيفة:

وهو الهيكله المخططه الواعية لجهود الأفراد وفرق العمل في مكان العمل، حيث يساعد التصميم الوظيفي على تحديد المهام الواجب تنفيذها، وكيفية التنفيذ، وعدد المهام المنفذة، وترتيب المهام قيد التنفيذ، فهدف التصميم الوظيفي هو تطوير مهام العمل لتلبية متطلبات المنظمة والتكنولوجيا، وفي نفس الوقت أيضا تحقيق احتياجات وطلبات الأفراد، حيث تحرص المنظمة أثناء تصميم الوظيفة، على تبسيط المهام الوظيفية للفرد، إضافة إلى توسيع وإثراء مهام العمل وزيادة مجال العمل للعاملين، وإتباع سياسة الدوران الوظيفي بين الأفراد، مما له الأثر الايجابي على زيادة إنتاجية ومهارة ومعرفة الأفراد وقدرتهم على المشاركة واتخاذ القرارات المناسبة (أسامة زياد يوسف البليسي: 2012، 09).

يحدد هذا البعد جودة الحياة الوظيفية من حيث خصائصها الوظيفية وظروف العمل. وهو يعتبر البعد الأساسي لجودة حياة العمل في المنظمة، فيهدف إلى تحسين أداء الموظفين وتحسين إنتاجيتهم. فالتفاعل الأكثر شيوعا والذي يتعلق بتحسين أداء الموظف وإنتاجيته هو تصميم الوظيفة.

إذن تقوم فكرة تصميم الوظيفة على أن لكل عمل أكثر من طريقة لأدائه، تختلف من حيث الجودة فيما بينها، لذا من الممكن اختيار الطريقة الأفضل من بين تلك الطرق عند تصميم وظيفة معينة، وذلك وفق عديد من المعايير المرغوب فيها، مثل تخفيض التكلفة أو تحسين مستوى الجودة أو زيادة درجة الرضا الوظيفي (شيلي إسماعيل مرشد السويطي: 2016، 70).

2. الاستقرار و الأمان الوظيفي

الاستقرار في العمل هو بقاء الفرد في خدمة المنظمة لمدة أطول عن طواعية ورغبة دون تركها حين تتوفر لديه البدائل، كما يعني مدى تمسك الفرد بعمله في ظل توفر بدائل أخرى، وهو مرتبط بعوامل الرضا عن العمل، سواء كانت اجتماعية، مادية أو نفسية.

فيعرف على أنه ثبات العامل في عمله وعدم الانتقال إلى منظمة أخرى، هذا إذا كانت هذه الأخيرة تشكل مستقبلا مهنيا للعامل وفق عوامل مادية ملموسة و أخرى اجتماعية ونفسية متداخلة لتحقيق التكامل والاستقرار. في نفس الوقت هو إشعار العامل على الدوام بالأمان والوقاية في عمله والراحة وضمان الاستقرار من خلال تحفيزه وحرية و أمنه الصناعي وترقيته.

ومن مظاهر الاستقرار و الأمان الوظيفي نجد: قلة الشكاوي، الراحة النفسية والانسجام مع جماعة العمل، قلة حوادث العمل، المواظبة على العمل والشعور بالأمان (المداني حجاج: 2015، 73، 76).

3. فرق العمل

يعرف (Francis & Young, 1979) فريق العمل بأنه مجموعة ناشطة تتكون من أشخاص ملتزمين بتحقيق أهداف مشتركة، يحسنون العمل معا ويستمتعون به، ويتوصلون معا إلى نتائج عالية الجودة : Pina Tarricone and Joe Luca (2002,3)

وفرق العمل هي جماعات يتم إنشاؤها داخل الهيكل التنظيمي لتحقيق هدف أو مهمة محددة تتطلب التنسيق والتفاعل والتكامل بين أعضاء الفريق ، ويعتبر أعضاء الفريق مسؤولين عن تحقيق هذه الأهداف، كما أن هناك قدرا كبيرا من التمكين للفريق في إتخاذ القرارات (أحمد محمد خميس السديري: 2010، 12).

وتوصف فرق العمل على أنها قوة أداءية وحركية تطويرية مستمرة في البيئة التنظيمية، وتسهم في دفع المنظمة نحو استيعاب التغيرات والتعامل مع التقنية وتطوير أساليب الأداء، والتخلص من العوائق التي تتخلل أنشطة المنظمة وتبني لها طرائق الجودة في أداء الخدمات على صعيد النوع والكم، إذ أن فرق العمل الفاعلة تؤدي إلى تقوية المنظمة، وبالتالي فإن تطوير فرق العمل تظل مطلبا حقيقيا لتلك المنظمات في سعيها إلى النجاح والتميز (حسن مروان عفانة: 2013، 26).

ثانيا/ الجوانب المالية والاقتصادية للمنظمة: والمتمثلة في:

1. نظام الأجور:

تعد الأجور التي يحصل عليها العاملون في المنظمة بمثابة العوامل الدافعة الذاتية، التي توفر الشعور الإيجابي لديهم وتعطيهم فرصا للتطور الشخصي. بما يدفعهم للمزيد من العمل لتحسين الإنتاجية وتقليل حالة عدم الرضا والتمرد والإضراب عن العمل. فالأجور هي مقدار المبالغ المالية النقدية التي يستلمها الفرد الموظف كمقابل لقاء ما يقوم به من أداء للمهام والأعمال التي يكلف بها والمسؤوليات والواجبات التي تناط به بصورة دورية (علياء سعيد عباس الجوفي: 2010، 37).

ويضم نظام الأجور التعويضات، والتي يقصد بها جميع أنواع المقابل المادي والمعنوي، والمزايا والخدمات، التي تقدم للعاملين نظير قيامهم بالأدوار المسندة إليهم وأداء المهام الموكلة لهم، ونظير مساهماتهم في تحقيق أهداف المنظمة التي يعملون فيها (ونونغي فتيحة: 2015، 91).

أيضا يحتوي نظام الأجور على المكافآت حيث تتمثل في العوائد التي يحصل عليها معظم الأفراد نظير جهودهم، وتعرف أيضا على أنها الأسلوب الأمثل التي تتم به مكافأة مجموعة أو إدارة على عملية ناجحة، حيث تعتمد نظم المكافآت الحديثة على مايلي: (علاء خليل محمد العكش: 2007، 19، 20)

- **الدفع على أساس المهارة:** وفقا لهذا النظام يتم دفع الأجور والمكافآت على أساس ما يتعلمه الفرد من مهارات ضرورية ومفيدة للعمل، ويساعد هذا النظام على تنمية المهارات الضرورية لنجاح المنظمة، كما أن التنوع في المهارات المطلوبة من الموظف يؤدي إلى تقوية دوافعه للعمل.
- **الدفع على الأساس الجماعي:** الفكرة الأساسية لهذا النظام تقوم على ربط الأجور و المكافآت بإنجاز الفريق، أي الأداء الجماعي، وليس الأداء الفردي، ومن مزاياه أنه يؤصل ويعزز انتماء الفرد للجماعة، ويعمل على توفير العمل بروح الفريق الواحد.

إن المنظمات التي تطبق هذه النظم قد حققت مكاسب وعوائد متميزة منها: (سيد محمد جاد الرب: 2008، 118)

- انخفاض حجم الشكاوي والتظلمات.
- زيادة واضحة في جودة المنتجات.
- انخفاض الوحدات المعيبة.
- وجود نظام مكافآت عادل يؤثر على أداء ونظرة الأفراد لوظائفهم، وأصحاب العمل، كما يقلل من معدل الدوران، ويحسن من أداء وإنتاجية المنظمة.

2. فرص الترقى والتقدم الوظيفي:

تتم الترقيات في إطار الترقيات الرسمية، أو برامج تطوير الوظيفة، أو فرص التدريب، أو تعيينات اللجان أو المشاريع الخاصة، حيث تعمل المنظمات على توسيع مسؤوليات موظفيها من خلال الترقيات، مما يولد لدى الموظفين شعورا قويا بالولاء للمنظمة. (أسامة زياد يوسف البليسي: 2012، 10)

إن المنظمة التي تتيح للأفراد العاملين فرصة للترقية وفقا لكفاءتهم في الأداء تحقق لهم درجة عالية من الرضا، حيث أن الأفراد الأكفاء لديهم طموحات وتصورات عن العمل، ولا بد أن تقابل من قبل المنظمة كسياسات للتطور والترقية تتوافق مع طموحات الأفراد(خليل إسماعيل إبراهيم ماضي: 2014، 89).

ثالثاً/ الجوانب المادية والمعنوية للمنظمة: والمتمثلة في:

1. السلامة والصحة المهنية

إن توفير بيئة عمل آمنة أصبح هدفاً استراتيجياً لما ينعكس على سلامة الأفراد واستقرار أسرهم وحماية ممتلكات و أموال أصحاب العمل ويخفف من الآثار النفسية والجسدية التي يتعرض لها الموظفون. فتعرف السلامة والصحة المهنية على أنها "مجموعة من الإجراءات التي تؤدي لتوفير الحماية المهنية للعاملين والحد من خطر الآلات والمعدات على الموظفين والمنشأة ومحاولة منع وقوع الحوادث أو التقليل من حدوثها وتوفير الجو المهني السليم الذي يساعد الموظفين على العمل" (علي أحمد المشاقبة: 2010، 22، 23). وتتمثل أهمية برامج السلامة والصحة المهنية في مايلي (عباس سهيلة: 2004، 306):

-تقليل تكاليف العمل.

-توفير بيئة عمل صحية وقليلة المخاطر.

-توفير نظام العمل المناسب من خلال توفير الأجهزة والمعدات الواقية واستخدام السجلات النظامية حول أية إصابات أو حوادث أو أمراض.

-التقليل من الآثار النفسية الناجمة عن الحوادث والأمراض الصناعية.

-تدعيم العلاقة الإنسانية بين الإدارة ومواردها البشرية.

-تكوين سمعة جيدة للمنظمة تجاه الآخرين، هذه السمعة ينتج عنها استقطاب الأفراد ذوي الكفاءة والاحتفاظ بهم.

2. التكامل الاجتماعي

يشمل هذا البعد تصميم الهيكل التنظيمي بشكل يعطي للإدارة والأفراد فيها الحرية المتكاملة بالعمل، إذ يشهد فيه أعضاء المنظمة دعم الجماعة والإحساس بها، وهو يمتد إلى ما وراء جماعة العمل مباشرة، إذ يشمل التكامل الاجتماعي في المنظمة على تشكيل أو تنظيم مجموعة من الأفراد يحكمون أنفسهم ذاتياً، ويسعون لحل مشكلات العمل فيها بالمشاركة مع الإدارة مما يجلب الابتكار والإبداع معاً. فهو يشمل تنمية وبناء علاقات مترابطة داخل العمل لبناء منظمة متكاملة يملك العاملون فيها الحرية بالعمل وسط علاقات تتمثل بالتعاون والثقة المتبادلة فيها تساعدهم على إنجاز أعمالهم والشعور بمغزى إنجازهم (سعد علي العتري، أحمد علي صالح: 2009، 54).

3. توازن الحياة الشخصية والوظيفية

يعتبر توازن الحياة الشخصية والوظيفية من أكبر التحديات التي يواجهها العامل والمنظمة، فالموظف يواجه تحدياته في تلبية الالتزامات الشخصية له ولعائلته، والمنظمة تواجه تحدياتها في تلبية الموظف لواجباته في العمل وتحديد الأجر العادل الذي يلي احتياجاته واحتياجات أسرته في إطار الإمكانيات التي تملكها المنظمة بما يملك لها الحق في تحقيق أهدافها (عماد منصور أحمد حلاوة: 2015، 46).

فبعض المنظمات تساعد الموظفين على التوفيق بين مسؤوليات العمل والعائلة وتحسين صحتهم واستمتاعهم بالحياة بعدة طرق تشتمل على: (أسامة زياد يوسف البليسي: 2012، 12)

- السماح للموظفين بالعمل الجزئي ومشاركة العمل.
- السماح للموظفين بقضاء بعض ساعات العمل في المنزل.
- السماح بساعات عمل مرنة في الموقع.
- تخصيص حسابات مالية لرعاية الموظفين.
- تقديم الخدمات الاستشارية في شؤون العمل والعائلة.

وللتوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية أثرا إيجابيا على المنظمة والموظفين، فهو يؤدي إلى الالتزام في المنظمة، يقلل من معدلات دوران الموظفين وضغوط العمل ومعدلات الغياب والصراع والتعارض بين الحياة الشخصية والعمل، وزيادة الرضا الوظيفي وتحسين أداء الموظفين، والارتقاء بالحالة الاقتصادية للمنظمة من خلال زيادة الإنتاجية.

المطلب الثاني: قياس جودة الحياة الوظيفية

اختلف الباحثون في تحديد معايير قياس جودة الحياة الوظيفية في المنظمات، وستطرق إلى آرائهم حول هذه المقاييس كما يوضحه الجدول الآتي:

الجدول رقم (04): معايير قياس جودة الحياة الوظيفية حسب عدد من الباحثين

مقاييس جودة الحياة الوظيفية	إسم الباحث
<ul style="list-style-type: none"> -معدلات الأداء الوظيفي -درجة الرضا الوظيفي للعاملين -سياسة الأجور -سياسة الشركة -مدى نجاح نقابات واتحادات العاملين 	(Islam ,Mz&Siengthai,S)
<ul style="list-style-type: none"> - معدل دوران العمل - معدل الغياب الطويل - إنتاجية الأفراد - درجة الرضا الوظيفي 	(Garg.C.P..et al)
<ul style="list-style-type: none"> -الالتزام التنظيمي -الرضا الوظيفي -سيادة روح الفريق داخل المنظمات 	(Kalayanee Koonmee et al)
<ul style="list-style-type: none"> -إنتاجية العمل -جودة السلع والخدمات المقدمة -جودة العمليات -المرونة في خدمة العملاء -سهولة وسلاسة العمليات -مدى المرونة في أساليب العمل -تطوير نمط العمليات -نظم الجودة -تطوير المهارات المتعددة 	(Elise Ramstad)
<ul style="list-style-type: none"> -معدلات دوران العمل -معدلات الأداء الوظيفي للعاملين -درجة الرضا الوظيفي -درجة رضا العملاء عن جودة الخدمة المقدمة لهم من خلال أداء الأفراد 	(Indira Kandasamy)

(سيد محمد جاد الرب 2008)

-معدلات حوادث العمل
 -معدلات الشكاوي
 -معدلات الإضراب والتجمهر والامتناع عن العمل
 -معدلات الغياب والتغيب
 -معدلات دوران العمل
 -معدلات الجزاءات
 -معدلات نمو الأداء الاقتصادي والمالي: معدل العائد على الاستثمار، معدل العائد على الأصول، معدل العائد على حق الملكية، معدل نمو المبيعات، السعر السوقي للسهم ومعدل الدوران.

المصدر : خليل إسماعيل إبراهيم ماضي: مرجع سابق ، ص ص 69، 70.

أيضا هناك العديد من الدراسات التي تؤكد على استعمال وثيقة الجرد الكلي لجودة الحياة الوظيفية انطلاقا من أعمال (Martel et Dupuis 2004)، والتي تعتبر أداة لقياس الجودة في العمل، وتسمح بالتشخيص التنظيمي، وإعطاء الحلول اللازمة لمختلف المشاكل التي يتم العثور عليها انطلاقا من قاعدة مخطط التدخل لإيجاد الحل على الجانب الذي تم الإجابة عليه، ومعرفة أين يكمن المشكل، وتتضمن مكوناتها مايلي: (عبد الكريم بن خالد: 2015، 123)

1. المكافآت عن العمل: الأجور، الأرباح الهامشية، ضمان المكافآت.
2. المسار المهني: إمكانية التطور، التحويل من مكان العمل، التكوين والإتقان.
3. أوقات العمل: ساعات العمل، الساعات الإضافية للعمل، التغيب لأسباب عائلية.
4. الجو السائد مع زملاء العمل: الشعور بالانتماء، المنافسة، العلاقة مع الزملاء والزميلات، صراع الأدوار.
5. العلاقة مع رؤساء العمل: العلاقة السائدة مع رئيس العمل، العلاقة المتبادلة مع المرؤوسين، العلاقة مع الموظفين الآخرين، الملاحظات والتقييم، الاتصال وتلقي المعلومات.
6. الخصائص الفيزيائية لحيط العمل: مكان العمل، معدات ووسائل العمل.
7. العوامل المؤثرة في تقييم الوظائف: فعالية العمل، نوع الوظيفة، الكفاءة والعمل، الاستقلالية، تنوع المهام، تبادل الأحاسيس والمشاعر، الانجاز على أرض الواقع، المشاركة في اتخاذ القرار، فارق الدور.
8. العوامل الداعمة للموظفين: التكفل أثناء الغياب، تقسيم المهام، العلاقة مع النقابة، مصادر المساعدة المتاحة لدى الأفراد.

وتتميز هذه الوثيقة بالفعالية وسهولة الاستعمال والبعد عن التعقيد وإمكانية الإجابة عليها من طرف جميع الموظفين وفي مختلف القطاعات، والتعرف على الحاجات الخاصة للعاملين والسماح بمقارنة النتائج بنتائج أخرى.

المطلب الثالث: نشاطات جودة الحياة الوظيفية

إن نشاطات جودة الحياة الوظيفية، ما هي إلا محاولات منتظمة من جانب المنظمات لمنح الأفراد فيها فرصة أكبر للتأثير على الطريقة التي ينفذون فيها وظائفهم وإسهاماتهم التي يحققونها إلى إجمالي فاعلية المنظمة، إذ تعد أنشطة جودة الحياة الوظيفية واسعة النطاق جدا، فبإمكان المنظمة على سبيل المثال تشكيل لجان مشتركة لإدارة الموارد البشرية واتخاذ قرارات بخصوص المشاريع الواجب رصدها وتنفيذها، فضلا عن إدخال ما يسمى بالمرونة في الوقت.

(TF. Time Flexibility)، أي أن الموظفين لا يعملون ساعات محددة وثابتة طوال ما هم داخل المنظمة، إذ قد تعمل الإدارة إما على تقليل ساعات الدوام الرسمي أو زيادتها على الحد المطلوب عندما يتطلب العمل ذلك وتعمل المنظمة جاهدة على وضع خطط محددة للقيام بدفع الأجور والمكافآت على أساس ما يعرفه العامل وليس على أساس ما يعمل ولغرض تحقيق المنظمة ما سبق تناوله ينبغي أن تسعى جاهدة إلى إشباع حاجات عاملها و رغباتهم، وفي الوقت نفسه تحقيق أهدافها ويمكنها تحقيق ذلك بسهولة إذا ما قامت بالاستعانة بالبرامج والأنشطة التي تخص جودة الحياة الوظيفية . وعلى أساس ذلك سيتم التركيز على أهم النشاطات التي ذكرت من قبل مختلف الباحثين المعاصرين والموضحة في الجدول الآتي: (سعد علي العتري-أحمد علي صالح: 2007، 74)

الجدول رقم (05): نشاطات جودة الحياة الوظيفية

Trist, 2004	Janega & Whittam 2004	القريوتي 2000	Jackson & Kumar 1998	Schneier, et al., 1986
1. إعادة تصميم الوظائف.	1. الرضا الوظيفي.	1. الاحترام المتبادل بين الأفراد.	1. الأجور والمكافآت.	1. التطوير الشخصي، من خلال العمل على تدريب الموارد البشرية
2. تحسين العمليات.	2. الرضا عن المنصب الوظيفي	2. العلاقات الطيبة.	2. الرضا عن ساعات العمل.	2. إعادة تصميم العمل، من خلال إثراء الوظيفة
3. التغير في تدفق المعلومات.	3. التزام التنظيم.	3. المسؤولية الاجتماعية.	3. الضمان الاجتماعي بالعمل.	3. بناء الفرق المشترك، من خلال تشكيل حلقات النوعية.
4. تقديم الخدمات المساندة.	4. الخبرة إزاء التوقعات.	4. نظام المكافآت العادل.	4. جدولة العمل.	4. جدولة العمل.
5. تحسين الإنتاجية.	5. الخطط طويلة الأمد المتعلقة بحياة الأفراد ليشمل، التعلم، المكافآت والمسؤولية الاجتماعية	5. السلوك الحسن.	5. المسؤولية الاجتماعية بالعمل.	5. التغير بالهيكل التنظيمي، باستخدام نظام التدرج الهرمي.
		6. التعلم وزيادة المعرفة.	6. خلق مناخ آمن وصحي للعاملين.	6. التصميم المشترك، كما في عضوية الرئيس حول مجلس المديرين.
		7. فرص المخاطرة.		

المصدر: سعد علي حمود العتري، الفكر التنظيمي في إدارة الأعمال، الوراق للنشر والتوزيع الأردن، 2013، ص 285.

إن المنظمة قد تصل فعلا إلى النجاح وإلى تحقيق جميع أهدافها، وخلال وقت قصير إذا ما طبقت النشاطات المختلفة لجودة الحياة الوظيفية بصورة صحيحة ومنتظمة، خاصة إذا ما حققت التوازن ما بين كل من المنظمة والأفراد على أساس إشباع حاجات ورغبات العاملين فضلا عن تحقيق أهدافها التي تسعى إليها.

المبحث الثالث: تحسين جودة الحياة الوظيفية

إن تحسين جودة الحياة الوظيفية بأبعادها الوظيفية والتنظيمية، المالية والاقتصادية، المادية والمعنوية تشكل مسؤولية اجتماعية وأخلاقية ومعنوية تتحملها المنظمات، ويتفق كتاب إدارة الموارد البشرية على أن كفاءة المنظمة في تحمل هذه المسؤولية يمكن أن ينعكس بنتائج ملموسة على جهودها من حيث النمو والازدهار والتكيف للمتطلبات البيئية، فنجاح المنظمة بتهيئة الجودة المناسبة من الحياة الوظيفية يمكن أن يساعدها في إطلاق طاقات أفرادها العاملين تحقيقاً لهدف زيادة الإنتاجية كما ونوعاً.

المطلب الأول: دوافع تحسين جودة الحياة الوظيفية

إن الهدف الأساسي من محاولات تحسين جودة الحياة الوظيفية هو إعداد قوة عمل راضية و مندفعة ذات قدرة على الإبداع والابتكار، والبعض يربط جودة الحياة الوظيفية بالظروف الاجتماعية و الطبيعية و النفسية، فيعرف هؤلاء تحسين جودة الحياة الوظيفية بأنها "خلق جو عمل ملائم واستخدام إجراءات ونظم و طقوس عمل تشعر الفرد بأهميته في المنظمة و تحفزه باتجاه الأداء الأفضل"، و في تعريف آخر "هي أي نشاط تمارسه المنظمة بهدف تعزيز الكرامة الإنسانية و النمو و التقدم"، هذا و ترتبط الجودة الجيدة لحياة الوظيفة بتأثير ظروف العمل على استمرار الفرد مع المنظمة لفترة طويلة، كما أنها عملية يتعلم من خلالها الأفراد والإدارة و أطراف أخرى كيف يمكن أن يكونوا قوة مقابلة لقوة المنافسين، تستهدف تحسين الوضع التنافسي للمؤسسة، فالأمر يتطلب تظافر جهود هذه الأخيرة و أفرادها العاملين و أطرافها الأخرى (المالكين، الدولة، قوى الضغط) في إنجاح برامج تحسين جودة حياة الوظيفة وصولاً إلى تحسين الروح المعنوية و الرضا لزيادة الإنتاجية.

ومن الأسباب التي تجعل المنظمات تميل لتحسين الحياة الوظيفية مايلي:

- تعد جودة الحياة الوظيفية السائدة في المنظمة أحد أهم مصادر رضا الأفراد العاملين ومؤشراً للمناخ الخاص التي تتميز به المنظمة عن غيرها من المنظمات الصناعية الأخرى.
- الدور الفعال للمورد البشري في تخطيط وتنفيذ نشاطات المنظمة خاصة في بيئة تتميز بدرجة عالية من المنافسة وتسابق مستمر بين المنظمات في الحصول على أهم وأتمن مورد لعملياتها وهو المورد البشري الذي يعد مصدر الجذب في المنظمة والمورد الذي يتطلب مراعاة خاصة في الاستخدام.

- جودة الحياة الوظيفية تشكل قوة جذب Attraction Force للموارد البشرية فائقة النوعية من الناحية المهنية والمعرفية.

- إدراك المنظمة كمكان مناسب للعمل يزيد من ولاء أفرادها العاملين ويحقق التكامل والتفاعل بين أهدافهم وأهدافها. (خالد عبد الرحيم الهيتي: 2005، 275-276-277)

المطلب الثاني: ممارسات تحسين جودة الحياة الوظيفية

تأخذ معوقات تطبيق برامج جودة الحياة الوظيفية أشكالاً وأنماطاً كثيرة وتؤدي بوجه عام إلى ضعف في تطوير الموارد البشرية وضعف انتشارها، لذلك يمكن لإدارة أي منظمة إيجاد طرق مختلفة لتحسين جودة الحياة الوظيفية ولمواجهة التحديات التي تواجه تطبيق برامج وأبعاد جودة الحياة الوظيفية إضافة إلى ذلك أنه كلما استطاعت إدارة المنظمة وضع الطرق والأساليب الكفيلة بالسيطرة ومواجهة التحديات التي من شأنها عرقلة عمل الأفراد أثناء أداء العمل كلما أدى ذلك إلى نجاح المنظمة وزيادة قدرتها التنافسية، ومن هذه الطرق التي يمكن إتباعها مايلي: (خليل إسماعيل إبراهيم ماضي: 2014، 71، 72، 73).

1. معرفة التوقعات:

يجب أن يفهم كل عضو في المنظمة ما هو متوقع منه وما هي المتطلبات اللازمة لتحقيق النجاح له وللمنظمة، فكثير من الموظفين غير مستقرين في بيئة العمل، لأنهم لا يعرفون ما هو متوقع منهم، لذلك يجب تعريف هذه التوقعات بدقة وتوصيلها بوضوح ويجب أن يشترك الموظف في تحديد هذه المتطلبات.

2. مشاركة الموظفين:

يتحمل الموظفون المشتركون في عملية اتخاذ القرارات مسؤولية أكبر في إيجاد وتنفيذ الحلول، لذلك يجب إشراكهم في ملكية الأفكار، فالعمل الجماعي يدفع الأفراد للمساهمة في نجاح طويل الأجل للعمل، وبالتالي التغلب على المعوقات، فأشراك الموظفين بجميع مستوياتهم في المنظمة يساعد في التغلب على المعوقات.

3. الرؤية المستقبلية:

الرؤية والنظرة طويلة الأجل ضرورية لأي منظمة، وعلى العكس فإن المنظمات التي لديها نظرة قصيرة الأجل تتوقع نتائج ثابتة، بالتالي فإن النظرة قصيرة الأجل تخلق مشاكل بدلاً من التغلب على المعوقات، كما أن الخطة طويلة الأجل هامة لإحداث النجاح المطلوب.

4. التدرج في عملية التحسين:

في البداية، تبدأ رحلة تحسين جودة الحياة الوظيفية صغيرة، فيجب على الإدارة البحث عن المكاسب الصغيرة أو القليلة والبدء بها أي بمعنى البدء بتطبيق عملية جودة الحياة الوظيفية بالأقسام بدلا من المنظمة ككل، والنظر إلى التحسينات الصغيرة، والتركيز على هذه المناطق لضمان نجاح المنظمة ككل بعد ذلك.

5. التركيز على عمل الفريق:

يعتقد كثير من المدراء أن لديهم فريقا عندما يكونون مجموعة أو قوة عمل معا، ومن السهل أن تحضر وتكون مجموعة ولكن من الصعوبة أن تبني فريقا، فالفرق تحتاج إلى تدريب على كيفية العمل معا وكيف يؤديون عملهم، وما هي العملية التي يجب استخدامها واعتماد ديناميكية الجماعة، فعمل الفريق يجب أن يدخل عبر جميع الخطوط التنظيمية، ومن المهم أن يعمل الموظفون كفريق عمل عن الأقسام المختلفة معا.

6. التدريب:

منح التدريب للعمال مسؤولية هامة محددة تقع على عاتق إدارة المنظمة وإدارة الموارد البشرية، حيث يتمثل دور المدير في تحديد الاحتياجات التدريبية وإعطاء تدريب مبنيا على الحاجة ومفصلا طبق لما عليه النتائج التي نجمت عن العمل، فالتدريب كجزء من جودة الحياة الوظيفية أمر هام لبقاء المنظمة، والتدريب يجب أن يأخذ الاتجاه العلمي بغض النظر عما إذا كان يعبر عن كيفية تركيب آلة أو كيفية أداء عمل أو كيفية تشغيل حاسوب أو طرق إحصائية، فمن الضروري تحديد الاحتياجات الوظيفية التي يجب على الموظف التمتع بها من أجل تحقيق النجاح، فالموظفون لا يحتاجون إلى تدريب أكثر مما يحتاجون إلى معرفته.

7. الاتصال والتواصل:

يحتاج العاملون إلى معرفة ما يجري حتى يكونوا فعالين مؤثرين، كما أن إدارة المنظمة يجب إن تعرف ماذا يجري حتى تكون إدارة فعالة، وبالتالي فإن كلا من العملاء والمساهمين يجب إشراكهم فيما يجري، ويمكن تمثيل ذلك بمربع أو مثلث يشمل العملاء، المساهمين، الموظفين وإدارة المنظمة، وبذلك فإن تحسين الاتصال والتواصل فيما بين أركان ومكونات المنظمة يمثل أحد أهم الطرق المستخدمة للتغلب على معوقات جودة الحياة الوظيفية في العمل.

8. تشجيع الموظفين:

يجب أن يلعب المدير دور المشجع بدلا من المدير الذي يقول دائما (لا وكلا)، فالقائد الجيد يعتمد على تشجيع الموظفين بالمنظمة والتفاعل مع الأنشطة التي يقومون بها، وأن يكون فعالا من خلال توجيه الأسئلة الايجابية وليست السلبية لضمان تحسين جودة العمل في المنظمة.

