



وزارة التعليم العالي
جامعة دمشق
كلية الاقتصاد
قسم إدارة الأعمال

تأثير أبعاد المناخ التنظيمي في جودة الخدمات الصحية

"دراسة ميدانية على بعض المستشفيات الخاصة بمحافظة دمشق"

The Effect Of Organizational Climate Dimensions In Health Service Quality

"A field Study On Some Of Private Hospital In Damascus City"

بحث مقدم لنيل درجة الماجستير في التسويق

إعداد الطالب : طارق الأسدي

بإشراف الدكتور : رعد حسن الصرن

أستاذ مساعد في قسم إدارة الأعمال

كلية الاقتصاد - جامعة دمشق

العام الدراسي ٢٠١٥

الإهداء

إلى والديَّ الكريمين..... إجلالاً وإكباراً

إلى إخوتي..... حباً واحتراماً

إلى مشرفي شكراً وامتناناً

شكر و تقدير

الحمد لله رب العالمين القائل في محكم التنزيل (مَنْ يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ)

سورة لقمان ، آية ١٢

لايسعني بعد أن أتم الله عليّ بإنجاز هذه الرسالة إلا أن أتوجه بالشكر و الامتنان إلى أستاذي الدكتور رعد حسن الصرن الذي زودني بعلمه، فكان لي خير معلم بإشرافه على هذه الرسالة، حيث أعطاني من وقته و جهده الكثير، وأفاض عليّ من علمه ما يستحق مني كل تقدير و احترام. و أتوجّه بخالص الشكر و التقدير إلى أساتذتي الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة على ما بذلوه من جهد في قراءة هذه الرسالة ومناقشتها.

و يشكر الباحث أيضاً، كل من تعاون معه في إتمام الدراسة الميدانية وسهّل عمله داخل المستشفيات الخاصة المبحوثة، وهم :

- السيد مدير عام مستشفى الرازي الدكتور ماهر كنعان.
- السيد عصام عمر مسؤول عن قسم الأشعة في مستشفى الرازي.
- السيد محمد ياسين المدير الإداري و المالي لمستشفى الأندلس.
- الدكتور حسام نجار رئيس قسم الهضمية في مستشفى جمعية المواسة الخيري.
- الدكتور غياث عموري رئيس قسم العناية المشددة في مستشفى الرشيد.
- الصيدلاني يونس مرتجى.

وأخيراً، أسجل شكري و احترامي لكل من مدّ يد العون و المساعدة بكلمة طيبة أو مشورة حسنة.

الباحث

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير أبعاد المناخ التنظيمي في جودة الخدمات الصحية، وذلك من وجهة نظر القائمين على المستشفيات الخاصة قيد البحث، وتقييم المناخ التنظيمي في هذه المستشفيات، و التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية فيها.

وقد طُبق البحث على المستشفيات الخاصة التالية: الموساة الخيري، الرشيد، الرازي، الأندلس، و وزعت أداة الاستبيان على الكادر الطبي (ممرض، طبيب) والكادر الإداري بنسبة ٥٠% من العاملين في كل مستشفى. تم توزيع ٤٥٠ استبياناً استرد منها ٣١٥ استبياناً، وبالتالي كانت عدد الاستبيانات الصالحة للتحليل ٢٢٤ بنسبة ٥٠%. وكانت حجم عينة البحث ٢٢٤ مبحوثاً. وبناءً على إجاباتهم تم إجراء التحليل الإحصائي واختبار الفرضيات والوصول إلى النتائج والتوصيات. و اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الاستنتاجي Deductive ، الذي يقوم على مراجعة الدراسات النظرية والدراسات السابقة التي تتعلق بمشكلة البحث، وتحديد الأبعاد المختلفة للمشكلة، وصياغتها في إطار مجموعة من الفرضيات التي تقبل موضوع البحث والدراسة. وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها:

- إن مستوى المناخ التنظيمي في مستشفى الموساة الخيري هو الأفضل، وذلك بسبب توفر قسم للتدريب في المستشفى. على الرغم من تفوق مستشفى الأندلس من حيث توفر بعد القيادة والهيكل التنظيمي.
 - إن جودة الخدمة الصحية في مستشفى الأندلس وبكافة أبعادها (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف والملموسية) هي الأفضل، يليها مستشفى الموساة، فالرازي ثم الرشيد.
 - توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية وأبعاد المناخ التنظيمي كافة في المستشفيات محل الدراسة.
 - لا اختلافات جوهرية بين المستشفيات في الهيكل التنظيمي. وهناك فروقات جوهرية بين مستشفيات عينة البحث من حيث القيادة، التدريب، وجودة الخدمة الصحية والمناخ التنظيمي.
- وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات، أهمها:**
- العمل على تحسين المناخ التنظيمي السائد لدى مستشفى الرازي و الرشيد ، من خلال التركيز على توافر أبعاد المناخ التنظيمي (الهيكل التنظيمي- القيادة- التدريب) بشكل جيد.
 - بذل المزيد من الجهود لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة لدى جميع مستشفيات عينة البحث، وبشكل أكبر لدى مستشفى الرشيد و الرازي، من خلال التركيز على أبعاد جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية - الاستجابة- الضمان- التعاطف- الملموسية) بشكل جيد.
 - الاهتمام بشكل أكبر بجودة التدريب لدى مستشفيات الرازي والرشيد والأندلس، من خلال إنشاء قسم مختص بالتدريب يهتم بسير العملية التدريبية، كما هو الحال في مستشفى الموساة الخيري. مما أدى إلى تميزها من حيث المناخ التنظيمي.

قائمة المحتويات

الموضوع:

أ	الإهداء.....
ب	شكر و تقدير.....
ت	ملخص الدراسة.....
ث	قائمة المحتويات.....
ج	قائمة الجداول.....
ح	قائمة الأشكال.....

رقم الصفحة

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

٢	١-١- المقدمة.....
٣	١-٢- مشكلة البحث.....
٤	١-٣- أهمية البحث.....
٦	١-٤- أهداف البحث.....
٧-٦	١-٥- التعريفات الإجرائية.....
٨	١-٦- نموذج البحث ومتغيراته.....
١٠-٩	١-٧- فرضيات البحث.....
١١	١-٨- منهج البحث.....
١١	١-٩- أساليب جمع البيانات.....
١١	١-١٠- حدود البحث.....
٢٥-١٢	١-١١- الدراسات السابقة.....

٢٧	١-٢ - مفهوم المناخ التنظيمي.....
٣٠	٢-٢ - خصائص المناخ التنظيمي.....
٣١	٣-٢ - أهمية المناخ التنظيمي.....
٣٢	٤-٢ - أنماط المناخ التنظيمي.....
٣٤	٥-٢ - العوامل المؤثرة في المناخ التنظيمي.....
٣٧	٥-٢ - قياس المناخ التنظيمي.....

الفصل الثالث: جودة الخدمة الصحية و أبعادها

٤٨	١-٣ - مفهوم الخدمة.....
٤٩	٢-٣ - مفهوم جودة الخدمة و أبعادها.....
٥٦	٣-٣ - مفهوم الخدمات الصحية.....
٥٨	٤-٣ - مفهوم جودة الخدمات الصحية.....
٦٣	٥-٣ - العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية.....
٦٤	٦-٣ - أهداف جودة الخدمات الصحية.....
٦٩-٦٥	٧-٣ - أبعاد جودة الخدمات الصحية.....
٦٩	٨-٣ - قياس جودة الخدمات الصحية.....

الفصل الرابع: أبعاد المناخ التنظيمي و تأثيرها في جودة الخدمة الصحية

٧٩	١-٤ - الهيكل التنظيمي و تأثيره في جودة الخدمات الصحية.....
٩١	٢-٤ - مفهوم القيادة و تأثيرها في جودة الخدمات الصحية.....
٩٧	٣-٤ - التدريب و تأثيره في جودة الخدمات الصحية.....

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية

١٠٤	١-٥ - مجتمع البحث وعينته.....
١٠٦	٢-٥ - أداة الدراسة.....
١٠٨	٣-٥ - اختبار الثبات والصدق.....
١٠٨	٤-٥ - التحليل العاملي الاستكشافي.....
١٢٤	٥-٥ - خصائص عينة البحث.....

١٢٧الإحصاءات الوصفية.	٥-٦
١٦١-١٣٩اختبار الفرضيات.	٥-٧
١٦٧-١٦٣نتائج الدراسة.	٥-٨
١٧١-١٦٨توصيات الدراسة.	٥-٩

قائمة الجداول

رقم الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
١٢	الدراسات السابقة	١
٢٥	الفروقات أو الاختلافات بين الدراسات السابقة و الدراسة الحالية	٢
٥١	أسماء بعض الباحثين وما جاء على لسانهم من تعاريف لجودة الخدمة	٣
٦٨	أبعاد الجودة في الخدمة الصحية ومايقابلها من معايير لتقييم كل بعد	٤
٦٩	الأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة قياساً بالأبعاد الأخرى	٥
١٠١	تأثير التدريب على أبعاد جودة الخدمات الصحية	٦
١٠٤	عدد المستشفيات الخاصة و اختصاصها وعدد الأسرة فيها ضمن محافظة دمشق	٧
١٠٦	عدد الاستبيانات الموزعة، والمستردة، والمستبعدة، والصالحة للتحليل في كل مستشفى	٨
١٠٧	إجراء اختبار KMO و Bartlett's	٩
١٠٧	درجات الترميز لكل حالة من حالات الإجابة ومجالها	١٠
١٠٨	اختبار الثبات والصدق حسب معامل (ألفا كرونباخ-Alpha Cronbach)	١١
١٠٩	نتائج التحليل العاملي لمتغير المركزية	١٢
١١٠	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير المركزية	١٣
١١٠	نتائج التحليل العاملي لمتغير الرسمية	١٤
١١١	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير الرسمية	١٥
١١١	نتائج التحليل العاملي لمتغير التعقيد	١٦
١١٢	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير التعقيد	١٧
١١٢	نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط التحويلي	١٨
١١٣	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير النمط التحويلي	١٩
١١٤	نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط التبادلي	٢٠
١١٤	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير النمط التبادلي	٢١
١١٥	نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط الأوتوقراطي	٢٢

١١٥	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير النمط الأوتوقراطي	٢٣
١١٦	نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط غير الموجه	٢٤
١١٦	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير النمط غير الموجه	٢٥
١١٧	نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط الديمقراطي	٢٦
١١٨	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير النمط الديمقراطي	٢٧
١١٨	نتائج التحليل العاملي لمتغير التدريب	٢٨
١١٩	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير التدريب	٢٩
١١٩	نتائج التحليل العاملي لمتغير الاعتمادية	٣٠
١٢٠	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير الاعتمادية	٣١
١٢٠	نتائج التحليل العاملي لمتغير الاستجابة	٣٢
١٢١	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير الاستجابة	٣٣
١٢١	نتائج التحليل العاملي لمتغير الضمان	٣٤
١٢٢	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير الضمان	٣٥
١٢٢	نتائج التحليل العاملي لمتغير التعاطف	٣٦
١٢٣	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير التعاطف	٣٧
١٢٣	نتائج التحليل العاملي لمتغير الملموسية	٣٨
١٢٤	اختبار KMO & Bartlett's لمتغير الملموسية	٣٩
١٢٧	المتوسطات والانحرافات المعيارية للإجابات على عبارات الاستبيان	٤٠
١٣١	المتوسطات والانحرافات المعيارية للإجابات على عبارات الاستبيان حسب المستشفى	٤١
١٣٩	نتائج اختبار سميرنوف للاعتدالية	٤٢
١٤٠	نتائج تحليل ليفينز لاختبار التجانس	٤٣
١٤١	معاملات ارتباط كاندال بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية	٤٤
١٤١	معاملات ارتباط كاندال بين مكونات الهيكل التنظيمي ومكونات جودة الخدمات الصحية	٤٥
١٤٢	معاملات ارتباط كاندال بين جودة الخدمات الصحية بمكوناتها المختلفة ومتغير القيادة بمكوناته	٤٦
١٤٣	معاملات ارتباط كاندال بين جودة الخدمات الصحية بمكوناتها المختلفة وبعد التدريب	٤٧

١٤٤	معاملات الارتباط المختلفة بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في مستشفى المواساة الخيري	٤٨
١٤٦	معاملات الارتباط المختلفة بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في مستشفى الأندلس	٤٩
١٤٨	معاملات الارتباط المختلفة بين أبعاد المناخ التنظيمي بكافة مكوناتها ومتغير جودة الخدمات الصحية بكافة مكوناتها في مستشفى الرازي	٥٠
١٥٠	معاملات الارتباط المختلفة بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في مستشفى الرشيد	٥١
١٥٣	معاملات الارتباط بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الهيئة الإدارية	٥٢
١٥٤	معاملات الارتباط بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الهيئة الطبية	٥٣
١٥٤	نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً للمستشفى	٥٤
١٥٥	الرتب ومتوسطاتها حسب المستشفى والمتغير	٥٥
١٥٦	نتائج اختبار مان ويتني لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً للجنس	٥٦
١٥٦	الرتب و متوسطاتها حسب الجنس و المتغير	٥٧
١٥٧	نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً لفئات العمر	٥٨
١٥٨	الرتب و متوسطاتها حسب فئات العمر و المتغير	٥٩
١٥٩	نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً للعمل الوظيفي	٦٠
١٥٩	الرتب و متوسطاتها حسب العمل الوظيفي و المتغير	٦١
١٦٠	نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً للمؤهل العلمي	٦٢
١٦١	نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً لفئات سنوات الخبرة العملية	٦٣
١٦٢	الرتب و متوسطاتها حسب سنوات الخبرة العملية و المتغير	٦٤

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
٨	نموذج البحث ومتغيراته	١
٤٢	نموذج ستيرز	٢
٥٤	الأبعاد الثلاث لجودة الخدمة	٣
٥٥	اختصار الأبعاد العشرة لجودة الخدمة	٤
٧٢	نموذج الخدمة للفجوات الخمسة	٥
٨٢	هيكل تنظيمي طويل لمستشفى	٦
٨٣	هيكل تنظيمي منبسط لمستشفى	٧
٨٤	التعقيد كأحد أبعاد الهيكل التنظيمي في المستشفيات	٨
٨٦	الهيكل التنظيمي الرسمي لإحدى المستشفيات الجامعية	٩
٩٢	جوهر عملية القيادة	١٠
٩٤	السرطان الإنسيابي لإدارة الجودة و التحسين في منظمات الرعاية الصحية	١١
١٢٤	التوزيع النسبي للمبحوثين حسب المستشفى التي يعملون فيها	١٢
١٢٥	التوزيع النسبي للمبحوثين حسب الجنس	١٣
١٢٥	التوزيع النسبي للمبحوثين حسب العمر	١٤
١٢٦	التوزيع النسبي للمبحوثين حسب العمل الوظيفي	١٥
١٢٦	التوزيع النسبي للمبحوثين حسب المؤهل العلمي	١٦
١٢٧	التوزيع النسبي للمبحوثين حسب سنوات الخبرة العملية	١٧

الفصل الأول

الإطار المنهجي للدراسة

- ١-١ - مقدمة.
- ١-٢ - مشكلة البحث.
- ١-٣ - أهمية البحث.
- ١-٣ - أهداف البحث.
- ١-٥ - التعريفات الإجرائية للدراسة.
- ١-٦ - نموذج البحث و متغيراته.
- ١-٧ - فرضيات البحث.
- ١-٨ - منهج البحث.
- ١-٩ - أساليب جمع البيانات.
- ١-١٠ - حدود البحث.
- ١-١١ - الدراسات السابقة.

هناك قطاعات مهمة و مؤثرة في الاقتصاد القومي، إلا أن هذه القطاعات أو بعضاً منها لا ينال الاهتمام الكافي سواء من المسؤولين عنها، أم الباحثين، أم الخبراء و المتخصصين، ويقع على رأس هذه القطاعات قطاع الخدمات الصحية وتحديداً قطاع المستشفيات. ذلك أن هذا القطاع يهتم بأعلى وأثمن ما يملكه الإنسان وهي الصحة، وكما يهتم بصحة المجتمع، فالمجتمع السليم المعافى، هو مجتمع قوي اقتصادياً و اجتماعياً و ثقافياً.

ومن أكبر التحديات التي تواجهها المستشفيات اليوم، هي : كيفية الارتقاء بمستوى الجودة على اعتبارها الطريق الوحيد لتحقيق رضا المرضى من جهة، والوصول إلى القدرة التنافسية من جهة ثانية. حيث أصبحت جودة الخدمات الصحية ضرورة لازمة تزداد أهميتها بازدياد قدرتها على إشباع الرغبات الكاملة للمرضى سواء داخل المستشفى أم خارجه، وذلك عن طريق تلبية متطلباتهم واحتياجاتهم، وتوقعاتهم الصريحة والضمنية.

سعت معظم المستشفيات نحو الوصول إلى مستويات عالية من الجودة في الخدمات التي تقدمها لمرضاهها. إلا أن معظم المحاولات لم تكن ناجحة، مما أدى إلى زيادة تكاليف التشغيل وتدهور أساليب العمل، وهدر الوقت، وانخفاض الروح المعنوية للعاملين، مما دفع بالبعض الى الاعتقاد بأن فلسفة الجودة المطبقة ونظمها لا تتماشى مع أساليب إدارة المستشفى. في حين اعتبر البعض الآخر أنّ سبب الإخفاق هو أسلوب الإدارة العليا وبيئة العمل السائدة داخل المنظمة. ونتيجة لذلك، ركّز الفكر التنظيمي الحديث جهوده على معرفة الأسباب الحقيقية لحالات عدم النجاح ودراسة أسبابها بعمق، حيث تحوّل الانتباه إلى دراسة مفهومات تدخل ضمن مصطلح المحددات التنظيمية كالمناخ التنظيمي **organizational climate** والثقافة التنظيمية **organizational culture** وغيرها من المحددات، وعلاقتها بحالات النجاح أو الفشل في التأثير على الجودة.

ونظراً لتشعب هذا الموضوع وحاجته إلى العديد من الدراسات في المجالات المختلفة، اكتفى الباحث بمعالجة الجوانب المتعلقة ببيئة العمل الداخلية والتي يعبر عنها بمصطلح المناخ التنظيمي **Organizational Climate**. حيث يتبين من خلال هذا المفهوم أنه غير ملموس، ويستدل عليه من خلال معرفة توجهات العاملين وانطباعاتهم عن المناخ الذي يعملون فيه، ومدى تأثيره في المتغيرات الإدارية والتنظيمية الأخرى.

يعد الاهتمام بموضوع المناخ التنظيمي أحد أهم الاتجاهات الإدارية في مجال الدراسات الإنسانية والسلوك التنظيمي، إذ إنّ المنظمة في الأساس تشمل العاملين والمتعاملين معها، كما أنها تتكون من الأدوار والتفاعلات أكثر مما تتكون من المباني والآلات والنواحي المادية الأخرى، فالمستشفيات تمارس مهامها في ظل مناخ تنظيمي معين له خصائص ومواصفات محددة تختلف من مستشفى إلى أخرى، وفقاً للظروف والبيئة التي تعمل من خلالها . وتتم داخل

هذا المناخ جميع العمليات الطبية والعلاجية والوقائية ومختلف النواحي الإدارية التي تخدم النواحي الطبية والصحية. وبالتالي يوضح هذا المناخ يوضح شكل العلاقات السائدة بين مختلف المستويات وطبيعتها، من حيث السلطات، والمسؤوليات، واتخاذ القرارات، والاتصالات وغيرها.

وتجدر الإشارة إلى أنّ، المناخ التنظيمي بأبعاده المختلفة يؤثر تأثيراً بالغ الأهمية في تحقيق الأهداف التي تسعى إليها المستشفيات، وكلما توافرت لهذه المستشفيات الكفاءة **Efficiency** و الفاعلية **Effectiveness** التنظيمية، كلما أمكنها تحقيق أهدافها بمستويات عالية من الجودة في خدماتها الصحية، و الاستغلال الأمثل لمواردها المتاحة سواء المادية منها أم البشرية. وسنركز في بحثنا هذا على دراسة تأثير أبعاد المناخ التنظيمي المتمثلة بـ (الهيكل التنظيمي - القيادة - التدريب) في جودة الخدمة الصحية.

١-٢- مشكلة البحث: (Problem of Research)

تُعد المستشفيات من أهم القطاعات الخدمية داخل أية دولة، فهي تتعامل مع حياة الإنسان وصحة المجتمع. إنّ التحسين المستمر لبيئة عملها الداخلية من أجل الحصول على خدمات ذات جودة عالية، يُعد هدفاً مهماً بالنسبة إلى إدارات تلك المستشفيات و أصحابها. فطبقاً للمفهوم الحديث للتسويق الذي يركز على تحقيق رضا العملاء - والذي هو في القطاع الصحي يتمثل برضا المرضى- فإنّ المستشفيات بنوعها الحكومي والخاص تؤكد على جودة خدماتها التي تعد أحد جوانب التميز على المدى البعيد، والأساس في نجاح أي منظمة كانت واستمرارها.

تعاني بعض المستشفيات من تدني مستوى جودة الخدمات المقدمة لديها، مما قد يؤدي إلى عدم حصول المستفيدين على قدر من الرعاية الصحية الجيدة، بالوقت، والمكان، والزمان المناسبين. ولما كان المناخ التنظيمي الذي تعمل من خلاله المستشفى يصف خصائص بيئة عملها الداخلية، ويحدد الإطار الذي يبين طريقة أداء عملها وانعكاسه سلباً أو إيجاباً على كفاية نشاطاتها، لذا لا بد أن تتأثر جودة مخرجاتها وفقاً لطبيعة هذا المناخ وقوته، لذلك فإنّ ضعف المناخ التنظيمي السائد بأبعاده المختلفة ينعكس سلباً على نشاطات المستشفى، فتكون غير فاعلة في أداء مهامها، مما قد يؤدي إلى انخفاض مستوى جودة ما تقدمه من خدمات.

وبناءً على ما سبق يمكن صياغة مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

- ما هو تأثير أبعاد المناخ التنظيمي (الهيكل التنظيمي - القيادة - التدريب) في جودة الخدمات الصحية لدى المستشفيات الخاصة قيد البحث؟.
- ما هو تأثير أبعاد المناخ التنظيمي المدروسة (الهيكل التنظيمي - القيادة - التدريب) في جودة الخدمات الصحية لدى المستشفيات الخاصة قيد البحث من وجهة نظر العاملين في الهيئة الإدارية؟
- ما هو تأثير أبعاد المناخ التنظيمي المدروسة (الهيكل التنظيمي - القيادة - التدريب) في جودة الخدمات الصحية لدى المستشفيات الخاصة قيد البحث من وجهة نظر العاملين في الهيئة الطبية؟
- ما هو مستوى توافر أبعاد المناخ التنظيمي لدى المستشفيات الخاصة قيد البحث؟
- ما هو مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة قيد البحث؟
- هل هناك رؤية مشتركة لدى أفراد عينة البحث تجاه متغيرات البحث وفقاً لبياناتهم الشخصية؟

٣-١- أهمية البحث: (Importance of Research)

تظهر أهمية هذه الدراسة من النواحي التالية:

أولاً- من الناحية العلمية:

- ❖ تلقي هذه الدراسة الضوء على أحد الموضوعات المهمة والذي يشمل متغيرين مهمين، الأول هو: المناخ التنظيمي بوصفه أحد المحددات التنظيمية الذي تعمل من خلاله المنظمات بشكل عام، والمستشفيات بشكل خاص. والثاني هو: جودة الخدمات الصحية والتي تعدّ من أهم التحديات التي تواجه إدارة المستشفيات. وإن الدمج بين هذين المتغيرين والتعرف على الدور المهم لكل منهما يُعطي الدراسة أهميتها من الناحية النظرية.
- ❖ تتعامل هذه الدراسة مع المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية، لما لهما من أهمية على المستشفيات في تحقيق أهدافها بكفاية وفاعلية لضمان الميزة التنافسية والربحية.
- ❖ قلة الأبحاث و الدراسات التي تتناول جودة الخدمات الصحية للمستشفيات الخاصة في محافظة دمشق. حيث أن أغلب الدراسات الموجودة ركزت على المستشفيات الحكومية.

- ❖ تتناول الدراسة موضوع الجودة في أكثر المنظمات الخدمية أهميةً في مدينة دمشق، وهي المستشفيات، التي تهتم بصحة الإنسان وسلامته. فالمستشفى هي المنظمة التي يجب أن تكون الجودة فيها جاذبة، أي أن تتجاوز توقعات المرضى وإداركاتهم، وذلك حتى تكتسب ميزة تنافسية تستطيع من خلالها تلبية احتياجات أفراد المجتمع، إضافةً إلى ضمان بقائها واستمرارها. وهذا ما ستوضحه الدراسة بالتطبيق على عينة البحث .
- ❖ تتناول الدراسة أيضاً موضوع المناخ التنظيمي في المستشفيات، الذي يُعد من المحددات الرئيسة المهمة لفاعلية أية مستشفى ومدى كفايته، ومؤشراً على مستوى الجودة المعمول فيه، وعلى مدى تحقيق احتياجات المرضى والعاملين فيها ورضاهم.
- ❖ أهمية القطاع الصحي في سوريا كونه حقّق نقلةً نوعيةً في تلبية احتياجات المجتمع الصحية والطبية والوقائية، ومن ضمنه المستشفيات الخاصة داخل مدينة دمشق، حيث يعد من أكثر القطاعات ضرورةً وأهميةً بالتوازي مع المستشفيات الحكومية.
- ❖ تزويد أصحاب القرار وواضعي السياسات داخل المستشفيات قيد البحث، بالنتائج التي أسفرت عنها الدراسة. والإشارة إلى نقاط الضعف والمشكلات التنظيمية التي تسود بيئة عملها الداخلية والتي تؤثر سلباً في أبعاد الجودة ومبادئها، وكيفية العمل على حلها وتفاديها مستقبلاً.
- ❖ إلقاء الضوء على نقاط القوة، و العمل على تطويرها من أجل الارتقاء بجودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات قيد البحث.

١-٤- أهداف البحث: (Objectives of Research)

يهدف البحث إلى :

- الكشف عن مدى وجود تأثير لأبعاد المناخ التنظيمي في جودة الخدمات الصحية، وذلك من وجهة نظر القائمين على المستشفيات قيد البحث.
- تقييم المناخ التنظيمي السائد داخل المستشفيات قيد البحث، من خلال دراسة أبعاد المناخ التنظيمي من وجهة نظر القائمين عليها وتشخيصها.
- التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المعمول بها في المستشفيات قيد البحث، من خلال دراسة وتشخيص أبعاد الجودة الخمسة وتشخيصها:
 - الملموسية
 - الاعتمادية
 - الاستجابة
 - الضمان
 - التعاطف
- التعرف من خلال الدراسة الميدانية على أهم المشكلات والصعوبات التي تواجه البيئة الداخلية التي تسود المستشفيات قيد البحث.
- تقديم التوصيات و المقترحات المناسبة في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، وذلك بهدف الارتقاء بجودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة.

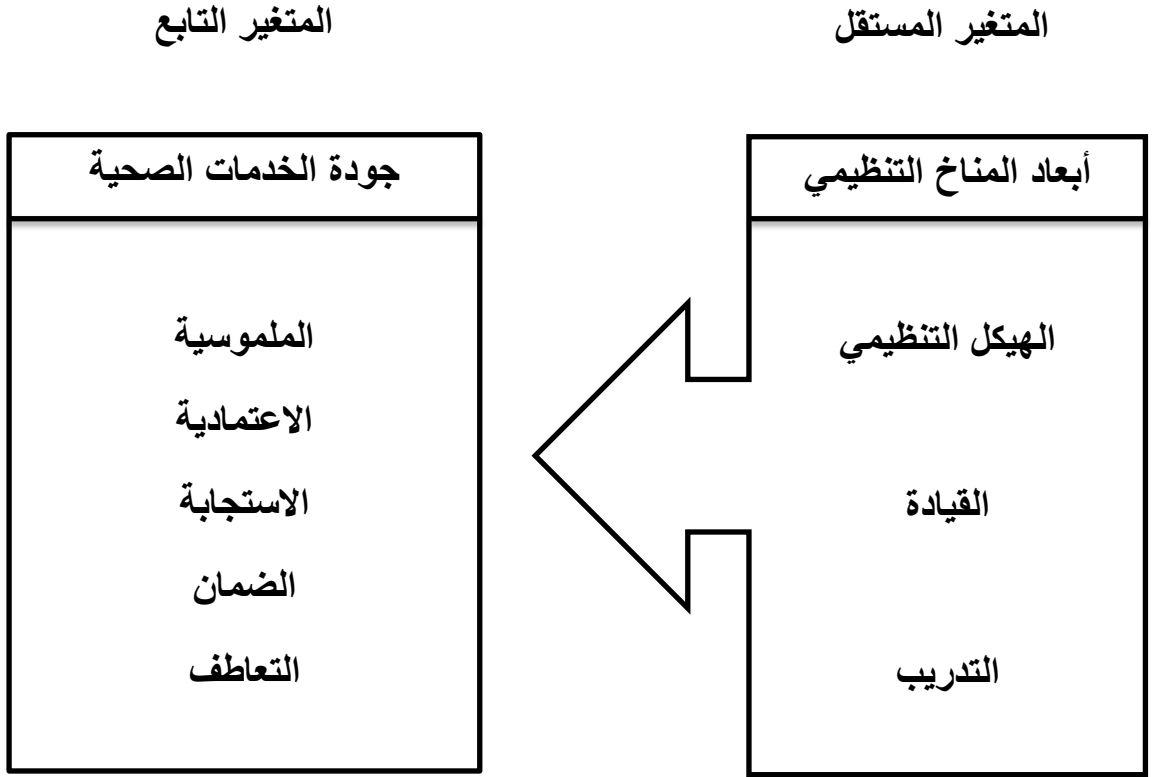
١-٥- التعريفات الإجرائية للدراسة: (Conductive Definitions)

- **الجودة: (Quality)** وقد عرفت الجمعية الأمريكية للجودة (ASQ) American Society For Qualit بأنها " المزايا أو الخصائص الكلية للسلعة أو الخدمة التي تعكس قدرتها على تلبية حاجات صريحة وضمنية ". (Evans, 2007:5-6)
- **جودة الخدمة: (Service Quality)** وهي نتيجة عملية التقييم، والتي من خلالها يقارن المستفيد توقعاته مع الخدمة التي حصل عليها بالفعل. أي هي الاختلاف بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة (المحسوسة). (Pai, 2012: 192)

- **جودة الخدمات الصحية: (Health Quality)** إعطاء المرضى ما يريدون (جودة الخدمة للمريض) وما يحتاجونه (جودة مهنية) وذلك باستخدام أقل الموارد، دون تأخير أو خطأ، وضمن لوائح وتعليمات عالية المستوى (جودة في الإدارة). (faisal, 2004: 138-139)
- **المستشفى: (hospital)** عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization المستشفى بأنها "ملجأ للعلاج، والتمريض، ومزاولة الصحة الوقائية، وبث الثقافة الصحية بين الجمهور". (محمد، ٢٠٠٨: ١٢٢) كما عرفت بأنها " كيان منظم لتقديم مجموعة محددة من الخدمات الطبية، وتتعلق بالعلاج المتخصص (تشخيص ومعالجة) مع مدخلات من المهنيين الصحيين (أطباء- ممرضين) وتقنيات ومرافق مؤهلة إدارياً وصحياً و فندقياً ". (WHO, 2003: 8)
- **المناخ التنظيمي: (organizational climate)** مجموعة تصورات العاملين وإدراكاتهم المشتركة بخصوص سياسات المنظمة، وإجراءاته، وممارساتها، والتي يمكن اعتبارها كمؤشرات للسلوك والأداء الواجب تدعيمها في أماكن العمل. (Benzer, 2011: 692)
- **أبعاد جودة الخدمات الصحية: (Health Service Quality Dimensions)** هي المعايير التي يعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة المقدمة من قبل المستفيدين منها. وهي المعايير أو المقاييس التي يتم من خلالها تحديد الفجوة أو التطابق بين توقعات العميل لمستوى الخدمة، وإدراكه لمستوى الخدمة المقدمة بالفعل. (Solayapan, 2011: 247)

١-٦- نموذج البحث و متغيراته: (Form and Variables)

يوضح الشكل رقم (١) نموذج البحث و متغيراته:



الشكل رقم (١)

نموذج البحث، و متغيراته

المصدر: من إعداد الباحث

١-٧- فرضيات البحث: (Research Hypotheses)

الفرضية العدمية الأساسية الأولى:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة. ويتفرع عن هذه الفرضية الفرعية التالية:

- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين بعد الهيكل التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة.
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين بعد القيادة وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة.
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين بعد التدريب وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة.

الفرضية العدمية الأساسية الثانية:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الإدارية. ويتفرع عنها الفرضيات الفرعية التالية:

- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين بعد الهيكل التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الإدارية.
- لا يوجد هناك علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين بعد القيادة وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الإدارية.
- لا يوجد هناك علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين بعد التدريب وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الإدارية.

الفرضية العدمية الأساسية الثالثة:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الطبية. ويتفرع عنها الفرضيات الفرعية التالية:

- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين بعد الهيكل التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الطبية.
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين بعد القيادة وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الطبية.
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين بعد التدريب وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الطبية.

الفرضية العدمية الأساسية الرابعة:

لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية ما بين إجابات المبحوثين حول متغيرات البحث تبعاً لبياناتهم الشخصية. ويتفرع عنها الفرضيات الفرعية التالية:

- لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية ما بين إجابات المبحوثين حول متغيرات البحث تبعاً للمستشفى الذي يعملون فيه.
- لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية ما بين إجابات المبحوثين حول متغيرات البحث تبعاً للجنس.
- لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية ما بين إجابات المبحوثين حول متغيرات البحث تبعاً لفئات العمر.
- لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية ما بين إجابات المبحوثين حول متغيرات البحث تبعاً للعمل الوظيفي
- لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية ما بين إجابات المبحوثين حول متغيرات البحث تبعاً لفئات سنوات الخبرة العملية.

١-٨- منهج البحث: (Research Methodology)

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الاستنتاجي Deductive ، الذي يقوم على مراجعة الدراسات النظرية والدراسات السابقة التي تتعلق بمشكلة البحث وتحديد الأسباب والأبعاد المختلفة للمشكلة وصياغتها في إطار مجموعة من الفرضيات التي تقبل موضوع البحث والدراسة، أي أن الدراسة سوف تتجه من العام إلى الخاص وذلك بتبني مفاهيم نظرية عامة وإخضاعها للتطبيق على مجال محدد، ثم يتم بعد ذلك تجميع البيانات من الواقع لاختبار صحة الفرضيات باستخدام المقاييس الإحصائية المناسبة. (العساف، ٢٠٠٨: ١٨٠)

١-٩- أساليب جمع البيانات: (Methods of the gathering Data)

يتمثل أسلوب البحث فيما يلي:

- تكوين إطار نظري للبحث عن طريق تجميع المادة العلمية المتعلقة بالموضوع من المصادر الثانوية التالية:
 - الكتب والمراجع العربية والأجنبية.
 - الدوريات والنشرات والمقالات.
 - الأبحاث المنشورة وغير المنشورة.
 - مطبوعات المؤتمرات.
- القيام بالدراسة الميدانية من أجل توفير البيانات من المصادر الأولية، والتي يستطيع الباحث من خلالها التأكد من صحة الفرضيات، وذلك عن طريق المقابلات وتصميم استبيان وتوزيعه على عينة البحث .

١-١٠- حدود البحث: (Study Constraints)

- الحدود الزمنية : تم إعداد هذا البحث في الفترة الممتدة ما بين ٢٠١٣/١/١٦ إلى ٢٠١٥/٦/٢٩.
- الحدود المكانية: وقد حُدِّت بعينة المستشفيات الخاصة ضمن مدينة دمشق والتي استجابت لهدف البحث وسمحت بتوزيع الاستبيان على الكوادر الطبية و الإدارية العاملة فيها.
- محددات بشرية: مرتبطة بإقناع المجيبين على الاستبيان (الكادر الطبي و الكادر الإداري) بالهدف منه، والإجابة على استفساراتهم وملاحظاتهم، بعد أن رفض عدد منهم التعاون مع الباحث.
- محددات موضوعية: متعلقة بأهمية تسليط الضوء على جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات الخاصة من منظور تنظيمي.

١١-١ - الدراسات السابقة: (Previous Studies)

تعدُّ مراجعة الأبحاث والدراسات السابقة من المراحل المهمة في منهجية البحث العلمي. ويحقق الباحث من خلالها فوائد عديدة، منها: التعرف على المساهمات السابقة فيما يتعلق بموضوع البحث، والتعرف على المناهج المستخدمة وأدوات جمع البيانات، والمساعدة في تحديد مشكلة البحث، وصياغة فرضياته. ويمكن تلخيص هذه الدراسات والتي استفاد الباحث منها وفقاً للجدول (١) التالي:

جدول رقم (١)

اسم الباحث	عنوان البحث	العام و مكان الدراسة	متغيرات الدراسة	أهم الأهداف و النتائج
Mok	العلاقة بين المناخ التنظيمي وتمكين طاقم الممرضات العاملة في المستشفى الإقليمي في Honk Kong	2003 Journal Of Nursing Management	المتغير المستقل (القيادة - الانسجام) في العمل - التحدي - التقدير - فرق العمل - اتخاذ القرارات) المتغير التابع التمكين	هدفت الدراسة إلى فحص خصائص المناخ التنظيمي والمدركة من قبل طاقم الممرضات العاملة في المستشفى الإقليمي في Honk Kong ، والتعرف على طبيعة العلاقة بين متغيرات البحث. ما توصلت إليه الدراسة : - توجد علاقة إيجابية بين أبعاد المناخ التنظيمي وتمكين الممرضات في المستشفى الإقليمي. - أظهرت النتائج بأن لكل من بعدي القيادة وفرق العمل لهما التأثير الأقوى على المتغير التابع. - توجد فروق جوهرية بين طاقم الممرضات العاملة في المستشفى حول إدراكهم لأبعاد المناخ التنظيمي، باستثناء بعد التحدي.

<p>هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين أبعاد القيادة التحويلية وأبعاد القيادة التبادلية مع أبعاد جودة الخدمات الصحية في مستشفيات الإمارات العربية المتحدة. ما توصلت إليه الدراسة:</p> <p>- بأن المرضى لدى جميع المستشفيات المبحوثة والتي عددها ستة، كانوا راضين عن مستوى جودة الخدمات المقدمة إليهم.</p> <p>- توجد علاقة إيجابية بين جميع أبعاد القيادة التحويلية و جودة الخدمات الصحية.</p> <p>- توجد علاقة إيجابية بين بعد المكافأة المشروطة للقيادة التبادلية و أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة.</p> <p>- توجد علاقة سلبية بين بعدي القيادة التبادلية (الإدارة النشطة و الإدارة الساكنة) مع أبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة.</p>	<p>المتغير المستقل</p> <p>القيادة التحويلية والقيادة التبادلية</p> <p>المتغير التابع</p> <p>أبعاد جودة الخدمات الصحية</p>	<p>2005</p> <p>Manageni</p> <p>g</p> <p>Service</p> <p>Quality</p>	<p>العلاقة بين أنماط القيادة الإدارية وجودة الخدمات الصحية في مستشفيات الإمارات العربية المتحدة</p> <p>UAE</p>	<p>Jabnou</p> <p>n</p>
<p>هدفت الدراسة إلى التأكد من رضا المرضى نحو جودة الخدمات المقدمة إليهم في المستشفيات الخاصة. ما توصلت إليه الدراسة:</p> <p>- المرضى في مدينة اسطنبول يفضلون المستشفيات الخاصة، بسبب اعتقادهم بأنها تقدم جودة نوعية أكثر من العامة. إلا أنهم وفي الوقت نفسه لا يحصلون على خدمات كافية .</p> <p>- أعداد كبيرة من المرضى في المستشفيات الخاصة يشكون من طول مدة الإقامة التي ينتظرونها للعلاج، وأيضاً من طول فترة الاستشارة، حيث تستغرق من ٢٠</p>	<p>المتغير المستقل</p> <p>جودة الخدمات الصحية</p> <p>المتغير التابع</p> <p>رضا المرضى</p>	<p>2007</p> <p>Journal</p> <p>OF</p> <p>Economic</p> <p>And</p> <p>Social</p> <p>Resarch</p>	<p>جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في تركيا</p>	<p>Caha</p>