المطلب الثالث: برامج تحسين جودة الحياة الوظيفية

برامج تحسين جودة الحياة الوظيفية هي أي نشاط يمارس في أي مستوى من مستويات المنظمة، بهدف زيادة الفاعلية التنظيمية من خلال التركيز على القضايا التي تهتم باحترام الإنسان وتقديره وتحقيق حاجاته المختلفة وتحقيق رضاه عن العمل، بما يؤدي إلى تكاتف وتعاون أصحاب المصالح بالمنظمة من إدارة وعاملين ونقابات عمالية من أجل تحقيق أداء أفضل، وهذه البرامج تساعد على تحديد الأفعال والتغيرات والتحسينات المطلوبة لتحقيق الأهداف المشتركة لجميع أصحاب المصالح في المنظمة (شيلي إسماعيل مرشد السيوطي: 2016، 22).

كما تعد برامج تحسين جودة الحياة الوظيفية أحد أكثر الأساليب المثيرة للإهتمام ذات الصلة بدافعية الأفراد، وهي تمثل مدخلا نظاميا لتصميم العمل فضلا عن كونها مدخلا مهما لإغناء العمل، ويركز برنامج جودة الحياة الوظيفية على تطوير البعد الإنساني في العمل وذلك من خلال (إحسان دهمس جلاب: 2011، 244):

العمل المشترك في حل المشكلات التي تواجه العمل.

إعادة هيكلة العمل.

الإسهام في تقديم نظم إبداعية للمكافأة.

تطوير بيئة العمل

إذ وتتوفر أمام المنظمة نوعين من البرامج الخاصة بتحسين جودة الحياة الوظيفية هما:

أ- البرامج التقليدية: Traditional Programs

ويقصد بالتقليدية مجموعة البرامج التي اعتادت المنظمات على استخدامها منذ الخمسينيات من هذا القرن والتي تأثرت بالإرث الفكري الإداري للمدارس الإدارية ممثلة بمبادئها المعروفة. كما يقصد بالتقليدية معرفة كل أو أغلب المنظمات بهذه البرامج. وتشمل هذه البرامج على الآتي: (خالد عبد الرحيم الهيبي: 2005، 280).

1- تحسين بيئة وظروف العمل: (Improving work conditions Environment)

ويتجلى برنامج تحسين بيئة العمل في توفير الظروف الملائمة التي قد تساهم في زيادة الدافعية للعمل وكفاءة الأداء، عن طريق التقليل من احتمال وقوع حوادث العمل (سلمى لحر: 2013/2012، 33)، ويشتمل برنامج التحسين عادة على تهئية مكان العمل نظيف ومرتب من حيث الإضاءة والتهوية والرطوبة، معالجة حالات التعب والإرهاق، تقليل مصادر الضوضاء وكذلك التقليل من رتابة الأعمال (خالد عبد الرحيم الهيتي: 2005، 280).

2- برامج الصيانة البشرية: (Human Maintenance)

ويتضمن برنامج الصيانة البشرية والتي تهدف إلى تحسين وتطوير بيئة العمل سواء المادية أو الاجتماعية أو الصحية أو النفسية وتطوير جودة الحياة الوظيفية فضلاً عن توفير الأمن والسلامة للعاملين (محمد دليم القحطاني: 2015، 28).

3- إعادة النظر بساعات العمل المطلوبة: (Work Hours)

كما يشتمل برنامج ساعات العمل على أنماط الاستخدام غير التقليدية عن طريق اعتماد مبدأ حاجة الموظفين إلى الراحة وتحديد النشاط. لذا تلجأ المنظمة إلى استخدام برنامج ساعات العمل المرنة (Flescible Work Hours) الذي يسمح للأفراد العاملين القيام بأعمالهم حسب أسبوع عمل إعتيادي من الساعات يرتبونها بأنفسهم (سرمد غانم صالح، إسرائ طارق حسين: 2010، 11)، أو استخدام برنامج أسبوع العمل المضغوط (Compressed Work Week) والذي يتضمن اشتغال الأفراد لساعات العمل المطلوبة بخمسة أو أربعة أيام بدلاً من ستة أيام عمل أسبوعية.

4- توفير برامج الرفاهية الاجتماعية: (Welfare Programmes)

وتشكل الحوافز المعنوية الأساس الذي تستند إليه برامج الرفاهية الاجتماعية إذ أنها تشبع حاجات الإنسان الذاتية أولاً والتي ترتبط بالحاجة النفسية والسلوكية للأفراد بهدف رفع معنوياتهم وتحسين الجو المحيط بالعمل (عبد العزيز شنيق: 2008، 14/2007).

5- توفير برامج الرعاية الصحية: (Health Programs)

ولكون الإدارة مسؤولة عن صحة الأفراد في المنظمة الصناعية فقد تلعب الرعاية الصحية دوراً مهماً في تحسين جودة حياة الموظفين. لا بل إن التشريعات القانونية في الكثير من الدول تفرض التزام صحي على المنظمة أن تلتزم من خلاله بتقديم خدمات طبية تستهدف الاهتمام بالناحية المعنوية والنفسية والعقلية للعاملين (خالد عبد الرحيم الهيتي: 2005، 281).

6- التركيز على برامج الأمن والسلامة المهنية: (Safety Programs)

تسعى برامج الأمن والسلامة المهنية لتحقيق أهداف عديدة متمثلة في حماية الموارد البشرية من الأخطار وذلك بمنع تعرضهم للإصابات والحوادث والأمراض المهنية الناجمة عن بيئة العمل، وكذلك المحافظة على العناصر المادية في المنظمة بما تحويه من أجهزة وأدوات ومعدات من التلف والضياع نتيجة تعرضها للحوادث، أيضا تسعى هذه البرامج لتوفير وتنفيذ كافة متطلبات السلامة والصحة المهنية التي تضمن إيجاد بيئة وظروف عمل آمنة تحقق الحماية للعنصر البشري والمادي (علي أحمد المشاقبة: 2010، 27، 28).

7- الاهتمام بالعلاقات الإنسانية في العمل: (Human Relation)

وتظهر أهمية برامج العلاقات الإنسانية لتحسين جودة حياة الوظيفة في كون تلك البرامج تستهدف خلق جو من الثقة والاحترام المتبادل والتعاون بين الأفراد والإدارة بهدف رفع الروح المعنوية للعاملين لزيادة الإنتاج (بن زاف جميلة: 2015، 60).

❖ تستهدف هذه البرامج إحداث تأثير في السلوك الإنساني بما يضمن ويزيد من رضا الأفراد العاملين ويدفعهم باتجاه تحقيق أهداف المنظمة.

ب- البرامج الحديثة: Modern Programs

يقصد بها برامج النشاطات التي تمارسها المنظمات بما يتلاءم مع طبيعة التغيرات في أعمالها، وخصائص الأفراد العاملين فيها، وخصائص البيئة التي تعمل في إطارها. فقد شهدت مرحلة السبعينات والثمانينات والتسعينات من هذا القرن الكثير من التغيرات مثل تنوع أعمال المنظمات فبدلاً من ممارستها لعمل واحد وإنتاج منتج واحد أضحت خطوط الإنتاج متعددة وأصبح التنوع بالمزيج الإنتاجي سمة ملازمة لعمل تلك المنظمات، أيضا تعدد حاجات ورغبات وتطلعات الأفراد العاملين وتنوع مهاراتهم وشيوع حالة عدم التأكد البيئي وزيادة حدة المنافسة فيما بين المنظمات في الصناعة الواحدة، أو فيما بين الصناعات. هذه التغيرات ألزمت المنظمات بإعادة النظر إلى برامج تحسين جودة حياة العمل التقليدية وأصبحت هذه الأخيرة تؤطر بهدف استراتيجي يوجه لإثراء الشعور بالمصير المشترك للفرد العامل والمنظمة على حد سواء. لتحقيق هذا الهدف اتجهت المنظمات نحو استخدام البرامج الآتية (خالد عبد الرحيم المهيني: 2005،

1- الإثراء الوظيفي: (job Enrichment)

والذي يعني إضافة مسؤوليات جديدة، وأعباء متنوعة في عمل الموظف وذلك بهدف إذابة الملل وإثارة الاهتمام بالأعباء المتجددة وتعميق الخبرات وصقل المهارات (علي محمد عبد الوهاب: 2003، 15).

2- الإدارة بالمشاركة: (Management By Participation)

وهي إشراك المرؤوسين في اتخاذ القرارات الإدارية، فهي إذا علاقة تبادلية بين طرفين في المنشأة هما الإدارة والعاملون، تهدف إلى زيادة إنتاجية المنظمة بشكل مستمر عن طريق ضمان تأثير القوى العاملة على القرارات التي تتخذ فيها. بما يؤدي إلى تحقيق التعاون بين الأفراد من جهة والإدارة من جهة أخرى للتخفيف من حدة الصراع بينهما (محمد حسين الرفاعي: 2009، 13).

3- فرق العمل المدارة ذاتياً: (Self- Management Work Teams)

وهي مجموعة من الأفراد لديهم مهارات وتخصصات متنوعة، تعمل بمستويات مختلفة من السلطة وبدون مدير مرئي، تتعاقد مع الإدارة للاضطلاع بمسئولياتها بالإضافة إلى قيامها بالمهام المحددة والتي تشمل التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة، تتعلم وتشارك في الوظائف التي غالبا ما يؤديها المديرون، وتكون اجتماعاتها أسبوعية، هذه الفرق تصمم وتنفذ التدريب اللازم لأعضائها، وهي تعين وتوجه أعضائها الجدد، وتحدد مستويات الاداء وتقيسه، وتكون مسؤولة عن تحديد الموازنة المطلوبة وحل المشكلات التي تواجهها أثناء التنفيذ (ديبورا هاينجتون ماكين: 1999، 02).

4- جداول العمل البديلة: (Alternative Work Schedules)

بالرغم من أن أسلوب جداول العمل البديلة ورد ذكره ضمن البرامج التقليدية لتحسين جودة الحياة الوظيفية، إلا أنه استهدف إضافة إلى منح الحرية للفرد العامل في تحديد أوقات جداول العمل، زيادة رضا الموظفين وزيادة كفاءتهم وتقليل تأخيراتهم وورغباتهم. وتضمن الأسلوب إضافة إلى ساعات العمل المرنة وأسبوع العمل المضغوط أو المكثف وجبات العمل work Shifts والذي يستهدف تقليل وقت الاستبدال للعاملين ومنح الموظفين استقلالية أفضل في تحديد واجبات عملهم (خالد عبد الرحيم الهيبي: 2005، 281).

❖ إذن برامج جودة الحياة الوظيفية تمثل أسلوباً دافعاً للأفراد نحو العمل كونها تمثل فلسفة إدارية تزيد أو تعزز من مكانة جميع الأفراد العاملين في المنظمة، وتمكن من إحداث تغيير في ثقافة المنظمة، وتحسن من الرفاهية الشعورية والمادية للأفراد العاملين من خلال إتاحة فرص النمو والتطور.

المبحث الرابع: تقييم فعالية جودة الحياة الوظيفية

إن أغلب برامج تحسين جودة الحياة الوظيفية تتطلب الكثير من التغييرات الهيكلية في المنظمة، لذا يتوجب على المنظمة تهيئة الأجواء المناسبة لتطبيق البرامج الخاصة بالإدارة بالمشاركة، الترتيبات البديلة، وذلك بمنح صلاحيات جديدة أو حجب صلاحيات أخرى، وتتطلب بعض البرامج استعداد الفرد للتوعية والتوجيه من قبل الإدارة كبرامج التوعية الصحية والأمن والسلامة المهنية وبرامج الرفاهية الاجتماعية. وعلى الرغم من الأثر الإيجابي لتطبيق برامج جودة الحياة الوظيفية، إلا أن العديد من الأطراف في المنظمة لا يزالوا يقاومون الخطط والإجراءات التي من شأنها تطوير جودة الحياة الوظيفية.

المطلب الأول: مستلزمات تطبيق جودة الحياة الوظيفية

باختصار إن نجاح تطبيق برامج تحسين جودة الحياة الوظيفية يعتمد عادة على جهود ثلاثة أطراف مهمة هي:

- 1- إدراك الأفراد العاملين لأهمية برامج جودة الحياة الوظيفية.
- 2- كفاءة إدارة الموارد البشرية في متابعة وتوجيه البرامج.
- 3- الدعم المعنوي والمالي لبرامج جودة الحياة الوظيفية من قبل الإدارة العليا.

وباعتبار أن إدارة الموارد البشرية في المنظمة هي المسئولة عن بدء توجيه برامج تحسين جودة الحياة الوظيفية، لذا يتطلب الأمر منح تلك الإدارة الحرية والصلاحيات المتكاملة لاتخاذ إجراءات النجاح التالية:

- 1- منح فرص المشاركة في القرارات وقبول الاقتراحات.
- 2- تقديم التسهيلات الضرورية للمديرين من حيث المعلومات ومستلزمات الإنتاج الأخرى.
- 3- إعادة النظر بأنظمة الرواتب والأجور والحوافز.
- 4- إعادة تصميم الوظائف بما يوفر الفرص لتلبية الحاجات وتحقيق الأهداف.
- 5- توفير البيئة المادية المناسبة من حيث الأمان والنظام والراحة....

6- التكامل مع الإدارات الأخرى بشأن تهيئة مستلزمات نجاح برامج جودة الحياة الوظيفية.

7- منح الإدارة الصلاحية الكاملة في مجال الثواب والعقاب.

وإلى جانب دور الفرد والإدارة، يضاف دور البيئة في نجاح برامج جودة الحياة الوظيفية، وذلك عن طريق تحمل المنظمة لجزء من المسؤولية الاجتماعية وإشراك الأفراد العاملين فيها في برامج التوعية الصحية والاجتماعية التي تقوم بتنفيذها مؤسسات أو أجهزة حكومية أو غير حكومية متخصصة (خالد عبد الرحمن الهبيتي: 2008، 302-303).

المطلب الثاني: عوامل نجاح جودة الحياة الوظيفية

من مجمل العوامل التي توفر حياة وظيفية أفضل للعاملين والتي وردت لدى معظم الباحثين ما يلي :

1. نظام الاتصالات:

تعتبر المنظمة بيئة حيوية لمختلف الأنشطة الاتصالية، هذه الأخيرة تنتج عن تبادل أو نشر المعلومات وذلك من خلال العلاقات الرسمية واللا رسمية التي تحدث ضمن محيط المنظمة (عبد الكريم بن خالد: 2015، 122).

2. نظم المقترحات:

إن جودة الحياة الوظيفية الجيدة وبرامج مشاركة الأفراد تفترض أن لديهم أفكار جديدة وأن مسؤولية الإدارة هي متابعة وتطبيق هذه الأفكار، لذا فإن نظم المقترحات تعرض طريقة المنظمة في جمع الأفكار من الموظفين (المغربي: 2007، 261)، حيث يقوم العامل بتقديم المقترح لمشرف وسيط، وبعد تلقي التعليقات من المشرف فهذا الالتزام يجب أن يكون واضح في كلمات وتصريحات عامة ورسائل إلى الأفراد ومقالات وأخبار الشركة، أما إذا رأى المشرف في اقتراحات العامل نقد ضمني فسوف لن تتلقى هذه الأفكار الجديدة أي تشجيع وفي النهاية يجب على كل منظمة أن تخلق بيئة عمل تحترم فيها كل فكرة مطروحة سواء كانت مجدية أو غير مجدية.

3. مجهودات المنظمة:

إن جهود المنظمة عامل ضروري لنجاح الجودة الوظيفية، وذلك من خلال الاستخدام الأمثل لقدراتها التنظيمية والإدارية لتسيير وترشيد سبل التوفيق بين أهداف الأفراد وأهداف المنظمة كما يشير الباحثين في المجال التنظيمي. (عبد الكريم بن خالد: 2015، 123).

المطلب الثالث: معيقات تطبيق جودة الحياة الوظيفية

إن المعوقات التي تقف حائلا أمام تطبيق جودة الحياة الوظيفية في المنظمات كثيرة ومتنوعة خاصة وأن الإدارة والموظفين والنقابات المهنية والعمالية لهم وجهات نظر مختلفة حول جدوى هذا التطبيق، وأهم هذه المعوقات مايلي:

1. من جهة الإدارة: تتجسد في:

-خوف الإدارة العليا بمستوياتها المختلفة من مشاركة مستويات تنظيمية دنيا في صناعة القرارات، ومعارضتهم لهذا الأمر، والذي تعتره هذه المستويات تخليا عن جزء من صلاحياتها وتهديدا لوجودها على رأس هذه المنظمات أو المستويات الإدارية العليا.

-تقدير الإدارة العليا بأن برامج المشاركة للعاملين ضمن برامج ومعايير جودة الحياة الوظيفية قد لا تعمل على تحقيق الأهداف الإستراتيجية والمستدامة للمنظمة، بل تهم وتعمل على تحقيق الأهداف ذات المدى القصير فقط ونتيجة لذلك فإن المستويات الدنيا تصاب بالإحباط وتعمل على إبطال جهود وبرامج الإدارة العليا من خلال مقاومتهم لهذه القرارات نتيجة عدم رضاهم عنها، مما يؤدي إلى آثار سلبية على المنظمة، وهذا ما يتعارض مع ما تسعى إليه هذه المنظمات لتحقيق أهدافها.

-النظرة الخاطئة لبعض الإدارات لبرامج مشاركة الموظفين ضمن برامج جودة الحياة الوظيفية، بأنها قد لا تؤدي إلى إحداث تغييرات في تصميم الوظيفة أو في حجم مسؤوليات الموظفين.

-فشل بعض الإدارات في قياس أثر تطبيق جودة الحياة الوظيفية على نفسيات ورضا الأفراد عن العمل، وإهمالها للمقترحات التي يتقدم بها الموظفون، وعدم أخذها لهذه المقترحات على محمل الجد لتقوم بدراستها بجدية.

-اعتقاد بعض الإدارات بأنه لا حاجة لإجراء المزيد من التحسين في هذه المنظمات من خلال تطبيق المزيد من عناصر جودة حياة العمل فيها.

-نظرة بعض الإدارات للتكاليف المالية العالية التي يحتاجها تطبيق برامج جودة الحياة الوظيفية في المنظمات، والتي لا يمكن للمنظمة تحملها، خاصة بأنهم يرون بأنه لا يوجد ضمانات بنتائج تطبيق هذه البرامج والمردودات جراء هذا التطبيق.

-عدم تقدير الإدارة للاحتياجات التدريبية للمستويات الإدارية المختلفة لديها وما يحتاجونه من تعليم وتدريب ليكونوا قادرين على التفاعل مع هذه البرامج بما يحقق الأهداف للمنظمات والأفراد على حد

سواء، فالعاملون يحتاجون للتدريب على مجموعات العمل وحل المشكلات وغيرها، أما الإدارة فتحتاج إلى التدريب على التعاطي مع القضايا الجوهرية المتعددة، وتعزيز ودعم المهارات الإدارية والمهارات الفنية المختلفة، وإعادة توزيع هيكل القوة في المنظمة بما ينتج عنه بيئة عمل أفضل.

2. من جهة الموظفين: تتجسد في:

-عدم الإدراك الصحيح من جانب الموظفين لأهداف وأهمية برامج جودة الحياة الوظيفية والقيمة المتبادلة التي يمكن أن تحققها هذه البرامج لكل من الإدارة والموظفين
-عدم إقبال بعض الموظفين على الاشتراك ببرامج المشاركة بالعمل والتي تعمل الإدارة على تطبيقها عليهم، لاعتقادهم أن ذلك يمكن أن يكون مناورة من جانب الإدارة لحمل هؤلاء الموظفين على القيام بأعمال يؤديونها دون مقابل مادي لإنجازها.

3. من جهة الاتحادات النقابية: تتجسد في:

-النظرة السلبية والخائفة لبعض الاتحادات النقابية والنقائيين لبرامج جودة الحياة الوظيفية، واعتقادهم بأن تنفيذ هذه البرامج يمكن أن يهدد وجودهم وقوتهم التفاوضية مع الإدارة على الأمد الطويل.
-نظرة النقابات الوظيفية لبرامج جودة الحياة الوظيفية بأنها يمكن أن تزيد من إنتاجية الموظفين دون الحصول على أية عوائد مقابل ذلك. (شلي اسماعيل مرشد السيوطي: 2016، 88، 89)
فالإدارة والموظفون والاتحادات متخوفون من التغيرات غير معلومة النتائج لتطبيق جودة الحياة الوظيفية، ومع ذلك بدأ هذا الوضع في التغير تدريجياً نحو الأفضل، فكل الأطراف في المنظمة بدءوا يدركون أهمية برامج هذه الأخيرة، كما أن الموظفين يلتحقون ببرامج توعية ليتم تنفيذ برامج تطوير جودة الحياة الوظيفية (أسامة زياد يوسف البليسي: 2012، 14).

خلاصة الفصل:

من خلال الدراسات المتعلقة بالجودة في الحياة الوظيفية نجد أن هذا الجانب يعتبر عاملا مهما يؤثر على العوامل التنظيمية الأخرى كالاتصال التنظيمي والقيادة والرضا الوظيفي والفعالية والكفاءة الإنتاجية والأداء المتميز، وقد عولج هذا الموضوع انطلاقا من مختلف المقاربات والمجالات الأخرى ، فمثلا من الناحية الاقتصادية فإن جودة حياة الوظيفية تعتبر مؤشرا مهما على النمو الاقتصادي متمثلا في تحسين الظروف المعيشية مثل الأجور والحوافز وتحسين المناهج التسييرية ، كذلك من الناحية الاجتماعية فإن الاندماج الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية والإنسانية وتبني الثقافة المتبعة في المنظمة والتقييد بالقوانين السارية والشعور بالانتماء والولاء في أي منظمة هدف يصبو إليه موضوع الجودة في الحياة الوظيفية لذا فإن تحسين هذه الأخيرة يمكن أن ينعكس بنتائج ملموسة على جهود المنظمة من حيث النمو والازدهار والتكيف مع المتطلبات البيئية.

فإن نجاح المنظمة بتهيئة الجودة المناسبة من حياة الوظيفة يمكن أن يساعدها في إطلاق طاقات أفرادها العاملين تحقيقا لهدف زيادة الإنتاجية كما ونوعا للوصول إرضاء الزبون، فالمنظمات المعاصرة أصبحت تضع نصب أعينها اقتناص الزبون والحفاظ عليه، وذلك بالتحسين المستمر في سلعتها وخدماتها، من بين هذه المنظمات نجد المنظمات الصحية التي أصبحت تولي اهتماما لجودة خدماتها المقدمة، ومن بين أحد السبل لتحقيقها لذلك هو الاهتمام بمن يقدم الخدمة الصحية والتحسين من جودة حياته الوظيفية. وهذا ما سنتعرف عليه من خلال الفصل الموالي.

الفصل الثاني

الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية

تمهيد

لقد شهدت نهايات القرن العشرين تطورات عديدة ازدادت وتيرتها مع التطور التكنولوجي الهائل، وقد شمل هذا التطور مختلف المجالات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية، ويعد قطاع الخدمات من أهم قطاعات النشاط الاقتصادي التي تسهم في تحقيق النمو الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع. ومن بين هذه الخدمات نجد الخدمات الصحية، إذ تعتبر هذه الأخيرة من أهم متطلبات الإنسان فهي تتعلق بحالته الصحية وعافيته، ما جعلها تحتل مكانة بارزة في اهتمامات الجميع، ليس فقط لأهميتها في الحفاظ على سلامة الفرد بل أيضا لزيادة قدرته على البناء والتنمية، ولقد أصبحت الجودة حاليا من أكثر القضايا التي توليها المؤسسات الصحية اهتماما كبيرا، وأصبح الاهتمام بجودة الخدمات الصحية يكافئ أو يفوق الاهتمام بجودة السلع، نظرا لارتباطها بصحة وحياة الإنسان، فمن أكبر التحديات التي تواجهها المؤسسات الصحية اليوم، كيفية الارتقاء بمستوى الجودة، فقد أصبحت هذه الأخيرة ضرورة لازمة تزداد أهميتها بازدياد قدرة المؤسسات التي تقدم الخدمة الصحية على إشباع رغبات المرضى، وذلك عن طريق تلبية متطلباتهم واحتياجاتهم وتوقعاتهم، لذلك أصبحت المؤسسات الصحية تسعى دوما إلى تحسين وتطوير مستويات جودة خدماتها بالبحث في مختلف الأساليب والآليات التي تمكنها من تحقيق ذلك.

ولقد خُصص هذا الفصل لتناول موضوع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية من خلال تقسيمه أربعة مباحث حيث سنتعرف من خلال المبحث الأول على ماهية المؤسسات الصحية من حيث مفهومها، خصائصها، وظائفها وتصنيفاتها، أما المبحث الثاني فسيتم التطرق من خلاله إلى ماهية الخدمات الصحية من حيث مفهومها، خصائصها، مستوياتها، أهدافها وأنواعها، ثم نتعرض إلى ماهية جودة الخدمات الصحية من حيث مفهومها، أبعادها، العوامل المؤثرة فيها، مستوياتها وأساليب قياسها، وذلك من خلال المبحث الثالث، وستناول في المبحث الرابع جودة الحياة الوظيفية بأبعادها الرئيسية الثلاث ومساهمتها في جودة الخدمات الصحية.

المبحث الأول : ماهية المؤسسات الصحية

لقد تطورت طريقة وأسلوب تقديم الخدمات الصحية من كونها علاقة ثنائية مباشرة بين إثنين هما الطبيب والمريض، إلى علاقة اتصال ثلاثي بين أطراف ثلاثة هم المريض، الطبيب والمؤسسة الصحية، هذه العلاقة التي تمخضت عن اختصاصات عديدة، وأصبح من الممكن تقديم خدمات صحية أوسع وأشمل لأعداد كبيرة من أفراد المجتمع، وفقا لهذا انتشرت المؤسسات والمراكز الصحية وأضحت الدول تخصص لها نسبة ملفتة للنظر من ميزانيتها، ما جعلها ظاهرة وكيانا ضخما يستحق إدارة متخصصة ومتطورة بهدف الاستغلال والاستخدام الأمثل لمواردها.

المطلب الأول: مفهوم وخصائص المؤسسات الصحية

تعتبر المستشفيات من أهم المؤسسات الاجتماعية التي تقوم بتقديم الخدمة للمريض والمجتمع عموما، وسنتطرق في هذا المطلب إلى عرض مفهوم المؤسسة الصحية وأهم خصائصها.

الفرع الأول: مفهوم المؤسسة الصحية

تعددت التعاريف بالنسبة للمؤسسة الصحية نذكر منها:

عرفت المؤسسة الصحية حسب الهيئة الأمريكية للمستشفيات (AHA): على أنها "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة وخدمات طبية وخدمات تمريض مستمرة، وذلك لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى". (حسان محمد الحرساتي: 34).

اعتبر هذا التعريف المؤسسة الصحية إطارا تتمازج بداخله الخدمات الطبية وشبه الطبية وذلك من أجل تقديم العلاج المناسب.

وحسب تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS): تعرف على أنها: "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنها مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية" (عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة: 2003، 7).

ربط هذا التعريف المؤسسة الصحية بالمجتمع من خلال دورها في تقديم الرعاية الصحية له، كما أضاف بعض المهام العصرية مثل العيادة المتنقلة، اعتبارها مركزا للتدريب الطبي والتمريضي وموقع لإجراء البحوث الدراسية.

وعرفت أيضا على أنها "عبارة عن تركيب اجتماعي إنساني يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة، يشمل مدخلات ومخرجات، ويتكون من ثلاثة عناصر أساسية وهي: أفراد وجماعات تحتاج لخدمات صحية، أفراد أو مهنيون متخصصون. بميادين صحية متنوعة ومنظمات اجتماعية إنسانية تنظم أسلوب تقديم الخدمة الصحية وأسلوب التمويل والشراء للخدمات وتقنين وتشريع الخدمات والتخطيط والتنسيق ورسم الأهداف والسعي المتواصل لتحسين الخدمات ومراقبة ذلك" (A.Belghiti Alaoui:2005,17).

هذا التعريف اعتبر المؤسسة الصحية نظام يتكون من مدخلات ومخرجات، وتحكمه ثلاث عناصر هي المريض ومقدم الخدمة الطبية والمنظمة التي تتم فيها عمليات هذا النظام. كما تباين مفهوم المؤسسة الصحية بالنسبة للأطراف التي تتعامل معها حسب العلاقة بين هذه الأطراف والمؤسسة، حيث تعرف لدى:

- المرضى: الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج، والاستشفاء والرعاية الطبية لهم...
- الحكومة: إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.
- الإطار الطبي: المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية...
- إدارة المؤسسة: مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ وفعال.
- شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية.. (تامر ياسر البكري: 2005، 21-22).

هذا التعريف يشير إلى مفهوم المؤسسة الصحية من خلال الأطراف المتعاملة معها. وانطلاقا من نظرية النظم فإن المؤسسة الصحية هي "نظام شامل يتكون من مجموعة من الكوادر البشرية والمعدات والأجهزة والمصنفة على أساس الأقسام أو المهام، وكل واحدة من هذه الأخيرة تمثل بحد ذاتها نظاما يتكون من أنظمة فرعية أخرى لها واجبات ومسؤوليات مختلفة، والمؤسسة الصحية كنظام مفتوح على المجتمع تعمل على العناية بصحة الأفراد وتحقيق الربح والتوسع والقدرة على المنافسة..."