<p>إلى ٣٠ دقيقة.</p> <p>-نقص في الطاقات البشرية والمادية، عوامل مهمة في التأثير على جودة الخدمات المقدمة.</p>				
<p>هدفت الدراسة إلى التعرف على واقع المناخ التنظيمي في الشركات المساهمة الأردنية العاملة في قطاع التأمين، وعلى طبيعة وأبعاد ثقافة المنظمة لدى تلك الشركات.</p> <p>- تحديد طبيعة وقوة العلاقة بين المناخ التنظيمي وثقافة المنظمة.</p> <p>ما توصلت إليه الدراسة:</p> <p>- أظهرت النتائج أن تقييم موظفي شركات التأمين المساهمة العامة في الأردن للمناخ التنظيمي كان إيجابياً بشكل عام .</p> <p>- فيما يتعلق بطبيعة العلاقة بين المناخ التنظيمي وثقافة المنظمة، فقد أثبتت النتائج أن هناك علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين المناخ التنظيمي والثقافة التنظيمية وفقاً لمعامل ارتباط بيرسون.</p>	<p>المتغير المستقل</p> <p>أبعاد المناخ التنظيمي (الهيكل التنظيمي - نمط القيادة واتخاذ القرار - نمط الاتصالات - الصراع التنظيمي - أنظمة التعويضات - ضغوط العمل - عمل الفريق).</p> <p>- المتغيرات الشخصية.</p> <p>المتغير التابع</p> <p>أبعاد ثقافة المنظمة، (القيم - الاتجاهات - الاهتمام بالعاملين - الابداع - العوامل المادية).</p>	<p>٢٠٠٧</p> <p>جامعة دمشق</p>	<p>المناخ التنظيمي وعلاقته بثقافة المنظمة: دراسة ميدانية على شركات التأمين المساهمة العامة في الأردن.</p>	<p>أبو خديجة</p>
<p>هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى كفاءة التمريض لدى العاملين في المستشفى الجامعي في الصين، وفحص العلاقة بين متغيرات الدراسة.</p> <p>ما توصلت إليه الدراسة :</p> <p>-مستوى الكفاءة في التمريض كان مرتفعاً</p>	<p>المتغير المستقل (الجوائز - المسؤولية - المرونة - التزام العاملين - الوضوح - المعايير)</p> <p>المتغير التابع</p>	<p>2007</p> <p>Nurcing And Health Sciences</p>	<p>تأثير المناخ التنظيمي على كفاءة التمريض في المستشفى الجامعي في الصين</p>	<p>Ying and Others</p>

<p>بجميع ابعاده.</p> <p>-مستوى إدراك المناخ التنظيمي لدى العاملين في المستشفى كان متوسطاً إجمالاً. حيث كان بعد الالتزام الأعلى بين جميع الأبعاد.</p> <p>-يوجد تأثير متوسط للمناخ التنظيمي على كفاءة التمريض.</p>	<p>الكفاءة</p> <p>(الممارسات القانونية- العناية السريرية- العلاقات الشخصية- التطوير والتدريب - البحوث)</p>			
<p>هدفت الدراسة إلى:</p> <p>- التعرف على أثر التدريب على تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية.</p> <p>ما توصلت إليه الدراسة:</p> <p>- جودة التدريب تتعكس إيجابياً على جودة الخدمات الطبية المقدمة.</p> <p>- إن المستشفيات لاتعتمد في خدماتها التعليمية والتدريبية والطبية مدخل إدارة الجودة الشاملة بسبب:</p> <p>١- عدم توافر التجهيزات العلمية والطبية الحديثة.</p> <p>٢- موقع المستشفى غير مناسب في وسط المدينة حيث الضجيج والازدحام.</p> <p>- لا يتم تحديد الاحتياجات التدريبية بطريقة علمية سليمة.</p>	<p>المتغير المستقل</p> <p>التدريب</p> <p>المتغير التابع</p> <p>جودة الخدمات الصحية</p>	<p>٢٠٠٧</p> <p>مجلة جامعة تشرين</p>	<p>أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي دراسة تطبيقية على مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية".</p>	<p>برهوم و آخرون</p>
<p>هدفت هذه الدراسة إلى تقييم المناخ التنظيمي السائد في المراكز الصحية الشاملة في إقليم الشمال في الأردن والتعرف على مستويات الرضا لدى العاملين فيها واستطلاع آراء</p>	<p>المتغير المستقل</p> <p>أبعاد المناخ التنظيمي (فلسفة القيادة- نمط اتخاذالقرار - نمط</p>	<p>٢٠٠٨</p> <p>مجلة جامعة دمشق</p>	<p>تقييم المديرين للمناخ التنظيمي السائد في المراكز الصحية الشاملة في</p>	<p>عدوان و آخرون</p>

<p>الإداريين العاملين في تلك المراكز لكونهم يقومون بتنفيذ السياسات الصحية. ما توصلت إليه الدراسة:</p> <p>- مستوى الرضا العام عن المناخ التنظيمي السائد في المراكز الصحية الشاملة في إقليم الشمال كما يراه المديرون المبحوثون متوسط.</p> <p>- أكثر أبعاد المناخ التنظيمي توافراً من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة كان بعد الولاء التنظيمي، في حين كان بعد سياسة الأجور والرواتب الأقل توافراً.</p> <p>- لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر المتغيرات الديمغرافية المدروسة في مجالات المناخ التنظيمي مجتمعة.</p>	<p>الاتصالات- العلاقات السائدة بين العاملين- سياسة الأجور والرواتب- الولاء التنظيمي) . - المتغيرات الديمغرافية. المتغير التابع رضا العاملين</p>		<p>إقليم الشمال في الأردن: دراسة ميدانية تحليلية</p>	
<p>هدفت الدراسة إلى:</p> <p>تقييم تصورات، توقعات المرضى والفجوات المتعلقة بجودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات العامة في اليونان.</p> <p>- تحديد الأهمية النسبية لأبعاد الجودة المدروسة في تأثيرها على تصورات المرضى لدى المستشفيات العامة (المدروسة) في اليونان.</p> <p>ما توصلت إليه الدراسة:</p> <p>- توجد فجوة في أبعاد الجودة الثلاث لدى جميع المستشفيات العامة (المدروسة) في اليونان. حيث تجاوزت توقعات المرضى تصوراتهم.</p> <p>- يوجد فرق كبير بين توقعات المرضى وتصوراتهم فيما يتعلق بالبعد الإنساني.</p>	<p>المتغير المستقل أبعاد الجودة (البعد الإنساني- البيئة المادية- الوصول) المتغير التابع تصورات المرضى</p>	<p>2008 Measuring Business Excellence</p>	<p>الجودة في مستشفيات الصحة العامة NHS في اليونان.</p>	<p>Glaveli and others</p>

<p>وبالتالي كان هذا البعد الأكثر أهمية وتأثيراً بين الأبعاد الثلاث على تصورات المرضى، حيث كانت توقعاتهم كبيرة. وهذا ما انعكس بشكل أكبر على فجوة الجودة. كان بعد الوصول الأكثر قبولاً ورضى لدى المرضى من بين الأبعاد الثلاث.</p>				
<p>هدفت الدراسة إلى تحليل العلاقة بين أبعاد الجودة المدروسة SQ ورضا العميل CS من منظور المرضى والقائمين على تقديم الخدمات.</p> <p>ما توصلت إليه الدراسة:</p> <p>- يوجد تأثير نسبي لأبعاد جودة الخدمات الصحية المدروسة على رضا المرضى في المستشفيات الخاصة والحكومية في الهند. حيث كان بعد الجودة الوظيفية الأكثر تأثيراً على الرضا من وجهة نظر المرضى والقائمين على تقديم الخدمة.</p> <p>- العناية السريرية، الإجراءات الإدارية، مؤشرات الأمان والثقة أثرت بشكل ملحوظ على رضا المريض في المستشفيات الحكومية. بينما في المستشفيات الخاصة، فقد أثرت البنى التحتية، الصورة الذهنية للمستشفى والثقة أثروا بشكل هام وكبير على رضا المرضى.</p>	<p>المتغير المستقل</p> <p>أبعاد جودة الخدمة (الإجراءات الإدارية- العناية السريرية- البنى التحتية- معايير الأمان- الجودة الوظيفية- المسؤولية الإجتماعية- الصورة الذهنية- الثقة).</p> <p>المتغير التابع</p> <p>الرضا</p>	<p>2009</p> <p>Bench- Marking: An Internatio nal Journal</p>	<p>جودة الخدمة وتأثيرها على الرضا من منظور المرضى والقائمين على تقديم الخدمة : دراسة في مستشفيات الهند الخاصة و الحكومية</p>	<p>Padma and others</p>

<p>هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير أبعاد المناخ التنظيمي المدروسة على الأداء والميزة التنافسية في المصارف التجارية الأردنية.</p> <p>ما توصلت إليه الدراسة:</p> <p>- يؤثر المناخ التنظيمي إيجابياً بأبعاده المدروسة مجتمعةً في قدرة المصارف التجارية الأردنية على الأداء المنظمي. حيث حصل بعد التكنولوجيا على المرتبة الأولى في التأثير. كما يؤثر المناخ إيجاباً في تعزيز القدرة التنافسية، ممثلاً بأبعاد جودة الخدمات المصرفية وسرعتها. فضلاً عن رضا العميل الخارجي.</p>	<p>المتغير المستقل المناخ التنظيمي (الهيكل التنظيمي - السياسات الإدارية - الحوافز - التكنولوجيا)</p> <p>المتغير التابع الأداء والميزة التنافسية</p>	<p>٢٠٠٩ مجلة الإدارة والاقتصاد</p>	<p>أثر المناخ التنظيمي في الأداء والميزة التنافسية "دراسة ميدانية في المصارف التجارية الأردنية"</p>	<p>الصفار</p>
<p>هدفت الدراسة التعرف على مستوى المناخ التنظيمي ورضا العاملين في المستشفيات الحكومية في بنغلادش ومدى العلاقة بينهما.</p> <p>توصلت الدراسة :</p> <p>- بشكل عام، توجد علاقة إيجابية مرتفعة بين المناخ التنظيمي ومستوى الرضى الوظيفي .</p> <p>- توجد علاقة ارتباط متوسطة بين أبعاد المناخ التنظيمي (الدعم - القواعد - الالتزام - الهيكل التنظيمي) والرضا الوظيفي.</p> <p>- أكثر أبعاد المناخ تأثيراً على الرضا كان الدعم.</p>	<p>المتغير المستقل (الهيكل التنظيمي - القواعد - المسؤولية - الجوائز والتقدير - الدعم - الالتزام)</p> <p>المتغير التابع الرضى الوظيفي</p>	<p>2009 international conference of humanities & social sciences</p>	<p>العلاقة بين المناخ التنظيمي والرضا الوظيفي في المستشفيات الحكومية في بنغلادش</p>	<p>Latif and others</p>

<p>هدفت الدراسة إلى:</p> <p>- التعرف على أهم العناصر المؤثرة في الأداء الوظيفي لدى عينة الدارسة.</p> <p>- تحليل العلاقة التي تربط بين عناصر المناخ التنظيمي التي سيتم دراستها ومستوى الأداء الوظيفي</p> <p>ماتوصلت إليه الدراسة:</p> <p>- وجود مستوى جيد جداً من الأداء الوظيفي للعاملين في الجامعة الإسلامية.</p> <p>- ضرورة أن تولي إدارة الجامعة اهتماماً خاصاً بجميع عناصر المناخ التنظيمي باعتباره متغيراً هاماً يساهم في التأثير على الأداء الوظيفي للعاملين، مما يؤدي إلى ارتفاع الروح المعنوية لهم وزيادة ولائهم وانتمائهم للجامعة. تطوير الجامعة للهياكل التنظيمية وتصميم هياكل تتسم بالمرونة وذلك لتتمكن من تعزيز قدرتها على التكيف مع الظروف الطارئة والظروف البيئية التي تواجهها.</p>	<p>المتغير المستقل</p> <p>أبعاد المناخ التنظيمي</p> <p>(الهيكل التنظيمي -</p> <p>نمط القيادة - مدى</p> <p>مشاركة العاملين -</p> <p>نمط الاتصال - طبيعة</p> <p>العمل - التكنولوجيا</p> <p>المستخدمة).</p> <p>المتغير التابع</p> <p>الأداء الوظيفي</p> <p>للعاملين الإداريين في</p> <p>الجامعة الإسلامية</p>	<p>٢٠١٠</p> <p>مجلة</p> <p>الجامعة</p> <p>الإسلامية</p> <p>(سلسلة</p> <p>الدراسات</p> <p>الإنسانية)</p>	<p>أثر المناخ التنظيمي</p> <p>على الأداء الوظيفي</p> <p>للعاملين الإداريين</p> <p>في الجامعة</p> <p>الإسلامية بغزة</p>	<p>بحر</p> <p>و</p> <p>أبوسويح</p>
<p>هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تطبيق كل من النمطين (التحويلي - التبادلي) في المستشفيات المدروسة. ودراسة نوع العلاقة بين الأنماط القيادية وجودة الخدمة الصحية.</p> <p>ما توصلت إليه الدراسة:</p> <p>- أن النمط التحويلي مطبق بنسبة متوسطة في كل من مستشفيات القطاع العام والخاص في مدينة دمشق.</p> <p>- أن النمط التبادلي مطبق بنسبة مقبولة في</p>	<p>المتغير المستقل</p> <p>أنماط القيادة</p> <p>(النمط التحويلي</p> <p>النمط التبادلي)</p> <p>المتغير المستقل</p> <p>جودة الخدمات</p> <p>الصحية</p>	<p>٢٠١٠</p> <p>جامعة دمشق</p>	<p>الأنماط القيادية و</p> <p>أثرها في جودة</p> <p>الخدمة الصحية</p> <p>" دراسة تطبيقية</p> <p>على قطاع</p> <p>المستشفيات"</p>	<p>بلقاضي</p>

<p>كل من مستشفيات القطاع العام والخاص في مدينة دمشق .</p> <p>- أن مستوى جودة الخدمات الصحية كانت جيدة بالنسبة لجميع المستشفيات، غير أن مستشفيات القطاع الخاص عرفت مستوى أعلى لجودة الخدمة الصحية المقدمة من نظيرتها في القطاع العام.</p>				
<p>هدفت الدراسة إلى :</p> <p>- إلقاء الضوء على عناصر المناخ التنظيمي السائدة في المستشفيات الحكومية .</p> <p>- تحليل العلاقة التي تربط بين عناصر المناخ التنظيمي ومستوى رضا المرضى عن الخدمة المقدمة.</p> <p>ما توصلت إليه الدراسة:</p> <p>- عدم وجود علاقة قوية بين الأداء الوظيفي والتحفيز المادي والعلاقات الإنسانية، والصدقة السائدة في المستشفى ونمط القيادة، وكانت هذه النتيجة تتعارض مع معظم ما تضمنه الإطار النظري في البحث والدراسات السابقة.</p> <p>- وجود علاقة طردية قوية بين التحفيز المعنوي ومستوى الأداء الوظيفي وجودة الخدمة المقدمة</p> <p>مما دل على أهمية الجانب المعنوي أكثر من المادي .</p> <p>- وجود علاقة طردية قوية ما بين عناصر</p>	<p>المتغير المستقل</p> <p>أبعاد المناخ التنظيمي (نمط القيادة - التحفيز المادي والمعنوي - العلاقات الاجتماعية)</p> <p>المتغير التابع</p> <p>رضا المرضى</p>	<p>٢٠١١</p> <p>جامعة النجاح في فلسطين</p>	<p>أثر المناخ التنظيمي السائد في المستشفى على رضا المرضى عن الخدمة المقدمة في المستشفيات الحكومية الفلسطينية "من وجهة نظر العاملين".</p>	<p>سركجي</p>

<p>المناخ التنظيمي مجتمعة، تؤثر بشكل كبير على رضا المرضى عن الخدمة المقدمة.</p>				
<p>هدفت الدراسة إلى التعرف على المناخ التنظيمي السائد في الجامعة الإسلامية في إيران، والتعرف على العلاقة بين المناخ التنظيمي السائد والالتزام من قبل العاملين فيها. ماتوصلت إليه الدراسة: وجود ارتباط إيجابي بين جميع أبعاد المناخ التنظيمي المدروسة ، باستثناء بعد القواعد. ليست كل أفراد عينة البحث تتمتع بالدرجة نفسها من الالتزام الوظيفي. فالمستخدمون يلتزمون أكثر من غيرهم. يسود بشكل عام مناخ تنظيمي إيجابي داخل الجامعة.</p>	<p>المتغير المستقل المناخ التنظيمي (الهيكل التنظيمي - الجوائز - القواعد - الهوية - روح الفريق - الدعم) المتغير التابع الالتزام الوظيفي</p>	<p>2011 Journal Of Basic & Applied Sciences</p>	<p>العلاقة بين المناخ التنظيمي والتزام العاملين في جامعة سوسنجيرد آزاد في إيران</p>	<p>Zadeh and Others</p>
<p>هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير المتغير المستقل بأبعاده الأربع على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى الوطني. ما توصلت إليه الدراسة : توجد علاقة سلبية بين العوامل التي تؤثر على جودة الخدمة في المستشفى الوطني، وجودة الخدمات الصحية المقدمة. حيث تشير النتائج بشكل واضح إلى انخفاض في كفاءة العاملين في المستشفى، واعتماد تكنولوجيا بسيطة غير كفؤة، ووجود قنوات اتصال غير</p>	<p>المتغير المستقل العوامل المؤثرة على الجودة (كفاءة العاملين وقدرتهم - التكنولوجيا - الاتصالات - المصادر المالية) المتغير التابع جودة الخدمات</p>	<p>2012 Internatio nal Journal Of Humanitie s & Social Science</p>	<p>العوامل المؤثرة على جودة الخدمات الصحية في قطاع الصحة العامة: دراسة على مستشفى كينيا الوطني</p>	<p>Muiruri</p>

<p>فعالة ومصادر مالية غير كافية. كل ذلك أثر سلباً على تقديم خدمات ذات جودة عالية إلى المرضى وانعكس بدوره على تصورات جودة الخدمات الصحية، ورضا المرضى، والولاء.</p>	<p>الصحية والمقاسة بالمقياس SERVIQUAL</p>			
<p>هدفت الدراسة إلى تقييم جودة الخدمات المقدمة من منظور المرضى في المستشفيات الخاصة في طهران، وتحديد الأهمية النسبية لأبعاد الجودة في توقع ولاء المريض. ما توصلت إليه الدراسة:</p> <p>- يوجد تأثير إيجابي وقوي لأبعاد جودة الخدمات الصحية على ولاء المريض. مثل الرغبة في العودة إلى نفس المستشفيات للعلاج، وتقديم النصيحة للغير للحصول على خدمات تلك المستشفيات Word Of Mouth</p> <p>- وجد أن بعد الكلفة له التأثير الأكبر على الولاء. مما يلزم مدرء تلك المستشفيات أن يهتموا بشكل أكبر بوضع أسعار معقولة ومدروسة.</p> <p>وجد أن بعد البيئة هو الأقل تأثيراً على ولاء المرضى مقارنة مع بقية الأبعاد. لأن المستشفيات المبحوثة اتجهت حديثاً نحو الاهتمام بالخصائص المادية اللازمة لتقديم الرعاية الصحية للمرضى.</p>	<p>المتغير المستقل أبعاد جودة الخدمات الصحية والمقاسة بالمقياس SERVPERF (العملية - التكامل - البيئة - التكلفة) المتغير التابع الولاء</p>	<p>2012 Iranian J Publ Health</p>	<p>تأثير جودة الخدمات الصحية على ولاء المريض: دراسة في المستشفيات الخاصة في طهران</p>	<p>Forshani and others</p>

<p>هدفت الدراسة إلى قياس تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأردنية الخاصة والعامة.</p> <p>ما توصلت إليه الدراسة:</p> <p>- يوجد تأثير لجودة الخدمات الصحية على رضا المرضى.</p> <p>- يوجد اختلافات جوهرية في تأثير الجودة على الرضا بين المستشفيات الخاصة والعامة.</p> <p>- تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى هو الأفضل في المستشفيات الخاصة من العامة. مع وجود نقص في توفر الاستجابة في الخاصة والعامة</p>	<p>المتغير المستقل</p> <p>جودة الخدمات الصحية</p> <p>المتغير التابع</p> <p>رضا المرض.</p>	<p>2012</p> <p>International journal of marketing studies</p>	<p>تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الخاصة والعامة في الأردن " دراسة مقارنة"</p>	<p>Zamil</p>
<p>هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة المناخ التنظيمي السائد في السلیمانية، وتحليل العلاقة بين أبعاد المناخ التنظيمي وبعض أبعاد جودة التعليم.</p> <p>ما توصلت إليه الدراسة :</p> <p>-إنَّ أغلبية أعضاء هيئة التدريس يرون أن كلياتهم تهتم بالهياكل التنظيمية من حيث تكاملها ومرونتها وسرعتها في إنجاز الأعمال، في حين يرى مجموعة منهم أن كلياتهم لاتهتم بذلك.</p> <p>-إنَّ الأغلبية العظمى من مجتمع الدراسة لاتهتم بأنظمة الحوافز وخاصة فيما يتعلق بتشجيع الكوادر التدريسية.</p> <p>- تتبين أن نسبة قليلة من أعضاء هيئة التدريس في الكليات التقنية يرون أن منظماتهم لاتهتم بنمط القيادة من حيث</p>	<p>المتغير المستقل</p> <p>أبعاد المناخ التنظيمي (الهيكل التنظيمي- نمط القيادة- الحوافز)</p> <p>المتغير التابع</p> <p>أبعاد جودة التعليم (الطلاب- المناهج الدراسية- أعضاء الهيئة التدريسية)</p>	<p>٢٠١٣</p> <p>جامعة الزيتونة الأردنية</p>	<p>أثر المناخ التنظيمي في تحقيق جودة التعليم التقني "دراسة استطلاعية في الكليات التقنية في السلیمانية"</p>	<p>عارف و محمد</p>

<p>أسلوب القيادة وتفويض الصلاحيات والمشاركة في اتخاذ القرارات.</p> <p>-أغلبية مجتمع الدراسة ترى بأن كلياتهم لاتعطي أهمية كبيرة للمناهج الدراسية من حيث إعدادها بمشاركة الخبراء والمختصين وفي التخصصات المختلفة.</p>				
---	--	--	--	--

ملاحظات حول الدراسات السابقة :

- وفقاً لموضوع البحث ومتغيراته، فإن مجالات الأبحاث والدراسات السابقة التي اهتم الباحث بالإطلاع عليها شملت كلاً من المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية. وبالتالي تم في الجدول السابق عرض بعض أهم هذه الدراسات التي استفاد الباحث منها، لعدم إمكانية حصرها جميعاً في بحث واحد، والتي تنوعت بين العربية والأجنبية، وذلك حسب التسلسل التاريخي لها من الأقدم إلى الأحدث.
- اختلفت الأهداف التي سعت إليها كل دراسة من الدراسات السابقة عن أهداف البحث الحالي، إما بسبب اختلاف أحد متغيرات الدراسة عن متغيرات البحث الحالي وإما بسبب اختلاف في مجتمع البحث، وهذا بدوره يؤدي إلى الاختلاف بنسب متفاوتة بين نتائج الدراسات السابقة ونتائج الدراسة الحالية.
- انقسمت الدراسات السابقة إلى عشرة دراسات حول المناخ التنظيمي وتِسعة دراسات اختصت بموضوع جودة الخدمات الصحية.
- الدراسات السابقة التي تعرضت بصفة مباشرة لموضوع الدراسة الحالية نادرة جداً إن لم تكن معدومة - ذلك على حد علم الباحث بعد قيامه بمراجعة العديد من البحوث والدراسات السابقة - وإن وجدت تكون قد أجريت في بيئة غير عربية. وبالتالي تعدُّ هذه الدراسة الأولى من نوعها من حيث تناولها موضوع جودة الخدمات الصحية من منظور تنظيمي وهو ما يميزها عن الدراسات السابقة، لذا تعد إضافة للمكتبة العلمية.
- اقتربت دراسة عارف و محمد - التي تناولت أثر المناخ التنظيمي في تحقيق جودة التعليم التقني - من متغيرات الدراسة الحالية بشكل كبير إلا أنها اختلفت عنها في مجال التطبيق، حيث تناولت جودة التعليم في الكليات التقنية.

الجدول التالي رقم (٢) يوضح أهم الفروق بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية :

نواحي الاختلاف	الدراسات السابقة	الدراسة الحالية
البيئة	أُجريت معظم الدراسات السابقة في بيئات عربية و أجنبية. باستثناء الدراسات التالية: أبو خديجة، برهوم وآخرون، بلقاضي، والتي أُجريت في بيئة العمل السورية.	أجريت الدراسة الحالية في بيئة العمل السورية
منهج البحث	استخدمت الدراسات السابقة مناهج بحثية مختلفة، إلا أن معظمها اتبع المنهج الوصفي التحليلي	استخدمت الدراسة الحالية المنهج الاستنتاجي Deductive
مجالات التطبيق	أُجريت معظم الدراسات السابقة على قطاع المستشفيات الخاص و الحكومي، باستثناء الدراسات التالية: - دراسة Farshan & others والتي أُجريت فقط على المستشفيات الخاصة في مدينة طهران. - دراسة Caha والتي أُجريت فقط على المستشفيات الخاصة في تركيا.	أجريت الدراسة الحالية على المستشفيات الخاصة في مدينة دمشق.
متغيرات الدراسة	المتغير المستقل (المناخ التنظيمي) اتفقت بعض الدراسات السابقة وتباينت بعضها الآخر في قياس أبعاد المناخ التنظيمي المدروسة. وهذا ظهر واضحاً في جميع الدراسات السابقة. و يدل ما سبق، على عدم وجود اتفاق واضح من قبل الباحثين والأكاديميين بخصوص قياس المناخ التنظيمي بسبب تعدد المقاييس من جهة، التباين في ظروف ومتغيرات كل دراسة من جهة أخرى. المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) معظم الدراسات السابقة استخدمت مقياس SERVIQUAL لقياس جودة الخدمات الصحية، باستثناء دراسة Farshan & others حيث استخدمت مقياس SERVPERF	المتغير المستقل (المناخ التنظيمي) حاولت الدراسة الحالية وبالاعتماد على الدراسات السابقة، تحديد أبعاد المناخ التنظيمي بدقة وبما يتناسب مع أهداف البحث ومجال التطبيق. المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) استخدمت الدراسة الحالية مقياس SERVIQUAL لقياس جودة الخدمات الصحية.

الفروق بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية

الفصل الثاني

المناخ التنظيمي وأبعاده

- ٢-١ - مفهوم المناخ التنظيمي.
- ٢-٢ - خصائص المناخ التنظيمي.
- ٢-٣ - أهمية المناخ التنظيمي.
- ٢-٤ - أنماط المناخ التنظيمي.
- ٢-٥ - العوامل المؤثرة في المناخ التنظيمي.
- ٢-٦ - قياس المناخ التنظيمي.

تسعى المنظمات على اختلاف أنواعها إلى تحقيق أهدافها بكفاية و فاعلية، من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية، والاستجابة إلى المتغيرات البيئية الداخلية و الخارجية على حد سواء، إلا أن نجاح المنظمات بشكل عام -ومنها المستشفيات- يعتمد على عدد من المتغيرات، أهمها: بيئة العمل الداخلية أو مايسمى مجازاً " المناخ التنظيمي " الذي يقوم بدور أساسي في تشكيل السلوك الفردي و التنظيمي داخل المنظمات. ومع اشتداد المنافسة والاتجاه نحو العولمة و التغيرات التكنولوجية المتسارعة، تبرز أهمية توفير المناخ التنظيمي المناسب لمواجهة هذه التحديات، وبالتالي لا بد من العمل على تنمية الموارد البشرية وتطويرها.

يعيش الفرد في بيئة إدارية تتطلب التفاعل والاتصال مع غيره، فإذا تكونت لديه مشاعر سلبية نحو المنظمة التي يعمل فيها يتدنى أدائه ودفاعيته للعمل، أما إذا تكونت لديه مشاعر إيجابية ناتجة عن طبيعة المناخ التنظيمي السائد فإنّ هذا يساهم في ارتفاع أدائه ودفاعيته للعمل، وبالتالي تحافظ المنظمة على تطورها واستمراريتها. (عبدان، ٢٠١١ : ٣٤)

٢-١ - مفهوم المناخ التنظيمي:

إن كلمة "مناخ" هي تعبير مجازي يتعلق عادة بالبيئة والطبيعة لموقع جغرافي يصف فصول السنة والتحولات الجوية التي تميز ذلك الموقع عن غيره من المواقع، وقد طبق هذا الاصطلاح على مكان العمل باعتبار أن المنظمة كيان اجتماعي يتفاعل مع عوامل البيئة المحيطة به فيؤثر فيها ويتأثر بها من ناحية، كما أنه كيان حركي يتفاعل عناصره البشرية وغير البشرية فتتأثر وتؤثر في بعضها البعض من ناحية أخرى (الطيب، ٢٠٠٨ : ٢)

وأخذت فكرة المناخ التنظيمي **Organizational Climate** بالظهور مع بداية الستينيات ومنذ ذلك الحين وهي تحظى باهتمام العديد من الباحثين خاصة في نظرية التنظيم والسلوك التنظيمي. حيث توجهت الجهود نحو توضيح طبيعة هذا المفهوم وأبعاده، والتعرف على نوعية المناخ السائد في المنظمة. وتعد دراسة المناخ التنظيمي والتعرف على مستوياته والعمل على تطويره أمر ضروري كي تتجح المنظمات في تحقيق أهدافها المتوخاة منها وأهداف العاملين فيها، مما يؤدي إلى المشاركة في تنمية أهداف المجتمع. (البدر، ٢٠٠٦ : ١٣)

وعلى الرغم من تشابه العديد من المنظمات في حجمها وطبيعتها ومنتجاتها، إلا أن لكل منظمة مناخها المستقل والذي يختلف عن المناخات التنظيمية في المنظمات الأخرى، وذلك يرجع إلى اختلاف ظروف العمل، واختلاف وجهات نظر الإدارة العليا في كل منظمة ونظرتها إلى أهمية المناخ التنظيمي، بالإضافة إلى اختلاف العاملين في طريقة إدراكهم لخصائص المنظمة. (أبوخديجة، ٢٠٠٧ : ٢٥)

ومن جهة ثانية، إنَّ المناخ التنظيمي الأقل دعماً وتشجيعاً، كضعف الاتصالات والتفاعلات بين الإدارة والعاملين والعلاقات الشخصية المتوترة وضعف الإشراف وغيرها، يُسهم بشكل كبير في استياء العاملين وانخفاضاً في أداء وفعالية المنظمة. (Jing,2011:224)

وبناءً على ما سبق، تعددت التعريفات لهذا المفهوم نظراً لتعدد العوامل والمؤثرات البيئية الداخلية التي يعمل الفرد في محيطها، حيث اختلف العديد من الباحثين في التوصل إلى مفهوم واحد للمناخ التنظيمي، والسبب في ذلك هو اختلاف توجهاتهم والمجال الذي يبحثون فيه. فقد أشار فورهند وجليمر (1964) إلى المناخ التنظيمي على أنه: " مجموعة من الخصائص التي تصف المنظمة والتي تميزها عن غيرها من المنظمات، وهي خصائص مستقرة عبر الزمن في سوكرات الأفراد العاملين داخل المنظمة". (Forehand & Gilmer, 1964: 33)

ومن التعريفات الرائدة حول مصطلح المناخ التنظيمي تعريف كل من لتوين وسترينجر (1968) اللذان حددا فيه مفهومهما للمناخ التنظيمي بأنه: " الخصائص التي تميز بيئة العمل في المنظمة، والمدركة بصورة مباشرة أو غير مباشرة من الأفراد اللذين يعملون في هذه البيئة، والتي يكون لها انعكاس أو تأثير على دوافعهم وسلوكهم". (litwin & stringer,1968:119)

وعرّفه الطجم و السواط بأنه: " عبارة عن موجز للانطباع الشخصي عن بيئة العمل داخل المنظمة. وهذا الانطباع يمكن أن يتجاوز مستوى الفرد إلى المستوى الجماعي". (الطجم، السواط، ٢٠٠٣ : ٢٤٨).

بينما المناخ التنظيمي من وجهة نظر فلييه والمجيد هو: " كافة الظروف الإدارية والاجتماعية والنفسية والمادية والبيئية السائدة داخل المنظمة والتي تؤثر في العلاقات الوظيفية بين أعضائها". (فيله وعبد المجيد، ٢٠٠٥ : ٢٩٣).

وعرّفه أبو شيخة بأنه: " مجموعة الخصائص البنائية والوظيفية والعملية التي يمكن إدراكها في منظمة ما في مرحلة ما، والتي لها تأثير في أداء العاملين ودرجة رضاهم". (أبو شيخة، ٢٠٠٥ : ١٢)

أيضاً عرّف ملحم المناخ التنظيمي بأنه: " مجموعة من الخصائص التي تميز المنظمة والتي يمكن إدراكها من خلال الطريقة التي تتعامل بها المنظمة مع بيئتها الداخلية (العاملون) والخارجية (العملاء والموردون مثلاً)، وإن هذه الخصائص تؤثر في سلوك الآخرين (العاملين)، بناءً على إدراكهم لهذا الخصائص، وليس من الضروري أن يكون هذا الإدراك يمثل ما هو كائن بالفعل، بل يمثل ما يدركه هؤلاء العاملون". (ملحم، ٢٠٠٦ : ٨)

أما الكبيسي فقد عرّف المناخ التنظيمي على أنه: " الحصيـلة لكل العوامـل الداخـلية كما يفسرها ويحللها العاملون فيها، والتي تظهر تأثيراتها على سلوكهم وعلى معنوياتهم وبالتالي على أدائهم وانتمائهم للمنظمة التي يعملون فيها". (الكبيسي، ٢٠٠٦ : ٨٥)

كما عرّفه براكاسام (Prakasam, 1986) أنه: " التصور المشترك للموظفين الذين يعملون ويعيشون معاً في المنظمة. فهو مجموع التصورات الفردية بخصوص الإجراءات التنظيمية والسياسات والممارسات والتي تمثل البيئة النفسية في المنظمة متضمنة أيضاً الآراء والتصورات الفردية المبنية على الأنشطة الصغيرة والأشياء التي تحدث للموظفين عبر فترة من الزمن". (Sandika, 2006: 28)

ويشير إليه سلوكام و هيلرجيل (Slocum & Hellriegel, 1974) على أنه "مجموعة الرموز والصفات التي يمكن أن تدرك أو تفهم حيال منظمة معينة و/أو الأنظمة الفرعية لهذه المنظمة، والتي تنبثق من الطريقة التي تتعامل فيها المنظمة أو أنظمتها الفرعية مع أعضائها وبيئتها".

ويتضمن هذا التعريف مؤشرات مختلفة في المناخ التنظيمي هي: (Castro,2008: 33)

- الاستجابات الإدراكية هي عبارة عن استجابات وصفية (Descriptive) وليست تقييمية (Evaluative).
- المستوى التحليلي (level of Analysis) ويعالج المقاييس والمفاهيم الخاصة بالمناخ التنظيمي على المستوى الكلي (Macro) وليس الجزئي (Micro).
- وحدة التحليل المعنية بالوصف والرموز هي المنظمة أو نظام فرعي محدد فيها وليس الفرد .
- لهذه الإدراكات نتائج سلوكية.

ويوضح المغربي مفهوم المناخ التنظيمي بأنه: " يمثل الخصائص التي تميز بيئة المنظمة الداخلية والتي يعمل الفرد من خلالها فتؤثر على قيمه واتجاهاته وآرائه". (المغربي، ١٩٩٥ : ٣٠٣)

ويعرّف كلاً من بحر وأبو سويرح المناخ التنظيمي بأنه: " مجموعة من العناصر والخصائص المميزة للمنظمة والتي يدركها العاملون من خلال تفاعلهم مع المتغيرات التنظيمية في بيئة العمل ومع الأفراد الآخرين، وتتمتع هذه الخصائص بقدرتها على التأثير على دوافع العاملين وسلوكياتهم". (بحر & أبو سويرح، ٢٠١٠ : ١١٥٢)

هناك العديد من التعريفات المتشابهة والمختلفة التي لا يتسع لنا المجال لسردها في هذه الدراسة، والتي يمكن للقارئ الرجوع إليها في أدبيات المناخ التنظيمي.

وبناءً على التعريفات السابقة، يمكن توضيح النقاط التالية :

☒ اتفق معظم الباحثين على أن المناخ التنظيمي هو مجموعة من الخصائص المدركة والمميزة للمنظمة من قبل الأفراد العاملين فيها، إلا أنهم اختلفوا بماذا تؤثر هذه الخصائص، وذلك كما يلي:

- من وجهة نظر كلاً من (ملحم) و (Forehand & Gilmer) : فإن تلك الخصائص تؤثر فقط على سلوك الأفراد العاملين.
- من وجهة نظر (المغربي) فإنها تؤثر فقط على سلوك العاملين بقيمهم و آرائهم و اتجاهاتهم.
- أما من وجهة نظر (بحر و أبوسويرح) و (Litwin & Stringer) : فإنها تؤثر في دوافع العاملين بالإضافة إلى سلوكهم.
- بينما من وجهة نظر (أبو شيخة) : فإنها تؤثر في أداء العاملين و درجة رضاهم.
- و من وجهة نظر (الكبيسي) : فإنها تؤثر على السلوك ثم على الأداء.

✘ اتفق كلاً من (الطجم و السواط) و (Prakasam) بأن المناخ التنظيمي عبارة فقط عن تصورات و انطباعات شخصية للأفراد العاملين في المنظمة بخصوص بيئة العمل الداخلية. وبالتالي لم يتم التطرق إلى ناحية" بماذا تؤثر تلك الانطباعات و التصورات".

✘ اتفق كلاً من (فليه و المجيد) و (الكبيسي) إلى حد كبير بأنّ المناخ التنظيمي عبارة عن عوامل و ظروف سائدة داخل المنظمة، إلا أن تأثير تلك العوامل و الظروف من وجهة نظر (فليه و المجيد) كانت على العلاقات الوظيفية للأفراد العاملين في المنظمة، بينما (الكبيسي) كانت على السلوك و الأداء.

ويرى الباحث من خلال قراءة تحليلية للتعريفات السابقة وللتعريفات الأخرى في أدبيات الموضوع، بأن المناخ التنظيمي عبارة عن: " مجموعة من الخصائص التي تميز بيئة عمل المنظمة عن غيرها من المنظمات، والمدركة من قبل العاملين فيها والتي لها تأثير في أداء العاملين ونتاجيتهم ومن ثم في أهداف المنظمة".

٢-٢- خصائص المناخ التنظيمي :

في ضوء تعبير المناخ التنظيمي لجميع الظروف و العناصر التي تحيط بالفرد داخل المنظمة في أثناء عمله، وتأثير هذه الظروف في نفسية الفرد وسلوكه واتجاهاته نحو عمله الذي يقوم به ونحو المنظمة التي يعمل فيها، وعلى ضوء ماتعكسه هذه التأثيرات على مستوى رضا العاملين ومستوى أدائهم الوظيفي، توصل الباحثون إلى عدد من الخصائص المميزة للمناخ التنظيمي داخل المنظمات ومنها المستشفيات، وتتمثل بعض منها فيما يلي:

- إن المناخ التنظيمي عامل إدراكي يراه العاملون وفق تصوراتهم الخاصة، وليس بالضرورة كما هو قائم فعلاً، أي أنّ المناخ التنظيمي يعبر عن خصائص المنظمة كما يدركها العاملون بها، وتكون اتجاهاتهم وسلوكياتهم ومستوى أدائهم وإبداعهم انعكاسات لتأثير إدراكاتهم لتلك الخصائص البيئية. ويمتاز المناخ التنظيمي بنوعية ثابتة، بمعنى أن خصائص المناخ التنظيمي تتسم بدرجة من الاستمرار النسبي ، إلا أنه خاضع للتغيير عبر الزمن، وهذه الخاصية مستمدة من أن شخصية المنظمة عملية مكتسبة وتتأثر بالمتغيرات العديدة ذات العلاقة.(فليه و عبد المجيد ٢٠٠٥ : ٢٩٥).

- يعبر المناخ التنظيمي عن مجموعة من الخصائص التي تميز البيئة الداخلية للمنظمة والتي من خلالها يتم تمييز منظمة عن أخرى ، وهذه الخصائص تؤثر بدورها على سلوك العاملين وعلى كفاءة المنظمة. (Chegini,2012:13027)
- المناخ التنظيمي هو جوهر البيئة الإنسانية في الحدود التي يعمل بها العاملون في المنظمة، حيث يتأثر بنوعية الموارد البشرية، لأنه وسيط بين متطلبات الوظيفة وحاجات الفرد. ويملك تأثيراً رئيسياً على الدافع والإنتاجية ورضا العمل. (Singh& et al, 2011:9)
- المناخ التنظيمي لا يعني البيئة، حيث تتعلق البيئة بكل ما يدور خارج المنظمة وداخلها على المستوى الكلي، في حين يتعلق المناخ التنظيمي بالخصائص التي تتناول الفعاليات والنشاطات الداخلية. (الفهيد، ٢٠٠٩ : ٣٩ - ٤٠).
- يشير المناخ التنظيمي إلى العلاقة المتشابكة والمتداخلة بين كل من خصائص التنظيم ومستوى إدراك الأفراد لجملة من المؤثرات التنظيمية والتي تؤثر على اتجاهات الأفراد نحو العمل سلباً أو إيجاباً. فهو ينتج عن تفاعل الفرد بمكوناته الشخصية مع التغيرات التنظيمية. (قرواني، ٢٠١٠ : ٣).
- هذا ويختلف المناخ التنظيمي عن المناخ الإداري، حيث يعد المناخ الإداري أحد المحددات الأساسية للمناخ التنظيمي، بينما يعد المناخ التنظيمي أحد المحددات الأساسية للسلوك. أي أن المناخ الإداري يتعلق أكثر بالقدرات الإدارية العليا وبما يميزه من إجراءات إدارية تؤثر على كيان المنظمة ككل، فمفهوم المناخ التنظيمي يعتبر أعم وأشمل من مصطلح المناخ الإداري. (محارمة، ١٩٩٦ : ١٠)

٢-٣- أهمية المناخ التنظيمي :

برزت أهمية المناخ التنظيمي من خلال معرفة دوره الفعال في نجاح المنظمة أو فشلها ، فالمناخ التنظيمي له تأثير ملموس على اتجاهات العاملين وتحفيزهم ورضاهم عن العمل، وبالتالي على سلوكهم وأدائهم . وبناءً عليه، فإن دراسة المناخ التنظيمي لأية منظمة كالمستشفى، تزود الإدارة بالمعلومات اللازمة عن الظروف والخصائص التنظيمية المفروض أن تتوفر داخلها، وبذلك تتمكن الإدارة من تحديد الوقت المناسب لإحداث التغييرات المطلوبه في المناخ، وبالتالي التأثير في سلوك العاملين وحفزهم للعمل ، مما يؤثر في مدى تحقيق المنظمة لأهدافها (أبوخيديج، ٢٠٠٧ : ٢٩).