وتتكون في هذه الحالة من العناصر التالية:

- الأهداف: تمثل ترجمة للاحتياجات الصحية، وهي بمثابة الخطوط الرئيسية التي تسترشد بها الإدارة لتلبية هذه الاحتياجات.
 - المدخلات: تمثل العنصر الإنساني، العنصر المادي وعنصر المعلومات وهي عناصر لازمة لقيام المؤسسة بنشاطها.
 - النشاطات: والتي يتم من خلالها تحويل المدخلات إلى مخرجات، وتشمل جميع العمليات التي يقوم بها مختلف الأقسام.
 - المخرجات: وتنحصر المخرجات الأساسية بجودة الخدمات الطبية المقدمة المتعلقة بالأفراد عند خروجهم، والمخرجات المتعلقة بكفاءة المؤسسة.
 - التغذية المرتدة: تعبر عن المعلومات التي تصور نتائج نشاطات العاملين وفقا للخطط المرسومة لها.
 - البيئة: تمثل الظروف المؤثرة على المؤسسة وعلى نموها (نادية حريف: 2007/2008، 60).
- أضاف هذا التعريف على التعريفات السابقة هدف جديد للمؤسسة الصحية ألا وهو السعي وراء تحقيق الربح والدخول في المنافسة.
- يتضح من هذه التعاريف أن منها من ركز على المفهوم التقليدي للمؤسسة الصحية باعتبارها مكان لعلاج المرضى، ومنها من ركز على المفهوم الحديث باعتبارها جزءا أساسيا من النظام الاجتماعي، تهدف إلى تقديم الرعاية الصحية بالدرجة الأولى، بالإضافة إلى قيامها بأداء مختلف الوظائف الصحية وذلك بتنوع أهدافها.
- ومن خلال ما تم عرضه من تعاريف يمكن أن نقدم تعريف بسيط للمؤسسات الصحية كالآتي: "تعتبر المكان الذي تتضافر فيه مختلف الجهود لتقديم خدمة صحية ذات جودة لأفراد المجتمع".

الفرع الثاني: خصائص المؤسسات الصحية

من أهم خصائص المؤسسة الصحية ما يلي:

- تعدد أسعار الخدمة الواحدة: ففي الوقت الذي قد تقدم فيه خدمة معينة مجاناً لفئة من المرضى، فإن نفس الخدمة قد تقدم بمقابل رمزي لفئة أخرى، كما قد تقدم بمقابل يساوي كلفة الخدمة أو بمقابل يزيد عنها لفئة مختلفة، كما قد تختلف طرق تحصيل الخدمات التي تقدم بمقابل فقد تحصل قيمتها نقداً أو بالأجل، أو وفقاً لتعاقدات بين المؤسسة الصحية وجهات عمل معينة.

➤ وجود خطوط للسلطة: الأول هو خط السلطة الوظيفية الرسمية ممثلاً بالجهاز الإداري، أما الثاني فهو خط سلطة المعرفة الذي يتميز به أفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع على النفوذ، أما النوع الآخر من السلطة هو السلطة النقاوية التي لها ثقل تمثيلي مما يسمح بأن يكون لها موقعا تفاوضيا قويا.

➤ تدار الكثير من المؤسسات الصحية بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلا من أسلوب الإدارة بالأهداف: وذلك لأن متطلبات العمل في غالبيتها ذات طبيعة طارئة غير قابلة للتأجيل.

➤ تتعامل المؤسسات الصحية في صراع مع مشكلة الحياة والموت: وهذا ما يجعل العاملين بها تحت ضغوط بصفة مستمرة، كما أن العمل بها يتطلب درجة عالية من التخصص.

➤ اعتماد نشاط المؤسسات الصحية أساسا على كفاءة ومهارة العنصر البشري: حيث تبرز أهمية كفاءة ومهارة العنصر البشري في تمييز نشاط مؤسسة عن أخرى من خلال المعاملة الحسنة، الاستقبال الجيد والكفاءة العلاجية والتمريضية.

➤ اعتبار المؤسسات الصحية بمثابة نظام لا يمكن مكنته نشاطاته أو توحيدها: وهذا عائد لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم الصحية (دريدي أحلام: 2014/2013، 6).

➤ مشكلة قياس المخرجات النهائية للمنظمات الصحية: إلى الآن لا توجد معايير دقيقة يمكن معها قياس الرعاية الطبية المقدمة للمرضى وحصيلتها النهائية. فلا زالت مشكلة جودة الرعاية الطبية وقياسها قائمة في هذه المؤسسات (فريد توفيق نصيرات: 2007، 176).

المطلب الثاني: وظائف المؤسسات الصحية

تقوم المؤسسة الصحية بأداء مختلف الوظائف التي نوجزها فيما يلي:

1. الرعاية الطبية والصحية: وهي الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية وما يرتبط بهذه الخدمات من فحوصات وخدمات الإسعاف والطوارئ، وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية...

2. التعليم والتدريب: يفرض التطور في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطور مهارات وخبرات كافة العاملين والمتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية، من خلال التعليم والتدريب المستمر، وهذا ما تمثله المستشفيات خاصة الجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات ومراكز تدريب للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين

والأخصائيين، وتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها، وتزويد الهيئات الطبية والمعالجة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى، ومنه تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها بالإضافة إلى نقل تجارب الممارسات والتجارب من ذوي الخبرة إلى الجدد منهم وتبادل المعلومات معهم...

3. البحوث الطبية والاجتماعية: تسهم المؤسسات الصحية من خلال المعامل والمختبرات وما تحتويه من أجهزة وتجهيزات، وسجلات طبية، وحالات مرضية متنوعة، وكوادر بشرية متخصصة مهنية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية للمساهمة في تقدم العلوم الطبية، وتطوير الوسائل والأساليب العلاجية.. (عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة: 2003، 8-10).

4. الوقاية من الأمراض والعمل على تحسين الصحة العامة: من خلال مراقبة العدوى المكتسبة للحد منها وتوعية الأفراد بأهمية الوقاية من الأمراض عن طريق حملات التوعية وإجراء التطعيمات اللازمة.. (نادية خريف: 2007/2008، 62).

5. خدمات الارتقاء بالصحة: تركز هذه الخدمات على الارتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل غير الطبية؛ مثل التركيز على أهمية الغذاء الصحي المتوازن وأهمية الرياضة البدنية والراحة والنظافة والسلوك الصحي السليم؛ كالاتبعاد عن العادات الضارة بالصحة...، كما أنها تشكل جزءاً مهماً من خدمات الوقاية، ومواقف الأفراد وسلوكياتهم في هذا المجال تتأثر بالبيئة الثقافية المكتسبة. (تامر ياسر البكري: 2005، 26)

المطلب الثالث: تصنيفات المؤسسات الصحية

تعددت تصنيفات المؤسسات الصحية، حيث يمكن تصنيفها على أساس عدة معايير نذكر منها:

أولاً: التصنيف على أساس التخصص ونوع الخدمة: تصنف المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار إلى نوعين هما:

1. **المؤسسات الصحية العامة:** وهي المؤسسات التي تقدم خدمات صحية متعددة تجمع بين الطب والتشخيص والجراحة، كالمستشفيات ومصحات الطب والجراحة.

2. **المؤسسات الصحية المتخصصة:** حيث تخصص هذه المؤسسات في تقديم خدمات صحية معينة، كمراكز الفحص بالأشعة ومخابر التحاليل الطبية ومستشفيات أمراض القلب (دريدي أحلام: 2013/2014، 9).

ثانياً: التصنيف على أساس الملكية والتبعية الإدارية: وفق هذا المعيار تصنف المؤسسات الصحية إلى:

المؤسسات الحكومية: هي المؤسسات التي تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية، ولا تهدف إلى تحقيق الربح، وتأخذ عدة أشكال كالتالي:

✓ المؤسسات الحكومية العامة: تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات أو المؤسسات الرسمية التي تقوم بالإشراف عليها، وغالبا ما تتبع وزارة الصحة، ويقوم هذا النوع بتقديم خدمات لجميع الأفراد (بالمجان أو مقابل رسوم رمزية)، وقد تضم مختلف التخصصات والأقسام العلاجية اللازمة.

✓ المؤسسات الحكومية الخاصة بفئات معينة: وتتميز بأنها تتبع وزارة محددة أو هيئة عامة، وتقتصر على تقديم الخدمات على العاملين في هذه الجهات وأسرههم، كالمستشفيات العسكرية ومستشفيات الشرطة، والمستشفيات التابعة لمؤسسات القطاع العام...

✓ المؤسسات الحكومية التخصصية: تتخصص في تشخيص ومعالجة حالات معينة؛ مثل مستشفيات العيون، الأطفال...

✓ الوحدات العلاجية والمستوصفات: وتعتبر مؤسسات صغيرة الحجم إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة، وتنتشر في القرى والمناطق الريفية، وغالبا ما تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المؤسسات الأخرى.

✓ المستشفيات الجامعية والتعليمية: تتبع هذه المؤسسات إداريا الجامعات أو كليات الطب في المناطق التي توجد بها، وتقدم نفس خدمات المستشفيات العامة، كما تحتوي على بعض الأقسام التعليمية لممارسة التدريب العملي للعلوم الطبية.

1. المؤسسات الخاصة: تكون هذه المؤسسات مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات دينية أو خيرية أو شركات خاصة، وتتم إدارتها وفقا لنمط الإدارة في القطاع الخاص، وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة، وتأخذ عدة أشكال:

✓ مؤسسات بأسماء أصحابها: كأن يملكها ويديرها أصحابها من الأطباء، وتقدم خدماتها في مجال تخصصهم بمقابل يتم تحديده والاتفاق عليه حسب الخدمة المطلوبة من المريض؛ كمصحة لعلاج العيون مثلا، ويعتمد هذا النوع من المؤسسات على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها، وجودة الخدمة والرعاية المقدمة للمرضى.

✓ مؤسسات الجمعيات غير الحكومية: كالجمعيات الدينية والخيرية، تقدم خدماتها لمختلف الفئات من الأفراد مقابل رسوم محدودة نسبيا، فهي لا تسعى للربح، وقد تقدم خدمات عامة أو متخصصة.

✓ مؤسسات (مستشفيات) استثمارية: وهي التي يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات الطبية التي تقدمها، وقد تكون خدماتها متخصصة في مجالات معينة، وقد يتسع نشاطها ليشمل مختلف

المجالات الطبية، وغالبا ما تأخذ شكل شركات المساهمة وذات المسؤولية المحدودة (عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة: 2003، 11-16).

ثالثا: التصنيف على أساس طبيعة المنتج النهائي: وفق هذا المعيار تصنف المؤسسات الصحية إلى:

1. مؤسسات الخدمات الصحية: وتتمثل في مختلف المؤسسات التي تقدم منتجات نهائية تتمثل في خدمات صحية لا ملموسة، كالمستشفيات و العيادات الطبية وخابر التحاليل الطبية.
2. مؤسسات السلع الصحية: وهي مختلف المؤسسات الصحية التي يتمثل منتجها النهائي في سلع صحية ملموسة كالصيدليات ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية (دريدي أحلام: 2014/2013، 9).

رابعا: التصنيف على أساس إمكانية الإنتاج:

1. المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية: مثل المستشفيات، العيادات ومراكز العلاج.
2. المؤسسات غير المنتجة للخدمة الصحية: وتتمثل في وزارة الصحة وكل الهيئات الإدارية المختصة في متابعة البرامج الصحية وتسيير العلاقات مع المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية (A.Belghiti Alaoui: 2005,11).

و هناك معايير أخرى تستخدم في تصنيف المؤسسات الصحية، نذكر منها:

- مدة إقامة المريض: مؤسسات ذات إقامة قصيرة ومؤسسات ذات إقامة طويلة
- الجنس: هناك مؤسسات تُخصص لفئة معينة حسب الجنس؛ كالمخصصة للنساء والتوليد...
- العمر: وتقوم بخدمات متخصصة حسب العمر؛ كمستشفيات الأطفال، مستشفيات كبار السن...
- الربحية: مؤسسات تسعى إلى تحقيق الربح ومؤسسات لا تسعى إلى تحقيق الربح (تامر ياسر البكري: 2005، 29).

المبحث الثاني : ماهية الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية مطلبا أساسيا لكل إنسان، حيث تسعى جميع المجتمعات إلى توفيرها مهما اختلفت أنظمتها، وهي أصبحت اليوم تحتل دورا مهما في حياة المجتمع، لما تقدمه من خدمات صحية للأفراد والوقاية من الأمراض و منع حدوثها و اكتشافها المبكر و العلاج الفوري لما حدث منها، و مكافحتها للحد من انتشارها.

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها

إن الأساس الذي وجدت من أجله المؤسسات الصحية هو تقديم خدمات صحية، حيث أن هذه الأخيرة تختلف وتتعدد حسب طبيعة وحجم وتخصص المؤسسة التي تقدمها، وقبل أن نعرض إلى مفهوم الخدمات الصحية يجدر بنا

أولا توضيح مفهومي الخدمة والصحة كلا على حدا حسب عدد من التعاريف، حيث اختلفت باختلاف آراء الباحثين والكتاب، ومن ثم نتعرف على أهم خصائص الخدمات الصحية.

الفرع الأول: مفهوم الخدمات الصحية

أولا: مفهوم الخدمة

عرفت الخدمة على أنها: "أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة، ولكن ليس ضروريا أن تحدث عن طريق التفاعل بين المستهلك ومقدمي الخدمة" (هاني حامد الظمور: 2005، 18).

هذا التعريف يشير إلى تأكيد الجانب غير الملموس للخدمة، حيث أن الخدمة في أغلبها غير ملموسة بل مدركة من خلال المنفعة التي تقدمها للمستفيد.

كما عرفت على أنها: "جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا لدى المستهلك مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي أخطاء" (نجاة العامري: 2009/2008، 19).

هذا التعريف يشير إلى أنه لكي تحظى الخدمة برضا المستهلك لا بد لها من أن تقدم دون أخطاء، وهذا ما يجب أن يتحقق في الخدمة الصحية بشكل أكبر مقارنة مع أنواع الخدمات المقدمة الأخرى.

أيضا تم تعريفها على أنها: "كل نشاط يخلق قيمة ويعطي إضافة إيجابية للعميل في وقت ومكان محدد ويحدث تغيير إيجابي مرغوب لهذا العميل" (Jochen Wirtz et autre: 2009,12).

هذا التعريف يشير إلى أن الخدمة هي أي نشاط يعطي إضافة إيجابية يرغب فيها العميل.

مما سبق يمكن تعريف الخدمة بأنها عبارة عن أنشطة أو منافع غير ملموسة تقدم لطلابها بهدف إشباع حاجاته، سواء أديت هذه الخدمة مقابل مبلغ معين، أو قدمت مجانا.

ثانيا: مفهوم الصحة

تعرف على أنها: "قدرة الأعضاء الجسمانية والعقلية للفرد من أداء الدور المنوط بها" (تامر ياسر البكري: 2005، 27).

حسب هذا التعريف هي الحالة التي يقوم فيها كل عضو من أعضاء الجسم بدوره وبشكل سليم.

تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها: " حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم التوازن" (طلعت الدمرداش إبراهيم:2006، 17).

من هذا التعريف يتضح أنه من الخطأ أن ينظر للصحة على أنها خدمات للمرضى تعمل على شفائهم فقط، إنما تمتد إلى أبعد من ذلك.

وهي تعرف أيضا بأنها: " غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل" (عبد المحي محمود حسن صالح: 2003، 17).

فطالما أن جسم الإنسان قد خلا من العلة وبرا من الداء فذلك معناه أن هذا الجسم صحيح.

كما تعرف بأنها : "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، و هي علم و فن الوقاية من المرض و الارتقاء بالصحة من خلال مجموعة مجهودات منظمة من قبل المجتمع و تشمل العديد من المجالات و الميادين " (سلوى عثمان الصديقي: 2004، 23).

من خلال ماسبق نستطيع أن نعرف الصحة على أنها " تمتع الإنسان بالعافية، وهذا المفهوم يصل لأبعد من مجرد شفائه من المرض وإنما وصوله لتحقيق صحته السليمة الخالية من جميع الأمراض".

ثالثا: مفهوم الخدمات الصحية

أعطيت عدة تعاريف للخدمة الصحية باعتبارها نوعا من أنواع الخدمات، نذكر منها ما يلي:

تعرف الخدمة الصحية على أنها: "جميع الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية سواءا كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة الطبية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وتلبية الرغبات المرتبطة بهذه الخدمة" (ديون عبد القادر:2012، 216).

حسب هذا التعريف الخدمة الصحية هي جميع الخدمات التي تقدم من قبل المؤسسة الصحية والتي تأخذ عدة أشكال وذلك من أجل تغطية حاجات صحية عديدة.

تعرف أيضا بأنها: " الخدمات التشخيصية العلاجية، التأهيلية الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام

العلاجية والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المختبرية) العادية والمتخصصة

وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية" (عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة: 2003، 8-9).

بمعنى الخدمة الصحية هي جملة من الوظائف الطبية التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام المساعدة بالإضافة إلى خدمات مرتبطة أخرى.

وهي " الإجراءات أو الخدمات الصحية والطبية و الضرورية للوقاية من الأمراض و منع حدوثها، باكتشافها المبكر و العلاج الفوري لما حدث منها، ومكافحتها للحد من انتشارها، و بعد ذلك علاج المضاعفات الناتجة عن الإصابة، و تأهيل الفرد أو أفراد المجتمع بعد الشفاء منها ليصبح قادرا على العمل و الإنتاج، معتمدا على نفسه و ليس عالة على المجتمع" (محمد توفيق حيزر: 2001، 19).

يشير هذا لتعريف إلى أن الخدمة الصحية هي تلبية مجموعة من المتطلبات الصحية والتي تمر بعدة مراحل ابتداءً بالتنبهات الوقائية، مروراً بالتشخيص المبكر وصولاً إلى تأهيل المريض بعد شفائه وتهيئته للعمل.

ويمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها " النشاط الذي يقدم للمنتفعين ، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى" (فوزي شعبان مذكور: 1998، 97).

أضاف هذا التعريف إلى التعاريف السابقة أن الخدمة الصحية لا ترتبط بسلعة أو خدمة أخرى بمعنى تقدم مباشرة ولا يشترط ارتباطها بسلعة ما.

وتعرف على أنها "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصاً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً، ينتج عنه رضا أو قبول وإنتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل".

نلاحظ أن هذا التعريف يشير في مضمونه إلى ثلاثة أبعاد للخدمة المقدمة في المؤسسات الصحية وهي:

– **الصفة المميزة للخدمة:** وترتبط أساساً بجوهر الخدمة الصحية المقدمة والتي تتكون من عدة إجراءات مختلفة؛ تشخيصية وعلاجية...

– **المنافع المرجوة من الخدمة:** وتتمثل في العناصر المختلفة التي يحصل عليها المريض أو غيره من المراجعين للمؤسسة الصحية، لمقابلة احتياجاتهم الصحية والتي يطلق عليها أحياناً بحزمة الرضا المتحقق للمستفيد من الخدمة.

– **الخدمات السائدة:** وتشمل كافة العناصر المضافة التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى جوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، وتتضمن نظام حجز المواعيد، الاستقبال، خدمات الاتصالات، التنسيق مع المؤسسات الصحية الأخرى.. (تامر ياسر البكري: 2005، 168).

ويمكن أن تحقق الخدمات الصحية منافع تتمثل في الآتي:

- منافع مباشرة ملموسة **Tangible** يمكن قياسها وحسابها: وتتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.
 - منافع مباشرة غير ملموسة **Intangible** يصعب قياسها: تتمثل في الحد من الآلام والأمراض التي يعانيها المريض، كنتيجة للخدمات التي حصل عليها.
 - منافع غير مباشرة ملموسة يمكن حسابها: تتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها أفراد المجتمع (طلعت الدمرداش ابراهيم: 2006، 28).
- من خلال ماسبق يمكن أن نستنتج تعريف الخدمة الصحية بأنها: "الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية المختلفة كالمستشفى، المركز الصحي..... إلخ، أو في الجهات التي تهدف إلى تحسين صحة الفرد والمجتمع، والتي تساهم في تشخيص حالات المرضى ومعالجتهم وتأهيلهم ووقايتهم من الأمراض المختلفة، وتسعى إلى المحافظة على سلامة وصحة الإنسان الجسمية والعقلية وتحسينها.

الفرع الثاني: خصائص الخدمات الصحية

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

- **اللاملموسية:** ويقصد باللاملموسية "عدم رؤية، لمس أو تجريب الخدمة، هذا ما يدفع إلى صعوبة تصورها ذهنيا، كما يؤدي في الغالب لمعرفة غير دقيقة للنتيجة مسبقا"، ولهذا يعتبر قرار شراء الخدمة أصعب من قرار شراء السلعة. ولتلافي هذه الصعوبة يجب البحث عن علامات أو مؤشرات تدل على جودة الخدمة المقدمة، مثل: مكان أدائها، مقدمها والأجهزة المستخدمة.
- **التلازمية أو عدم الانفصال:** التلازمية مفهوم يتكون من بعدين، البعد الأول هو التلازمية بين الإنتاج والاستهلاك، فنجد السلع المادية تنتج وتخزن ثم تباع وتستهلك، لكن الخدمات تباع أولا ثم تنتج وتستهلك في نفس الوقت، أما البعد الثاني للتلازمية هو أن المستفيد لا يمكن فصله في أغلب الحالات أثناء تقديم الخدمة.
- **عدم التجانس في تقديم الخدمة:** تتميز الخدمات بالتباين لاعتمادها على كفاءة ومهارة مقدمها، وكذا مكان وزمان تقديمها، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتمادا على ظروف معينة، وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانا مما يؤدي إلى صعوبة تمييز الخدمة.

• **عدم القابلية للتخزين:** تتميز الخدمات بصفة عامة بعدم قابليتها للتخزين طالما أنها غير ملموسة، هذا ما يجعل تكلفة التخزين منخفضة نسبياً أو بشكل كامل في المؤسسات الخدمية، ويترتب عن ذلك أن الطاقة غير المستغلة من الخدمة تعتبر إيراد مفقود.

• **عدم تملك الخدمة:** أي أن الخدمة لا تمتلك أو تنقل ملكيتها من المنتج للعميل عند الاتفاق عليها، فالمستفيد من الخدمة يستهلك المنفعة دون إمكانية تملك الخدمة ذاتها، وهذا يمثل الفارق بين السلعة والخدمة. (نجاة صغرو: 2012/2011، 17).

إضافة إلى الخصائص السابقة، يمكن أن تخص الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص كالتالي::

• **عدم القدرة على التنبؤ بالطلب:** لا يمكن التنبؤ بأي درجة من الدقة ما سيكون عليه الطلب على الخدمة الصحية، فقد تظهر حالات فيروسية، حوادث خطيرة، كوارث طبيعية أو صراعات مسلحة تجعل التخطيط شيء يصعب تحقيقه.

• **عدم التوافق بين توقعات المستهلك (المريض) والخدمة الصحية المقدمة له،** فقد يضع مريض معين توقعات حول ما يحصل عليه من خدمة صحية، ولكن الجانب الجسدي والنفسي أي المميزات النفسية تعتبر خارج نطاق تحكم الطبيب، كما لها تأثير على نتيجة الخدمة الصحية المقدمة، فإن نفسية المريض تحدد كيف يتم استيعابها (نظام موسى سويدان، عبد المجيد براوي: 2009، 239-240).

• **الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل:** تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين يقضي سرعة علاجه عند ظهور الأعراض، ويترتب على هذه الخاصية بعدين هما:
البعد المكاني: والذي يقضي بضرورة انتشار منافذ الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد، بمعنى آخر ضرورة إتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة.

البعد الزماني: والذي يقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يحتاج إليها (عند ظهور الحاجة إليها)، سواء كانت خدمات علاجية، أو وقائية، فتأجيلها يترتب عليها أضرار بالغة. (عدمان مريزق: 2007-2008، 22)
كما يمكن ذكر خصائص الخدمة الصحية التالية:

• تتميز الخدمات الصحية أنها خدمات عامة أي موجهة إلى كافة أفراد المجتمع، الهدف من تقديمها هو تحقيق منفعة عامة لمختلف المستهلكين (المرضى).

• تتميز الخدمات الصحية بكونها يجب أن تكون على درجة عالية من الجودة، فهي مرتبطة بحياة الفرد وشفائه.

- في مؤسسات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الإدارة، في حين تتنوع قوة القرار في المؤسسة الصحية بين الإدارة ومجموعة الأطباء.
- صعوبة تحديد وتقييم جودة الخدمات الصحية.
- تتكون الخدمة الصحية من عناصر يكمل بعضها البعض.
- تستهلك الخدمات الصحية وقت إنتاجها، إذ لا تظهر الخدمة الصحية إلا عند حضور المستهلك (المريض) عندها يمكن أن يقوم الطبيب بتقديم الخدمة الصحية له.
- مساهمة المستهلك (المريض) في عملية تقديم الخدمة الصحية (فريد كورتل: 2008، 315-317).

المطلب الثاني: مستويات الخدمات الصحية وأهدافها

يختلف تنظيم الخدمات الصحية التي توفرها المؤسسة الصحية تبعاً لمدى الخدمات المقدمة ودرجة تعقيدها ونظام تحويل المرضى من مستوى إلى آخر داخل النظام الصحي.

الفرع الأول: مستويات الخدمات الصحية

تختلف مستويات الخدمات الصحية المقدمة باختلاف النوعية و جودة الخدمة، وهذه المستويات هي:

المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية

يتم تقديم هذه الخدمات في الغالب بواسطة الأطباء العامين في المراكز الصحية والمستوصفات والعيادات وتشكل هذه الخدمات نقطة الدخول الأولى للنظام الصحي وخط التماس الأول مع المرضى الذين يطلبون الخدمة، حيث يقوم الطبيب العام بتقييم الحالات المرضية وعلاجها بالقدر الذي ينسجم مع معارفه ومهاراته ومع التشريعات واللوائح التي تبين حدود ممارسته ومن ثم يقوم بتحويل الحالات المرضية التي تتطلب خدمات رعاية من مستوى أعلى إلى المستوى الذي يليه، ويعتبر الطبيب العام مسؤولاً عن تنسيق عملية معالجة هذه الحالات مع مستوى الرعاية الأعلى، ويعتبر هذا المستوى على درجة كبيرة من الأهمية نظراً لأن الغالبية العظمى من الحالات المرضية في هذا المستوى لا تتطلب خدمات الأطباء الأخصائيين وبالتالي يمكن تقليل تدفق المرضى وتخفيف الازدحام على العيادات التخصصية في المستوى الثاني (فريد توفيق نصيرات: 2007، 73).

ولا بد أن تشمل الرعاية الصحية الأولية على المميزات التالية:

- ✓ الشمولية: و تحتوي على أنواع الخدمات ، جميع السكان ، مختلف المناطق الجغرافية و على جميع الفترات الزمنية.
- ✓ الاستمرارية: إن هذه الخدمات لا تنقطع بل مستمرة في كافة الظروف .
- ✓ النوعية الجيدة: الارتقاء بنوعية الخدمات إلى أفضل مستوى ممكن .
- ✓ الملائمة: تناسب و كافة المتغيرات البيئية و الظروف الخاصة بتلك الدولة .
- ✓ إمكانية الوصول لتلك الخدمات .
- ✓ توفر الإمكانيات المادية والبشرية .

أما العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية والتي حددها مؤتمر دالماتا D' ALMA ATA هي:

1. التثقيف و التوعية الصحية بشأن المشاكل الصحية و الاجتماعية السائدة في المجتمع و العمل على طرح السبل للسيطرة عليها.
2. العمل على الإصحاح الأساسي للبيئة و توفير الإمداد الكافي بمياه الشرب النقية .
3. العمل على توفير الأغذية الجيدة و السليمة.
4. تقديم خدمات أمومة و طفولة متكاملة بالإضافة إلى تحصين الأطفال و تطعيمهم ضد الأمراض المختلفة.
5. العمل على وقاية المجتمع من الأمراض المعدية و المتوطنة على انتشارها تمهيدا للقضاء عليها.
6. التشخيص السليم و العلاج المناسب للأمراض و الإصابات الشائعة .
7. توفير الأدوية الأساسية و الضرورية للعلاج (صلاح محمود ذياب: 2009، 56).

المستوى الثاني: الرعاية الصحية الثانوية

وهي خدمات متوسطة أو ما يعرف بخدمات الأخصائيين العامين مثل أخصائي الطب العام، الجراحة العامة أخصائي أمراض النساء والتوليد، الأطفال، أطباء المختبر والأشعة والعلاج الطبيعي، حيث يتم التعامل مع الحالات المرضية المحولة من الطبيب العام في المستوى الأول ويجري تقديم خدمات الرعاية الطبية هنا من خلال العيادات الخارجية أو الأقسام الداخلية في المستشفى (فريد توفيق نصيرات: 2007، 74).

المستوى الثالث: الرعاية الصحية التخصصية

هذه الخدمات تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية مثل: خدمات أمراض وجراحة الأعصاب، أمراض وجراحة القلب والجراحات التجميلية وغيرها من التخصصات الدقيقة، هذه الخدمات تقدم للمريض علاجيا أو جراحيا أثناء تنويمه في المستشفى. ومن أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات التكلفة العالية و طول مدة الإقامة و الحاجة إلى إطارات بشرية متميزة.

المستوى الرابع: الرعاية الصحية التأهيلية أو الخدمات الصحية طويلة الأمد

و يشمل هذا المستوى تلك الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة نسبيا أو لمرضى لا يأمل شفاءهم بحيث يتم تأهيل المريض للتعايش مع المرض، بهدف إعادة هذا المريض للمجتمع كفرد منتج و يستطيع خدمة نفسه و قضاء احتياجاته بنفسه. (صلاح محمود ذياب: 2009، 56).