وتأتي أهمية المناخ التنظيمي أيضاً من خلال :

- تأثيره على كفاية العاملين داخل المنظمة، لأن قدرة المنظمة على تأدية المهام المناطة بها تتوقف بدرجة كبيرة على الصورة التي توجد لهذه المنظمة في أذهان العاملين بها.
- التأثير على المنظمات في تحقيق أهدافها المخططة والتي ترتبط بالمناخ السائد داخل العمل، وأن تأثيره في تحقيق الأهداف النهائية التي تصبوا إليها أية منظمة يعد تأثيراً مباشراً. وأيضاً، فإن فاعلية المنظمة لمخرجاتها يرتبط بالمناخ السائد فيها سلباً أو إيجاباً. (البدر، ٢٠٠٦ : ٢٠-٢١).

- التأثير الكبير على سلوكيات الأفراد، لأن الفرد يقضي معظم وقته في العمل حيث الاحتكاك بالرؤساء والمرؤوسين على كافة المستويات، فهو يخضع في سلوكه لتأثيرات المناخ بأبعاده المختلفة. (الفهيد، ٢٠٠٩: ٣٨ - ٣٩).

وتتضح أهمية المناخ التنظيمي من كونه عنصراً لازماً لتحقيق التقارب الواجب بين تحقيق أهداف المنظمة وأهداف العاملين فيها، ومن إسهامه في التطوير التنظيمي **Organizational Development** من خلال العمل على تطوير الأبعاد المختلفة داخلها، ومن تأثير نمط المناخ التنظيمي على نمو إمكانيات العاملين في حل مشاكلهم بشكل مؤثر وفعال. (صليحة، ٢٠١٠: ١٥).

وتجدر الإشارة إلى أنّ وجود مناخ تنظيمي إيجابي يعطي العاملين الحق في إبداء الرأي والمشاركة في اتخاذ القرارات في المنظمة، فهو منطلق لاجراء التحسينات المستمرة في الجودة من خلال تحديد مناطق الخلل وعدم الكفاءة في الأداء التي يتم الإشارة إليها من قبل العاملين من كافة المستويات في المنظمة عن طريق اتصالات فعّالة بينهم وبين الإدارة. (Gupta, 2008:11).

ومن الشائع أيضاً، أن معظم أفراد المنظمة يتجهون إلى التقليل من طاقاتهم وإمكاناتهم في العمل. ويعود ذلك إلى قلة الواقعية أو عدم الرغبة في استغلال تلك الإمكانيات أو الطاقات بسبب سوء طبيعة المناخ التنظيمي الذي يعمل فيه هؤلاء. (المدهون، ٢٠١٢: ١٥) لذلك فإنّ دراسة المناخ التنظيمي في المنظمة يحدد مجالات الرضا وعدم الرضا للعاملين وأسبابها، وبالتالي يسهل على الإدارة خلق المزيد من التفاعل في مكان العمل وهذا ينعكس بدوره على الانتاجية.

وقد أكدت الكثير من البحوث التي أجريت في بيئات مختلفة أجنبية كانت أم عربية، على أن المناخ التنظيمي يؤثر على الكثير من المخرجات التنظيمية، منها دراسة المطرفي (٢٠١٣) التي توصلت إلى أن هناك علاقات مباشرة بين طبيعة المناخ التنظيمي السائد في تلك المنظمات وتلك المخرجات. (المطرفي، ٢٠١٣: ١٨).

بناءً على ماسبق، يرى الباحث أن المناخ التنظيمي يمثل ركناً مهماً في خلق بيئة عمل مناسبة للعاملين في المنظمات بشكل عام و المستشفيات بشكل خاص، وأن أية محاولة لتحسين العمليات التنظيمية، أو جودة ما يتم إنتاجه، أو إدخال اساليب وتكنولوجيا حديثة قد تفشل إذا ماتمت في بيئة عمل معقدة ومناخ تنظيمي سلبي، لما له من تأثير على أداء العاملين وإنتاجيتهم، لذلك لا بد من إيجاد مناخ تنظيمي داعم للعاملين يتيح بيئة إيجابية ومناسبة للعمل داخل أية منظمة.

٢-٤ - أنماط المناخ التنظيمي:

هناك تصنيفات كثيرة للمناخ التنظيمي ترجع طبيعتها إلى نوع الخصائص الموجودة في المنظمة، فقد توصف منظمة ما كالمستشفى، بأنها تتمتع بمناخ ديمقراطي وأخرى تتمتع بمناخ بيروقراطي. كما قد يكون المناخ التنظيمي في إحدى المنظمات مريحاً للعاملين ودافعاً لهم لزيادة إنتاجهم، وفي منظمة أخرى قد يكون متعباً للعاملين بحيث لا يعمل على تحفيزهم ودفعهم لمزيد من العمل. والمناخ التنظيمي الذي يلائم منظمة معينة (مستشفى معين) قد لا يلائم منظمة أخرى

تعمل في مجال آخر أو حتى في نفس المجال، وكذلك فإن المناخ التنظيمي الذي يلائم منظمة معينة في وقت من الأوقات قد لا يلائمها في وقت آخر (أبوخديجة، ٢٠٠٧، ٣٢).

وهكذا لا يوجد مناخ تنظيمي نموذجي أو مثالي يصلح للتطبيق في مختلف أنواع المنظمات، وهذا يعود إلى المتغيرات والعناصر المؤثرة في المناخ التنظيمي والتي تختلف من حيث النّقل والنوعية فيما بين المنظمات، إضافةً إلى ذلك، فالمناخ التنظيمي هو الصورة الذهنية التي يحملها الأفراد اتجاه المنظمة التي يعملون فيها. أو هو شخصية المنظمة كما يراها الفرد.

بالرغم مما سبق، فقد حاول العديد من الباحثين تحديد نموذج مثالي للمناخ التنظيمي، كما حاولوا الوصول إلى نموذج فعال يؤدي إلى ذوبان فردية الفرد واندماجه مع المجموعة، ولعل أكثر هذه المحاولات شهرة هي محاولة هالبين وكروفت (Halpin & Croft, 1966)، حيث تناولوا المناخ على أنه نتاج للعلاقة بين الشخصية كمتغير متعدد الأبعاد Multi – Dimensional يتصف بالتعدد، وبين خصائص المنظمة والتي تتميز بالتعدد والتشابك. فقد أشارا إلى أن المناخ التنظيمي يمكن أن يتدرج على خط متصل يمتد ما بين المناخ المفتوح في طرف إلى المناخ المغلق في الطرف المقابل، وعلى امتداد هذا التدرج ميّزا بين ستة أنماط من المناخ التنظيمي، يمكن توضيحها كمايلي: (محارمة، ١٩٩٦، ١٠-١١)

❖ المناخ المفتوح : The Open Climate

يتميز هذا المناخ بارتفاع الروح المعنوية والرضا للأفراد العاملين في المنظمة، وارتفاع مستوى التحفيز، والاهتمام بهم، ووجود صدق وإخلاص في السلوك لدى المدير والعاملين، حيث يشعرون في مثل هذا النمط المناخي بدرجة عالية من الالتزام والمشاركة المتبادلة، فهم ملتزمون بواجباتهم لوجود إدارة واقعية وديمقراطية. (Sani, 2011;24-25)

❖ المناخ المستقل : The Autonomous Climate

السمة الرئيسية لهذا المناخ هي الحرية شبه الكاملة التي يعطيها المدير للعاملين في حدود مصلحة العمل وإن كان يميل سلوكه إلى تطبيق القوانين واللوائح حرفياً دون مراعاة الظروف المتغيرة. وترتفع الروح المعنوية للعاملين في هذا النمط المناخي وإن كانت لاتصل إلى مستواها في المناخ المفتوح، ويرجع ارتفاعها إلى اشباع الحاجات الاجتماعية في المقام الأول.

❖ المناخ العائلي: The Familiar Climate

يتصف بالألفة الشديدة بين العاملين، ووجود علاقات طيبة بينهم، مما يؤدي إلى إحساسهم بالرضا نتيجة إشباع حاجاتهم الاجتماعية، ولا يوجد اهتمام كافٍ بتحقيق أهداف المنظمة وإنجاز العمل، والروح المعنوية متوسطة نتيجة عدم وجود رضا عن ظروف العمل. (الطيب، ٢٠٠٨: ٢١).

❖ المناخ الموجّه: The Controlled Climate

يقترن بتوجهات شديدة نحو: العمل والإنتاج على حساب إشباع الحاجات الاجتماعية، جدية العمل، ولا وقت للعلاقات الاجتماعية، ويتصف سلوك المدير ب: السيطرة والتوجيه، ارتفاع الروح المعنوية إلى حدّ ما، وانخفاض مستوى الاهتمام بالعاملين.

❖ المناخ الأبوي: The Paternal Climate

يتميز بانخفاض مستوى الروح المعنوية، والرضا الناجم عن عدم إشباع الحاجات الاجتماعية، وتحقيق إنجاز في العمل. كما يتميز بانخفاض مستوى الرقابة ومستوى العلاقات الاجتماعية بين العاملين، حيث يقوم المدير بالأعمال الإدارية، ويهتم بالعمل من جانبه ويفشل في تحفيز العاملين. (رسمي، ٢٠٠٤: ١٠١-١٠٢).

❖ المناخ المغلق: The Closed Climate

يتميز هذا النمط ب: انخفاض الروح المعنوية والرضا لدى العاملين، خيبة الأمل واللامبالاة، وتراجع كبير في العمل الجماعي. فالمدير غير قادر على توجيه وتحفيز العاملين نحو إنجاز العمل، وغير مهتم بحاجاتهم الاجتماعية، حيث أنه يركز فقط على الإنتاج وبالتالي نجاح المنظمة يكون أمراً نادراً. (Sani, 2012: 13)

٢-٥- العوامل المؤثرة في المناخ التنظيمي :

على اعتبار أنّ المناخ التنظيمي هو البيئة الداخلية لأية منظمة، والمنظمة نظام اجتماعي مفتوح، سوف يؤثر و يتأثر بالعديد من العوامل الهامة، التي تتفاعل فيما بينها منعكسةً على متغيرات رئيسية مثل دافعية العاملين بالمنظمة ورضاهم الوظيفي، ودرجة الالتزام والابتكار، وكذلك على إنتاجية وكفاءة المنظمة، وغيرها من المتغيرات الأخرى. فمن الممكن تصنيف العوامل المؤثرة في المناخ التنظيمي إلى ثلاثة أقسام أو فئات: عوامل خارجية، عوامل تنظيمية، عوامل شخصية وذلك على النحو التالي :

أولاً : عوامل خارجية (External Factors) وتشمل:

- البيئة الخارجية (External Environment): وهي مجموعة القيود الخارجية التي تؤثر على العمل بالمنظمة سواء أكانت الظروف السائدة سياسية أم اقتصادية أم قانونية أم اجتماعية، فقد تؤدي تلك القيود إلى قيام العاملين بأدوار مختلفة قد ينتج عنها وجود تعارض أو صراع فيما بينهم.
 - البيئة الاقتصادية (Economical Environment): تلعب البيئة الاقتصادية المحيطة بالمنظمة دوراً هاماً في التأثير على إيجابية المناخ التنظيمي فيها وسلبيته. ففي حالة الكساد أو الفترات التحولية للمنظمات كمرحلة الخصخصة واحتمال الاستغناء عن جزء من العمالة، يسود المناخ التنظيمي جو من القلق، وتغيب عنه عناصر الإستقرار والتحفيز، كذلك عندما يتجه الإقتصاد الوطني للنمو، وتكون الأحوال السوقية والمالية للمنظمة طبيعية، يميل المديرون إلى المغامرة والمخاطرة، بينما لاتساعد فترات الكساد على ذلك، حيث تكون الموازنات في المنظمة محدودة، وهنا يتجه المديرون إلى صنع قرارات متحفظة، ويميلون إلى عدم تشجيع أو قبول أفكار ابتكارية، والتردد في تصميم برامج عمل جديدة، أو رفض كل ما يتضمن مخاطرة بدرجة أو بأخرى. (صليحة، ٢٠١٠: ٤٦).
 - البيئة الاجتماعية (Social Environment): تؤثر البيئة الاجتماعية والتي تشمل العادات والتقاليد، والقيم والثقافات المحلية، والاتجاهات على فهم الأفراد لمجريات الأحداث داخل المنظمة واستيعابهم، وبالتالي على سلوكياتهم وتصرفاتهم. (الشنطي، ٢٠٠٦: ٢٦).
 - البيئة التكنولوجية (Technology Environment): حيث تعد البيئة التكنولوجية القاعدة الأساسية التي تستطيع أن تنطلق منها أية منظمة لإحداث أي تغيير في نوعية منتجاتها، لذلك لا بد لكل منظمة من توفير الكوادر ذات المهارات التي تمكنها من متابعة ما يحدث في تلك البيئة. فتأثير تلك البيئة على سلوك العاملين يتمثل في دفع هؤلاء العاملين إلى محاولة اكتساب المهارات اللازمة لمواكبة تلك التغيرات التكنولوجية، مما سيؤدي إلى تحسين المناخ التنظيمي. (البقي، ٢٠١٠: ١٥).
- وكما كانت التكنولوجيا المستخدمة في المنظمة ذات طبيعة جامدة، اتجه المناخ نحو السلبية، وانخفاض الإبداع، أما استخدام التكنولوجيا المتطورة فيؤدي إلى إيجابية المناخ، وبالتالي زيادة الإبداع وتحمل المسؤولية في إنجاز العمل. (صليحة، ٢٠١٠: ٤٩)

ثانياً: عوامل تنظيمية (Organizational Factors) وتشمل:

- الهيكل التنظيمي (Organizational Structure) : إن المنظمة ذات الهيكل التنظيمي المرن والذي يوضح الوصف الوظيفي للعاملين، ويبتعد عن حرفة التقيد بالأنظمة واللوائح، ويعترف بالتنظيمات غير الرسمية كظاهرة إنسانية ويعاملها كديف للتنظيم الرسمي، تجعل مناخها التنظيمي محبباً للعاملين، وتتيح لهم فرص المشاركة في اتخاذ القرارات، ورسم السياسات. وتحقيق سبل الإبداع والابتكار في إطار تنظيمي قادر على تحفيز الأفراد ورفع الروح المعنوية لديهم، أما

الهيكل التنظيمي غير المرن فإنه لا يتيح فرص التأقلم للمتغيرات، ولا يعترف بالتنظيمات غير الرسمية، ولا يتعامل معها. (الطيب، ٢٠٠٨: ١٧)

- النمط القيادي (leadership Style): إن القادة هم الذين يؤثرون في سلوك الأفراد العاملين معهم، فطريقة تعامل الإدارة و القيادة في المنظمة مع العاملين وما يتفرع عن ذلك من طرق اتصال وتحفيز يعتبر عاملاً هاماً في إرساء وإشاعة الثقة والمشاركة والانتماء للمنظمة. (الفهيد، ٢٠٠٩: ٤٩). فالنمط الدكتاتوري في القيادة، قد يؤدي إلى زيادة الإنتاج في بداية الأمر، ولكن مع مرور الوقت يسود جو من الإحباط وانخفاض الروح المعنوية، مما يؤثر سلباً على الأداء. على النقيض من ذلك، فإن النمط الديمقراطي المطلق، يركز فقط على العلاقات الإجتماعية التي قد تكون على حساب العمل. (سواط والطجم، ٢٠٠٣: ٢٥٤-٢٥٥) لذلك فإن القيادة المتوازنة التي تعمل على استثمار طاقات العاملين، ومجهوداتهم بمايخدم مصلحة المنظمة والفرد تعتبر الأسلوب الأمثل القادر على خلق بيئة عمل منتجة. (البقي، ٢٠١٠: ١٦).
- تقييد المسار الوظيفي (A Blocked Career): من أسوأ ما يتعرض له الموظفون ذوو الطموحات العالية هو معرفتهم بعدم إمكانية تقدمهم الوظيفي Upward Mobility لعدم وجود الوظائف الشاغرة في المستويات العليا، لأسباب مالية أو أية أسباب أخرى خارجة عن إرادة الفرد.
- الأهداف التنظيمية (Organizational Objectives): تحدد الأهداف التي تسعى المنظمة إلى تحقيقها طبيعة الأنشطة والتفاعل بين الأشخاص اللزيمين لتحقيق هذه الأهداف. و كلما كانت هذه الأهداف واضحة كلما وضحت الأدوار والمسؤوليات المناطة بالأفراد، وضعف احتمال وجود جو التعارضات والتناقضات في الأداء. (سواط والطجم، ٢٠٠٣: ٢٥٦-٢٥٧).
- الغموض (Ambiguous Demands): وهو عبارة عن مدى الجهل السائد في العلاقات الوظيفية والذي قد ينتج عن نقص في المعلومات المتاحة، أو بسبب جهل الأفراد بالسلوكيات المطلوبة أثناء تأدية العمل، أو عدم إلمام الأفراد بالنتائج المترتبة على عدم اتباع بعض السلوكيات. ويترتب على ذلك، الغموض وشعور بالإحباط واللامبالاة، والإهمال وزيادة التوترات المصاحبة للوظيفة أو قلة الثقة بالنفس أو قلة الرضا الوظيفي. (الشنطي، ٢٠٠٦: ٢٨).
- المسؤولية المفرطة (Excessive Responsibility): يلاحظ أن تزايد حجم المسؤوليات الملقاة على عاتق الموظف، وكذلك المبالغة في منح الصلاحيات له مع عدم قدرته على تحمل ذلك يؤدي إلى نوع من القلق والشعور بالإحباط.
- نظام الأجور والحوافز (Wage and Incentive System): إن تبني المنظمة لنظام أجور عادل وحوافز - مادية ومعنوية - مرضية يشجع الأفراد المؤهلين إلى الالتحاق بها، ويدفعهم للأداء الجيد، ويرغبهم أيضاً الاستمرار في المنظمة.

ثالثاً: العوامل الشخصية (Personal Factors) وتشمل:

- قدرة الأفراد (Ability): فعدم قدرة العامل على القيام بالأعمال الموكلة إليه قد يسبب له نوعاً من الإحباط، وبذلك يؤدي إلى انخفاض الإنتاجية. (المدهون، ٢٠١٢: ٢٥)
- تناقض القيم (Value Conflicts) : قد يتطلب العمل الوظيفي أحياناً بعض السلوكيات التي لا تتفق مع قيم وأخلاقيات الموظف، مثل هذه السلوكيات قد تخلق شعوراً لدى الموظف بالذنب، وتصيبه بحالة من القلق الدائم وتأنيب الضمير، مما ينعكس سلباً على إنتاجه.
- درجة المخاطرة (Risk Taking): إن المناخ التنظيمي الذي يسمح بمخاطرة معتدلة ومحسوبة سيدفع إلى مزيد من الانجاز، بينما المناخ الذي يتبع المنهج التحفظي أو العشوائي سيدفع إلى مزيد من الإحباط وضعف الرغبة في تحسين الأداء. (المطرفي، ٢٠١٣: ٢٣)

٢-٦- قياس المناخ التنظيمي:

يسهم قياس المناخ التنظيمي في تحديد نوعية المناخ السائد داخل أية منظمة كانت-كالمستشفى مثلاً- وكذلك إمكانية الحكم على مدى مناسبة هذا المناخ للأفراد العاملين فيها. ويتم عادةً قياس المناخ التنظيمي من خلال الأبعاد المختلفة المكونة له. (الشنطي، ٢٠٠٦: ٣١) ومن جهة ثانية، إن الدراسات في مجال المناخ التنظيمي تتجه إلى استخدام نوعين من المقاييس: الأولى كمية وتسمى (المقاييس الموضوعية)، حيث تعتمد على قياس الخصائص التنظيمية التي يمكن التعبير عنها كمياً، والمتمثلة بالمعلومات عن حجم التنظيم، وعدد المستويات الإدارية، وحجم القوى العاملة، وعدد الأقسام، وغيرها من الأبعاد المتعلقة بالخصائص البنائية للتنظيم موضوع الدراسة. والثانية تُسمى (المقاييس الوصفية)، والتي تعتمد على استمارات الإستبانة التي يتم عن طريقها وصف الجوانب التي تتعلق بحياة الأفراد العاملين في التنظيم. وقد اتفقت معظمها في المضامين الأساسية إلا أنها اختلفت في التفاصيل وأي العناصر أهم في كل نموذج. (الشمري، ٢٠٠٦: ٣٦) وقد أكدت معظم الدراسات في مجال مقاييس المناخ التنظيمي:

"بأنه في الوقت الذي لا يمكن الطعن بمدى صحة المقاييس الموضوعية واستقرارها وثباتها، فإن مجال الشك يبقى قائماً في مدى دقة المقاييس الوصفية واستقرارها وثباتها، ذلك لأنها المقاييس التي تلعب فيها الخصائص الشخصية دوراً مهماً". وقد قام الباحث باستعراض النماذج التالية :

◀ نموذج " هالين وكروفت " (Halpin & Crofts: 1963):

يسمى المقياس الخاص بهذا النموذج استبانة وصف المناخ التنظيمي

[Organizational Climate Description Questionnaire (OCDQ)] وهدفه دراسة واقع المناخ التنظيمي.