الفرع الثاني: أهداف الخدمات الصحية

من بين أهداف الخدمات الصحية ما يلي (طلال بن عايد الأحمدى: 2004، 21):

- الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى.
- السعي المستمر نحو إطالة الحياة و الوقاية من الموت المبكر.
- خفض معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض.
- خفض مستوى القلق الناجم عن المرض .
- خفض نسبة الإعاقة و خاصة حالات العجز.
- تحصين المجتمع ضد الأمراض التي تتوافر لها اللقاحات.
- تأمين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع أفراد المجتمع.
- المحافظة على الصحة و تحسينها و رفع مستواها.
- منع حدوث الأمراض أي الوقاية من الأمراض و التحصين من العدوى.
- تشخيص و علاج المرض بالكشف المبكر له، حيث تعمل المستشفيات على معرفة أسباب الأمراض المختلفة الجسدية منها و العقلية و توفير وسائل و أساليب الوقاية منها.
- العمل على تنمية مهارات و كفاءات الأفراد العاملين في القطاع الصحي

المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية

نميز بين عدة أشكال للخدمات داخل المؤسسات الصحية حسب طبيعتها نذكر منها: (طلال بن عابد الاحمدي: 2004، 24-26).

1. **الخدمات الصحية الشخصية:** ويقصد بها تلك الخدمات الصحية الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية، كخدمات

التشخيص والعلاج والرعاية الشخصية، وخدمات المخبر والأشعة، والرعاية النفسية، والتمريض...، وتتضمن

أنواعا مختلفة هي:

• **خدمات الرعاية الخارجية:** أي التي لا تشتمل على أي رعاية إيوائية للمستفيدين، ويقدم هذا النوع من الخدمات

عادة في عيادات الأطباء الخاصة، أو العيادات الخارجية للمستشفى، أو في قسم الطوارئ الملحق به، أو في مراكز

الرعاية الأولية، أو في مراكز العلاج الطبي...

• **خدمات الرعاية الداخلية:** يقصد بها الخدمات الصحية الإيوائية أو الاستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي

حالتهم الصحية الإقامة في المستشفيات أو بعض العيادات العامة أو التخصصية، بقصد التشخيص والعلاج لفترة

معينة.

• **الخدمات الصحية طويلة الأجل:** وهي تجمع النمطين السابقين معا، وتتجاوز مدة الرعاية غالبا ثلاثين يوما، وأغلب

المستفيدين منها هم الأشخاص الذين يعانون من أشكال الإعاقة والأمراض المزمنة، كالخدمات المقدمة في

مستشفيات الصحة النفسية ودور النقاها، فضلا عن تلك الخدمات التي يقدمها أخصائيو الرعاية التمريضية المتزلية،

للأشخاص الذين لا تقتضي حالتهم الصحية البقاء في المستشفى لكنهم بحاجة للرعاية.

2. **خدمات الصحة العامة:** وهي الخدمات التي تستهدف حماية صحة المواطنين والارتقاء بها، وتتولى السلطات

العمومية عادة مسؤولية تقديم هذا النوع، والتي تشتمل عادة على الأنشطة التالية:

- مكافحة الأمراض المعدية.
- مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة، كسلامة الهواء والماء والغذاء، والتخلص من النفايات...
- الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة.
- القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة.
- توعية المواطنين بالمشكلات الصحية السائدة وبأوجه الاستفادة المثلى من الخدمات الصحية المتاحة.
- وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والضوابط والسياسات والاستراتيجيات والخطط التي تكفل الحفاظ على صحة المواطنين ورفاهيتهم.

➤ كما يمكن تصنيفها حسب وظائفها التي تؤديها، حيث تصنف الخدمات الصحية حسب هذا المعيار إلى ثلاث

مجموعات أساسية هي: خدمات علاجية، وقائية و إنتاجية، نذكرها فيما يلي:

● **خدمات علاجية:** موجهة إلى الفرد ترتبط بجميع الخدمات الصحية لمختلف التخصصات على مستوى المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة، التحليل، إلى جانب خدمات التغذية و النظافة، و خدمات الإدارة و غيرها.

● **خدمات وقائية:** تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها، و يتمثل دورها في حماية المجتمع و البيئة من الأمراض المعدية و الأوبئة.

● **خدمات إنتاجية:** و تتضمن إنتاج الأمصال و اللقاحات كما تتضمن إنتاج الأدوية، العتاد و الأجهزة الطبية الأخرى. (عدمان مريوق: 2007-2008، 20)

➤ كما تصنف الخدمات الصحية كذلك إلى (فريد كورتل: 2008، 318-319):

● **خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد:** و تتعلق بتشخيص العلاج و تؤدي عبر الأقسام الآتية: قسم الأمراض الداخلية، قسم الأمراض الجراحية، قسم الأطفال ، قسم التوليد، وأمراض النساء، قسم العلاج الطبيعي، المعالجة الفيزيائية، قسم التخدير، الإنعاش و قسم الإسعاف و الطوارئ، قسم المختبر و قسم الأشعة.

● **خدمات صحية مساعدة:** تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المؤسسة الصحية (المستشفى) و يندرج ضمنها خدمات التمريض و الصيدلة.

● **الرعاية الصحية:** تهدف إلى تعزيز المستوى الصحي للأفراد و الجماعات بالجوانب الجسدية و النفسية و العقلية و الذهنية و الاجتماعية كافة.

● **الخدمات الصحية البيئية (صحة المجتمع):** و ترتبط بالحماية من الأوبئة، الأمراض المعدية، و التدهور الصحي النابع عن سلوك الأفراد و أنشطة المؤسسات، و هي خدمات صحية وقائية تقي الفرد من الأمراض كاللقاحات و خدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء، خدمة مكافحة الحشرات الضارة، إضافة إلى خدمات الإعلام و نشر الوعي الصحي.

المبحث الثالث: ماهية جودة الخدمات الصحية

إن موضوع جودة الخدمة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في مجال خدمات الرعاية الصحية، كما أن

هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز من قبل إدارات المستشفيات ، والمستفيدين من خدمات الرعاية

الصحية والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها، إذ أن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية وأهدافها

لقد ازداد وعي المنظمات بضرورة تحقيق الجودة في منتجاتها (سلع و/أو خدمات) كسلاح تنافسي لضمان البقاء والاستمرار والتوسع في الأسواق. غير أن الاهتمام بمفهوم الجودة ليس حديث العهد، بل ارتبط بظهور الإنسان وتطور استجابة للظروف والمتغيرات البيئية المستجدة، وما مَيَّز ذلك هو انتقال الأفكار الأساسية للجودة من المجال الصناعي إلى مجالات أخرى كالخدمات؛ حيث كان موضوع جودة الخدمة وتحديد مفهومها وإبراز أهميتها بالنسبة لعدة أنشطة خدمية ومن بينها الصحة، محل انشغال الكثير من الباحثين والمهتمين بهذا المجال. وسنتطرق في هذا المطلب إلى عرض لمفهوم جودة الخدمات الصحية ومعرفة أهم أهدافها.

الفرع الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية

تعددت آراء الباحثين حول تعريف جودة الخدمة بصفة عامة، وجودة الخدمة الصحية خاصة، فمنهم من ركز في تعريفه على جودة الخدمة من وجهة نظر المؤسسة المقدمة للخدمة (المؤسسة الصحية)، ومنهم أيضا من كرس على المستفيد من الخدمة (المريض) لاعتباره الحكم في تقدير جودة الخدمة.

أولاً: مفهوم جودة الخدمة

تعرف جودة الخدمة على أنها: " تقديم الأداء اللازم للعميل، والذي يقوم بإشباع وتلبية رغباته وفق سعر تنافسي، وفي الوقت المناسب ووفق الطرق والأساليب المناسبة " (دريدي أحلام: 2013/2014، 20-21).

نلاحظ أن هذا التعريف ركز على جودة الأداء، والقدرة على تحقيق رغبات العميل بالشكل الذي يتطابق مع توقعاته ويحقق رضاه التام عن السلعة أو الخدمة التي تقدم له.

كما عرفت على أنها "احترام العميل والعمل على إرضائه وإشباع رغباته الممكنة والمفترضة من خلال تقديم خدمات ذات نوعية في الوقت الملائم بهدف تقليص معدلات شكاوي العملاء والتطوير المستمر" (نادية خريف: 2008/2007، 72).

يشير هذا التعريف إلى أن مفهوم جودة الخدمة يركز على العميل ومدى إرضاءه، من خلال تقديم خدمات حسب تطلعاته ورغباته في الوقت المحدد وبالجودة المطلوبة.

أيضا يمكن تعريفها بأنها "الفارق بين الخدمة المتحصل عليها وبين الخدمة المتوقع التحصل عليها من قبل

المستفيد من الخدمة". (Stéphane Maisonnas et Jan Claude Dufour :2006,111).

بمعنى أن جودة الخدمة تتمثل في تحقيق رغبات الزبون و أن متلقي الخدمة يحكم على مستوى الجودة الخدمة عن طريق مقارنة ما حصل عليه مع ما توقعه عن تلك الخدمة.

و يمكن التعبير عنها رياضيا: جودة الخدمة = توقعات المستهلك - إدراك المستهلك للأداء الفعلي.

وفي ضوء هذه المعادلة يمكن ذكر ثلاثة مستويات للخدمة حسب جودتها هي (محمد علي عبد السنتار: 2008، 87):

- الخدمة العادية: وهي التي تكون تتحقق عندما يتساوى إدراك المستهلك لأداء الخدمة مع توقعاته المسبقة عنها.
- الخدمة الرديئة: وهي التي تكون تتحقق عندما يتدنى الأداء الفعلي للخدمة عن مستويات التوقعات بالنسبة إليها.
- الخدمة المتميزة: وهي تلك التي تتحقق عندما يفوق أو يتجاوز الأداء الفعلي للخدمة توقعات المستهلكين بالنسبة لها.

من خلال ما سبق يمكن تعريف جودة الخدمة على أنها مدى تطابق توقعات المستهلكين مع مستويات الخدمة المقدمة.

ثانيا: مفهوم جودة الخدمة الصحية:

إن إعطاء تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية ليس سهلا لكونها خدمة غير ملموسة شأنها في ذلك شأن بقية الخدمات الأخرى ولعدم وجود معايير نمطية للحكم على جودة الخدمة كما هو الحال في السلع، لذا أصبح تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لآراء مختلفة منها رأي الطبيب والمريض وإدارة المستشفى فلكل من هؤلاء رأيه الخاص بمفهوم جودة الخدمة الصحية وهي آراء لا تعكس بالضرورة اتجاهات متماثلا فجودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، أما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على

جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، أما من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة الصحية وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية. وحسب منظمة الصحة العالمية (OMS) جودة الخدمات الصحية هي " التماشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، الإعاقة وسوء التغذية" (محمد الطعمانة: 2003، 90)

نستنتج من هذا التعريف أن جودة الخدمة الصحية هي مطابقة المواصفات والمعايير بالطريقة التي تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية للمرضى لإشباع حاجاتهم ومتطلباتهم من طرف مقدمي هذه الخدمات كالأطباء، الممرضين والإداريين..... إلخ الذين يستخدمون معارفهم ومهاراتهم العلمية والفنية والتقنية في مجال الرعاية الصحية لتقديم خدمات ذات جودة عالية وبتكلفة مقبولة.

عرفتها الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية على أنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة و معرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو معالجة مشكلة طبية معينة". (خالد بن السعيد: 1994 ، 12)

أي جودة الخدمة الصحية هي تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما كان عليه في مرحلة سابقة .

كما عرفت على أنها " مستوى الإدراك المتحقق من نتائج الأداء عن الخدمة الصحية قياسا بما كان عليه في مرحلة سابقة" (تامر ياسر البكري: 2005، 199).

و يشير هذا التعريف إلى أن الجودة ترتبط بعامل التطور و التقدم لما هو أفضل بالنسبة للخدمة الصحية المقدمة في فترة زمنية معينة قياسا بما هو سابق و أن يكون ذلك الأداء متوافقا مع مستوى إدراك المريض لتلك الجودة في الخدمة لكن المشكلة هنا تكمن في اختلاف تفسيرات المرضى و تقديراتهم لمستوى الجودة

كما أن جودة الخدمة الصحية تمثل " مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها (المرضى وغيرهم) على نحو نظامي وموضوعي، يساهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية وذلك عن طريق العاملين في المنظمات الصحية والذين

يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم وبما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل كلفة ممكنة" (أكرم أحمد الطويل وآخرون: 2009، 7)..

وهذا يعني أن جودة الخدمة الصحية تمثل أسلوباً لدراسة عمليات تقديم الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار. بما يلي احتياجات المرضى وغيرهم، وهي ترتبط أساساً بحسن تطبيق العلوم والمعارف الطبية من أجل تشخيص ومعالجة الأمراض ودون زيادة التعرض للمخاطر.

كما تعرف أيضاً بأنها: "السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة، بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية: (بجاءة العامري: 2009/2008، 78)

- الأولى تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض ويمكن التحقق من ذلك عن طريق قياس رضا المريض.
- الثانية تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية وهو تحقيق ما يحتاجه المريض بناءً على ما هو مقبول طبياً من حيث التشخيص والإجراءات والعلاج.
- الثالثة تركز حول جودة العمليات المتعلقة بجودة تصميم وتقديم الخدمات الصحية، وذلك على أساس الاستخدام الأمثل لموارد المؤسسة الصحية".

وتعرف جودة الخدمات الصحية حسب المنظور الذي ينظر إليها منه، فنجدها عند (نادية حريف: 2008/2007، 73-74):

– **المريض:** فالمريض له رؤية أكثر واقعية لأنه هو الذي يتلقى الخدمة، فيرى أن الجودة هي "درجة الرعاية التي يقبلها هو نفسه" ويعتمد على معايير في تقييمها تتمثل في: اتصاله مع الأطباء، فترة حصوله على المواعيد، مدة انتظاره، المعاملة، طريقة الاستقبال وشروط الخدمات الفندقية للإقامة في المؤسسة الصحية.

– **مهنيي الصحة:** هي التميز والتفوق التقني والالتزام بمعايير الجودة الطبية عند تقديم الرعاية الصحية بهدف تحقيق النتائج المرجوة، وتظهر في: الكفاءات الوظيفية، القدرة على تطوير واستخدام تقنيات التشخيص والعلاج، ملائمة إجراءات الرعاية؛ بمعنى تطبيق الطب المبني على البراهين (**Evidence Based Medicine**)، مع الأخذ بعين الاعتبار احتياجات ورغبات المرضى، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة.

– المنظمات الدافعة والسلطات العامة ومؤسسات التأمين: هي مدى كفاية عرض الرعاية، احترام متطلبات الأمن، جودة الرعاية مع البحث عن الاستخدام الأمثل للموارد؛ بمعنى محاولة تكييف الموارد المتوفرة للاحتياجات الصريحة والضمنية للمرضى، وتقديم أحسن خدمة لأكبر عدد من الأفراد.

– المالكين: إن الحصول على أحسن العاملين وأفضل التسهيلات لتقديم خدمة جيدة للزبائن وبالتكلفة الأقل، فهي تُعنى بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة.

– المرضى: إن التسلسل الجيد للعمل التقني وأعمال الوقاية، إضافة إلى العلاقة الجيدة مع المرضى والمطابقة مع الإجراءات.

– وجهة النظر السياسية: عبارة عن تحسين صحة أفراد المجتمع ومدى رضا المواطن في ضوء الموارد المتاحة، وفي نفس الوقت فإن المنظور القيادي أو السياسي يبحث عن كفاءة النظام الصحي من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة، ومدى قدرته على رسم استراتيجيات مستقبلية تضمن الاستقرار والتطور الطبيعي للنظام الصحي ضمن منظومة العمل الإداري للدولة بشكل عام، بجوانبه الاقتصادية والتقنية والاجتماعية والبيئية والسياسية.

ويمكن أن نستنتج تعريف لجودة الخدمات الصحية على أنها "عبارة عن معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة الصحية مع توقعات ومتطلبات المرضى".

الفرع الثاني: أهداف جودة الخدمات الصحية

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

- تلبية رغبات المستفيدين على النحو الذي يتطابق مع توقعاتهم ويحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة لهم.
- ملاءمة العلاج والرعاية لمختلف الحالات المرضية.
- اعتماد الإجراءات السريرية (هي كافة الخدمات الطبية التي تخص المرضى الذين يتطلب علاجهم الإقامة السريرية في المؤسسة الصحية) المتميزة للحد من المضاعفات والأحداث التي يمكن تجنبها أو الوقاية منها.

- تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى على النحو الذي يضمن لهم كرامتهم الفردية، والعمل على إشراكهم في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين.
- تأمين أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة.
- ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة. (طلال بن عايد الأحمدى: 2004، 128)

كما يرى عدد من الباحثين بأن أهداف جودة الخدمة الصحية هي:

1. ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين .
 2. تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد (المريض) وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية .
 3. تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها .
 4. تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها .
 5. تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية " (عادل محمد عبد الله: 2013، 101).
 6. تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة .
 7. كسب رضى المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضى المستفيد .
 8. تحسين معنويات العاملين ، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج (أكرم أحمد الطويل وآخرون: 2010، 14):.
 9. زيادة قوس التنافس بين المؤسسات الصحية المتشابهة (عتيق عائشة: 2012/2011، 97).
- وتتميز الجودة بقيم جوهرية تتمثل في:

- **خدمة المريض (والعملاء الآخرين) أولاً:** ينبغي أن تعزز الخدمات الصحية خصوصية عملائها عن طريق عملية تخطيط الرعاية، والمقدرة على إدراك هذه الخصوصية هي تجسيدها في القيمة الجوهرية في شعار "خدمة المريض أولاً" رغم فروقات تجسيدها في المجالين السريري وغير السريري.

- تحقيق توقعات العميل: مع اختلاف المهارات الفردية للأطباء وباقي عاملي المؤسسة الصحية ينبغي عليهم ضرورة اكتساب مهارة البحث الجاد عن أنسب الطرق لمقابلة توقعات عملائهم والعناية الفائقة بها، لزيادة رضاهم حول الخدمة المقدمة لهم.
 - تأدية الخدمة بشكل صحيح من أول مرة: فإذا لم يتم تقديم الخدمة بشكلها الصحيح من أول مرة فينبغي تقديم الخدمة المصححة بشكل صحيح في المرة الثانية فوراً، بالبحث عن أسباب الفشل في المرة الأولى.
 - خفض تكاليف الأعمال المتسمة بتدني جودتها: الاستفادة المستمرة من كل جهد ممكن لتحديد وتقليل تكاليف فشل المؤسسة الصحية في تقديم مستوى عال من الجودة.
 - دعم الأداء الجيد للموظفين: إن المؤسسة الصحية الناجحة هي التي تكون قادرة على جعل موظفيها يشعرون من لحظة دفعهم على أداء العمل أنهم مقدرين كأفراد، وكأعضاء فاعلين في فرق العمل المشكلة ولديهم دور مهم. (نجاة صغبرو: 2012/2011، 40)
- وتظهر هذه القيم في الشكل التالي:

الشكل رقم (04) القيم الجوهرية للجودة



المصدر: (نجاة صغبرو: 2012/2011، 39)

المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها

سنتطرق في هذا المبحث إلى معرفة أبعاد جودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها.

الفرع الأول: أبعاد جودة الخدمات الصحية

قدم عدد من الباحثين مجموعة من الأبعاد كدلائل للجودة، نتناولها فيما يلي:

- يرى (SWAND) أن لجودة الخدمة بعدين أساسيين هما (واله عائشة: 2011/2010، 69-70):

الجودة الملموسة: التي يتعرض لها الزبون أو المستفيد حال حصوله على الخدمة.

الجودة التفاعلية: و تمثل أداء عملية الخدمة ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمؤسسة مع الزبائن أو المستفيدين.

- أما (GRAWOOS) فقد ميز بين نوعين من أبعاد الجودة هما الجودة الفنية و الوظيفية حيث:

الجودة الفنية: (TECHNICAL QUALITY) هي ما يتم تقديمه للزبون فعلا و يتصل بالحاجة الأساسية التي يسعى لإشباعها.

الجودة الوظيفية: (FONCTIONAL QUALITY) هي درجة جودة الطريقة التي يتم بها تقديم الخدمة و قد أطلق على الجودة الفنية إصلاحا جودة المخرجات التي عادة ما يتم تقييمها بعد الحصول على الخدمة، أما الجودة الوظيفية فهي جودة العملية التي عادة ما يتم تقييمها أثناء تقديم الخدمة.

وهناك من أضاف بعدا ثالثا لا يقل أهمية عن البعدين السابقين و هو الانطباع الذهني الذي يعتبر ناتج تقييم الزبائن لكل من الجودة الفنية و الوظيفية أو هو الذي يعكس انطباعات الزبائن عن مؤسسة الخدمة. ويمكن القول أن كل هذه الأبعاد و إن اختلفت مسمياتها من باحث لآخر هي أبعاد متناسقة يكمل بعضها البعض.

كما اتفق العديد من الكتاب والباحثين بشكل عام على أن أبعاد جودة الخدمات الصحية هي : الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة ، الأمان والتعاطف . ونظراً لاحتواء هذه الأبعاد على جميع خصائص جودة الخدمات الصحية فقد اعتمدها في بحثنا هذا ونفصلها فيما يلي:

1. الملموسة Tangibles:

تشير الملموسة إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال، إضافة إلى ان الجوانب المتعلقة بملموسة الخدمة هي المباني وتقنية المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية والتجهيزات اللازمة

لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمؤسسة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة.

تأسيساً على ما تقدم نرى بأن بعد الموسمية يشير إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى والمراجعين للمستشفى) وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب ، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها ، ونمط التقانة المستخدم وحداثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية والمختبرية والأشعة والتمريضية وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها (تامر ياسر البكري:2005، 212).

2. الاعتمادية Reliability:

تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على أداء الخدمة التي وعد بها بشكل يمكن من الاعتماد عليها وأيضاً بدرجة عالية من الصحة والدقة، فالعميل يتوقع أن تقدم له خدمة دقيقة من حيث الالتزام بالوقت والأداء تماماً مثلما تم وعده (هاني حامد الضمور، حناة بوقحاني:2012، 80).

وفي ضوء ما تقدم نرى بأن بعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية يشير إلى قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمستفيدين منها (المرضى والمراجعين للمنظمة الصحية) في الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء ويمكن الاعتماد عليها ، فضلاً عن إعطاء الحلول الصحيحة للمشاكل المتوقعة والحرص على حل مشكلات المريض مما يعطي ذلك المستفيد (المريض) إحساساً وثقة بأن حياته بين أيدي أمينة وأن ثقته في الأطباء والأخصائيين عالية من حيث الدقة وعدم الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج ، وكذلك ثقة المستفيد بأن حساباته المالية سليمة عند مغادرته المنظمة الصحية (المستشفى) (أكرم أحمد الطويل وآخرون: 2009، 16).

3. الاستجابة Responsiveness:

تتعلق بمدى قدرة ورغبة واستعداد مقدمي الخدمة في أن يكونوا بشكل دائم في خدمة العملاء وقدرتهم على أداء الخدمة لهم عند احتياجهم لها (محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر:2015، 904).

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها ، فضلاً عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع

استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة انجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها (تامر ياسر البكري:2005، 212).

4. الأمان Sécurité:

ويعني أن يشعر الفرد أنه دائماً تحت مظلة من الرعاية الصحية، لانعلم متى سيحتاج إليها. ويعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية سواءا تعلق الأمر بمقدم الخدمة أو المستفيد منها (ديون عبد القادر:2012، 219)..
ويستخدم كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة ومن يقدمها، أي ما يتعلق بمدى المخاطر المدركة لنتائج تلقي الخدمة من هذه المنظمة أو من مقدمها أو من كليهما (هازي حامد الضمور، جناة بوقحاني:2012، 80)..

5. التعاطف Empathy:

ويعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد، ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: اهتمام شخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللفظ (تامر ياسر البكري:2005، 212).
وفي ضوء ما تقدم يمكن القول أن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها . ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللفظ والكياسة والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المرضى) ، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية ، فضلاً عن أن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية (أكرم أحمد الطويل وآخرون: 2009، 18).

الفرع الثاني: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

هناك عناصر تؤثر في جودة الخدمة الصحية المقدمة من واجب الإدارة العمل على تتبعها ودراستها، وتمثل هذه العناصر في: (صلاح محمود ذياب: 2012، 72):

1. تحليل توقعات المريض: تحتاج المؤسسات الصحية إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفوقاً على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة، ويمكن للمرضى أن يحققوا إدراكهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للخدمة وهي:

-**الجودة القياسية:** ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساساً للخدمة والتي تمثل بذات الوقت مستوى الجودة الذي تتمنى إدارة المؤسسة الصحية بلوغه.

- **الجودة الفعلية:** وهي تلك الدرجة من الجودة والتي اعتادت المؤسسة الصحية تقديمها للمرضى.
- **الجودة المدركة:** وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المؤسسة الصحية، أي إحساس المريض بجودة الخدمات الصحية المقدمة له.
- **الجودة المتوقعة:** وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية فضلا عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المؤسسة الصحية.
- 2. توصيف جودة الخدمات:** عندما تفهم المؤسسة الصحية حاجات المرضى فإنه يجب أن تضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة، وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطا مع أداء العاملين في المؤسسة الصحية ومستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية.

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

المطلب الثالث: مستويات جودة الخدمات الصحية وأساليب قياسها

سنتطرق في ما البحث إلى كل من مستويات جودة الخدمات الصحية وأساليب قياسها

الفرع الأول: مستويات جودة الخدمات الصحية

قد حدد (DONABEDOAN) في أعماله حول جودة الخدمة الصحية أربعة مستويات أساسية للجودة انطلاقا من الطبيب المعالج حتى جودة النظام في المجتمع (نادية خريف: 2008/2007، 72-73):

- 1- الخدمة المقدمة من الأطباء وباقي منتجي الرعاية:** الجودة هنا تتعلق من جهة بالخصائص التقنية التي ترتبط بالمعارف الطبية وكفاءة الممارسين لهذه الخدمة، وقدرتهم على تقديم خدمات ملائمة في مستوى محدد من الجودة دون تبذير للموارد أو تكاليف زائدة، ومن جهة أخرى بالخصائص الشخصية والأخلاقية للأطباء أو المعالجين المرتبطة بالتعامل، وتضم مختلف العناصر مثل: السمع، اللباقة، التعاطف، الإحساس، السرية و الخصوصية... الخ، دون إهمال

العلاقة بين المريض وطبيبه فهي عامل مهم لجودة الرعاية بوجود الثقة بين الطرفين، وتعتبر معلومات المريض حول مرضه والعلاج المقترح نقطة مهمة لإمكانية الاختيار الواضح له في العلاج.

2- الأجهزة والمعدات: يجب أن تضمن راحة معينة للمرضى، تكون مقبولة ومرضية وتراعي الخصوصية والسرية.

3- استعمال الخدمة من طرف المريض: إن نجاح الخدمات الصحية المقدمة تكون مسؤولية مشتركة بين المستفيدين منها والمعالجين، فتعاون وامتثال المريض لعمليات الرعاية عامل مهم لنجاح العلاج وجودته.

4- الخدمة التي يتلقاها المجتمع: يمكننا طرح السؤال التالي: هل الحصول على الخدمات الصحية يمكن ضمانه للجميع؟ فسهولة وصول الخدمة الصحية للمجتمع تتطلب المساواة في تقديمها بين مختلف أفرادها، مهما وجدت من فروقات اجتماعية أو اقتصادية أو جغرافية بينهم..، وكذا خصائص النظام الصحي المعمول به، والخيارات السياسية المتبعة في تسيير وتطوير هذا النظام الذي يشكل محددًا أساسيًا لجودة الخدمات.

الفرع الثاني: أساليب قياس جودة الخدمات الصحية

إن قياس جودة الخدمة يعتبر عملية معقدة مقارنة مع قياس جودة المنتج أين تستخدم الأساليب الكمية بسهولة، وتستخدم المنظمة عدة معايير وطرق لقياس جودة الخدمات الصحية، نوضح أهمها فيما يلي (والة عائشة: 2011/2010، 76-73):

أولاً: قياس جودة الخدمة الصحية من منظور الزبائن:

يمكن التفرقة بين خمسة طرق أساسية من منظور الزبائن هي:

1. مقياس عدد الشكاوى (Complaints Measure) يمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية مقياسا هاما يعبر على أن الخدمات المقدمة دون المستوى أو ما يقدم لهم من خدمات لا تتناسب مع إدراكهم لها والمستوى الذي ييغون الحصول عليه، هذا المقياس يمكن المؤسسات الصحية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل وتحسين جودة ما تقدمه من خدمات.

2. مقياس الرضا (satisfaction Measure) هو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات الزبائن نحو جودة الخدمات المقدمة، خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف للمؤسسة طبيعة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها وبشكل يمكن هذه المؤسسات من تبني استراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات الزبائن وتحقق لهم الرضا نحو ما تقدم لهم من خدمات.

3. مقياس الفجوة: قام (parasuramau) عقب دراسة استطلاعية أجراها مع العديد من مؤسسات تقديم الخدمة في 1985 بأمریکا في محاولة لوضع مقياس لجودة الخدمة يتسم بالصدق والثبات واعتمادا على المقابلات المعمقة مع مجموعة من زبائن هذه المؤسسات، أمكن التوصل إلى خمسة محددات أساسية تستخدم في قياس جودة الخدمة هي: الجانب الملموس من تقديم الخدمة، الاعتمادية، الاستجابة السريعة، الثقة في التعامل، التعاطف وتم تقديمها في شكل مقياس عام أطلق عليه اسم (servqual) يتم استخدام المقياس مرتين الأولى قبل حصول الزبون على الخدمة لقياس ما يسمى بالجودة المتوقعة أما الثانية فهي مستوى الجودة المدركة والتي يتم قياسها بعد حصول الزبون على الخدمة، حيث يتم بعد ذلك مقارنة المتوقع بالمدرک لتحديد ما يسمى بالفجوات (Gaps) والتي تعبر عن درجة رضا الزبون عن الخدمة المقدمة بأبعادها وعناصرها المختلفة، ووفقا لهذا المقياس توجد هناك خمس فجوات يتم تحليلها.