وحدد هذا النموذج أبعاد المناخ التنظيمي في مجموعتين، تشتمل المجموعة الأولى على أربعة أبعاد يصف من خلالها أفراد المنظمة سلوكهم التنظيمي هي: الانفصال، والعائق، والانتماء، والإلفة، أما المجموعة الثانية فتشمل أربعة أبعاد يصف من خلالها أفراد المنظمة وسلوك الإدارة اتجاههم وهي: الانعزالية، والتركيز على الإنتاج، والدفع، والمراعاة ويمكن توضيح هذه الأبعاد كما يلي: (halpin & crofts, 1963: 2)

- الانفصال " Disengagement ": يصف مدى اتفاق أو توافق أفراد المنظمة مع الأعمال المكلفين بها وفيما إذا كانوا محبين لهذه الأعمال أم لا.
- العائق " Hindrance ": يتناول شعور أفراد المنظمة تجاه محتوى العمل وفيما إذا كان يتضمن واجبات روتينية، ومهماً كثيرةً وغير ضرورية.
- الانتماء " Esprit ": يصف هذا البعد مدى شعور أعضاء المنظمة بأن العمل يشبع حاجاتهم الاجتماعية أم لا.
- الألفة و المودة " Intimacy ": أي مدى تمتع أعضاء المنظمة بعلاقات صداقة داخل العمل وعلاقات اجتماعية خارج محيط العمل.
- الانعزالية " Aloofness ": يصف مدى اتسام سلوك الإدارة بالرسمية مع موظفيها، وعدم وحود النواحي الشخصية فيما بينهم.
- الدفع " Thrust ": يتناول سلوك الإدارة الذي يتصف بمحاولاتها الجادة لجعل المنظمة في حالة حركة دائبة و نشاطٍ مستمر.
- التركيز على الإنتاج " Production Emphasis ": يشير إلى سلوك الإدارة الذي يتصف بالتوجيه الدقيق والإشراف المغلق وعدم الاهتمام بشكاوى المرؤوسين واقتراحاتهم.

- المراعاة "Consideration": يشير إلى مدى انصاف سلوك الإدارة بمراعاة مشاعر أفراد المنظمة ومعاملتهم معاملة إنسانية.

ويركز هذا النموذج في مجمله على ثلاثة جوانب رئيسية، يختص أولها: بمحتوى الوظيفة وماتتسم به من خصائص، ومدى توافق هذا المحتوى مع ميول الفرد المكلف بأدائها ورغباته، أما ثانيها: فهو طبيعة العلاقات السائدة بين الفرد وزملائه في العمل، وثالثها: يهتم بالنمط القيادي السائد في المنظمة: أي أسلوب التعامل بين الرئيس والمرؤوس.

◀ نموذج فورهند وجيلمر [Forehand & Gilmer:1964]:

حدد الباحثان أبعاد المناخ التنظيمي في أربعة أبعاد رئيسية تتمثل في: (forehand & gilmer, 1964,63)

- الهيكل التنظيمي: ومايتضمنه من متغيرات فرعية مثل: (حجم المنظمة- درجة تركيز السلطة- درجة الرسمية..).
- درجة تعقد التنظيم: ومايتضمنه من متغيرات فرعية مثل: (عدد المستويات الإدارية - الأنظمة الفرعية وطبيعة تداخل العلاقات فيما بينها...).
- اتجاهات الأهداف: ويشير ذلك إلى الوزن أو الأهمية النسبية التي توليها المنظمة لكل من هيكل الأهداف الخاصة.
- نمط القيادة: وهو مايعني إذا كان نمطاً تسلطياً أو نمطاً يعتمد على المشاركة وتبادل الرأي في المواقف أو المشاكل المختلفة.

◀ نموذج " ليتوين وسترينجر " [Litwin & stringer: 1968]:

استخدم الباحثان نموذجهما للتعرف على مدى تأثير واقع المناخ التنظيمي على دوافع أفراد المنظمة، ومستوى رضاهم، وأدائهم الوظيفي، ولقد حدّدا أبعاد المناخ التنظيمي الذي يمكن دراسته من خلالها، فيما يلي: (Litwin & Stringer,1968, 115)

- الهيكل التنظيمي "Structure": يتضمن هذا البعد تصور الأفراد العاملين في المنظمة للقواعد والإجراءات والأنظمة السائدة في هذه المنظمة.
- المسؤولية "Responsibility": يصف مدى إحساس الفرد الموظف بأنه مسؤول عن نفسه وعن القرارات المتعلقة بعمله.
- المكافأة "Reward": يتناول مدى توافر نظام مكافآت يؤكد على الأداء الجيد والتميز.

- المخاطرة "Risk": يتعلق بمدى ما يشعر به الفرد الموظف من أن وظيفته تمثل تحدياً لقدراته من ناحية، ومدى قيامه بأعبائها من ناحية أخرى.
- الدفع "Warmth": يصف شعور الفرد بوجود علاقات جيدة بينه وبين أفراد المنظمة.
- الصراع "conflict": يتضمن شعور أفراد المنظمة بأن الإدارة لاتخشى وجهات النظر المعارضة لها
- الدعم "Support": يهتم بالتعرف على مدى ما يشعر به الفرد الموظف من تأييدٍ، وتشجيع من قبل رؤسائه وزملائه إذا أنجز عمله بشكل صحيح.
- المعايير "Standard": يتناول مدى الوضوح في القواعد والأنظمة والإجراءات التي يجب إتباعها عند تأدية مهام الوظيفة.
- الهوية "Identity": يصف درجة شعور الفرد بانتمائه إلى المنظمة التي يعمل فيها، وإحساسه بأهميته كعضو في فريق العمل.
- ويتناول هذا النموذج أبعاداً متعددة ومتباينة تتضمن جانبي التنظيم البنائي والسلوكي، إلى جانب اهتمامه بدراسة البعدين الرئيسيين في نموذج هالبن وكرفت، وهما: النمط القيادي، ونمط العلاقات السائد بين العامل وزملائه في العمل.

◀ نموذج كامبل وزملائه [Campbell,etal: 1971]:

- يتميز هذا النموذج بشيوعه في مجال تحديد أبعاد المناخ التنظيمي، والتي تم تحديدها بعشرة أبعاد أساسية تتمثل في :
(Campbell,1971: 13)
- الهيكل التنظيمي أو بناء المهمة "Task Structure": درجة الرسمية في الإجراءات، ودرجة حرية اتخاذ القرارات.
- المكافأة والعقاب "Reward and Punishment": يصف الموضوعية ومحاسبة المسؤولين وعدالة العقاب.
- مركزية القرارات "Decision Centralization": درجة تفويض السلطة.
- التدريب والتطوير "Training and Development": اهتمام الإدارة بتنمية الموارد البشرية.
- المخاطرة والأمان "Risk And Safety": أي درجة ممارسة الإدارة للضغوط على العاملين كالتهديد بالفصل الدائم أو المؤقت أو خفض الدرجة أو المرتبة الوظيفية.
- الانفتاح أو السلوك الدفاعي "Openness Or Defensiveness": درجة تقارب العلاقة المباشرة بين الرئيس والمرؤوسين.

- الروح المعنوية "Status & Morale": درجة إحساس الفرد بأهميه ودوره في فريق العمل.
 - التقدير والتغذية العكسية "Recognition & Feedback": إدراك الموظف لرأي رئيسه فيه ومساندته له.
 - الكفاءة التنظيمية العامة والمرونة "General Organizational Competence & Flexibility": درجة المرونة في مواجهة المشاكل القائمة والتنبؤ بالمستقبل.
 - تأكيد الإنجاز "Achievement Emphasis": أي مدى تبني العاملين في المنظمة لمبدأ الإنجاز من خلال العمل لتحقيق أهداف المنظمة.
- في هذا النموذج تعددت الأبعاد الأساسية للمناخ التنظيمي، إلا أن أغلبها يهتم بشكل مباشر بدرجة الشعور بوجود معايير موضوعية لتقييم الأداء والمحاسبة عن النتائج وسيادة روح العمل كفريق، غير أن هذا النموذج قد أهمل أحد الأبعاد الهامة وهو النمط القيادي.

◀ نموذج دوني وزملاءه [Downey, etal:1975]:

- وفقاً لهذا النموذج يتشكل المناخ التنظيمي من ستة أبعاد رئيسية تتمثل في: اتخاذ القرارات - الدفاء - المخاطرة - المكافآت - الهيكل التنظيمي - الانفتاح.
- ويهتم هذا النموذج في مضمونه بالعلاقات الإنسانية، واتجاهات العاملين، وجماعية العمل، إلى جانب اهتمامه بوجوب تحديد السياسات ووضوحها.

◀ نموذج ستيرز [Steers: 1977]:

- يتكون المناخ التنظيمي وفق هذا النموذج من أربعة أبعاد رئيسية يمكن إجمالها وماتتضمنه من عناصر فرعية كما يلي: (الشمرى، ٢٠٠٦: ٣٧).

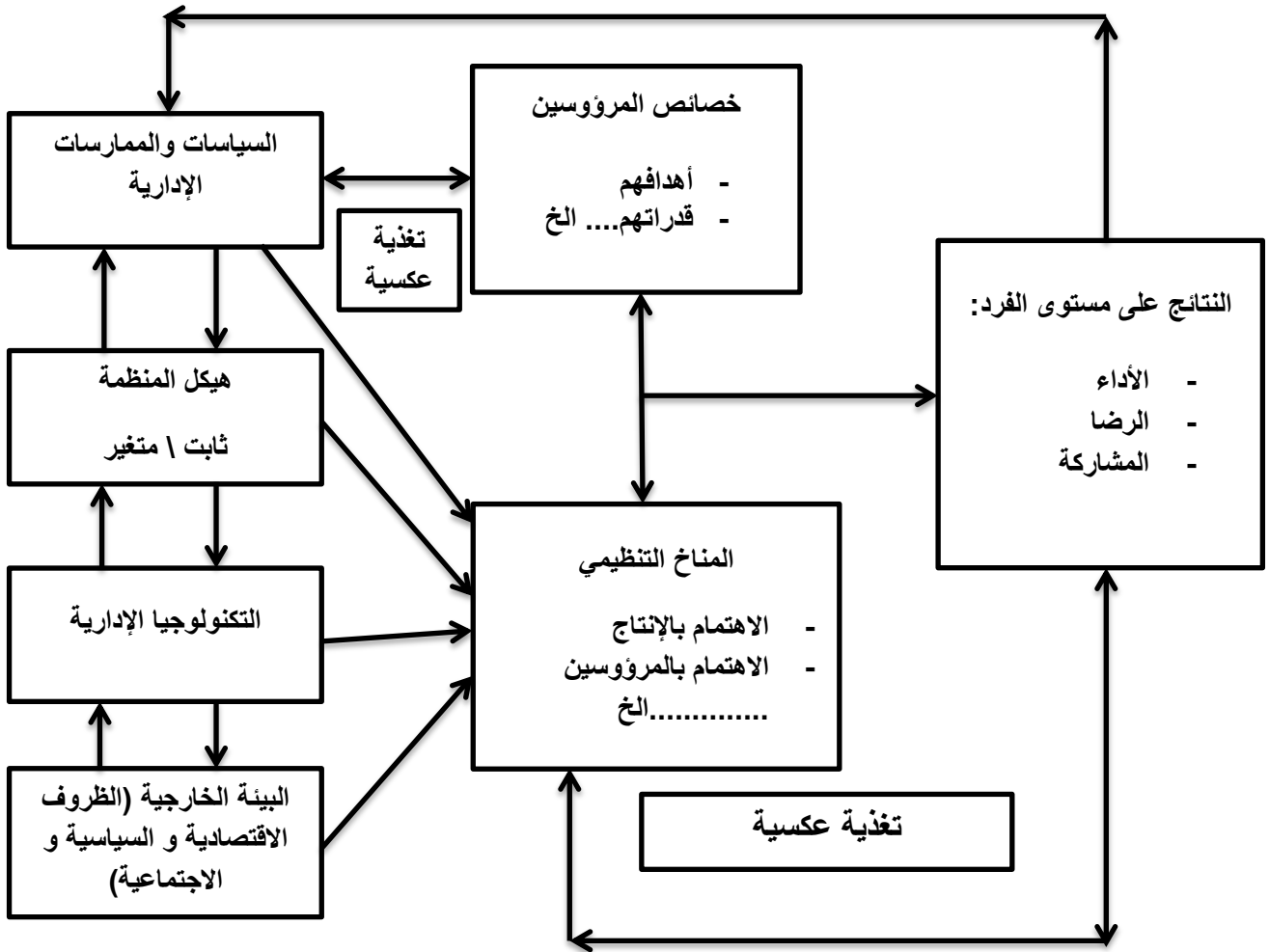
- السياسات والممارسات الإدارية "Administrative Policies And Actual Activities": يتضمن هذا البعد النمط القيادي السائد، وسلوك الإدارة إزاء العاملين فيما يتعلق بوضوح القواعد والإجراءات، وتطبيقها، ومدى مشاركة العاملين في ذلك.

- الهيكل التنظيمي "Organizational Structure": يتضمن درجة المركزية، ونطاق الإشراف، وحجم المنظمة، وعدد المستويات التنظيمية، وموقع الفرد في الهيكل التنظيمي.

- تكنولوجيا العمل "Work Technology": يشير إلى مدى التجديد والتغيير في التكنولوجيا المستخدمة في أداء العمل، وما قد يضيفه ذلك من تسهيلات في تنفيذ العمل والإبداع فيه.

- البيئة الخارجية "External Environment": يتضمن هذا البعد عناصر البيئة الخارجية المحيطة بالمنظمة والمؤثرة عليه بما في ذلك العوامل الاقتصادية والسياسية والاجتماعية.

ويشير نموذج "ستيرز" إلى هذه الأبعاد متبادلة التأثير، وأنها تشكل بما تتسم به من خصائص نوعية المناخ التنظيمي الذي يؤثر بدوره على رضا العاملين، ومستوى أدائهم الوظيفي، ودرجة انتمائهم التنظيمي، كما يشير النموذج إلى أن هذه الأبعاد تتأثر بالخصائص الشخصية للأفراد فيما يتعلق بأهدافهم وحاجاتهم وقدراتهم، كما أن هذه الخصائص تتأثر بدورها ببعدها السياسات والممارسات الإدارية من خلال عمليتي الاختيار والتدريب، كما هو موضح بالشكل التالي رقم (٢) :



نموذج ستيرز، الشكل رقم (٢)

المصدر: (الشمري، ٢٠٠٦: ٤٣)

◀ نموذج تيم وبيترسون [Timm & Peterson:1982]:

يحدد هذا النموذج أبعاد المناخ التنظيمي التي يمكن من خلالها دراسته في ستة أبعاد رئيسية يمكن توضيحها في الآتي:
(Timm & Peterson, 1982; 104-107)

- الثقة "Trust": يشمل هذا البعد الثقة المتبادلة بين أفراد المنظمة سواءً فيما بين الفرد وزملائه، أم بينه وبين مرؤوسيه و رؤسائه.
 - المشاركة "Participation": يهتم بمدى مشاركة أفراد المنظمة للإدارة في اتخاذ القرارات ووضع الأهداف وتحديد السياسات المختلفة ذات العلاقة.
 - الصدق والصرحة "Honesty and Openness": يتناول مدى إطلاع أفراد المنظمة وحصولهم على المعلومات ذات العلاقة بعملهم، وبالسياسة العامة للمنظمة.
 - المساندة والتشجيع "Support and Encouragement": أي مدى إدراك الأفراد لمساندة رؤسائهم وزملائهم لهم ومدى تعاونهم معهم، وأن العلاقات المتبادلة بين أفراد المنظمة علاقات جيدة وتقوم على الثقة والصرحة.
 - الاتصالات الصاعدة "Upward Communications": يصف مدى إصغاء إدارة المنظمة للمقترحات والتقارير الخاصة بمشكلات المستويات التنظيمية المختلفة.
 - الأداء الوظيفي "Job Performance": يتناول هذا البعد مدى كفاءة وفعالية الأسلوب الذي يؤدي به الأفراد العاملون في المنظمة الأعمال المكلفين بها.
- ويركز هذا النموذج على ثلاثة أبعاد رئيسية: البعد الأول ويعنى بالنمط القيادي السائد في المنظمة، أما البعد الثاني فهو طبيعة العلاقات السائدة بين أفراد التنظيم، والبعد الثالث فهو مدى فعالية أساليب العمل المستخدمة من قبل أفراد التنظيم في إنجاز مهامهم الوظيفية.

◀ نموذج لولر وزملاءه [Lawler,etal: 1989]:

يرى "لولر" وزملاءه أن أبعاد المناخ التنظيمي على تعددها يمكن تجميعها في مجموعتين رئيسيتين، تضم كل منها عدداً من الأبعاد الفرعية، وهما: (صليحة، ٢٠١٠: ٢١-٢٢)

الأولى تتعلق بالهيكل التنظيمي "Organizational Structure" وتضم الأبعاد الفرعية التالية:

- درجة المركزية في اتخاذ القرارات.
- درجة الرسمية في إجراءات العمل.
- درجة التداخل بين الأنظمة الفرعية للمنظمة.

الثانية تتعلق بالعملية التنظيمية "Organizational Process" وتضم الأبعاد الفرعية التالية:

- نمط القيادة.
- نظم المكافآت.
- نظم مواجهة الصراعات.

ويتفق نموذج لولر وزملاءه جزئياً مع نموذج كامبل وزملائه فيما يتعلق بتحديد أبعاد المناخ التنظيمي كأبعاد رئيسية تتمثل في (الهيكل التنظيمي - درجة الإحساس بالمسؤولية التي يشعر بها الفرد - أنظمة المكافآت - درجة التأييد - الدفء في العلاقة بين أعضاء المنظمة).

◀ نموذج كوزلوسكي ودوهيرتي [Kozlowski & Doherty:1989]:

ويمكن توضيح ماهية أبعاد المناخ التنظيمي وفق هذا النموذج، كما يلي: (السكران، ٢٠٠٤، ٢٨-٣١).

- هيكل العمل "Work structure": مدى اعتقاد العاملين بجودة التنظيم وهيكله العمل.
- فهم الوظيفة "Job Understanding": مدى اعتقاد العاملين بأن أهداف العمل ومهامه واضحة بالنسبة لهم.
- المحاسبة أو المساءلة الشخصية [Personal Accountability]: مدى اعتقاد العاملين بأنهم محاسبون أو مسؤولون عن تصرفاتهم.
- المسؤولية "Responsibility": مدى إحساس العاملين بأنه مسموح لهم باتخاذ قراراتهم دون مراجعة المشرف.
- تركيز المشرف على العمل [Supervisor Work Emphasis]: مدى إحساس العاملين بضغط العمل بسبب المشرف.
- المشاركة "Participation": مدى إحساس العاملين بأن رؤسائهم يشجعونهم على المشاركة في اتخاذ القرارات.
- الإشراف المساند أو الدعم "Supportive Supervision": مدى اعتقاد العاملين بمساندة المشرفين لهم وبأنهم يتعاملون معهم بثقة واحترام، ويراعون مشاعرهم.

- العمل الجماعي "Teamwork": مدى ملاحظة العاملين وإدراكهم لوجود مناخ عمل يتسم بالتعاون والصدقة بين أفراده والعمل بروح الفريق.
- التعاون بين المجموعات "Inter-group": مدى إدراك العاملين لوجود التعاون بين مجموعات العمل المختلفة.
- وعي الإدارة واهتمامها بالعاملين "Management Awareness and Concern": وتعني مدى إدراك العاملين بأن الإدارة تتفهم حاجات أفراد المنظمة وتوليها اهتمامها ورعايتها.
- انسياب الاتصالات "Communication": مدى كفاية وفعالية نظام نقل المعلومات أو نظام الاتصالات في المنظمة وذلك من حيث التقبل والانفتاح والانسباب.
- ارتكزت الفكرة الرئيسة لهذا النموذج على أهمية النمط القيادي وطبيعة التفاعل الحاصل بين القادة ومرؤوسيه في التأثير على إدراك وتفسير المرؤوسين لخصائص المناخ التنظيمي المحيط بهم.