4. مقياس الأداء الفعلي (نموذج الاتجاه): يعرف نموذج الاتجاه باسم Servperf ظهر سنة 1992 نتيجة الدراسات التي قام بها كل من Cron و Taylor، وتعتبر الجودة في إطار هذا النموذج مفهوما اتجاهيا يرتبط بإدراك المستفيد للأداء الفعلي للخدمة المقدمة، ويقوم على طريقة بسيطة في قياس جودة الخدمة من خلال إستيعاب التوقعات في القياس والتركيز فقط على إدراكات المستفيد (الأداء الفعلي).

5. مقياس القيمة: تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المؤسسة لخدمة الزبائن تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانبي الزبون والتكلفة للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة، كلما زادت القيمة المقدمة للزبائن فكلما زاد طلبهم على هذه الخدمات والعكس صحيح، وبالتالي من واجب مؤسسة الخدمة اتخاذ الخطوات الكفيلة من اجل زيادة المنفعة المدركة لخدماتها بالشكل الذي يؤدي إلى تخفيض سعر الحصول على الخدمة ولا شك أن وجود مثل هذا المقياس سوف يدفع المؤسسات إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة مميزة للزبائن بأقل تكلفة ممكنة.

ثانيا: قياس الجودة المهنية (Measure Professional Quality):

يرى الكثير من الباحثين أن تقييم الجودة من منظور الزبون يمثل جزءا من برنامج الجودة، لذلك فإن مقياس الجودة المهنية تقوم على فكرة مفادها أن المؤسسات قادرة على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة ومن هنا يمكن التمييز بين ثلاث أنواع من المقاييس هي:

1. قياس الجودة بدلالة المدخلات: بمعنى اعتبار المدخلات أو الموارد جوهر الخدمة وجودتها وإذا ما توافر للمؤسسة البناء المناسب بتجهيزاته ومعداته والقوانين والنظم المساعدة والأهداف المحددة الواضحة، إذا توفر للخدمة كل هذا كانت الخدمة مميزة فعلا، وعلى الرغم من منطقية هذا المدخل والترحيب به من قبل الباحثين في دعم الجهود المبذولة للتوصل إلى نموذج مناسب لقياس جودة الخدمة، إلا أنه يبقى ناقصا فعناصر المدخلات في جودة الخدمة لا تعد كافية في حد ذاتها لضمان الجودة، إذ هناك عوامل أخرى مكملتها مثل طرق تناول المدخلات والتفاعلات فيما بينها.

2. قياس الجودة بدلالة العمليات: يركز هذا المقياس على جودة العمليات أو المراحل المختلفة لتقديم الخدمة المطلوبة، وينطوي على مجموعة من المؤشرات أو المعايير التي توضح النسب المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة التي يجب أن تستوفيها كافة هذه العناصر ليتم تصنيف هذه الخدمات كخدمات جيدة، ولا يعتبر هذا المقياس دقيقا وإن كان له بعض الجوانب المنطقية لأنه يركز على عمليات الخدمة بدلا من التركيز على الأبعاد الكمية التي يمكن قياسها لهذه الخدمة.

3. قياس الجودة بدلالة المخرجات: وهو مقياس يتعلق بالنتائج النهائية لهذه الخدمة، والتي يمكن قياسها من خلال:

- القياس المقارن وهو إجراء مقارنات كمية بين المستهدف والأداء الفعلي لاكتشاف جوانب الضعف ومحاولة تلافيها.

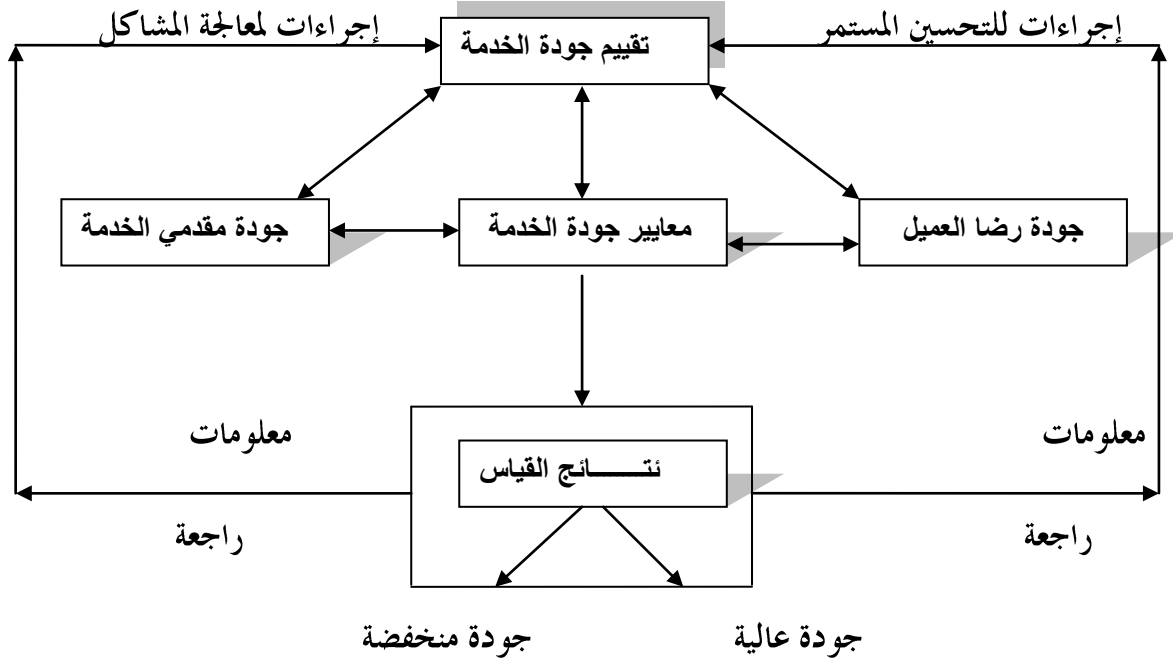
- استقصاء رضا المستفيدين بخصوص الخدمات المقدمة.

- استقصاء العاملين في المؤسسة للوقوف على المشاكل التي حالت دون تحقيق الأداء المنشود.

ثالثا: قياس الجودة من المنظور الشامل

إن كل المقاييس السابق ذكرها في قياس الجودة يغلب عليها الطابع الجزئي، هذا ما أدى إلى ضرورة إبراز المعالجة الشاملة في قياس جودة الخدمة. والشكل الموالي يصور لنا نمودجا لتقييم جودة الخدمة من المنظور الشامل.

الشكل رقم: (05) نموذج لتقييم جودة الخدمة



المصدر: والة عائشة: 2010/2011، 76.

يصور لنا هذا الشكل نمودجا شاملا للتقييم، حيث يأخذ في الحسبان وجهة نظر الزبون ومقدم الخدمة معا، كما أن هذا النموذج بمثابة نظام له مدخلات وعملية معالجة ومخرجات تمثل في الأصل نتائج القياس (جودة عالية أو جودة منخفضة).

المبحث الرابع : جودة الحياة الوظيفية ومساهمتها في جودة الخدمات الصحية

يتفق العديد من الكتاب والباحثين في مجال جودة الحياة الوظيفية على أن كفاءة المنظمة في تحقيق تحسين هذه الأخيرة يمكن أن ينعكس بنتائج ملموسة على جهودها من حيث النمو والازدهار والتكيف للمتطلبات البيئية، فنجاح المنظمة بتهيئة الجودة المناسبة من حياة العمل يمكن أن يساعدها في إطلاق طاقات أفرادها العاملين تحقيقا لهدف زيادة الإنتاجية كما ونوعا.

المطلب الأول: أثر جودة الجوانب الوظيفية والتنظيمية للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية

سنتطرق في هذا المطلب إلى معرفة دور جودة كل من تصميم الوظيفة، الاستقرار والأمان الوظيفي وفرق العمل في الارتقاء بخدمات صحية أفضل.

الفرع الأول: أثر تصميم الوظيفة في تحسين جودة الخدمات الصحية

يعطي تصميم الوظيفة في المؤسسة الصحية فرصاً لتحسين الأداء والمجهودات المقدمة من قبل العاملين فيها، حيث تساهم محتويات الوظيفة في تدني الأداء إذا كانت مملة أو تفوق قدرات ومهارات الموظف أو تحتوي على مهام غير مناسبة أو غير ضرورية، ومن أجل تقليل الرتابة والملل الذي يشعر به الموظف لابد من تصميم وظائف تتسم بالأهمية والتنوع والتحدي والثراء من وجهة نظر شاغليها، حتى يشعر الموظف بأهمية وقيمة دوره في المؤسسة (عادل محمد عبد الرحمن: 2013، 13)، مما يدفعه لأن يقدم أفضل ما لديه من مهارات وقدرات، وبالتالي التحسين في جودة الخدمات الصحية المقدمة.

الفرع الثاني: أثر الاستقرار والأمان الوظيفي في تحسين جودة الخدمات الصحية

يعد الاستقرار والأمان الوظيفي في المؤسسة الصحية عنصراً وعاملاً لنجاح جوهري لأنه يخلق جو الولاء والانتماء لدى الموظفين تجاه مؤسستهم مما يدفعهم إلى الإبداع والتطوير في أعمالهم وبذل قصارى جهدهم في تحقيق الأهداف مما يحقق نجاحها وتطورها واستمراريتها، وبالتالي بقاءهم في أعمالهم، وأداء مهامهم بروح معنوية عالية وبالتالي تقديم خدمات صحية جيدة.

الفرع الثالث: أثر فرق العمل في تحسين جودة الخدمات الصحية

من المبادئ الأساسية لنظام الخدمات الصحية أن عناصره يعتمد كل منها على الآخر، ولا يزيد أي عنصر منها أهمية على الباقيين فيما يتعلق بتحقيق نتيجة أفضل للمريض، لذا فلا بد لجميع العاملين أن يتكاتفوا ويعملوا معاً بروح الفريق؛ لتقوية عملية اتخاذ الجماعي للقرار، و تسهيل تحسين النتائج. وبالتالي تحقيق الجودة في الخدمات المقدمة. ومن المعروف أن منظمات الرعاية الصحية تعتمد إلى حد كبير على فرق العمل في أداء مهامها والتي يجب أن تعمل بتناغم وتعاون لضمان تقديم خدمات صحية جيدة، ورغم ذلك نجد درجة عالية من النزاع والخلاف والارتباك والغموض بين مجموعات العمل داخل هذه المنظمات في عالم الواقع، مما ينعكس سلباً على فاعلية المجموعات وعلى قدرتها على المشاركة الفعالة في عملية التغيير. فيظهر أثر هذا البعد في جودة الخدمات الصحية المقدمة من خلال زيادة إنتاجية فرق العمل والتي تستعمل بشكل واسع في المؤسسات الصحية، أيضاً في زيادة وضوح الدور المتوقع وتغيير سلوك الدور عند الحاجة، كذلك زيادة المرونة في عملية اتخاذ القرارات وتوسيع قاعدة المشاركة في السلطة وتفعيل المشاركة بين أعضاء الفرق (فريد توفيق نصيرات: 2007، 323-324).

المطلب الثاني: أثر جودة الجوانب المالية والاقتصادية للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية

سنتطرق في هذا المطلب إلى معرفة دور جودة كل من نظام الأجور، وفرص الترقى والتقدم الوظيفي في الارتقاء بخدمات صحية أفضل.

الفرع الأول: أثر نظام الأجور في تحسين جودة الخدمات الصحية

تعتبر الأجور ذات أهمية لتحقيق نجاح أي مؤسسة، وهي تعد وسيلة فاعلة لإشباع الحاجات المادية والاجتماعية للعاملين فيها، وهناك علاقة إيجابية بين الأجور و جودة الخدمات الصحية المقدمة، وفي كثير من الأوقات تحتاج المؤسسة إلى زيادة الأجور أملاً منها في تحسين مستوى أداء العاملين، وبالتالي تستطيع أن تحقق جودة في خدماتها الصحية، غير أن هذا يتوقف على طبيعة عمل وسياسات المؤسسة المتبعة .

و الإنسان بطبعه يميل إلى المكافأة والتقدير ويسعى للحصول عليهما، لذا ينبغي لأي مؤسسة تسعى إلى تحقيق الجودة، أن تنشئ نظاماً للمكافأة، وتحسنه من خلال عملية ديناميكية، ومن الضروري فهم دوافع العاملين وسلوكياتهم والعوامل المؤثرة عليها، ودراسة الحوافز التي تؤدي إلى تحسينها، والمواظبة على تقديمها إليهم، سواء كانت هذه المكافآت مادية أو معنوية، مع تنويعها بفهم تطلعات كل من المؤسسة والعامل، فالمكافآت تلعب دوراً مهماً في حفز العاملين بالمؤسسة الصحية على العمل وتزيد من دافعيتهم ورضاهم وانتمائهم الوظيفي وبالتالي زيادة إنتاجيتهم، فهي تعد من العوامل المهمة الواجب توافرها لأي جهد منظم يهدف إلى تحقيق مستوى عالٍ من الأداء، حيث أن للمكافآت تأثير مهم على رفع مستوى أداء الأفراد ورضاهم وبالتالي تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

الفرع الثاني: أثر فرص الترقى والتقدم الوظيفي في تحسين جودة الخدمات الصحية

هناك علاقة إيجابية بين السياسات التنظيمية السائدة في المنظمة والمتعلقة بفرص التقدم الوظيفي وبين جودة الخدمات الصحية، إذ أن نظم الترقية والتقدم الوظيفي التي تقدمها المؤسسة الصحية تشجع على زيادة حماس العاملين فيها وإقبالهم نحو عملهم بكل فخر ورضا، وبالتالي يزيد عطاؤهم وإنتاجيتهم وجودة خدماتهم، ويزيد تمسكهم في عملهم، وهذا يعطيهم إحساساً بالسعادة وإحساساً إيجابياً نحو الحياة بصورة عامة، مما يتيح الفرصة لإبرازهم لمهامهم وقدراتهم وبالتالي تقديم خدمات صحية ذات جودة.

المطلب الثالث: أثر جودة الجوانب المادية والمعنوية في تحسين جودة الخدمات الصحية

سنتطرق في هذا المطلب إلى معرفة دور جودة كل من السلامة والصحة المهنية، التكامل الاجتماعي وتوازن الحياة الشخصية والوظيفية في الارتقاء بخدمات صحية أفضل.

الفرع الأول: أثر السلامة والصحة المهنية في تحسين جودة الخدمات الصحية

تؤثر ظروف العمل داخل المؤسسة الصحية على درجة تقبل عامليها لبيئة عملهم، حيث أن إيجاد بيئة عمل تنسجم وأهمية الموارد البشرية ودورها في التفوق والتميز على الآخرين يجعل من هذه البيئة مصدرا لجذب العاملين، ومن ثم يؤدي إلى تقديم العاملين لخدمات صحية أكثر جودة.

الفرع الثاني: أثر التكامل الاجتماعي في تحسين جودة الخدمات الصحية

إن توطيد العلاقات الاجتماعية بين العاملين في المؤسسة الصحية يتوقف على درجة تفضيل الفرد للانتماء وقوة الحاجة الاجتماعية لديه، كما تسعى إدارة المؤسسة نحو تحقيق مناخ تنظيمي يتسم بعلاقات تحكمها الثقة المتبادلة والاحترام والصدقة والحرية فيما بين الزملاء وبينهم وبين رؤسهم، وهذا ينعكس بالضرورة على تقديم الفرد العامل لأحسن ما لديه من أداء، وبالتالي تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

الفرع الثالث: أثر توازن الحياة الشخصية والوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية

يعتبر التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية للموظف من أكبر التحديات، إذ أن مسؤولية تحقيق هذا الأخير تقع على عاتق المنظمة والأفراد على حد سواء، فمسؤولية المؤسسة الصحية تجاه هذا التوازن يتوقف على الاستراتيجيات والسياسات والبرامج التي تعدها لهذا الغرض، كذلك مسؤولية العمال تجاه هذا التوازن تتوقف على قدرتهم في القيام بالتزاماتهم الشخصية والعائلية، دون أن ينعكس ذلك سلبا على مسؤوليتهم الخاصة بالعمل وعلى مستوى خدماتهم الصحية المقدمة، إذن فإن تحقيق التوازن بين الحياة الشخصية والوظيفية يؤدي إلى تعزيز أداء وإنتاجية المؤسسة وبالتالي تقديم خدمات صحية ذات جودة.

خلاصة الفصل:

أصبحت المؤسسات الصحية اليوم تبني خططها الإستراتيجية على ثوابت متعددة من أهم هذه الثوابت التي تقود للنجاح هو رضا الزبون (المريض) باعتبار أن الخدمات التي تقدم يجب أن تلقى قبولا لديه. فالخدمات الصحية هي كل المنتجات الصحية و الطبية، و كل الإجراءات الضرورية للوقاية من الأمراض و منع حدوثها و اكتشافها المبكر و العلاج الفوري لما حدث منها، و مكافحتها للحد من انتشارها، بغرض المحافظة على سلامة أفراد المجتمع الجسدية و العقلية، فالخدمات الصحية هم الإنسان بدرجة كبيرة، لذا على المؤسسات الصحية تبني مفهوم الجودة في تقديم خدماتها و إتباع معايير الجودة في الخدمات الصحية من أجل كسب رضا الزبون.

و إن تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية يتطلب بالضرورة الاهتمام بالموارد البشري كأساس لنجاحها، مما يستوجب التركيز على الحياة الوظيفية للعامل والعمل على تحسينها، وذلك من خلال توفير بيئة عمل مناسبة، وضع نظام أجور ملائم، تشكيل فرق العمل، توفير فرص النمو، تنمية العلاقات بين العاملين، بالإضافة إلى توفير قدر من الأمان والاستقرار الوظيفي.

وبعد أن تعرفنا في هذا الفصل على أهم المفاهيم الأساسية النظرية المتعلقة بجودة الخدمات الصحية، سنحاول من خلال الفصل الثالث تطبيق هذه المفاهيم على المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، ومعرفة أثر جودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية.

الفصل الثالث

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة

تمهيد

بعد تحديد الإطار النظري العام لهذا البحث في الفصلين الأولين، سنحاول من خلال الفصل الثالث والأخير إسقاط الدراسة النظرية ومحاولة تحديد أثر جودة الحياة الوظيفية في تحسين الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية - سيدي عقبة - .

وذلك من خلال أربع مباحث، حيث نُخصّص المبحث الأول لتقديم عام للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، أما المبحث الثاني فسيتم التطرق من خلاله إلى الإطار المنهجي للبحث، ثم نقوم بعرض النتائج والاختبارات القبليّة لنموذج الانحدار من خلال المبحث الثالث، وستناول في المبحث الرابع تحليل واختبار فرضيات الدراسة.

المبحث الأول: تقديم عام للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة

من خلال هذا المبحث سنحاول الإمام قدر الإمكان بكل ما يتعلق بالمؤسسة محل الدراسة ألا وهي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، حيث تنتمي هذه المؤسسة إلى القطاع العام والتي تقوم بتقديم الخدمات والرعاية الصحية سعياً للوصول إلى خدمة منفردة والمساهمة في التنمية والنهوض بمستوى الوضع الصحي في الوطن، حيث قمنا بتقسيم هذا المبحث إلى ثلاثة مطالب، في المطلب الأول سنقوم بعرض تعريف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة ومهامها، وستناول في المطلب الثاني كيفية تسيير المؤسسة وتنظيمها الداخلي وهيكلها التنظيمي، أما في المطلب الثالث سنتعرف على الهياكل الصحية والمصالح الاستشفائية للمؤسسة.

المطلب الأول: تعريف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة ومهامها (بناء على وثائق المؤسسة)

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتتكون من مجموعة من العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان، وقد أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم: 07-140 المؤرخ في: 2007/05/19 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، وتتربع على مساحة تقدر بـ: 21185.54 كلم مربع ويبلغ عدد سكانها 90267 نسمة، يحدها من الشرق دائرة زربية الوادي ومن الغرب طولقة وبسكرة ومن الشمال ولاية باتنة ومن الجنوب ولاية الوادي.

وللمؤسسة العمومية للصحة الجوارية مجموعة من المهام تتمثل فيما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي.
- تشخيص المرض .
- العلاج الجوارى .
- الفحص الطبي العام والطب المتخصص القاعدي .
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة .
- المساهمة في حماية وترقية البيئة .
- المساهمة في تكوين ورسكلة مستخدمي مصالح الصحة.

المطلب الثاني: تسيير المؤسسة وتنظيمها الداخلي (بناء على وثائق المؤسسة)

يشمل التنظيم الداخلي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة حسب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في: 2009/12/20 الذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

ويمكن تلخيص مهام هذه المديرية و المكاتب المكونة لها دون التطرق إلى مكتب التنظيم العام ومكتب الاتصال التابع للمدير، وتشمل المؤسسة أربعة مديريات فرعية تتمثل ما يلي :

1. المديرية الفرعية للموارد البشرية: وتضم مكتبين كالتالي:

❖ مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات.

❖ مكتب التكوين .

1.1. مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات

يتكفل هذا المكتب بتسيير الحياة المهنية للموظفين :التعيين، الترقية، الإقالة، الإحالة على التقاعد و هذا من خلال:

- السهر على تطبيق النصوص القانونية و التنظيمية المتعلقة بتسيير الحياة المهنية للموظفين .
- إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية و الذي يضم مختلف الدورات التكوينية لفائدة الموظفين.
- عقد اجتماعات لجان متساوية الأعضاء لترتيب ملفات كاملة لكل مستخدمي المؤسسة.
- استلام ملفات المترشحين لدى المؤسسة و تسطير برامج التربصات و متابعتها
- أما وفيما يتعلق بالمنازعات فالمكتب يتولى تسيير مختلف القضايا و التي تكون المؤسسة طرفا فيها مدعي او مدعي عليها كونها شخص معنوي ممثلة من طرف المدير كشخص، وذلك بتعيين محامي يتولى المساعدة القضائية و محضر قضائي يتولى التبليغ.

كما ينبغي الإشارة إلى تعداد الموارد البشرية التابعة للمؤسسة، وهذا ما يوضحه الجدول الآتي:

الجدول رقم (06): الحوصلة الإجمالية للموارد البشرية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة حسب البلديات

البلديات	طبيب مختص	طبيب عام	جراح أسنان	نفساني عيادي	شبه طبيين	قابلات	صيدي عام	الإداريين والمهنيين
سيدي عقبة	04	33	06	06	156	25	03	131
عين الناقة	-	06	03	01	24	02	-	10
الحوش	-	04	01	-	18	01	-	09
مشونش	1	09	04	01	82	10	-	22
شتمة	-	05	04	02	30	01	-	06
المجموع	05	57	18	10	310	39	03	178
المجموع العام للعمال	639							

المصدر: المديرية الفرعية للموارد البشرية

2.1. مكتب التكوين

إن التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات والرسكلة عمليات ضرورية لعصرنة الإدارة من جهة ومن جهة أخرى ضرورية لرفع مستوى الموظفين، ففي هذا الإطار يندرج المرسوم التنفيذي رقم: 96-92 المؤرخ في: 1996/03/03 المتعلق بالتكوين وتحسين المستوى، كما تم تجسيد هذا المفهوم في الأمر رقم: 06-03 المؤرخ في: 2006/07/05 المتضمن قانون الوظيفة العمومية .

إن التكوين المتواصل يشكل بالنسبة لكل إدارة عصرية توجها حاسما من أجل التحسين المستمر للمؤهلات المهنية للموظفين والتكيف الدائم لمعارفهم العلمية . فمن خلال هذه المعطيات فقد تم تنصيب خلية للتكوين المتواصل على مستوى المؤسسة التي تشمل جميع مختلف الأسلاك والرتب، هذه الخلية هدفها:

* القيام بإعداد برامج التكوين المحلي وتنفيذها ومتابعتها حسب البرنامج المخطط من طرف وزارة الصحة والسكان.

* تقوم بتحليل واقتراح برامج غير التي أطرتها وزارة الصحة.

كل الموظفين التابعين للصحة العمومية معينين بعملية التكوين والرسكلة وتحديد المعلومات بمختلف أشكاله .

2. المديرية الفرعية للمصالح الصحية

وتضم المكاتب التالية :

❖ مكتب القبول

❖ مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها

❖ مكتب التعاقد وحساب التكاليف

1.2. مكتب القبول:

يلعب هذا المكتب دورا فعالا في تنظيم حركة المرضى داخل المؤسسة من القبول إلى الخروج لاسيما و أنه الأداة

الأولية لتجسيد الإصلاحات المعلن عنها في المنظومة الوطنية للصحة. و ينقسم هذا المكتب إلى عدة أقسام:

✓ قسم القبول و الاستقبال: وفيه يتم ما يلي:

- تسجيل المريض الذي قدم طلب الاستشفاء الممنوح له من طرف طبيب المستشفى في سجل خاص.
- إدراج كل معلومة خاصة بالمريض الاسم، اللقب، تاريخ و مكان الازدياد.....الخ
- يسهر على استقبال و توجيه الزائرين و تزويدهم بالمعلومات اللازمة و لهذا نجده مجند ليلا و نهارا، و يمكن القول على أنه يعتبر أكثر المكاتب نشاطا و حيوية.

✓ قسم حركة المرضى و الإحصائيات:

يهتم هذا القسم بجمع المعلومات والإحصائيات و تسجيلها آليا، ومن أهم التسجيلات نذكر ما يلي:

- تسجيل دخول المرضى المقبولين في سجل الترقيم بعد 24 ساعة على دخول المرضى اعتمادا على بطاقة المتابعة المستلمة من مكتب الاستقبال.
- تسجيل خروج المرضى في سجل حركة السكان حسب التسلسل الأبجدي من أجل تسهيل عملية البحث.
- إعداد تقرير يومي لتعداد المرضى، ويتم تحديد تحركات المرضى من دخول وخروج.
- إعداد إحصائيات مختلفة للمرضى المنقولين لأسباب الوفيات وغيرها.
- جمع المعلومات حول نشاطات المصالح الطبية.

✓ قسم الحالة المدنية:

يقوم هذا القسم بالتنسيق مع مكتب الحالة المدنية المتواجد على مستوى البلدية، الذي يشرف على تسجيل المواليد بتقديم تصريح بميلاد من طرف قابلة المستشفى، كما يقوم بتسجيل الوفيات في سجل خاص و إرسال إثبات إلى البلدية من أجل التسجيل.

✓ قسم الارشيف

يسهر هذا القسم على الملفات والسجلات التي تخص المرضى، وهذا من أجل ضمان تقديم المعلومات التي يطلبها المريض أو المؤسسة، كما يعد خزانة لمعلومات المؤسسة، ويتم اللجوء إليه في حالة المنازعات و التحقيقات القضائية.

2.2. مكتب تنظيم النشاطات الصحية و متابعتها

يقوم بالمهام التالية:

- تطبيق التعليمات الصادرة من وزارة الصحة و الخاصة بتنظيم النشاط العمومي.
- متابعة و تقييم النشاطات الصحية من خلال جمع المعلومات و الإحصائيات حول حجم النشاط الصحي و السهر على مراقبة هذه المعلومات للتأكد منها.
- السهر على السير الحسن لنشاط المؤسسة و تنسيق عملها.
- يقوم هذا المكتب يوميا بإعداد استمارة يومية و إرسالها لمديرية الصحة و السكان لإعلامها في حالة وقوع حادث استثنائي أو أمراض ذات تصريح إجباري.
- تنظيم عمليات جراحية و السهر على حسن سيرها.
- تسيير صيدلية المؤسسة و متابعتها و تنظيمها و مراقبتها.

3.2. مكتب التعاقد و حساب التكاليف

هذا المكتب يقوم بحساب التكلفة لتقييم نفقات الخدمات الصحية بما فيها أجور الموظفين التي تحسب كل ثلاثي، وذلك من أجل مراقبتها لتحسين مردود كل نشاط على حدى.

بالإضافة إلى المكاتب المذكورة سابقا نجد **مصلحة طب العمل**، حيث أن لهذا الأخير أهمية كبيرة في حياة العامل، وخاصة لما له من دور فعال في توعية العمال للتقليل من الأخطار و الأمراض المهنية في الأوساط التربوية و الجامعية و معاهد التكوين المهني و المؤسسات الاقتصادية.

3. المديرية الفرعية للمالية والوسائل

تضم المديرية ثلاث مكاتب:

- ❖ مكتب الميزانية والمحاسبة
- ❖ مكتب الصفقات العمومية
- ❖ مكتب الوسائل والهيكل

1.3. مكتب الميزانية والمحاسبة : ويعمل على:

- السهر على تنفيذ الميزانية و مراقبة احترام الاعتمادات الممنوحة.
- استلام الفواتير الموقعة من طرف المقتصد و اعداد حوالات الدفع الخاصة بها بعد مراقبتها و التأكد من مطابقة أرقام الميزانية .
- الإشراف على كل أعمال المحاسبة العمومية من خلال التسجيل في سجل النفقات المصنعة حسب أبواب الميزانية
- إعداد و تنفيذ الميزانية لاستكمال السنة المالية و إعداد الحالة لكل ثلاث أشهر.
- إعداد حوالات الدفع الخاصة بالإنفاق مثل حوالات دفع الأجور و رواتب الموظفين؛ حوالات الدفع؛ الأوامر بمهمة...؛ و يرسلها إلى قبضة الضرائب.

2.2. مكتب الصفقات العمومية

باعتبار الصفقات العمومية عقود مكتوبة في مفهوم التشريع المعمول به، وتبرم وفق الشروط المنصوص عليها في المرسوم رقم: 236/10 المؤرخ في 2010/10/07 المعدل والمتمم، وذلك لانجاز الأشغال بمختلف أنواعها وكذا اقتناء اللوازم والخدمات والدراسات لحساب المصلحة المتعاقدة، فلا بد أن نضمن نجاعة كاملة لهذه الصفقات للاستعمال الحسن للمال العام مع مراعاة مبادئ حرية الوصول للطلبات العمومية والمساواة في معاملة كل المترشحين، وفي ظل شفافية الإجراءات ضمن احترام أحكام التشريع ومن بين المهام التي يقوم بها هذا المكتب:

- تحديد الحاجات والعمليات التي تشملها الصفقات.
- تحديد كل الإجراءات المتعلقة باختيار المتعاملين طبقا للقوانين والتنظيمات المعمول بها.
- إبرام الصفقات وفقا لإجراء المناقصة أو وفقا لإجراء التراضي.

- إبرام الاتفاقيات مع المتعاملين.

3.3. مكتب الوسائل و الهياكل: وهذا المكتب يقوم بـ:

- جرد الممتلكات المنقولة (العتاد، السيارات...) والغير منقولة (المباني) كما يقوم بوضع خطط لدراسة حالات الهياكل التي تتطلب الصيانة أو الإتلاف.

- إحصاء الأجهزة والوسائل بمختلف أنواعها قصد اقتناء وتبديل في حالة الضرورة.

4. المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات الصحية

تتكون المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة من مكتبين هما:

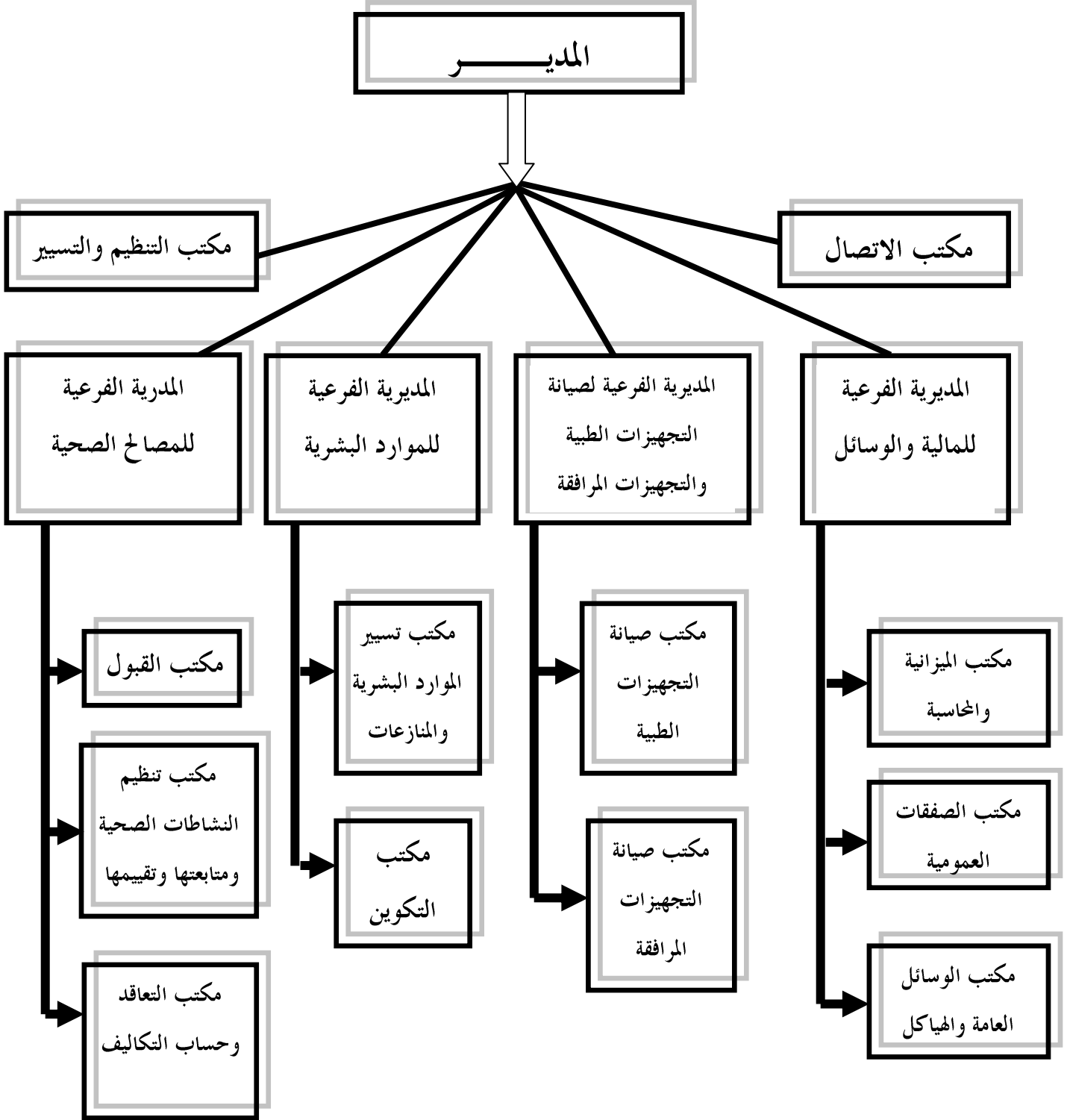
❖ مكتب صيانة التجهيزات الطبية

❖ مكتب صيانة التجهيزات المرافقة

وطبقا للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20/12/2009 الذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية للصحة

الجوارية فإن الهيكل التنظيمي للمؤسسة مبين في الشكل الآتي:

الشكل رقم (06): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة



المصدر: المديرية الفرعية للمالية والوسائل

المطلب الثالث: الهياكل الصحية والمصالح الاستشفائية للمؤسسة

تضم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة دائرتين وخمس بلديات كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول رقم (07): الدوائر والبلديات التي تغطيها المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة

عدد السكان	البلدية	الدائرة
39098 نسمة	بلدية سيدي عقبة	دائرة سيدي عقبة
14553 نسمة	بلدية عين الناقة	
05245 نسمة	بلدية شتمة	
05245 نسمة	بلدية الحوش	
11753 نسمة	بلدية مشونش	دائرة مشونش
90267 نسمة	05	المجموع من إحصائيات سنة 2016

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية

1. المصالح الاستشفائية:

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة تضم مصالح تقنية تم احداثها طبقا للقرار الوزاري المؤرخ في 2008/10/15 المتضمن إنشاء وتنظيم مصالح طبية على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي تضم المصالح التقنية التالية إضافة إلى مصالح استشفائية مبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (08): المصالح الاستشفائية والتقنية التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة

المصالح التقنية	عدد الأسرة	المصالح الاستشفائية
مصلحة علم الاوبئة والطب الوقائي	18 سرير	طب الأطفال
مصلحة الأمراض الصدرية والأمراض التنفسية	12 سرير	الطب الداخلي رجال
مصلحة طب العمل	12 سرير	الطب الداخلي نساء
	24 سرير	مصلحة الولادة سيدي عقبة
	06 سرير	مصلحة الولادة مشونش
	72 سرير	المجموع

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية

2. الهياكل الصحية: وتضم:

1.2. المجمعات الصحية: حيث تضم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة 06 مجمعات صحية موزعة حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (09): المجمعات الصحية التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة حسب البلديات

المجمعات الصحية	البلديات
المجمع الصحي الشهيد عمري ابراهيم	بلدية سيدي عقبة
المجمع الصحي الشهيد برمضان محمد	
المجمع الصحي عين الناقة	بلدية عين الناقة
المجمع الصحي الشهيد الخوني بن عيسى	بلدية الحوش
المجمع الصحي الشهيد الصالح بن محمد سويسي	بلدية شتمة
المجمع الصحي الشهيد الاخوة عقوني	بلدية مشونش

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية

2.2. قاعات العلاج: تضم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة 19 قاعة علاج موزعة حسب البلديات كما يلي:

الجدول رقم (10): قاعات العلاج التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة حسب البلديات

البلديات	قاعات العلاج
بلدية سيدي عقبة	قاعة العلاج 18 فيفري
	قاعة العلاج حي 130 مسكن
	قاعة العلاج حي 310 مسكن
	قاعة العلاج سريانة
	قاعة العلاج قرطة
	قاعة العلاج قودة
	06 قاعات علاج
بلدية مشونش	قاعة العلاج مشونش
	قاعة العلاج ميوري
	قاعة العلاج لحمام
	قاعة العلاج بانيان
الاجموع	04 قاعات علاج
	قاعة العلاج سيدي محمد موسى
بلدية الحوش	قاعة العلاج السعدة

قاعة العلاج الركنة	بلدية عين الناقة
قاعة العلاج الحراية	
قاعة العلاج المنيصف	
قاعة علاج الذيبية	
قاعة العلاج شتمة	بلدية شتمة
قاعة العلاج سيدي خليل	
قاعة العلاج الدرورع + حي السدرة + الحي الجديد	
11 قاعة علاج	المجموع
21 قاعة علاج	المجموع العام

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية

3.2. الاستعجالات الطبية الجراحية:

تم استغلال جناح الاستعجالات الطبية الجراحية مع بداية شهر جويلية 2012 لتتقدم أفضل الخدمات الطبية، إضافة إلى الجناح المتعلق بالاستعجالات الطبية الجراحية الشهيد مريجة محمد الذي بدأ الخدمة الفعلية في 2017/01/10 والذي يضم 26 سرير موزعة كما هي في الجدول الآتي:

الجدول رقم (11): توزيع الأسرة حسب مصالح الاستعجالات الجراحية التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة

عدد الأسرة	المصالح
08 أسرة	الاستعجالات الطبية
08 أسرة	الاستعجالات الطبية
عشرة أسرة	قسم الإنعاش

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية

المبحث الثاني: الإطار المنهجي للبحث

هناك علاقة وطيدة بين موضوع البحث ومنهجه، إذ أن الموضوع هو الذي يحدد المنهج المناسب له، كما أن المصادر المنهجية تعد ضرورية لتحقيق الترابط بين الجانب النظري والميداني، وحتى تتمكن من الإحاطة بدراستنا وتكون وافية من جميع الجوانب، ينبغي تحديد منهج الدراسة، مجتمع وعينة الدراسة والأدوات المستخدمة في جمع المعلومات والوسائل الإحصائية.، حيث قمرنا بتقسيم هذا المبحث إلى أربع مطالب، حيث سنتطرق في المطلب الأول إلى منهج البحث، أما في المطلب الثاني سنتناول مجتمع وعينة البحث، وفي المطلب الثالث سنتعرف على مصادر وأساليب جمع البيانات والمعلومات والأساليب الإحصائية المستخدمة وأخيرا وفي المطلب الرابع نتعرف على مدى صدق وثبات أداة البحث.

المطلب الأول: منهج البحث

من أجل تحقيق أهداف هذا البحث قمنا باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، والذي ينظر له بأنه طريقة للبحث تتناول أحداث وظواهر وممارسات موجودة ومتاحة للدراسة والقياس من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معيرة يمكن تفسيرها، حيث يعتبر من أنسب المناهج وأكثرها استخداما في دراسة الظواهر الإنسانية والاجتماعية، ويتسم المنهج الوصفي التحليلي بالواقعية لأنه يدرس الظاهرة كما هي في الواقع، ويستخدم مختلف الأساليب المناسبة من كمية وكيفية للتعبير عن الظاهرة وتفسيرها من أجل التوصل

إلى فهم وتحليل الظاهرة المبحوثة، ويهدف هذا البحث إلى دراسة جودة الحياة الوظيفية وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.
حيث اعتمد هذا البحث على نوعين أساسيين من البيانات:

1. **البيانات الأولية:** تم الحصول عليها من خلال تصميم استبانة وتوزيعها على عينة من مجتمع الدراسة، ومن ثم تفرغها وتحليلها باستخدام برنامج **Sps.v17 (Statistical package for Social Science)** الإحصائي وباستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة بهدف الوصول إلى دلالات ذات قيمة، ومؤشرات تدعم موضوع البحث.
2. **البيانات الثانوية:** تم الحصول عليها من خلال مراجعتنا للكتب والدوريات والمنشورات الورقية والإلكترونية والرسائل الجامعية و الملتقيات و المقالات المتعلقة بالموضوع قيد البحث سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، والتي ساعدتنا في جميع مراحل البحث، والهدف من خلال اللجوء للمصادر الثانوية في هذا البحث، هو التعرف على الأسس والطرق السليمة في كتابة الدراسات، وكذلك أخذ تصور عام عن آخر المستجدات التي حدثت وتحدث في مجال بحثنا الحالي.

المطلب الثاني: مجتمع و عينة البحث والوصف الإحصائي لها وفق الخصائص الشخصية والوظيفية

الفرع الأول: مجتمع وعينة البحث

يتمثل مجتمع البحث في الأفراد العاملين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، حيث أن مجتمع الدراسة قد بلغ (639) فردا، حيث بلغت عينة الدراسة (150) موظفا، وقد شملت هذه العينة الموظفين الإداريين، الطبيين، شبه الطبيين والعمال المهنيين، وتم توزيع الاستبانة عليهم جميعا و ذلك عبر زيارات ميدانية وقد تم استرجاع ما مجمله (130) استبانة، وبعد فحصها تم استبعاد (02) استبانة و ذلك نظرا لعدم تحقيقها شروط الإجابة الصحيحة، وبهذا يصبح عدد الاستبانة الصالحة للتحليل الإحصائي (128) استبانة، بنسبة (85.33%).

الفرع الثاني: الوصف الإحصائي لعينة البحث وفق الخصائص الشخصية و الوظيفية

فيما يلي سوف نتطرق إلى دراسة خصائص أفراد عينة البحث حسب المتغيرات الشخصية و الوظيفية.

الجدول رقم (12): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المتغيرات الشخصية والوظيفية

المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	44	34,4
	أنثى	84	65,6
	المجموع	128	%100
العمر	أقل من 30 سنة	43	33,6
	من 30 إلى أقل من 40 سنة	55	43,0
	من 40 إلى أقل من 50 سنة	28	21,9
	50 سنة فأكثر	2	1,6
	المجموع	128	%100
المستوى التعليمي	ثانوي فأقل	30	23,4
	تقني سامي	32	25,0
	ليسانس	24	18,8
	ماستر	1	0,8
	مهندس	1	0,8
	تكوين مؤهل	28	21,9
	دراسات عليا	12	9,4
	المجموع	128	%100
	أقل من 5 سنوات	40	31,3
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	38	29,7
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	17	13,3

14,8	19	من 15 الى أقل من 20 سنة	عدد سنوات الخبرة
10,9	14	20 سنة فأكثر	
%100	128	المجموع	

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V17

يظهر من الجدول (12) أن غالبية الباحثين كانوا من الإناث، حيث بلغت نسبتهم (65,6 %) في حين بلغت نسبة الذكور (34,4%) من مجموع أفراد عينة الدراسة، و يعود ذلك لطبيعة العمل الذي يأخذ الطابع الطبي وشبه الطبي والمكتبي و الإداري، ما يجعل ذلك مناسباً للمرأة مقارنة بمجالات أخرى.

و بالنسبة للسن فيتضح من الجدول أعلاه أن اغلب أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين (30 و أقل من 40 سنة) و ذلك بنسبة (43,0 %) في حين أن نسبة (33,6 %) أعمارهم أقل من 30 سنة، و نجد أن نسبة (21,9 %) تتراوح أعمارهم بين (40 وأقل من 50 سنة)، و نسبة (1,6 %) كانت أعمارهم من 50 سنة فأكثر، مما يدل على أن المؤسسة تهتم بالكفاءات الشابة.

أما بالنسبة لمتغير المؤهل العلمي للباحثين فنلاحظ أن أغلبية العينة من حملة شهادة تقني سامي حيث بلغت نسبتهم (25,0 %) و هي نسبة تتماشى مع طبيعة المؤسسة و أعمالها شبه الطبية، مقابل نسبة (23,4 %) لأصحاب مستوى ثانوي فأقل باعتبار أن معظم الموظفين قدامى، بالمقابل فإن هنالك شح في عمليات التوظيف الجديدة، تليها نسبة (21,9 %) للموظفين على أساس تكوين مؤهل، تليها نسبة (18,8 %) من المستوى الجامعي الحاصلين على شهادة الليسانس ، في حين كانت نسبة (9,4 %) لفئة الدراسات العليا، أما أقل نسبة فكانت للمهندسين و حملة شهادة الماستر و التي قدرت بـ (0,8 %)، وهي ماعكس أن هنالك فئة قليلة جدا من المهندسين بالمؤسسة والموظفين حاملي شهادة الليسانس.

وعند التدقيق في سنوات الخبرة لدى الباحثين نجد أن (31,3 %) منهم تقل خبرتهم عن 5 سنوات، و (29,7 %) من الباحثين تقع خبرتهم في المجال (من 5 إلى أقل من 10 سنوات)، في حين نجد أن (14,8 %) من الباحثين تقع خبرتهم ضمن المجال (من 15 إلى أقل من 20 سنة)، تليها نسبة (13,3 %) للذين تتراوح أعمارهم بين (من 10 إلى أقل من 15 سنة)، أما الأفراد الذين بلغت خبرتهم (20 سنة فأكثر) فقد حددت نسبتهم بـ (10,9 %) من مجموع أفراد عينة البحث.

المطلب الثالث: مصادر وأساليب جمع البيانات والمعلومات والأساليب الإحصائية المستخدمة

الفرع الأول: مصادر وأساليب جمع البيانات والمعلومات

تمثل الاستبانة المصدر الرئيسي لجمع البيانات والمعلومات لهذه الدراسة والتي صممت في صورتها الأولية بعد الإطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، وقد تم إعداد الاستبانة على النحو التالي:

- إعداد استبانة أولية من أجل استخدامها في جمع البيانات والمعلومات.
- عرض الاستبانة على المشرف من أجل اختبار مدى ملائمتها لجمع البيانات.
- تعديل الاستبانة بشكل أولي حسب ما يراه المشرف.
- تم عرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين والذين قاموا بدورهم بتقديم النصح والإرشاد وتعديل وحذف ما يلزم.

- توزيع الاستبانة على جميع أفراد العينة لجمع البيانات اللازمة للدراسة.

و قد تم تقسيم الاستبانة إلى قسمين كما يلي:

القسم الأول: البيانات العامة المتعلقة بعينة الدراسة وتتكون من (4) فقرات.

القسم الثاني: وينقسم إلى محورين: الأول خاص بجودة الحياة الوظيفية وأبعادها المختلفة وتتضمن (32) عبارة، أما المحور الثاني خاص بمتغير جودة الخدمات الصحية ويتضمن (21) عبارة.

وقد تم اعتماد مقياس للإجابة يتراوح من (1 إلى 5) و الذي يدعى بسلم ليكرت الخماسي، بحيث كلما اقتربت الإجابة من (5) كلما كانت الآراء نحو المستوى المرتفع.

الفرع الثاني: الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات

للإجابة على أسئلة البحث واختبار صحة فرضياته، تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي والتحليلي، وذلك باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss.V17):

أ. مقياس الإحصاء الوصفي (Descriptive Statistic Measures): وذلك لوصف مجتمع البحث وإظهار خصائصه، بالاعتماد على النسب المئوية والتكرارات، والإجابة على أسئلة البحث وترتيب متغيرات البحث حسب أهميتها بالاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

- ب. تحليل التباين للانحدار (Analysis of variance): لقياس مدى صلاحية مساهمة المتغيرات المستقلة مجتمعة في تفسير المتغير التابع.
- ج. تحليل الانحدار البسيط (Sample Regression): وذلك لاختبار أثر المتغيرات المستقلة الآتية: (الجوانب الوظيفية والتنظيمية، الجوانب المالية والاقتصادية، الجوانب المادية والمعنوية) على المتغير التابع وهو جودة الخدمات الصحية.
- د. تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression): وذلك لاختبار أثر المتغيرات المستقلة الآتية: (الجوانب الوظيفية والتنظيمية، الجوانب المالية والاقتصادية، الجوانب المادية والمعنوية) في المتغير التابع وهو جودة الخدمات الصحية.
- هـ. اختبار معامل الالتواء (Skewness) ومعامل التفلطح (Kurtosis): لأجل التحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات (Normal Distribution).
- و. معامل الثبات "ألفا كرونباخ: Cefficient Alpha Cronbach's": وذلك لقياس ثبات أداة البحث.
- ز. معامل صدق المحك: وذلك لقياس صدق أداة البحث.
- ح. معامل تضخم التباين والتباين المسموح: وذلك للتأكد من عدم وجود ارتباط عالٍ بين المتغيرات المستقلة.

المطلب الرابع: ثبات و صدق أداة البحث (الاستبانة)

الفرع الأول: ثبات أداة البحث (Reliability):

ويقصد بها مدى الحصول على نفس النتائج أو نتائج متقاربة لو كرر البحث في ظروف متشابهة باستخدام الأداة نفسها، وفي هذا البحث تم قياس ثبات أداة البحث باستخدام معامل الثبات "ألفا كرونباخ" Coefficient Alpha Cronbach's، الذي يحدد مستوى قبول أداة القياس. بمستوى (0.60) فأكثر، حيث كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي:

جدول رقم (13): نتائج معاملات الثبات والصدق

معامل الصدق	معامل الثبات "ألفا كرونباخ"	عدد العبارات	المحور	
0.913	0,834	12	الجوانب الوظيفية والتنظيمية للمنظمة	جودة الحياة الوظيفية
0.899	0,809	8	الجوانب المالية والاقتصادية للمنظمة	
0.931	0,867	12	الجوانب المادية والمعنوية للمنظمة	
0.951	0,905	32	المجموع	
0.865	0,749	5	الملموسية	جودة الخدمات الصحية
0.945	0,894	4	الاعتمادية	
0.901	0,813	4	الاستجابة	
0.906	0,822	4	الامان	
0.956	0,914	4	التعاطف	
0.970	0,942	21	المجموع	
0.973	0,947	53	جميع العبارات	

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على برنامج spss.v17

من خلال الجدول رقم (13) يتبين أن معامل ثبات الاتساق الداخلي "ألفا كرونباخ" بلغت قيمته (0,947)

وهي قيمة مرتفعة، وكذلك كانت القيمة لمحاور الدراسة وأبعادها، حيث بلغت قيمة معامل "ألفا كرونباخ"

(0,905) بالنسبة لعبارات محور جودة الحياة الوظيفية كذلك، في المقابل ما قيمته (0,942) بالنسبة لعبارات

محور جودة الخدمات الصحية، وهو ما يدل على أن الاستمارة تتميز بالثبات، أي أنها تعطي نفس النتائج إذا تم

استخدامها أو إعادة مرة أخرى تحت ظروف مماثلة.

الفرع الثاني: صدق أداة البحث (صدق الاستبانة)

يقصد بصدق الأداة (Validity) قدرة الاستبانة على قياس المتغيرات التي صممت لقياسها، فهي تتضمن فقرات ذات صلة بالمتغيرات التي تعمل على قياسها، وأن مضمونها يتفق مع الغرض التي صممت لأجله. وللتحقق من صدق الاستبانة المستخدمة في البحث تم دراسة نوعين من الصدق:

أولاً: صدق المحتوى أو الصدق الظاهري:

للتحقق من صدق محتوى أداة البحث و التأكد من أنها تخدم أهداف البحث، تم عرضها على هيئة من المحكمين من الأكاديميين المختصين في مجال الإدارة، الذين يعملون في جامعة محمد خيضر بسكرة (أنظر الملحق رقم)، و طلب إليهم أيضا النظر في مدى كفاية أداة البحث من حيث عدد العبارات و شموليتها، و تنوع محتواها و تقويم مستوى الصياغة اللغوية و الإخراج أو أي ملاحظات أخرى يرونها مناسبة فيما يتعلق بالتعديل أو التغيير أو الحذف وفق ما يراه المحكم لازما. وقامت الطالبة بدراسة ملاحظات المحكمين واقتراحاتهم و أجرت التعديلات في ضوء توصيات و آراء هيئة التحكيم لتصبح الاستبانة أكثر فهما و تحقيقا لأهداف البحث. وقد اعتبرت الطالبة أن الأخذ بملاحظات المحكمين و إجراء التعديلات المطلوبة هو بمثابة الصدق الظاهري و صدق محتوى الأداة و بذلك اعتبرت الطالبة أنها صالحة لقياس ما وضعت له.

ثانياً: صدق الحك:

تم حساب معامل صدق الحك من خلال أخذ الجذر التربيعي لمعامل الثبات "ألفا كرونباخ" و ذلك كما هو موضح في الجدول رقم (13) إذ نجد أن معامل الصدق الكلي لأداة البحث هو معامل مرتفع جدا و مناسب لأغراض و أهداف هذا البحث كما نلاحظ أيضا أن جميع معاملات الصدق لمحاور البحث و أبعادها كبيرة جدا و مناسبة لأهداف هذا البحث، وقد بلغ معامل الصدق الكلي الذي يعبر عن الجذر التربيعي لمعامل الثبات، ما قيمته (0.973) وهو يدل على صدق أداة الدراسة، هذا ما دعمته معاملات الصدق المرتفعة بالنسبة لعبارات محور جودة الحياة الوظيفية، حيث بلغت قيمتها (0.951) في مقابل (0.970) كمعامل صدق لعبارات محور جودة الخدمات الصحية، بهذا يمكننا القول أن جميع عبارات أداة البحث هي صادقة لما وضعت لقياسه.

المبحث الثالث: عرض نتائج الدراسة والاختبارات القبليّة لنموذج الانحدار

تتناول في هذا المبحث كل من التحليل الإحصائي الوصفي للبيانات والذي يتم فيه الإجابة عن تساؤلات الدراسة باستخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري (على مقياس ليكارت 1-5 الموضح في الجدول رقم (14) لإجابات أفراد عينة البحث عن عبارات الاستبانة المتعلقة بمحوري جودة الحياة الوظيفية وجودة الخدمات الصحية، والاختبارات القبليّة لنموذج الانحدار.

جدول رقم (14): مقياس ليكارت للحكم على إجابات الأفراد

مستويات الموافقة	الفئات
منخفض	1 - أقل من 2.33
متوسط	2.33 - أقل من 3.66
مرتفع	3.66 - 5

من إعداد الطالبة

المطلب الأول: تحليل فقرات محور جودة الحياة الوظيفية

وذلك من خلال طرح التساؤل التالي:

السؤال الأول: ما هو مستوى جودة الحياة الوظيفية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة؟

وللإجابة على هذا السؤال سوف نقوم بتحليل النتائج الموضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (15): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية لإجابات أفراد عينة البحث عن عبارات محور جودة الحياة الوظيفية.

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	مستوى القبول
	الجوانب الوظيفية والتنظيمية للمنظمة	3,7220	,717490	1	مرتفع
تصميم الوظيفة					
1	أعرف حدود صلاحيات وظيفتي.	4,29	0,973	2	مرتفع
2	أشعر بالمسؤولية عن كل ما أقوم به.	4,56	,7070	1	مرتفع
3	حجم العمل في وظيفتي مناسب.	3,67	1,217	5	مرتفع
4	تتميز مهام عملي بالمتعة .	3,55	1,339	9	متوسط
الاستقرار والأمان الوظيفي					
5	أشعر بالفخر لانتمائي لهذه المؤسسة .	3,57	1,290	8	متوسط
6	الاستمرار في عملي الحالي مضمون لذلك لا أفكر في البحث عن فرصة عمل أخرى.	3,45	1,391	10	متوسط
7	أشعر بالأمان في هذه المؤسسة.	3,25	1,346	11	متوسط
8	لا أضطر لتنفيذ مهام خارج مهام الوظيفية للحفاظ على مناصبي.	3,65	1,277	7	متوسط
فرق العمل					
9	أشعر بأنني جزء هام من فريق عمل	4,12	1,154	3	مرتفع
10	يعبر أفراد فريق عملي عن رأيهم بحرية	3,79	1,141	4	مرتفع
11	لدى كل فرد في فريق عملي فهم كامل لأهداف العمل	3,61	1,117	6	متوسط

متوسط	12	1,354	3,16	يشترك أعضاء الفريق في القرارات التي تهم المؤسسة.	12
متوسط	3	,851850	2,6143	الجوانب المالية والاقتصادية للمنظمة	
نظام الأجور					
متوسط	2	1,175	2,88	يوجد نظام ملائم للأجور داخل المؤسسة.	13
متوسط	3	1,294	2,74	أنا راض عن ما أحصل عليه من أجر من عملي.	14
متوسط	6	1,150	2,48	نظام الأجور في المؤسسة عادل.	15
متوسط	7	1,325	2,34	أجري يكفي لإشباع احتياجاتي وطلباتي.	16
فرص الترقى والتقدم الوظيفي					
متوسط	5	1,363	2,51	يوجد نظام واضح للترقية في مؤسستي.	17
منخفض	8	1,261	2,28	تتم الترقية بناء على أسس عادلة.	18
متوسط	1	1,434	2,99	يوجد توافق بين مؤهلي العلمي وقدراتي العملية ودرجتي الوظيفية.	19
متوسط	4	1,386	2,68	ضمن عملي في هذه المنصب، تتوفر لي فرص للترقية إلى وظائف أخرى.	20
متوسط	2	,771910	3,0853	الجوانب المادية والمعنوية للمنظمة	
السلامة والصحة المهنية					
متوسط	8	1,245	2,91	تلبي ظروف العمل شروط السلامة المهنية للعاملين.	21
متوسط	9	1,262	2,83	يهتم المسؤولون بصحة وسلامة العاملين.	22
متوسط	5	1,171	3,17	يوجد لدى مؤسستنا تشريعات وقوانين محددة للصحة والسلامة المهنية.	23
مرتفع	2	1,209	3,69	يتوفر في مكان العمل نظام حماية ضد الحرائق.	24

التكامل الاجتماعي					
مرتفع	1	,9110	4,21	توجد صداقات بيني وبين زملائي في العمل.	25
متوسط	4	1,195	3,27	تعمل إدارة المؤسسة على تعزيز مبادئ التعاون بين الموظفين	26
متوسط	6	1,217	3,09	تتيح إدارة المؤسسة فرصة التفاعل مع العاملين في كافة المستويات المختلفة.	27
متوسط	3	1,241	3,37	تسود علاقات التقدير والاحترام المتبادل بين الرؤساء والمرؤوسين في العمل.	28
توازن الحياة الشخصية والوظيفية					
متوسط	10	1,276	2,60	تمنح المؤسسة التسهيلات اللازمة لتحقيق التوازن بين العمل والحياة الشخصية.	29
متوسط	12	1,225	2,39	تراعي الإدارة الظروف الشخصية لعاملها عند النظر لأدائهم في العمل.	30
متوسط	11	1,261	2,48	يجد العاملون وقت كافي لقضائه مع أسرهم.	31
متوسط	7	1,283	3,02	يمكن للعاملين الخروج في أوقات العمل الرسمي في حال الدراسة.	32
متوسط	/	0,62030	3,2063	جودة الحياة الوظيفية	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على برنامج spss.v17

من خلال الجدول رقم (15) نستخلص ما يلي:

1. الجوانب الوظيفية والتنظيمية للمنظمة: من خلال الجدول (15) نلاحظ أن بعد " الجوانب الوظيفية والتنظيمية " للمنظمة جاء بالترتيب الأول من حيث الأهمية النسبية المعطاة له من قبل عينة البحث، إذ بلغ المتوسط الحسابي للإجابات عن هذا البعد (3,7220) بانحراف معياري (0,71749 %)، و هو متوسط يقع ضمن المستوى الثالث من فئات مقياس ليكرت (3.66-5) والذي يشير إلى أن الآراء اتجهت نحو المستوى المرتفع، أي أن أفراد العينة موافقين على تحقق الأبعاد المرتبطة بالجوانب الوظيفية والتنظيمية في المنظمة، كما نلاحظ أن أفراد عينة البحث موافقين

على أغلبية عبارات هذه الأبعاد بمتوسط حسابي يتراوح بين (3.79) و (4.56)، في حين اتجهت الآراء حول باقي العبارات إلى المستوى المتوسط بمتوسط حسابي يتراوح بين (3.25) و (3.65)، حيث أن العبارات المتعلقة بعد تصميم الوظيفة اتجهت كلها نحو المستوى المرتفع، ويعود ذلك لكون المؤسسة تخضع لقانون الوظيف العمومي و الذي يقوم بتحديد محتوى العمل من متطلبات و أهداف بشكل واضح و صريح، مما يجعل أغلب أفراد العينة راضين عن ما يقدمه لهم من فرص لاكتساب خبرات و مهارات جديدة، باستثناء العبارة المتعلقة بتميز مهام العمل بالمتعة فالآراء فيما يخص هذا البعد اتجهت نحو المستوى المتوسط، في حين اتجهت كل العبارات المتعلقة ببعده الاستقرار والأمان الوظيفي نحو المستوى المتوسط، أما بالنسبة لبعده فرق العمل فاتجهت فيه الآراء إلى مستويين مرتفع فيما يخص العبارتان المتعلقتان بشعور الموظف بأنه جزء هام من فريق العمل ويعود ذلك إلى وضوح المهام الموكلة لهم من قبل الإدارة، وأيضاً عبارة تعبير أفراد فريق العمل عن رأيهم بحرية، حيث ان الإدارة تتيح للأفراد العاملين الحرية في التعبير عن آراءهم، ومستوى متوسط فيما يخص العبارتان المتبقيتان.