تناول الباحث في هذا الفصل مراجعة الإطار النظري المتعلق بموضوع المناخ التنظيمي، حيث تعرض لمفهوم المناخ التنظيمي، ووجهات نظر الكتاب حوله، وخصائصه، وأهمية دراسته، والعوامل المؤثرة به، والأبعاد المكونة له، وطرق قياسه. وقد توصل الباحث إلى العديد من الاستنتاجات، أهمها:

- إن نجاح أية منظمة يحدده بشكل كبير طبيعة المناخ التنظيمي بداخلها، لما له من دورٍ فاعلٍ في تحقيق المنظمة لأهدافها بكفاية و فاعلية.
 - على الرغم من تعدد نماذج المناخ التنظيمي وما تضمنته من متغيرات فرعية، فإن اهتمامها انصبَّ على أربعة جوانب رئيسية هي النمط القيادي، ونمط العلاقات السائد بين أفراد التنظيم، ومحتوى الوظيفة، ووضوح الهيكل التنظيمي للمنظمة بالنسبة إلى الأفراد العاملين فيها. كما أن أغلب تلك النماذج أهملت البعد المكاني للعمل. وذلك فيما يخص المبنى، وما يتضمنه من تجهيزات وأدوات مكتبية، وخلاف ذلك من متغيرات بيئة العمل الطبيعية أو المكانية من إضاءة، وتكييف، وتهوية والتي يزاول فيها الموظف مهامه الوظيفية، ويقضي ساعات يومه الوظيفي بين أرجائها.
 - أيضاً، هناك اختلاف بين الباحثين حول تحديد عدد الأبعاد الأساسية المكونة للمناخ التنظيمي وطبيعتها. حيث يرجع سبب ذلك إلى طبيعة البيانات التي تمت دراستها من قبلهم سواءً أكانت منظماتٍ خدميةً أم صناعيةً، منظمات عامة أم خاصة. إضافةً إلى أن المقاييس المستخدمة للتوصل إلى طبيعة المناخ التنظيمي نفسها متغيرة ومتباينة عبر الزمن، فضلاً عن تباينها فيما بينها، وكذلك الاهتمام بمصداقية هذه المقاييس ومدى الاعتماد عليها. وعلى الرغم من هذه الصعوبات إلا أن هنالك محاولات جادة بشأن إيجاد أبعاد عامة ومقبولة للمناخ التنظيمي والدليل على ذلك، ماكتب من مقالات وأبحاث في هذا الشأن.
 - استطاع الباحث أن يعرف المناخ التنظيمي على أنه: " مجموعة من الخصائص التي تميز بيئة عمل المنظمة عن غيرها من المنظمات، والمدركة من قبل العاملين فيها، والتي لها تأثير في أداء العاملين وإنتاجيتهم، ومن ثم في أهداف المنظمة".
- أخيراً، اجتهد الباحث في تحديد أبعاد دراسته بما يتناسب مع طبيعة البيئة التنظيمية للمستشفيات ومشكلة البحث، وذلك من وجهة نظره. من خلال استعراض بعض النماذج التي توصل إليها العلماء والباحثون، وبعد الإطلاع والاستفادة من الدراسات السابقة في مجال تحديد أبعاد المناخ التنظيمي. وقد حددها الباحث في ثلاثة أبعاد، وهي: (الهيكل التنظيمي، القيادة، التدريب). وتمثل هذه الأبعاد العناصر التي تشترك بها العديد من الدراسات لوضع وتحديد أبعاد المناخ التنظيمي، كما أن هذه الأبعاد يمكن تلمسها وقياسها من خلال انطباعات العاملين في المستشفيات.

الفصل الثالث

جودة الخدمات الصحية وأبعادها

- ٣-١ - مفهوم الخدمة.
- ٣-٢ - مفهوم جودة الخدمة و أبعادها.
- ٣-٣ - مفهوم الخدمات الصحية.
- ٣-٤ - مفهوم جودة الخدمات الصحية.
- ٣-٥ - العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية.
- ٣-٦ - أهداف جودة الخدمات الصحية.
- ٣-٧ - أبعاد جودة الخدمات الصحية.
- ٣-٨ - قياس جودة الخدمات الصحية.

إن التطورات و التحولات الهامة التي شهدتها منظمات الأعمال في الفترة الراهنة - الاقتصادية منها، والإدارية، والتكنولوجية، والاجتماعية - أدت إلى زيادة الاهتمام بصناعة الخدمات مقارنة بصناعة السلع، ففترة طويلة من الزمن كان الاهتمام كله منصباً على القطاع الصناعي ودوره في تحقيق خطط التنمية على مستوى الدول ومن ثم على مستوى منظمات الأعمال، ولكن في الآونة الأخيرة انخفض الدور والأهمية النسبية لهذا القطاع و زاد الاهتمام بقطاعات الخدمات كمحور أساسي في تشكيل القطاعات الاقتصادية، وكمورد هام لدخل الدولة. (المحياوي، ٢٠٠٦: ٥٥) وبالتالي فإن أهمية قطاع الخدمات في الاقتصاد العالمي آخذة في الازدياد حيث أصبح العديد من البلدان أكثر تطوراً ومستويات دخلها ارتفعت فزاد إنفاقها على الخدمات، خاصةً مع ظهور ما يسمى بمصطلح " **Hollowing Out Effect** " أي أن تركيز النشاط الاقتصادي للبلد انتقل من قطاعي الزراعة والصناعة إلى الخدمات. (Kueh, 2007: 656)

٣-١- مفهوم الخدمة:

يعد مفهوم الخدمة **Service** أكثر صعوبة مقارنةً مع مفهوم السلعة **Product** الذي يتكون من أبعاد مادية ملموسة وواضحة. (سادات، ٢٠١١: ٢٨) فالخدمة هي أحد الجوانب غير الملموسة في تصورات وإدراكات العملاء. (Luke, 2007: 2) وقد اختلفت وجهات نظر الباحثين حول إيجاد تعريف دقيق للخدمة، بسبب وجود خدمات ترتبط بشكل كامل أو جزئي مع السلع المادية، بينما تمثل خدمات أخرى أجزاء مكملة لعملية تسويق السلع المباعة. (Bateson, 2008 : 5)

ومن أبرز تعريفات الخدمة التي جاءت بها أدبيات تسويق الخدمات، هي:

تعريف الجمعية الأمريكية للتسويق (**The American Society for Marketing**) حيث عرفتها بأنها: "النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو تكون مصاحبة لبيع السلع". (Manjunath, 2012: 1)

تعريف **Kotler للخدمة على أنها:** " أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف ما إلى طرف آخر ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك، وإن إنتاجه قد يكون مرتبطاً بإنتاج مادي أو قد لا يكون". (Kotler, 2000: 199)

ومن أهم خصائص الخدمات و التي تميزها عن السلع، هي :

- اللاملموسية (**Intangibility**): تعتبر هذه الخاصية الأكثر تميزاً والتي تمثل الفرق الأساسي والجوهري بين السلع و الخدمات، فالخدمات على عكس السلع الملموسة لا يمكن الإحساس بها من خلال لمسها أو تذوقها، أو شمها أو رؤيتها قبل استهلاكها. (Mudie& Pirrie, 2006: 4-6)

- عدم التجانس (**Heterogeneity**): بسبب أن جودة الخدمة تعتمد على من يقدمها، ومتى، وأين، ولمن، فالخدمات تختلف اختلافاً كبيراً، حيث أن إنتاجها و استهلاكها يتم في وقت واحد، لذا يوجد تباين (عدم تجانس) في أداء الخدمة. (Keller, 2012: 359-360)

- التلازمية أو عدم الانفصال (Inseparability): في حين أن السلع يتم انتاجها أولاً، ثم يتم تخزينها، وأخيراً تباع وتستهلك، فإن الخدمات تباع أولاً ثم تنتج وتستهلك بشكل آني. حيث توجد العديد من الخدمات يجب أن يكون العميل موجوداً فعلياً للاستفادة منها، كتقديم الاستشارة، الحلاقة، الحجز في الفنادق. (Mudie&Pirrie, 2006: 4-6)

- غير قابلة للتخزين (perishability): بسبب الطبيعة غير الملموسة للخدمات، فإنه لا يمكن حصرها أو تخزينها، أو إعادة استعمالها. وتعرض جميع أنواع الخدمات للفناء بمجرد الانتهاء من تقديمها، وهذا ما يجعل من الطلب المتذبذب عليها مشكلة كبيرة. (Gilmore, 2003:12)

٣-٢ - مفهوم جودة الخدمة وأبعادها:

تعد الجودة **Quality** من المفاهيم الرائجة جداً في عصرنا الحالي، فهي مسألة مهمة في عالم الأعمال التنافسي الحديث. و عادةً يعبر عنها بوصفها مفهوم نسبي، ويمكن أن تختلف باختلاف أذواق الناس وميولهم ورغباتهم (Kanji & others, 2007: 11).

هذا وتُعدّ حول الجودة ندواتٌ و مؤتمراتٌ، وتقدم حولها شهاداتٌ جوائزٌ، وتتنافس المنظمات المختلفة سواء أكانت حكومية أم خاصةً في تبني أساليب و تطبيقات الجودة المختلفة، وذلك للوصول إلى منتج بمواصفات تحقق المعايير المطلوبة للجودة، وبما يحقق رضا العميل. (الشكري، ٢٠٠٦: ١٤٣) و يرجع مفهوم الجودة **Quality** إلى الكلمة اللاتينية **Qualitas**، التي تعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة صلابته، وقديماً كان يشير مصطلح الجودة إلى الدقة و الإتقان. (Mosadeghrad, 2013: 203)

وتجدر الإشارة إلى أنّ كلمة جودة تعني لأغلب الناس (النوعية العالية) **High Quality**. فكلما كانت أفضل ظهرت بشكل أحسن وأعطت نتائج مثلى أكثر. وبناءً عليه، فقد تعددت وتباينت التعريفات التي أوردها الكتاب والمهتمون بموضوع الجودة، ومن الصعوبة بمكان أن نجد تعريفاً بسيطاً يصفها ويعرفها تعريفاً شاملاً قاطعاً بسبب تعدد جوانبها (الصرن، ١٩٩٨: ١٧). إلاّ هناك بعض التعاريف التي فرضت نفسها وذلك لما اتصف به من موضوعية وتعبير دقيق عن المفهوم، وسنوردُ بعض هذه التعاريف:

الجمعية الأمريكية لضبط الجودة **The American Society for Quality Control (ASQC)** : مجموع الخصائص والسمات الكلية للمنتج التي تعكس وتظهر قدرة هذا المنتج على إشباع حاجات صريحة أو ضمنية. (Kotler & others: 2005: 472)

المواصفة الدولية **ISO 9000:2000** : درجة تلبية مجموعة الخصائص الموروثة في المنتج لمتطلبات العميل. (Besterfield, 2004: 2)

Philip Crosby : مدى المطابقة مع المتطلبات. فكلما كانت مواصفات المنتج مطابقة لمتطلبات العميل كلما كان

هذا المنتج ذا نوعية جيدة. (Stromgren, 2007: 13)

وعادةً ما يرتبط مفهوم الجودة بالمنظمات الصناعية، كونها أول من تداولت واهتمت بتطبيقات و أساليب الجودة بدءاً من الثورة الصناعية وصولاً إلى وقتنا الحالي. إذ تطورت مفاهيمها بدءاً من الفحص مروراً بضمان الجودة، ووصولاً إلى إدارة الجودة الشاملة **TQM** . ولكن في الفترات اللاحقة امتد هذا الاهتمام ليشمل منظمات الخدمة المختلفة، من شركات تأمين ومنشآت مالية و مستشفيات وغيرها، وبالتالي ظهرت الحاجة إلى أساليب لتحسين الجودة تتسجم و خصوصية العمل في منظمات الخدمة، ولاسيما مع وجود اختلاف في المنتج الصناعي عن المنتج في مجال الخدمة، فضلاً عن اختلاف طبيعة العمليات في كلا المجالين. (الشكري، ٢٠٠٦: ١٤٣)

إلا أنّ الجودة في قطاع الخدمات **Service Quality** لها أهمية مميزة في الفلسفة الإدارية المعاصرة، سواءً للمنظمات الخدمية التي تعمل على نطاق محلي أم دولي أم اقليمي، وخاصةً في ظل التطورات الاقتصادية و التكنولوجية والسياسية المستمرة في العالم، وكثافة المنافسة في الأسواق، و تنوع مصادر الحصول على الموارد سواءً البشرية منها أم المالية أم المادية، الأمر الذي يتطلب من تلك المنظمات وضع الجودة كروية واستراتيجية تكون قادرة على معالجة التحديات الراهنة والمستقبلية التي ستواجهها، وزيادة التكيف مع المتغيرات الهامة في ظل بيئة يسودها المنافسة. (Alhashem, 2012: 1-2)

ومن جهة ثانية، يعدّ مفهوم جودة الخدمة قضية هامة في تسويق الخدمات، حيث نوقش هذا المفهوم في العديد من الأبحاث والدراسات الأكاديمية و العلمية. واتفق معظم الباحثين عموماً، على أن جودة الخدمة أكثر صعوبة للتقييم بالنسبة إلى العملاء، مقارنةً مع جودة السلع (Kueh,2007: 658) . وغالباً ما يتم تحديد جودة الخدمة من ناحية تصورات العملاء، وبالتالي فإنّ معظم التعاريف أو الأطر النظرية التي أقرحت لجودة الخدمة تستند إلى مفاهيم التسويق الحديث. (Anderson, 1995: 33) حيث من المسلم به وعلى نطاق واسع، بأهمية دور جودة الخدمات باعتبارها عاملاً حاسماً لنجاح المنظمات وبقائها واستمرارها في البيئة التنافسية. (Johnson, 2013, 57) فهي تؤثر إيجاباً على رضا العملاء وولائهم وفي جذب عملاء جدد، وأيضاً في تخفيض التكاليف و زيادة ربحية المنظمة و نموها. (Wanjau & others, 2012: 114)

إنّ الجهود التي بذلت في تعريف وقياس مفهوم الجودة جاءت معظمها من منظور صناعي. فمثلاً إن معيار الأداء الرئيسي للجودة من وجهة نظر الفلسفة اليابانية هو العيوب الصفرية **Zero-Defects** أي عدم وجود أي أخطاء، وبالتالي أداء العمل بالشكل الصحيح من المرة الأولى والذي يؤدي بدوره إلى تخفيض التكاليف. فالتعرف على مفهوم جودة السلعة غير كافٍ لتحقيق الفهم الواضح لجودة الخدمة، وخاصةً أن الأخير هو مفهوم معقد ومتعدد الأبعاد

(88-87; Markovi,2006)، حيث من الصعوبة بمكان إيجاد تعريف موحد لجودة الخدمة يتفق عليه جميع الباحثين والأكاديميين، فالبعض يعرفه بشكل مفصل والذي قد يكون ملائماً لبعض الخدمات ولكنه من الصعب أن يتم تعميمه على مستوى كافة الخدمات. و تستمد الصعوبة في تعريفه أيضاً، من الخصائص العامة المميزة للخدمات بشكل عام قياساً إلى السلع المادية. (المحياوي، ٢٠٠٦ : ٩٠)

والجدول التالي رقم (٣) يوضح أسماء بعض الباحثين وما جاء على لسانهم من تعريفات لجودة الخدمة :

الرقم	اسم الباحث	تعريف جودة الخدمة
١	Gross, 1984	نتيجة عملية تقييم يقارن فيها العميل توقعاته بالخدمة المقدمة له أو التي قدمت له
٢	Johnson	تلبية توقعات العميل أو تقديم خدمات خالية من العيوب Defect-free
٣	Lewis and Booms 1983	مقياس لمدى مطابقة مستوى الخدمة المقدمة لتوقعات العميل
٤	Parasurama, Zeithaml, 1985	الفرق بين توقعات العملاء للخدمة وإدراكاتهم للأداء الفعلي لها
٥	webster	مقياس لمدى تطابق مستوى الخدمة المقدمة مع تطلعات العميل وبصورة مستمرة
٦	Bergman and Klefsjo 1994	القدرة على إشباع حاجات العملاء وتوقعاتهم
٧	Evans and Lindsay 1996	الخصائص الكلية للخدمة والمتعلقة بقدرتها على تلبية الاحتياجات المحددة من قبل العملاء
٨	Hoffman and Others	تقييم موقفي شامل وطويل المدى لأداء شركة ما

تقييم إدراكي طويل المدى يقوم به العميل لعملية تقديم الخدمة لمنظمة ما	Lovelock and Wright, 1999	٩
--	------------------------------	---

المصدر : (Webster, 1989: 36); (lovelock& Lauren, 2002: 87); (Odgerel,2010: 22); (Johnson, 2013,); (Lewis,1993,4) (340)

نلاحظ من الجدول السابق:

- إنَّ أغلب التعريفات السابقة اتجهت نحو معيار درجة التطابق بين الأداء الفعلي للخدمة وتوقعات العملاء لهذه الخدمة.
- فالتوقعات **Expectations** هي رغبات وحاجات العملاء وشعورهم نحو ما يجب على مزود الخدمة تقديمه لهم. أما الأداء الفعلي (**Performance**) يشير إلى نظرة العملاء إلى مزود الخدمة و إلى الخدمة التي حصلوا عليها. (Parasuraman& Zeithaml, 1988: 15-17)

إذاً : جودة الخدمة = الأداء الفعلي للخدمة - التوقعات لمستوى الخدمة

Disconfirmation Paradigm وهذه المعادلة تخضع لنموذج عدم التطابق

أي في حال كانت

التوقعات < الأداء يكون النموذج سلبي (الخدمة سيئة).

التوقعات > الأداء يكون النموذج إيجابي (الخدمة متميزة).

التوقعات = الأداء يكون النموذج تطابقي أو تأكيد (الخدمة عادية). (Odgerel,2010: 21)

- إنَّ الخدمة هي عبارة عن أداء تقوم به المنظمة، وبالتالي بخضع لتقييم العملاء، وهذا التقييم يختلف من عميل إلى آخر. (من وجهة نظر الباحث).
- إنَّ جودة الخدمة هي أكثر صعوبة بالنسبة إلى المستهلك للتقييم من جودة السلع.
- إنَّ عملية تقييم الجودة لا تقتصر فقط على حصيلة الخدمة، بل أيضاً على تقييم عملية تقديم الخدمة.
- إنَّ الجودة المدركة تنتج عن عملية مقارنة بين توقعات العميل مع الأداء الفعلي للخدمة. (Parasuraman& others, 1985: 42)

أما بخصوص أبعاد جودة الخدمة، فقد تعرضت معظم الكتابات التي تناولت موضوع جودة الخدمة إلى الأبعاد التي يبني على أساسها العملاء توقعاتهم، وبالتالي حكمهم على جودة الخدمات المقدمة إليهم، إلا أنها لم تتفق فيما بينها حول ماهية تلك الأبعاد أو العناصر الأساسية التي يتكون منها كل بعد. (هدى، ٢٠٠٩: ٧١)

ويرى كلاً من (Lehitnen & Lehitnen, 1982) أن الجودة في مجال الخدمات تتجسد في ثلاثة أبعاد أساسية

هي : (Lehitnen & Lehitnen, 1991: 288 - 291)

- الجودة المادية (Physical Quality): تتضمن المظاهر المادية للخدمة والمحيطية بعملية تقديمها، مثل التجهيزات والمباني ;

- جودة المنظمة (Corporate Quality): والتي تتعلق بصورة المنظمة لدى العملاء، والانطباع الذهني عنها.

- الجودة التفاعلية (Interactive Quality): والتي تتعلق بالطبيعة التفاعلية للخدمة. وتشير إلى التفاعل في اتجاهين والذي يحدث بين مقدم الخدمة والعميل، بالإضافة إلى التفاعل بين العملاء.