2. الجوانب المالية والاقتصادية للمنظمة: من خلال الجدول (15) نلاحظ أن بعد " الجوانب المالية والاقتصادية " للمنظمة جاء بالترتيب الثالث من حيث الأهمية النسبية المعطاة له من قبل عينة البحث، إذ بلغ المتوسط الحسابي للإجابات عن هذا البعد (2,6143) بانحراف معياري (0,85185 %)، و هو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية من فئات مقياس ليكارت (2.33-3.66) والذي يشير إلى أن الآراء اتجهت نحو المستوى المتوسط بمتوسط حسابي يتراوح بين (2.34) و (2.99)، أي أنهم غير واضحين وغير مقتنعين وغير قادرين على الإفصاح عن آرائهم بشفافية فيما يخص هذه الأبعاد التي تبدو نوعاً ما أبعداً حساسة والتي تمس نظام الأجور في المؤسسة، باستثناء العبارة المتعلقة بعدالة أسس الترقية في المؤسسة حيث اتجهت آراء أفراد عينة البحث نحو المستوى المنخفض بمتوسط حسابي قدر بـ (2,28) أي أنهم غير موافقين على عدالة سياسة الترقية في المؤسسة إن كانت هناك ترقية أصلاً حسب آراء أفراد العينة.

3. الجوانب المادية والمعنوية للمنظمة: من خلال الجدول (15) نلاحظ أن بعد " الجوانب المادية والمعنوية " للمنظمة جاء بالترتيب الثاني من حيث الأهمية النسبية المعطاة له من قبل عينة البحث، إذ بلغ المتوسط الحسابي للإجابات عن هذا البعد (3,0853) بانحراف معياري (0,771910)، وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية من فئات مقياس ليكارت

(3.66-2.33) والذي يشير إلى أن الآراء اتجهت نحو المستوى المتوسط، كما نلاحظ أن معظم عبارات هذا البعد اتجهت نحو المستوى المتوسط. بمتوسط حسابي يتراوح بين (2,39) و (3,37)، باستثناء العبارتان المتعلقتان بتوفر نظام حماية ضد الحرائق، في مكان العمل إذ توفر المؤسسة هذا الأخير بشكل جيد، أيضا عبارة مدى وجود صداقات بين الزملاء في العمل، ما يؤكد على أن العلاقات بين الأفراد يسودها الود والاحترام و التعاون نتيجة لعملهم مع بعضهم البعض فترات طويلة من الزمن، حيث أن هتان العبارتان اتجهتا إلى المستوى المرتفع. بمتوسطين حسابيين قدرا على التوالي بـ (3,69) و (4,21)، أي أنهم موافقين على هاتين العبارتين.

المطلب الثاني: تحليل فقرات محور جودة الخدمات الصحية

وذلك من خلال طرح التساؤل التالي:

السؤال الثاني: ما هو مستوى توفر جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة؟ وللإجابة على هذا السؤال سوف نقوم بتحليل النتائج الموضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (16): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و الأهمية النسبية لإجابات أفراد عينة البحث عن عبارات محور جودة الخدمات الصحية

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	مستوى القبول
1. الملموسية					
1	تتوفر في المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض.	2,95	1,186	5	متوسط
2	يملك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة.	3,21	1,227	4	متوسط
3	تتوفر في المستشفى خدمات مرافقة (صيدلية، موقف سيارات...).	3,59	1,161	2	متوسط
4	يحرص العاملون بالمستشفى على التمتع بنجحة عالية من النظافة وحسن المظهر.	3,25	1,217	3	متوسط
5	يضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة.	3,80	1,028	1	مرتفع
2. الاعتمادية					
6	يلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة.	3,30	1,154	2	متوسط
7	يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة.	3,34	1,132	1	متوسط
8	يحضى المستشفى باستحسان المستفيدين من خدماته الصحية.	3,12	1,127	3	متوسط
9	يقدم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة.	2,80	1,249	4	متوسط
3. الاستجابة					
10	يقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة.	3,48	1,136	1	متوسط
11	يرغب العاملون في المستشفى بمساعدة المرضى دائما.	3,84	,9840	2	مرتفع
12	تقوم المستشفى بالرد الفوري على استفسارات وشكاوي المرضى.	3,28	1,136	4	متوسط
13	تبسط المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة و السهولة في تقديم الخدمة الصحية	3,29	1,151	3	متوسط
4. الأمان					
4		3,3594	0,943140	4	متوسط

متوسط	4	1,167	3,18	يثق المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الطاقم الصحي " الطبي، التمريضي، وغيرهم" في المستشفى.	14
متوسط	1	1,083	3,59	يتابع العاملون في المستشفى حالة المرضى باستمرار.	15
متوسط	2	1,204	3,48	تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	16
متوسط	3	1,215	3,19	تمتاز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع.	17
متوسط	1	1,00202	3,5820	5. التعاطف	
متوسط	2	1,208	3,42	يضع المستشفى مصلحة المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.	18
متوسط	3	1,147	3,59	يعطي العاملون في المستشفى الوقت الكافي لرعاية المريض.	19
مرتفع	1	1,056	3,69	يقدر العاملون في المستشفى ظروف المريض.	20
متوسط	4	1,079	3,63	يتصف العاملون في المستشفى بالروح المرحة والصدقة في التعامل مع المرضى.	21
متوسط	/	0,779330	3,3824	جودة الخدمات الصحية	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V17

من خلال الجدول رقم (16) نستخلص ما يلي:

1. الملموسية: من خلال الجدول (16) نلاحظ أن بعد "الملموسية" جاء بالترتيب الثالث من حيث الأهمية النسبية المعطاة له من قبل عينة البحث، إذ بلغ المتوسط الحسابي للإجابات عن هذا البعد (3,3594) بانحراف معياري (0,82342)، و هو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية من فئات مقياس ليكارت (2.33-3.66) والذي يشير إلى أن الآراء اتجهت نحو المستوى المتوسط، حيث أن آراء أفراد العينة حول عبارات هذا البعد اتجهت نحو المستوى المتوسط. بمتوسط حسابي يتراوح بين (2,95) و (3,59)، باستثناء العبارة المتعلقة بمدى توفر لوحات وعلامات إرشادية في المستشفى والتي تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة. أين اتجهت الآراء فيها إلى المستوى المرتفع بمتوسط حسابي قدر بـ (3,80)، أي أن أفراد عينة البحث موافقين على هذه العبارة. وهذا يعود إلى حرص المؤسسة على توفيرها.

2. **الاعتمادية:** من خلال الجدول (16) نلاحظ أن بعد "الاعتمادية" جاء بالترتيب الخامس من حيث الأهمية النسبية المعطاة له من قبل عينة البحث، إذ بلغ المتوسط الحسابي للإجابات عن هذا البعد (3,1426) بانحراف معياري (1,01596)، وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية من فئات مقياس ليكارت (2.33-3.66)، والذي يشير إلى أن الآراء اتجهت نحو المستوى المتوسط، حيث أن آراء أفراد عينة البحث نحو كل عبارات هذا البعد اتجهت نحو المستوى المتوسط. بمتوسط حسابي تراوح بين (2.80) و (3.34).

3. **الاستجابة:** من خلال الجدول (16) نلاحظ أن بعد "الاستجابة" جاء بالترتيب الثاني من حيث الأهمية النسبية المعطاة له من قبل عينة البحث، إذ بلغ المتوسط الحسابي للإجابات عن هذا البعد (3,4746) بانحراف معياري (0,88338)، وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية من فئات مقياس ليكارت (2.33-3.66)، والذي يشير إلى أن الآراء اتجهت نحو المستوى المتوسط، كما نلاحظ آراء أفراد عينة البحث نحو كل عبارات هذا البعد اتجهت نحو المستوى المتوسط. بمتوسط حسابي تراوح بين (3,28) و (3.48)، باستثناء العبارة المتعلقة برغبة العاملين في المستشفى بمساعدة المرضى دائما والتي اتجهت الآراء فيها إلى المستوى المرتفع. بمتوسط حسابي قدر بـ (3,84)، أي أن أفراد عينة البحث موافقين على هذه العبارة.

4. **الأمان:** من خلال الجدول (16) نلاحظ أن بعد "الأمان" جاء بالترتيب الرابع من حيث الأهمية النسبية المعطاة له من قبل عينة البحث، إذ بلغ المتوسط الحسابي للإجابات عن هذا البعد (3,3594) بانحراف معياري (0,94314)، وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية من فئات مقياس ليكارت (2.33-3.66) والذي يشير إلى أن الآراء اتجهت نحو المستوى المتوسط، حيث أن آراء أفراد عينة البحث نحو كل عبارات هذا البعد اتجهت نحو المستوى المتوسط. بمتوسط حسابي تراوح بين (2.80) و (3.34).

5. **التعاطف:** من خلال الجدول (16) نلاحظ أن بعد "التعاطف" جاء بالترتيب الأول من حيث الأهمية النسبية المعطاة له من قبل عينة البحث، إذ بلغ المتوسط الحسابي للإجابات عن هذا البعد (3,5820) بانحراف معياري (1,00202)، وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية من فئات مقياس ليكارت (2.33-3.66) والذي يشير إلى أن الآراء اتجهت نحو المستوى المتوسط، كما نلاحظ آراء أفراد عينة البحث نحو كل عبارات هذا البعد اتجهت نحو المستوى المتوسط. بمتوسط حسابي تراوح بين (3,42) و (3.63)، باستثناء العبارة المتعلقة بتقدير العاملين في

المستشفى لظروف المريض والتي اتجهت الآراء فيها إلى المستوى المرتفع بمتوسط حسابي قدر بـ (3,69)، أي أن أفراد عينة البحث موافقين على هذه العبارة.

المطلب الثالث: الاختبارات القبلية لنموذج الانحدار

قبل البدء في تطبيق تحليل الانحدار لاختبار فرضيات الدراسة، تم إجراء بعض الاختبارات، وذلك من أجل ضمان ملائمة البيانات لافتراضات تحليل الانحدار، وذلك على النحو التالي:

الفرع الأول: اختبار الارتباط الخطي

تم التأكد من عدم وجود ارتباط عالٍ بين المتغيرات المستقلة (Multicollinearity) باستخدام اختبار معامل تضخم التباين (VIF) (Variance Inflation Factory)، واختبار التباين المسموح (Tolerance) لكل متغير من متغيرات الدراسة، مع مراعاة عدم تجاوز معامل تضخم التباين (VIF) للقيمة (10)، وقيمة اختبار التباين المسموح (Tolerance) أكبر من (0.05)، والجدول رقم (17) يبين نتائج هذه الاختبارات.

الجدول رقم (17): اختبار معامل تضخم التباين والتباين المسموح

Tolerance	VIF	المتغيرات المستقلة
0,707	1,415	الجوانب الوظيفية والتنظيمية للمنظمة
0,750	1,333	الجوانب المالية والاقتصادية للمنظمة
0,618	1,618	الجوانب المادية والمعنوية للمنظمة

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V17

نلاحظ أن قيم اختبار معامل تضخم التباين (VIF) لجميع المتغيرات تقل عن 10 وتتراوح بين (1,333 و1,618) وأن قيم اختبار التباين المسموح (Tolerance) تراوحت بين (0,618 و0,750)، وهي أكبر من (0.05)، ويعد هذا مؤشراً على عدم وجود ارتباط عالٍ بين المتغيرات المستقلة (Multicollinearity).

الفرع الثاني: اختبار التوزيع الطبيعي

سنقوم باختبار التوزيع الطبيعي من خلال معامل الالتواء والتفلطح (skewness و kurtosis)، ومن بين الدراسات في هذا المجال نجد دراسات تقول أن (Skewness) يجب أن تكون محصورة بين [-3, 3] و (Kurtosis) محصورة

بين [-10 , 10]، بينما نجد دراسات أخرى تقول أن (Skewness) يجب أن تكون محصورة بين [-1 , 1] و (Kurtosis) محصورة بين [-3 , 3].

وفيما يلي حساب قيمة الالتواء والتفطح للإجابات حول الفقرات المكونة لكل متغير من متغيرات الدراسة مع الأخذ بعين الاعتبار أن تدرّج المقياس المستخدم في الدراسة هو سلم ليكارت.

الجدول رقم (18): معاملات الالتواء والتفطح لمتغيرات الدراسة Statistiques descriptives

المتغيرات	الحد الأدنى	الحد الأعلى	Asymétrie		Kurtosis	
			الإحصائيات	الخطأ المعياري	الإحصائيات	الخطأ المعياري
الأبعاد	الإحصائيات	الإحصائيات	الإحصائيات	الخطأ المعياري	الإحصائيات	الخطأ المعياري
الجوانب الوظيفية والتنظيمية للمنظمة	2,00	5,00	-0,521	0,214	-0,328	0,425
الجوانب المالية والاقتصادية للمنظمة	1,00	5,00	0,417	0,214	-0,234	0,425
الجوانب المادية والمعنوية للمنظمة	1,50	5,00	0,074	0,214	-0,530	0,425
جودة الحياة الوظيفية	1,75	4,78	0,074	0,214	-0,406	0,425
الملموسية	1,00	5,00	-0,573	0,214	0,179	0,425
الاعتمادية	1,00	5,00	-0,098	0,214	-0,536	0,425
الاستجابة	1,00	5,00	-0,201	0,214	-0,097	0,425
الامان	1,00	5,00	-0,342	0,214	-0,023	0,425
التعاطف	1,00	5,00	-0,853	0,214	0,245	0,425
جودة الخدمات الصحية	1,24	5,00	-0,155	0,214	-0,274	0,425

من خلال الجدول (18) يتضح أن معاملات الالتواء لمتغيرات الدراسة بمختلف أبعادها كانت محصورة بين [-0,853 و 0,417] وبالتالي فمتغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي وتؤكد من ذلك أيضا من خلال معاملات التفلطح (kurtosis) التي كانت محصورة بين [-0,536 و 0,245]، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن هذا الأخير يجب أن يكون محصور بين [10 - و 10]، في حين تشير الدراسات الأخرى إلى أنه يجب أن يكون محصورا بين [-3، 3].

المبحث الرابع: اختبار وتفسير الفرضيات

سنقوم فيما يلي باختبار فرضيات الدراسة وتفسير النتائج المحصل عليها وفق واقع المؤسسة محل الدراسة وذلك في العناصر التالية:

المطلب الأول: اختبار وتفسير الفرضية الرئيسية

تم استخدام نتائج تحليل التباين للانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية التي تنص على أنه " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لجودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة عند مستوى الدلالة 0.05 "، ويمكن توضيح نتائج التحليل في الجدول الآتي:

جدول رقم (19): نتائج تحليل تباين الانحدار للتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة F
الانحدار	30,508	1	30,508	82,445	0,000*
الخطأ	46,625	126	0,370		
المجموع الدوري	77,134	127			

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V17

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)

معامل التحديد (R²)=0,396

معامل الارتباط (R)=0,629^a

من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم (19) يتبين ثبات صلاحية النموذج لاختبار الفرضية الرئيسية حيث

بلغت قيمة (F) المحسوبة (82,445) وبقيمة احتمالية (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05).

وبناء على ثبات صلاحية النموذج نستطيع اختبار الفرضية الرئيسية بفروعها المختلفة، أين اعتمدنا في ذلك على الانحدار الخطي البسيط حيث يمكن توضيح النتائج في الجدول الموالي:

جدول رقم (20): نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط لأثر جودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة

المتغير المستقل X	(B)	Beta	(T)	مستوى الدلالة	(F)	معامل الارتباط (R)	R2 معامل التحديد
جودة الحياة الوظيفية	0,790	0,629	9,080	0,000*	82,445	0,629	0,396

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V17

من خلال الجدول رقم (20) يتضح لنا وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لجودة الحياة الوظيفية في المتغير التابع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة ، وبالتالي وجود أثر لجودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية ، هذا ما دعمته قيمة (F) المحسوبة البالغة (82,445) وكذلك قيمة (T) البالغة (9,080). بمستوى دلالة (0.000) وهو أقل من (0.05) وبالتالي فإن قيمة كل من (F) و (T) دالتان عند مستوى الدلالة (0.05)، إضافة إلى قوة ارتباط قوية بين المتغيرين بنسبة (0,629)، حيث أن متغير جودة الحياة الوظيفية يفسر ما نسبته (39.6%) من التباين الحاصل في جودة الخدمات الصحية، كذلك القيمة المتوسطة لمعامل خط الانحدار (B) الذي بلغت قيمته (0.790)، ومن خلال معامل Beta تبين أن جودة الحياة الوظيفية لها أثر إيجابي في تحسين جودة الخدمات الصحية بقيمة (0,629) عند مستوى دلالة 0.05 لدى الموظفين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، وبالتالي من خلال ما سبق نقبل الفرضية التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية لجودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة عند مستوى الدلالة 0.05".

وسنحاول تفسير علاقة التأثير هذه من خلال تفسير علاقة كل بعد من أبعاد جودة الحياة الوظيفية بتحسين جودة الخدمات الصحية وذلك فيما يلي:

المطلب الثاني: اختبار وتفسير الفرضية الفرعية الأولى

تنص هذه الفرضية على أنه " يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لـ "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة عند مستوى الدلالة (0.05) "

لغرض اختبار وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبعء "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط، حيث يمكن توضيح النتائج في الجدول الموالي:

الجدول رقم (21): اختبار أثر "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة من خلال الانحدار الخطي البسيط.

المتغير المستقل X1	(B)	Beta	(T) الحسوبة	مستوى الدلالة	(F) المحسوبة	معامل الارتباط (R)	R2 معامل التحديد
الجوانب الوظيفية والتنظيمية للمنظمة	0,461	0,425	5,263	0,000*	27,703	0,425	0,180

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V17.

من خلال الجدول رقم (21) يتضح لنا وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لـ "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، هذا ما دعمته قيمة (F) المحسوبة البالغة (27,703) وكذلك قيمة (T) البالغة (5,263). بمستوى دلالة (0.000) وهو أقل من (0.05)، إضافة إلى قوة ارتباط متوسطة بين المتغيرين بنسبة (0,425) حيث أن بعدد "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة يفسر ما نسبته (18%) من التباين الحاصل في جودة الخدمات الصحية، كذلك القيمة المتوسطة لمعامل خط الانحدار (B) الذي بلغت قيمته (0,461)، ومن خلال معامل Beta تبين أن بعدد "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة له أثر إيجابي في تحسين جودة الخدمات الصحية بقيمة (0,425) عند مستوى دلالة 0.05 لدى الموظفين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، وبالتالي من خلال ما سبق نقبل الفرضية التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية لـ "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة عند مستوى الدلالة 0.05".

و يمكن تفسير هذه النتيجة بأن التصميم الجيد للوظيفة يجعل الموظف يشعر بأهمية وقيمة دوره بالمؤسسة مما يدفعه لأن يبذل قصارى جهده في تحقيق أهداف المؤسسة، أيضا توفر الاستقرار والأمان الوظيفي يخلق جوا من الانتماء وولاء الأفراد تجاه مؤسساتهم مما يدفعهم لأن يقدموا أفضل ما لديهم من قدرات، وتدعو المؤسسة من خلال

العمل ضمن فريق إلى تكاتف وتعاون وتناغم جهود الأفراد مما يساهم في رفع قدراتهم ومجهوداتهم المبذولة في المهام التي يقومون بها، لذا فإن بعد "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية.

المطلب الثالث: اختبار وتفسير الفرضية الفرعية الثانية

" يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لـ "الجوانب المالية والاقتصادية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة عند مستوى الدلالة (0.05) " لغرض اختبار وجود أثر ذو دلالة إحصائية لبعـد "الجوانب المالية والاقتصادية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط حيث يمكن توضيح النتائج في الجدول الموالي:

الجدول رقم (22): اختبار أثر "الجوانب المالية والاقتصادية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة من خلال

الانحدار الخطي البسيط.

المتغير المستقل X2	(B)	Beta	(T) المحسوبة	مستوى الدلالة	(F) المحسوبة	معامل الارتباط (R)	R2 معامل التحديد
الجوانب المالية والاقتصادية للمنظمة	0,386	0,422	5,229	0,000*	27,345	0,422	0,178

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V17.

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)

من خلال الجدول رقم (22) يتضح لنا وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لـ "الجوانب المالية والاقتصادية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، هذا ما دعمته قيمة (F) المحسوبة البالغة (27,345) وكذلك قيمة (T) البالغة (5,229). بمستوى دلالة (0.000) وهو أقل من (0.05)، إضافة إلى قوة ارتباط متوسطة بين المتغيرين بنسبة (0,422) حيث أن بعد "الجوانب المالية والاقتصادية" للمنظمة يفسر ما نسبته (17.8 %) من التباين الحاصل في جودة الخدمات الصحية، كذلك القيمة المتوسطة لمعامل خط الانحدار (B) الذي بلغت قيمته (0,386)، ومن خلال معامل Beta تبين أن بعد "الجوانب المالية والاقتصادية" للمنظمة له أثر إيجابي في تحسين جودة الخدمات الصحية بقيمة (0,422) عند مستوى دلالة 0.05 لدى الموظفين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، وبالتالي من خلال ماسبق نقبل الفرضية التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية لـ "الجوانب المالية والاقتصادية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة عند مستوى الدلالة 0.05".

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن أي زيادة قد تفسر نظام الأجور و المكافآت تساهم في رفع مستوى أداء العاملين، حيث كلما ارتفعت الأجور زاد ذلك من درجة تناسبها مع الجهد المبذول و المهام الكثيرة التي يقومون بها، كما أن ذلك يرفع من قدرتهم الشرائية و يصبحون أكثر قدرة على سد احتياجاتهم و تلبية طموحاتهم و مسؤولياتهم مما يعزز من استمرارهم في العمل و زيادة دافعيتهم نحو تحسين أدائهم و الابتداع فيه، كما أن نظم الترقية و التقدم الوظيفي تشجع الموظفين على تمسكهم بعملهم مما يجعلهم يظهرن جوهر قدراتهم عند أدائهم لمهامهم، كل هذا يجعل من بعد "الجوانب المالية و الاقتصادية" للمنظمة يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية.

المطلب الرابع: اختبار و تفسير الفرضية الفرعية الثالثة

" يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لـ "الجوانب المادية و المعنوية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة عند مستوى الدلالة (0.05) " لغرض اختبار وجود أثر ذات دلالة إحصائية لبعدها "الجوانب المادية و المعنوية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط حيث يمكن توضيح النتائج في الجدول الموالي:

الجدول رقم (23): اختبار أثر "الجوانب المادية و المعنوية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة من خلال الانحدار الخطي البسيط.

المتغير المستقل X3	(B)	Beta	(T)	مستوى الدلالة	(F) المحسوبة	معامل الارتباط (R)	R2 معامل التحديد
الجوانب المادية و المعنوية للمنظمة	0,649	0,642	9,409	0,000*	88,531	0,642	0,413

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V17.

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)

من خلال الجدول رقم (23) يتضح لنا وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لـ "الجوانب المادية و المعنوية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، هذا ما دعمته قيمة (F) المحسوبة البالغة (88,531) وكذلك قيمة (T) البالغة (9,409). بمستوى دلالة (0.000) وهو أقل من (0.05)، إضافة إلى قوة ارتباط متوسطة بين المتغيرين بنسبة (0,642) حيث أن بعد "الجوانب المادية و المعنوية" للمنظمة يفسر ما نسبته (41.3 %) من التباين الحاصل في جودة الخدمات الصحية، كذلك القيمة المتوسطة لمعامل خط الانحدار (B) الذي بلغت قيمته (0,649)، ومن خلال معامل Beta تبين أن

بعد "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة له أثر إيجابي في تحسين جودة الخدمات الصحية بقيمة (0,642) عند مستوى دلالة 0.05 لدى الموظفين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، وبالتالي من خلال ما سبق نقبل الفرضية التي تنص على وجود أثر ذو دلالة إحصائية لـ "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة عند مستوى الدلالة (0.05).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن توفير المؤسسة لبيئة عمل ملائمة لموظفيها تساعد على العمل من حيث الإضاءة، التهوية، الضوضاء، الأمان والراحة وغيرها تؤدي إلى شعور الأفراد بالارتياح النفسي اتجاه العمل وبالتالي تحسين أدائهم وزيادة إنتاجيتهم، كما أن حرص الإدارة على فتح قنوات التواصل والحوار والتعامل باحترام وتقدير بين جماعة العمل، بالإضافة إلى إعطاء أهمية للأفراد ولطالبهم ومصالحهم الشخصية مما ينعكس بالإيجاب على أداءهم، مما يجعل بعد "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية.

❖ أما بالنسبة لأبعاد جودة الحياة الوظيفية مجتمعة نجد أنها لم تحقق تأثيرات دالة معنوية ما عدا بعد "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة وهو ما تبينه نتائج الانحدار المتعدد الموضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (24): نتائج تحليل الانحدار المتعدد لأبعاد المتغير المستقل مجتمعة

الأبعاد المستقلة	B	Beta	قيمة T المحسوبة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط R	معامل التحديد R2
الجوانب الوظيفية والتنظيمية للمنظمة	0,108	0,099	1,238	0,218	0,660	0,435
الجوانب المالية والاقتصادية للمنظمة	0,120	0,131	1,682	0,095		
الجوانب المادية والمعنوية للمنظمة	0,531	0,526	6,129	0,000		

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)

من خلال الجدول السابق نجد أن أبعاد جودة الحياة الوظيفية مجتمعة تفسر (43.5%) من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع، حيث لم يؤثر البعد الأول والثاني في المتغير التابع بشكل معنوي، في حين كان المؤثر والمساهم الوحيد في تفسير جودة الخدمات الصحية هو البعد الثالث والتمثل في "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة وذلك عند مستوى دلالة 0.000.

خلاصة الفصل:

حاولنا من خلال هذا الفصل إسقاط المفاهيم النظرية التي تطرقنا لها في الفصلين الأول والثاني على المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، حيث تناولنا التعريف بالمؤسسة، مهامها وهيكلها التنظيمي، وقمنا باستخدام الاستبيان كأداة جمع البيانات لمحاولة معرفة أثر جودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، حيث قمنا بتوزيع الاستبانة على عينة من العاملين بالمؤسسة وعند تحليل النتائج لجأنا إلى استخدام برنامج Spss، ثم قمنا بعرض النتائج وتحليلها قصد الإجابة عن الإشكالية الرئيسية والأسئلة الفرعية واختبار الفرضيات.

وقد توصلنا إلى أن بعد "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة هو المساهم الكبير في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال توفير ظروف السلامة والصحة المهنية وخلق جو من التكامل الاجتماعي والأخذ بالحسبان ظروف الموظف الشخصية، وذلك بتظافر جهود كل من الإدارة وموظفيها، أما الأبعاد الأخرى فتؤثر هي الأخرى في تحسين جودة الخدمات الصحية لكن بنسب مساهمة أقل من بعد "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة.

خاتمة

تسعى المؤسسات الصحية بصفة دائمة إلى الارتقاء بمستوى جودة الخدمات التي تقدمها وذلك لما له من أثر على رفع مستوى أداء الرعاية الصحية المقدمة، و لعل من أهم السبل التنظيمية التي تدعم هذا الجانب الاهتمام بالموارد البشري العامل بها، حيث يعتبر هذا الأخير أثمن مورد لديها لكونه حجر الأساس الذي تعتمد عليه الإدارة في تحقيق أهدافها، و هو ما جعلها اليوم تهتم به و بكل جوانبه، من أجل الاستفادة من قدراته وطاقاته و زيادة فعاليته.

وقد حاولنا في دراستنا هذه الوقوف على أثر جودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية وذلك من خلال إظهار أثر أبعاد جودة الحياة الوظيفية (الأبعاد المرتبطة بالجوانب الوظيفية والتنظيمية، الأبعاد المرتبطة بالجوانب المالية والاقتصادية، الأبعاد المرتبطة ببيئة العمل المادية والمعنوية) في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال إسقاط هذا الأثر على العمال الإداريين والمهنيين والطبيين و شبه الطبيين بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة، و قد توصلنا إلى جملة من النتائج النظرية و الميدانية أهمها:

1. النتائج

أ. النتائج النظرية:

- من خلال تطرقنا إلى الأدبيات المتعلقة بموضوعي جودة الحياة الوظيفية وجودة الخدمات الصحية توصلنا إلى مجموعة من النتائج أهمها:
- احتلت جودة الحياة الوظيفية مكانة هامة و نشأ مفهومها في مجموعة من المؤسسات الأمريكية، تطور هذا المفهوم بداية بتقديم برامج إصلاح العمل وصولا إلى تبني و تطبيق برامج جودة حياة العمل.
- جودة الحياة الوظيفية عملية تنظيمية شاملة تتم من خلال تظافر جهود المنظمة من أجل خلق حو يتسم بالعدالة التنظيمية وصولا إلى الرضا الوظيفي.
- تهدف جودة الحياة الوظيفية إلى تحقيق مستويات عالية من الرضا الوظيفي والولاء التنظيمي للعاملين وبالتالي تحقيق جودة في الإنتاج.
- لجودة الحياة الوظيفية ثلاث أبعاد رئيسية هي الجوانب الوظيفية والتنظيمية للمنظمة، الجوانب المالية والاقتصادية للمنظمة والجوانب المادية والمعنوية للمنظمة.
- من دوافع تحسين جودة الحياة الوظيفية هو إعداد قوة عمل راضية و مندفعة ذات قدرة على الإبداع و الابتكار.

- تنقسم برامج تحسين جودة الحياة الوظيفية إلى برامج تقليدية مثل تحسين بيئة وظروف العمل، برامج الصيانة البشرية، توفير برامج الرعاية الصحية...إلخ، وأخرى حديثة مثل الإثراء الوظيفي، فرق العمل المدارة ذاتيا، جداول العمل البديلة...إلخ.
- لتطبيق جودة الحياة الوظيفية لابد من توفر مجموعة من المستلزمات مثل: إدراك الأفراد العاملين لأهمية برامج جودة الحياة الوظيفية، كفاءة إدارة الموارد البشرية في متابعة وتوجيه البرامج، الدعم المعنوي والمالي لبرامج جودة الحياة الوظيفية من قبل الإدارة العليا...إلخ.
- تختلف المعايير التي تعكّر تطبيق جودة الحياة الوظيفية في المنظمات باختلاف جهاتها مثلا من جهة الإدارة أو الموظفين أو النقابات العمالية.
- تعبر جودة الخدمات الصحية عن المعيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة الصحية مع توقعات المرضى.
- لجودة الخدمات الصحية مجموعة من الأهداف تتجه كلها نحو التحقق من حسن إتقان العمل المؤدى من مختلف جوانبه، واتخاذ ما يلزم من تدابير وإجراءات من أجل النهوض به على نحو مستمر.
- من أبعاد جودة الخدمات الصحية والتي اعتمدها في دراستنا الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف.
- تتأثر جودة الخدمات الصحية بمجموعة من المتغيرات تتمثل في: تحليل توقعات المريض، توصيف جودة الخدمات، أداء العاملين.
- من بين العوامل التي تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية نجد جودة الحياة الوظيفية، و ذلك من خلال أبعادها الرئيسية الثلاث، فكلما زادت درجة تطبيق الجودة في الحياة الوظيفية في المؤسسات الصحية كلما ساهم ذلك في تحسين جودة خدماتها المقدمة.

ب. النتائج الميدانية:

توصلنا من خلال الدراسة الميدانية إلى عدة نتائج أهمها:

- تصورات المبحوثين حول مستوى جودة الحياة الوظيفية في المؤسسة محل الدراسة أتجهت نحو المستوى المتوسط وفقاً لمقياس الدراسة، إذ بلغ متوسط إجاباتهم عن أبعاد جودة الحياة الوظيفية مجتمعة (3,2063) بانحراف معياري (0,62030).
- تصورات المبحوثين حول مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة أتجهت نحو المستوى المتوسط وفقاً لمقياس الدراسة، إذ بلغ متوسط إجاباتهم عن أبعاد جودة الخدمات الصحية مجتمعة (3,3824) بانحراف معياري (0,77933).
- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لجودة الحياة الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة عند مستوى الدلالة (0.05)، إذ أن هناك علاقة ارتباط قوية بين هذين المتغيرين بلغت (0,629)، فيما فسرت جودة الحياة الوظيفية (39.6%) من التغيرات الحاصلة في مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.
- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لـ "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة عند مستوى الدلالة (0.05)، إذ أن هناك علاقة ارتباط متوسطة بين هذين المتغيرين بلغت (0,425)، فيما فسر بعد "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة (18%) من التغيرات الحاصلة في مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.
- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لـ "الجوانب المالية والاقتصادية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة عند مستوى الدلالة (0.05)، إذ أن هناك علاقة ارتباط متوسطة بين هذين المتغيرين بلغت (0,422)، فيما فسر بعد "الجوانب التنظيمية والوظيفية" للمنظمة (17.8%) من التغيرات الحاصلة في مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.
- وجود أثر ذو دلالة إحصائية لـ "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة عند مستوى الدلالة (0.05)، إذ أن هناك علاقة ارتباط قوية بين هذين المتغيرين بلغت (0,642)، فيما فسر بعد "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة (41.3%) من التغيرات الحاصلة في مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.

- فسرت أبعاد جودة الحياة الوظيفية مجتمعة (43.5%) من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع، حيث لم يؤثر البعد الأول والثاني في المتغير التابع بشكل معنوي، في حين كان المؤثر والمساهم الوحيد في تفسير جودة الخدمات الصحية البعد الثالث والمتمثل في "الجوانب المادية والمعنوية" للمنظمة وذلك عند مستوى دلالة 0.000.

2. الاقتراحات:

- على ضوء ما خلصت إليه الدراسة من نتائج يمكن اقتراح مجموعة من النقاط نوجزها فيما يلي:
- ضرورة توفير إدارة المؤسسة لظروف العمل المناسبة حتى تحوز على رضا الموظفين لان ذلك سينعكس بشكل إيجابي على جودة الخدمة الصحية المقدمة.
- ضرورة الاهتمام بالتكامل الاجتماعي داخل المؤسسة بين الرئيس والمرؤوسين، وكذلك العلاقات بين الزملاء لأن ذلك يشجع على خلق مناخ من التعاون بين الموظفين.
- تنمية لغة حوار متبادلة بين الإدارة والموظف.
- تقديم مكافآت للموظفين على أساس مجهوداتهم المبذولة
- إعادة النظر في سلم الأجور خاصة بالنسبة للموظفين الإداريين والمهنيين.
- مراعاة الحياة الشخصية لموظفي المؤسسة.
- ضمان الأمن والسلامة المهنية للموظفين عند تأدية مهامهم.
- تفعيل أنظمة الترقية وبنائها على أسس عادلة، وجعل معايير الترقية المتبعة أكثر وضوحا و شفافية لكل موظفي المؤسسة.
- الحرص على ترقية ذوي الاستحقاق في الوقت المحدد.
- تقدير جهود الأفراد المتزمين بأداء واجباتهم بكفاءة، من خلال تشجيعهم و الاعتراف بكفاءتهم و مكافأهم قدر المستطاع، حتى و لو لم ينص قانون الوظيف العمومي على ذلك.
- الحرص على إشراك العاملين في اتخاذ القرار وكيفية تنفيذه.
- تخصيص سجل خاص بمقترحات وانشغالات العاملين على مستوى المؤسسة، ولما لا إمكانية وضع مكتب خاص بجودة الخدمة الصحية يشرف على تسييره موظفون ذوي كفاءة وخبرة.
- تنمية الحياة الوظيفية للموظف بالاعتماد على نشاطات قاعدية تتركز في الأساس على تربصات تكوينية لتطوير الكفاءات.

3. آفاق البحث:

على ضوء أهداف بحثنا الحالي و النتائج التي أسفر عنها و استكمالاً لها يمكن اقتراح البحوث المستقبلية التالية:

- دراسة مقارنة حول جودة الحياة الوظيفية بين المؤسسات العامة والخاصة.
- تكريس مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية.
- تأثير إعادة الهيكلة على جودة الخدمات الصحية.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

أ. الكتب

- 1) إحسان دهش جلاب ، إدارة السلوك التنظيمي في عصر التغيير ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى، عمان، 2011.
- 2) نهر ياسر البكري ،إدارة المستشفيات ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، دون طبعة، عمان-الأردن، 2005.
- 3) نهر ياسر البكري،تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، دون طبعة، عمان-الأردن، 2005.
- 4) حسان محمد الحرساتني، إدارة المستشفيات ، دار للنشر والتوزيع، دون طبعة، عمان-الأردن، دون تاريخ.
- 5) خالد عبد الرحيم مطر الهيبي، إدارة الموارد البشرية -مدخل استراتيجي، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية، قطر، 2005.
- 6) خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة -تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد، الرياض، دون طبعة، 1997.
- 7) ديورا هاينجتونماكين، الدليل الإرشادي لبناء فرق العمل ، إصدار الشركة العربية للإعلام العلمي (الشعاع)، القاهرة، 1990.
- 8) رعد عبد الله الطائي - عيسى قداد ،إدارة الجودة الشاملة ، دار اليازوري للنشر والتوزيع، دون طبعة، عمان الاردن. 2003.
- 9) السالم مؤيد سعيد،إدارة الموارد البشرية المعاصرة ، مدخل استراتيجي تكاملي، دار إثراء للنشر، دون طبعة، عمان، 2009.
- 10) سعد علي العتري -أحمد علي صالح ، إدارة رأس المال الفكري في منظمات الأعمال ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، دون طبعة، عمان-الأردن، 2009.
- 11) سعد علي حمود العتري، الفكر التنظيمي في إدارة الأعمال ، الوراق للنشر والتوزيع ،الطبعة الأولى، الأردن، 2013.

- 12) سلوى عثمان الصديقي ، مدخل في الصحة العامة والرعاية الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث للنشر، الإسكندرية، دون طبعة، 1999.
- 13) سوسن شاكر مجيد - محمد عواد الزيادات ، إدارة الجودة الشاملة في الصناعة والتعليم ، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2007.
- 14) سيد محمد جاد الرب، إستراتيجيات تطوير وتحسين الأداء -الأطر المنهجية والتطبيقات العملية، مطبعة العشري، دون طبعة ،مصر، 2009.
- 15) سيد محمد جاد الرب، جودة الحياة الوظيفية في منظمات الأعمال العصرية ، مطبعة العشري، دون طبعة، مصر، 2008.
- 16) سيد محمد جاد الرب ،موضوعات إدارية متقدمة -وتطبيقاتها في منظمات الأعمال الدولية ، مطبعة العشري، دون طبعة، مصر، 2009.
- 17) صلاح محمود ذياب ، إدارة المستشفيات ومراكز الصحة الحديثة ، دار الفكر، المملكة الهاشمية، عمان، الطبعة الأولى، 2009.
- 18) طلال بن عايد الأحمدي، إدارة الجودة الشاملة - تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية و ضمان استمرار الالتزام بها، الإدارة العامة لطباعة و النشر، دون طبعة، الرياض، 2002.
- 19) طلال بن عايد الأحمدي، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، دون طبعة، 2004.
- 20) طلعت الدمرداش ابراهيم، إقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس-الزقازيق، الطبعة الثانية، مصر، 2006.
- 21) عادل محمد عبد الله، إدارة جودة الخدمات، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2013.
- 22) عادل محمد محمد عبد الرحمن ، أبعاد جودة الحياة الوظيفية والالتزام التنظيمي في القطاع الحكومي -دراسة تطبيقية على التأمينات الاجتماعية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية-جامعة الدول العربية، دون طبعة، جمهورية مصر العربية، 2013.
- 23) عباس سهيلة، القيادة الابتكارية والأداء المتميز حقبة تدريبية لتنمية الابداع المتميز ، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2004.

- 24) عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة ،الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات- المفاهيم والتطبيقات، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، دون طبعة، مصر، 2003.
- 25) عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي ، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2003.
- 26) علي أحمد المشاقبة، السلامة والصحة المهنية في إدارة المستودعات ، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2010.
- 27) فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، دون طبعة، الأردن، 2008.
- 28) فريد توفيق نصيرات ، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان-الأردن، 2008.
- 29) فريد كورتل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، دون طبعة، الأردن، 2008.
- 30) فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، مصر، 1998.
- 31) محمد بن دليم القحطاني، إدارة الموارد البشرية- نحو منهج استراتيجي متكامل، مكتبة الملك فهد الوطنية، دون طبعة، الرياض، 2005.
- 32) محمد توفيق خيضر ، مبادئ في الصحة والسلامة العامة ، دار الصفاء للنشر والتوزيع، دون طبعة، عمان، 2001.
- 33) محمد علي عبد الستار، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، دون طبعة، الأردن، 2008.
- 34) محمد نذير حراستاني ، إدارة المستشفيات ، نشر وتوزيع معهد الإدارة العامة للبحوث، دون طبعة، الرياض، 1990.
- 35) المغربي عبد الحميد عبد الفتاح ، المهارات السلوكية والتنظيمية لتنمية الموارد البشرية ، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع ، دون طبعة، كلية التجارة، المنصورة، 2007.
- 36) نظام موسي سويدان-عبد المجيد البراوي، إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية ، دار حامد للنشر، الأردن، 2009.
- 37) هاني حامد الظمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة، الأردن، 2005.

38) يوسف حجيم الطائي وآخرون، نظم إدارة الجودة - في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، دون طبعة، عمان-الأردن، 2009.

ب. المجالات والاجتماعات:

- 1) أكرم أحمد الطويل وآخرون، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية-دراسة في مجموعة مختارة من مستشفيات في محافظة نينوي، مجلة الموصل، العدد4، 2009.
- 2) بن زاف جميلة ، العلاقات الإنسانية وأثرها على أداء العامل بالمؤسسة -دراسة ميدانية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد21، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، ديسمبر 2015.
- 3) ديون عبد القادر ، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، مجلة الباحث، العدد 11، 2012.
- 4) سرمد غانم صالح، إسراء طارق حسين ، رغبات العاملين من الاستفادة من ساعات العمل المرنة -دراسة في جامعة الموصل، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 6، العدد 17، جامعة تكريت، 2010.
- 5) صلاح محمود ذياب ، قياس أبعاد جودة الخدمة الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد 01، 2012.
- 6) عبد الكريم بن خالد، فلسفة إدارة جودة الحياة الوظيفية في المجال المهني ، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 20 جامعة أحمد دراية ولاية أدرار (الجزائر)، سبتمبر 2015.
- 7) علي محمد عبد الوهاب، إدارة الموارد البشرية وأهميتها في تطوير الإدارة ، اجتماع استشاري لتنمية الإدارة العامة والمالية العامة، الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، بيروت، 2003.
- 8) محمد الطعمنة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي -حالة وزارة الصحة، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد 17، العدد1، منشورات جامعة اليرموك، أربد، الأردن. 2003.
- 9) محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر ، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين -دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 4، 2015.

- 10) المغربي، عبد الحميد عبد الفتاح ،جودة حياة العمل وأثرها في تنمية الاستغراق الوظيفي ، دراسة ميدانية،مجلة البحوث التجارية، كلية التجارة، جامعة المنصورة ، 2004.
- 11) هاني حامد الضمور -جناة بوقجاني، أثر جودة الخدمات الصحية في درجة ولاء المرضى في مستشفى الجامعة الأردنية (دراسة حالة)، مؤتمة للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد السابع والعشرين، العدد الثالث، 2012.

جـ. الرسائل و الأطروحات:

- 1) أحلام دريدي ، دور إستخدام صفوف الإنتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية - دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوترية بسكرة (رزيق يونس)، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص: الأساليب الكمية في التسيير، 2013/2014.
- 2) أحمد محمد خميس السديري ، آراء العاملين في القطاع الخاص في سلطنة عمان عن مهارات مدرائهم في قيادة فريق العمل،رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، الأكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي، المملكة المتحدة، 2010.
- 3) أسامة زياد يوسف البليسي ، جودة الحياة الوظيفية وأثرها على الأداء الوظيفي للعاملين في المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة، بحث مقدم لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، 2012.
- 4) حسن مروان عفانة، التمكين الإداري وعلاقته بفاعلية فرق العمل في المؤسسات الأهلية الدولية بقطاع غزة ، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين، 2013.
- 5) خليل إسماعيل إبراهيم ماضي،جودة الحياة الوظيفية وأثرها على مستوى الأداء الوظيفي للعاملين ، دراسة تطبيقية على الجامعات الفلسطينية، للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس، 2014.
- 6) سلمى لحر ، تحليل أثر تهيئة ظروف العمل على أداء هيئة التمريض بالمؤسسة الاستشفائية العمومية محمد الصديق بن يحيى-جيحل، مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في تسيير الموارد البشرية، قسم علوم التسيير، جامعة قسنطينة، 2012/2013.

- 7) شبلي إسماعيل مرشد السويطي، أثر جودة حياة العمل على الولاء التنظيمي في الوزارات الفلسطينية ، أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في الإدارة العامة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2016.
- 8) عائشة والة، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية، مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير، تخصص تسويق، جامعة الجزائر 3، 2011/2010.
- 9) عبد العزيز شنيق ، الحوافز والفعالية التنظيمية- المؤسسة المينائية لسكيدة نموذجاً ، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في تنمية وتسيير الموارد البشرية، كلية الحقوق والعلوم الاجتماعية، جامعة سكيكدة، 2008/2007.
- 10) عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان الجزائر، 2012/2011.
- 11) عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية -دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007.
- 12) علاء خليل محمد العكش ، نظام الحوافز والمكافآت وأثره في تحسين الأداء الوظيفي في وزارات السلطة الفلسطينية في قطاع غزة، رسالة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية غزة، 2007.
- 13) علياء سعيد عباس الجوفي، تأثير جودة حياة العمل ورأس المال الاجتماعي في الأداء العالي للمنظمات ، دراسة استطلاعية لآراء عينة من العاملين في الجهاز المركزي للتقييس والسيطرة النوعية، رسالة مقدمة كجزء من متطلبات نيل درجة ماجستير علوم في الإدارة العامة، كلية الإدارة والاقتصاد جامعة بغداد، 2010.
- 14) عماد منصور أحمد حلاوة ، غموض الحياة الوظيفية وأثرها على الأداء الوظيفي ، دراسة تطبيقية على موظفي القطاع الحكومي المدنيين في قطاع غزة، رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال ، الجامعة الإسلامية غزة، 2015.
- 15) محمد حسين الرفاعي، الإدارة بالمشاركة وأثرها على العاملين والإدارة ، بحث لاستكمال متطلبات درجة الدكتوراه في إدارة الموارد البشرية، جامعة سانت كليمانس-بريطانيا، 2009.

- 16) المداني حجاج، القيم التنظيمية وعلاقتها بالاستقرار الوظيفي -دراسة ميدانية على عينة من إداريي جامعة عمار ثليجي بالأغواط، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، تخصص التنظيم والعمل، 2015/2014.
- 17) نادية خريف، تأثير إدارة التغير على جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية (دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر بسكرة)، مذكرة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية والتسيير جامعة محمد خيضر بسكرة-الجزائر، 2007-2008.
- 18) نجاة العامري، تسويق الخدمات الصحية -دراسة حالة: مصحة أبو القاسم سكيكدة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة سكيكدة، كلية التسيير والإقتصاد، 2009/2008.
- 19) نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية -دراسة حالة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص: إقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2012/2011.
- 20) ونوغي فتيحة، أثر الرواتب على الرضا الوظيفي والرضا عن التعويضات والحفز الذاتي لأساتذة التعليم العالي، دراسة ميدانية بجامعة فرحات عباس سطيف، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة سطيف، 2015/2014.

ثانيا: المراجع الأجنبية

- 1) A.BelghitiAlaoui ,Principes Généraux de Planification à l'Hopital, Raba: Sans Edition, 2005.
- 2) Jochen Wirtz et autrre, Marketing de services, 6^{eme} édition, Pearson éducation, France, 2009.
- 3) PinaTarricone and Joe Luca,Successful Teamwork, A case study , Edith Cowan University, Perth, Australia, 2002.
- 4) Stéphane Maisonnas et Jan Claude Dufour, Marketing et services, chenillère éducation, Canada, 2006.

قائمة الملاحق

الملحق رقم (01): قائمة محكمي استمارة البحث

الرقم	اسم المحكم	المكان الوظيفي
1	خان أحلام	قسم علوم التسيير- كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير- جامعة بسكرة.
2	منصوري كمال	قسم علوم التسيير- كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير- جامعة بسكرة.
3	أقطي جوهرة	قسم علوم التسيير- كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير- جامعة بسكرة.
4	بنوناس صباح	قسم علوم التسيير- كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير- جامعة بسكرة.

الملحق رقم (02)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر - بسكرة
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير
تخصص: تسيير الموارد البشرية



استمارة بحث

أخي الموظف / أختي الموظفة

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته.....

يسرنا أن نضع بين أيديكم هذه الاستمارة، التي صممت لجمع المعلومات اللازمة للدراسة التي نقوم بإعدادها
استكمالاً للحصول على شهادة الماستر في علوم التسيير تخصص تسيير الموارد البشرية تحت عنوان " أثر جودة الحياة
الوظيفية في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة".
لذا نرجو منكم التكرم بالإجابة على أسئلة الإستبانة بدقة وموضوعية، حيث أن صحة النتائج تعتمد بدرجة كبيرة على صحة
إجاباتكم، ونحيطكم علماً أن هذه البيانات لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط، وستشكل دقة إجاباتكم مساهمة
فعالة في موضوعية وجودة البحث. وشكراً على حسن تعاونكم،،

إشراف الدكتورة:

أحلام خان

إعداد الطالبة:

وسيلة جغبلو

الجزء الأول: البيانات العامة

يرجى وضع علامة (X) أمام الاختيار المناسب:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ذكر | <input type="checkbox"/> أنثى | 1. <u>الجنس</u> : |
| <input type="checkbox"/> أقل من 30 سنة | <input type="checkbox"/> من 30 إلى أقل 40 سنة | 2. <u>العمر</u> : |
| <input type="checkbox"/> من 40 إلى أقل 50 | <input type="checkbox"/> 50 سنة فأكثر | |
| <input type="checkbox"/> ثانوي فأقل | <input type="checkbox"/> تقني سامي | 3. <u>المستوى التعليمي</u> : |
| <input type="checkbox"/> ماستر | <input type="checkbox"/> مهندس | <input type="checkbox"/> تكوين مؤهل |
| <input type="checkbox"/> دراسات عليا | <input type="checkbox"/> دراسات عليا | |
| <input type="checkbox"/> أقل من 5 سنوات | <input type="checkbox"/> من 5 إلى أقل من 10 سنوات | 4. <u>عدد سنوات الخبرة</u> : |
| <input type="checkbox"/> من 10 إلى أقل من 15 سنة | <input type="checkbox"/> من 15 إلى أقل من 20 سنة | <input type="checkbox"/> 20 سنة فأكثر |

الجزء الثاني: محاور الإستبانة

المحور الأول/ جودة الحياة الوظيفية: يهدف هذا المحور إلى معرفة مستوى جودة الحياة الوظيفية في المؤسسة، يرجى وضع إشارة (X) في المربع الذي يعبر (من وجهة نظرك) عن مدى موافقتك عن كل بعد من هذه الأبعاد (فيما يخص المؤسسة التي تعمل بها).

1. الجوانب الوظيفية والتنظيمية للمنظمة

التقييم					العبارات القياسية	ترتيب
غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما	جودة الحياة الوظيفية	
أولا: تصميم الوظيفة						
					أعرف حدود صلاحيات وظيفتي.	1
					أشعر بالمسؤولية عن كل ما أقوم به.	2
					حجم العمل في وظيفتي مناسب.	3
					تتميز مهام عملي بالمتعة .	4
ثانيا: الاستقرار و الأمان الوظيفي						
					أشعر بالفخر لانتمائي لهذه المؤسسة .	5
					الاستمرار في عملي الحالي مضمون لذلك لا أفكر في البحث عن فرصة عمل أخرى.	6
					أشعر بالأمان في هذه المؤسسة.	7
					لا أضطر لتنفيذ مهام خارج مهامي الوظيفية للحفاظ على مناصبي.	8
ثالثا: فرق العمل						
					أشعر بأنني جزء هام من فريق عمل	9
					يعبر أفراد فريق عملي عن رأيهم بحرية	10
					لدى كل فرد في فريق عملي فهم كامل لأهداف العمل	11
					يشترك أعضاء الفريق في القرارات التي تم المؤسسة.	12

2. الجوانب المالية والاقتصادية للمنظمة

التقييم					العبارات القياسية	ترتيب
غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما	جودة الحياة الوظيفية	
أولا: نظام الأجور						
					يوجد نظام ملائم للأجور داخل المؤسسة.	13
					أنا راض عن ما أحصل عليه من أجر من عملي ..	14
					نظام الأجور في المؤسسة عادل.	15
					أجري يكفي لإشباع احتياجاتي وطلباتي.	16
ثانيا: فرص الترقى والتقدم الوظيفي						
					يوجد نظام واضح للترقية في مؤسستي.	17
					تم الترقية بناء على أسس عادلة.	18
					يوجد توافق بين مؤهلي العلمي وقدراتي العملية ودرجتي الوظيفية.	19
					ضمن عملي في هذه المنصب، تتوفر لي فرص للترقية إلى وظائف أخرى.	20

التقييم					العبارات القياسية	الترتيب
غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما	جودة الحياة الوظيفية	
أولاً: السلامة والصحة المهنية						
					تلي ظروف العمل شروط السلامة المهنية للعاملين.	21
					يهتم المسؤولون بصحة وسلامة العاملين.	22
					يوجد لدى مؤسستنا تشريعات وقوانين محددة للصحة والسلامة المهنية.	23
					يتوفر في مكان العمل نظام حماية ضد الحرائق.	24
ثانياً: التكامل الاجتماعي						
					توجد صداقات بيني وبين زملائي في العمل.	25
					تعمل إدارة المؤسسة على تعزيز مبادئ التعاون بين الموظفين	26
					تتيح إدارة المؤسسة فرصة التفاعل مع العاملين في كافة المستويات المختلفة.	27
					تسود علاقات التقدير والاحترام المتبادل بين الرؤساء والمرؤوسين في العمل.	28
ثالثاً: توازن الحياة الشخصية والوظيفية						
					تمنح المؤسسة التسهيلات اللازمة لتحقيق التوازن بين العمل والحياة الشخصية.	29
					تراعي الإدارة الظروف الشخصية لعاملها عند النظر لأدائه م في العمل.	30
					يجد العاملون وقت كافي لقضائه مع أسرهم.	31
					يمكن للعاملين الخروج في أوقات العمل الرسمي في حال الدراسة.	32

المحور الثاني/ جودة الخدمات الصحية: يهدف هذا المحور إلى معرفة مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة، يرجى وضع إشارة (X) في المربع الذي يعبر (من وجهة نظرك) على مدى موافقتك عن كل بعد من هذه الأبعاد (فيما يخص المؤسسة التي تعمل فيها).

التقييم					العبارات القياسية	الترتيب
غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما	جودة الخدمات الصحية	
أولاً: الملموسية						
					تتوفر في المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض.	33
					يملك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة.	34
					تتوفر في المستشفى خدمات مرافقة (صيدلية، موقف سيارات...).	35
					يحرص العاملون بالمستشفى على التمتع بدرجة عالية من النظافة وحسن المظهر.	36
					يضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة.	37
ثانياً: الاعتمادية						
					يلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة.	38
					يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة.	39
					يحضى المستشفى باستحسان المستفيدين من خدماته الصحية.	40
					يقدم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة.	41

ثالثا: الاستجابة						
					يقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة.	42
					يرغب العاملون في المستشفى بمساعدة المرضى دائما.	43
					تقوم المستشفى بالرد الفوري على استفسارات وشكاوي المرضى.	44
					تبسط المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة و السهولة في تقديم الخدمة الصحية.	45
رابعا: الأمان						
					يثق المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الطاقم الصحي " الطبي، التمريضي، وغيرهم" في المستشفى.	46
					يتابع العاملون في المستشفى حالة المرضى باستمرار.	47
					تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	48
					تمتاز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد المجتمع.	49
خامسا: التعاطف						
					يضع المستشفى مصلحة المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.	50
					يعطي العاملون في المستشفى الوقت الكافي لرعاية المريض.	51
					يقدر العاملون في المستشفى ظروف المريض.	52
					يتصف العاملون في المستشفى بالروح المرحة والصدقة في التعامل مع المرضى.	53

سؤال: كيف تحسن المؤسسة في الحياة المهنية لموظفيها حتى تتحسن جودة خدماتها؟ ماذا تقترح (ي)؟

—
—
—

وشكرا على حسن تعاونكم،،،،