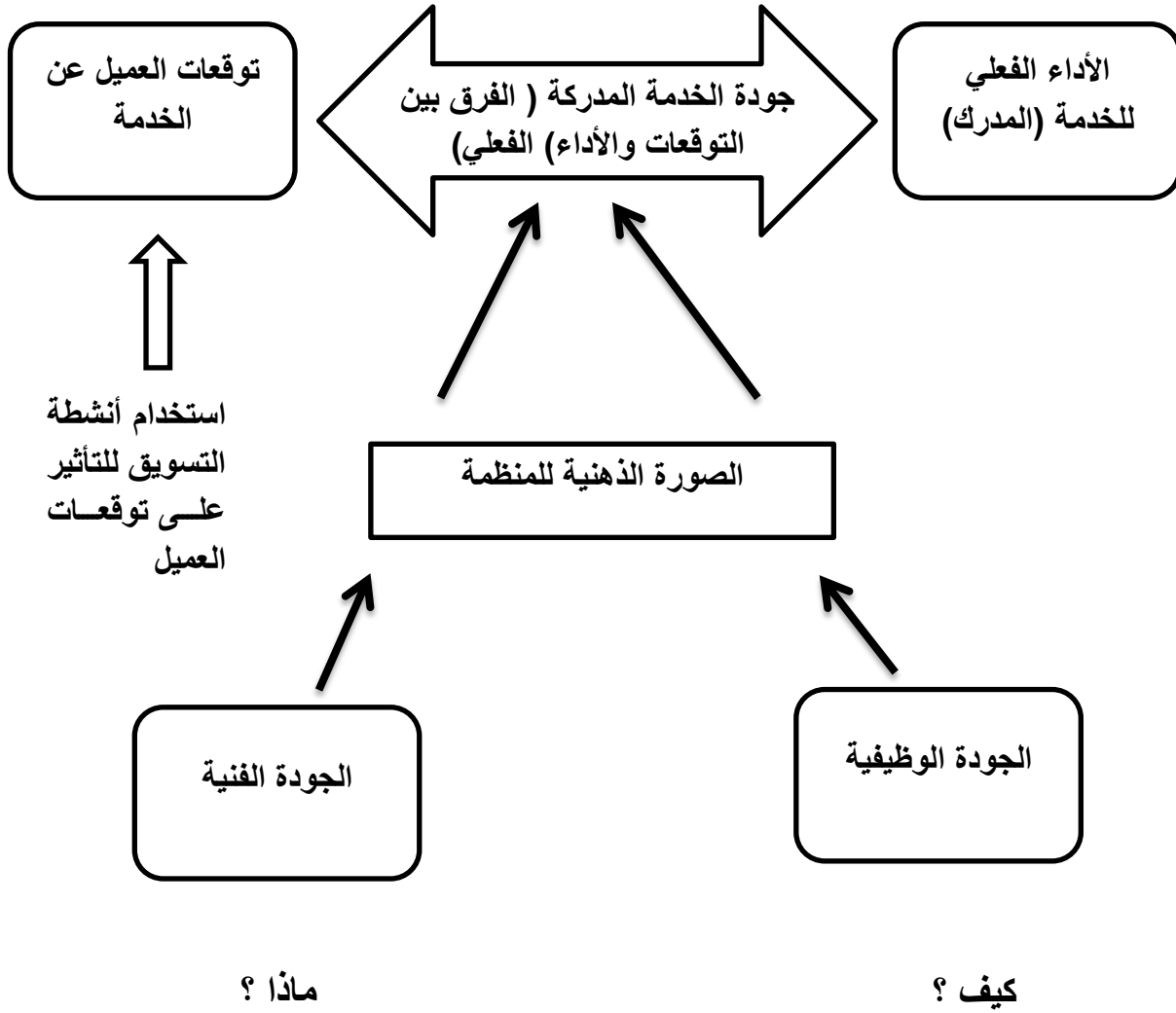
أما (Gronroos, 1984) فيرى أن لجودة الخدمة الأبعاد التالية : (Gronroos, 1984: 38 - 39)

- الجودة الفنية (Technical Quality) : والتي تجيب على السؤال : ما الذي يحصل عليه العميل؟ فالجودة هنا تعني ما يتم تقديمه للعميل فعلاً. ويمكن قياسها بشكل موضوعي عن طريق العميل كأى بعد فني للمنتج.

- الجودة الوظيفية (Functional Quality) : والتي تجيب على السؤال : كيف حصل عليه؟ فالجودة هنا تعني الكيفية التي تم بها تقديم الخدمة للعميل، وهنا توجد صعوبة في تقديرها بطريقة موضوعية.

- الصورة الذهنية للمنظمة (Corporate Quality): تعكس انطباعات العملاء عن المنظمة، والتي تتوقف بالدرجة الأولى على الجودة الفنية و الجودة الوظيفية بالإضافة إلى عناصر أخرى أقل أهمية تتمثل في : عوامل خارجية تضم العادات، الايديولوجيات، والكلمة المنقولة WOW وعوامل داخلية تضم أنشطة التسويق التقليدية كالإعلان، التسعير، والعلاقات العامة.

ويعبر الشكل التالي رقم (٣) عن الأبعاد الثلاث السابقة لجودة الخدمة :



نموذج جودة الخدمة، الشكل (٣)
المصدر: (Gronroos, 1984: 40)

وتوصلت الدراسة التي أجراها الباحثين (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985) إلى عشرة أبعاد

لجودة الخدمة، تتمثل فيما يلي : (Parasuraman & others, 1985; 47)

الاعتمادية (Reliability) - الاستجابة (Responsiveness) - الكفاءة (Competence)

الوصول إلى الخدمة (Access) - الكياسة (Courtesy) - الاتصال (Communication)

المصداقية (Credibility) - الأمان (Security) - فهم العميل (Understanding the Customer)

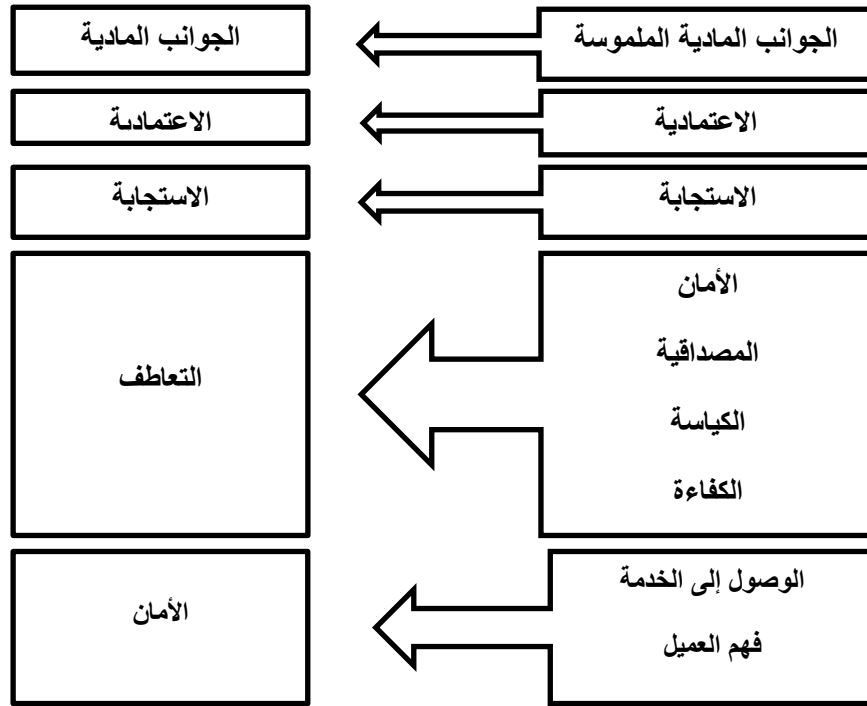
الجوانب المادية الملموسة (Tangibles)

وفي دراسة لاحقة لنفس الباحثين عام ١٩٨٨، توصلوا إلى إمكانية دمج الأبعاد العشرة السابقة الذكر في خمسة

أبعاد. وفيما يلي شرح مختصر لهذه الأبعاد الخمس : (Parasuraman, 1988; 23)

- ١- الجوانب الملموسة (Tangibles): وتشمل التسهيلات المادية والتجهيزات ومظهر العاملين.
- ٢- الاعتمادية (Reliability): وتعني قدرة المنظمة على تقديم الخدمة التي وعدت بها و بشكل معتمد و دقيق.
- ٣- الاستجابة (Responsiveness): وتعني الرغبة في مساعدة العملاء وتقديم خدمة فورية.
- ٤- الأمان (Security): ويعني معرفة و مجاملة العاملين وقدرتهم على تقديم الثقة والأمان للعملاء.
- ٥- التعاطف (Empathy): ويعني مستوى العناية و الاهتمام المميز الذي تقدمه المنظمة لعملائها.

والشكل التالي رقم (٤)، يوضح اختصار الأبعاد العشرة إلى خمسة أبعاد :



اختصار أبعاد جودة الخدمة إلى خمسة
أبعاد ١٩٨٨

أبعاد جودة الخدمة العشرة
١٩٨٥

أبعاد جودة الخدمة، الشكل (٤)

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على (Parasuraman & others, 1985 - 1988)

ويرى كل من (Dagger and Swenney, 2007) أن الأبعاد المكونة لجودة الخدمة هي سبعة أبعاد تتمثل فيما

يلي: (Dagger & Sweeney, 2007: 37-38)

- ١- التفاعل (Interaction) ويتعلق هذا البعد بالتعاطف ، الفهم ومستوى العناية الذي يوليه مقدم الخدمة للعملاء بالإضافة إلى قدرته على الاتصال بهم
- ٢- الخبرة (Expertise) : ويتعلق هذا البعد بالكفاءة و معرفة مقدم الخدمة ومهارته في المعالجة والاهتمام بالعميل.
- ٣- مخرجات الخدمة (Outcome): ويتجسد هذا البعد في ما الذي تم إنجازه كنتيجة لتقديم الخدمة.
- ٤- الجو المحيط بعملية تقديم الخدمة (Atmosphere) : ويعبر هذا البعد عن العناصر الموجودة في محيط تقديم الخدمة، والتي تؤثر على إدخال الرضا والسرور إلى الجو المحيط بعملية تقديم الخدمة.
- ٥- الجوانب الملموسة (Tangibles): وتشير إلى العناصر المادية الموجودة في محيط تقديم الخدمة، وسائل الراحة ، المظاهر ووظيفة المحيط المادي.
- ٦- التوقيت المناسب (Timeliness) : ويعبر عن مدى وجود الخدمة في متناول يد العميل، وسهولة الحصول عليها.
- ٧- العملية (Operation) : وتشير إلى الاجراءات والعمليات الإدارية المشتركة في العملية العامة لتقديم الخدمة.

٣-٣ - مفهوم الخدمات الصحية:

تعد الخدمات الصحية **Health services** عنصراً مهماً لإحداث التنمية الشاملة في أي بلد من بلدان العالم، لكونها مرتبطة بحياة الإنسان وصحته. ومن هنا كان الاهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين. وتسبق الدول في تقديم أحسن الخدمات الصحية وأفضلها لمواطنيها، والعمل على تطوير المنظمات الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية والخبرات العالمية، والتعليم الطبي ودعم الأبحاث والدراسات، إيماناً بأهمية الصحة كخطوة أولى هامة في بناء المواطن القادر على الإسهام في خدمة مجتمعه ووطنه في كافة المجالات. (العامري، ٢٠٠٨: ١٢)

أيضاً، إن مفهوم الخدمات الصحية ينبع أساساً من المفهوم العام للخدمات، وتعريفها لا يبتعد عن مضامين التعاريف السابقة للخدمة، حيث عرّفت منظمة الصحة العالمية (WHO) الخدمة الصحية على أنها " الرعاية الأساسية التي تقدم بشكل واسع لأفراد المجتمع من خلال وسائل علمية موضوعة على أساس علمي ومقبولة لدى أفراد المجتمع وذلك بمشاركةهم الفاعلة، وبتكلفة يستطيع المجتمع والدولة تحملها في كل مرحلة من مراحل التنمية".

(الأحمدي، ٢٠٠٦: ٤٥٤)

و يمكن تقسيم الخدمة الصحية إلى قسمين رئيسيين :

الأول : الخدمات الصحية العلاجية : وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة، والتي تتضمن خدمات التشخيص وخدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المراكز الصحية، أم أنّ ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر.

الثاني : الخدمات الصحية الوقائية: وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو مايمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية، حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية، والأوبئة، والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد و المشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة. (صغورو، ٢٠١١: ٢١-٢٢)

وإذا انتقلنا إلى الخصائص المميزة للخدمة الصحية و المقدمة من قبل المنظمات الصحية، نلاحظ وجود خصوصية لتلك الخدمات، وبالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب والعمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به إلى الجمهور. ويمكن تحديد بعض هذه الخصائص بالإضافة إلى الخصائص المميزة للخدمة عامة وهي اللاملموسية، التلازمية، غير قابلة للتخزين، عدم التجانس، عدم التملك، كالاتي : (البكري، ٢٠٠٥: ٥٩ - ٦٠) & (العامري، ٢٠٠٨: ٢٣ - ٢٤)

- تتميز خدمات المستشفيات بكونها عامة للجمهور، وتسعى من خلال تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات و الأطراف المستفيدة منها.
- تتميز خدمات المستشفيات أيضاً، بكونها على درجة عالية من الجودة، لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه، وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه. لذلك فإن معيارية الأداء للخدمة الصحية تكون عالية وتخضع إلى رقابة إدارية وطبية.
- نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم، أو الأسبوع، أو الموسم، ويهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة، فهذا يستوجب الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لإنتاج الخدمة الصحية لطالبيها، إذ لايمكن التأخير أو الاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك إخفاق في مهمة المنظمة الصحية الإنسانية.
- في منظمات الأعمال عموماً، تكون قوة اتخاذ القرار بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة الإدارة، في حين تنتزع قوة القرار في المنظمات الصحية بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء.

٣-٤- مفهوم جودة الخدمات الصحية :

تواجه المنظمات الصحية تحديات كبيرة من أجل تطوير أدائها وتحسينه. و إنّ التحدي الأبرز من بين هذه التحديات هو المنافسة فيما بينها، وما يزيد من صعوبة هذا التحدي هو التغيّر المستمر في سلوك المرضى الذين يرون الجودة كمعيار أساسي للتميز في الخدمات الصحية المقدمة لهم. وفي نفس السياق، تواجه عملية تطبيق نظم الجودة في المنظمات الصحية بشكل عام والمستشفيات بشكل خاص عدداً من العقبات، و ذلك بسبب طبيعة هذه الخدمات الحساسة واللاملموسة والتي تتطلب الاتصال المباشر بين مقدم الخدمة والمستفيد منها (المريض). (AL-Hashem,2012:7) ومن جهة ثانية، لقد وصل الاهتمام بجودة الخدمات من قبل المنظمات إلى مستويات غير مسبوقة في مختلف القطاعات الاقتصادية. حيث تم اعتبارها العامل الرئيسي في التمييز بين الخدمات وبناء الميزة التنافسية.

وتشكل الخدمات الصحية مكانة فريدة ومميزة بين تلك الخدمات، نظراً لطبيعة المخاطر التي تنطوي على عملية تقديمها، ولارتباطها بصحة الإنسان بشكل مباشر، وبسبب النقص العام في الخبرة التي يمتلكها المريض. وهذا ما يجعل من مفهوم جودة الخدمات في القطاع الصحي ورضا المرضى أكثر أهمية وأكثر تعقيداً في الوقت نفسه (Jusoff, 2009; 472). حيث ثبت بأن الجودة في الخدمات الصحية هي عنصر حيوي في اختيار المريض للمستشفى الذي سيوفرها له، كون المستشفيات تقدم أنواع الخدمات نفسها، ولكنها لا تقدم نفس الجودة في تلك الخدمات، إضافة لذلك، فقد أصبح المرضى اليوم أكثر إدراكاً بالبدائل المتوافرة لهم لجهة حصولهم على الخدمة، وإنّ ارتفاع معايير أداء الخدمة قد زاد من توقعاتهم. وهم أيضاً أصبحوا ينتقدون بشدة مستوى الجودة التي حصلوا عليها من تجربتهم للخدمة (Luck,2007: 19). وبالتالي لتحقيق التميز في مستوى الخدمات الصحية، يجب على المستشفيات أن تسعى جاهدةً لتطبيق معيار **Zero-Defects** أي عدم وجود أخطاء، أي أداء العمل بالشكل الصحيح ومن المرة الأولى. وكذلك، الاستفادة من ردود الأفعال - الملاحظات - التقييمات (**Feedback**) التي يديها المرضى عن طريق عمل استبيانات توضّح إدراكهم للرعاية الصحية التي حصلوا عليها. وأخيراً، تبني مفهوم التسويق الحديث للرعاية الصحية، والذي يتطلب أن يكون مقدمو الخدمة موجّهين نحو المريض، أي التركيز على رضا مرضاهم. (Taner & Antony, 2006: 2)

هذا وقد كانت جهود الجودة كلها تركز على الرعاية السريرية بالمستشفيات، و كانت علاقة الطبيب بالمريض هي محور الجودة. ثم تطور هذا المفهوم حين أصبحت علاقة الخدمة ككل بالمريض، بما يعني بروز أهمية دور باقي أفراد الفريق الصحي، و الإداري، و الخدمات المساندة في الجودة. فمثلاً، يمكن لجراح ذي كفاءة عالية إجراء جراحة

ناجحة و لكن نظراً لضعف الخدمة التمريضية بعد العملية تحدث مضاعفات تؤثر على النتائج النهائية للجراحة وبالتالي جودة الخدمة. (بو عباس، ٢٠١٠: ١٩)

وإنّ الصعوبة في تحديد مفهوم الجودة بصفة عامة وفي المجال الطبي بصفة خاصة، تكمن في تعريفها وقياسها (Mosadeghrad, 2013: 204). فمن الناحية النظرية يمكن لأي باحث وضع نموذج أو تصور لكيفية الوصول إلى مستويات عالية للجودة وتحديد أبعادها. لكن ليس كل الباحثين أو المهتمين بهذا المجال يؤيدون النموذج نفسه أو يملكون التصور نفسه لتلك الأبعاد.

و سيتم تناول مفهوم الجودة في الخدمات الصحية من وجهة نظر الباحثين (Newcome) و (Donabedian). (Donabedian, 1988: 1745)، (Odgerel,2010: 23-24).

- من وجهة نظر الباحث (Newcome, 1997):

يوجد عنصران لفهم جودة الرعاية الصحية: الأول يركز على نتيجة الخدمات الصحية المقدمة. والذي يعرف من وجهة نظر مقدميها (ماذا يتم تقديمه؟)، والثاني يركز على عملية التقديم. والذي يعرف من وجهة نظر المرضى (كيف يتم تقديم الخدمة؟). وبناءً على ذلك، تصنّف جودة الخدمات الصحية إلى صنفين: الجودة الفنية Technical Quality و جودة خدمة المريض Client Quality. ففي القطاع الصحي تشير الجودة الفنية إلى الجودة السريرية Clinical أو الجودة المهنية Professional. أما جودة خدمة المريض تشير إلى الرعاية التي يوفرها مقدموا الخدمات الصحية إلى المرضى.

ويعرف (Brook and Williams,1975) الجودة الفنية على أنها: " قدرة المستشفيات على تحقيق مستويات عالية من الرعاية الصحية للمرضى من خلال التشخيص الطبي والعلاج وتقديم كافة الاجراءات المتعلقة بذلك. فهي تشمل الكفاءة والمهارات السريرية للأطباء والمرضى وخبرة فنيي المختبرات في إجراء التحاليل الطبية اللازمة ". أما جودة خدمة المريض عرفها بأنها " كيف يتم تقديم الخدمة ؟ والعلاقة التفاعلية بين مقدم الخدمة و المريض " .

- أما من وجهة نظر الباحث (Donabedian, 1982) :

فإنه يوجد ثلاثة عناصر لفهم جودة الرعاية الصحية وهي هيكل الخدمة وعملية الخدمة ومخرجاتها، والتي تشمل كلاً من الجودة الفنية وجودة خدمة المريض. هذه العناصر الثلاث تسمى المعيار الذهبي لقياس جودة الخدمة، كما يلي :

الأول هيكل الخدمة: (Structure) ويدل على السمات الخاصة بالمكان الذي يتم فيه تقديم الرعاية. و يشمل الأشياء المادية (المرافق - المعدات و التجهيزات - المال..)، الموارد البشرية (عدد العاملين ومؤهلاتهم...)، الهيكل التنظيمي (الأقسام الطبية والإدارية - تنظيم الطاقم الطبي - الإشراف...).

الثاني عملية الخدمة: (Process) و تدل على ما تم تقديمه فعلاً من رعاية صحية. و تشمل أنشطة التشخيص، وتقديم العلاج و التوصيات النهائية. أي الخصائص المتعلقة بتقديم الخدمة نفسها.

الثالث مخرجات الخدمة: (Outcome) و تدل على تأثيرات الرعاية المقدمة للمريض على حالته الصحية ودرجة رضاه، وتشمل الاجراءات و المعارف التي اكتسبها المريض خلال تلقية الخدمة، التغييرات الصحية المفيدة في سلوكه.

و بالرغم من الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية وشيوع استخدام مصطلح " الجودة " في الأدبيات المتخصصة وفي الحياة العامة، فإنه من الصعب إيجاد تعريف لهذا المفهوم يتفق عليه الجميع، ويرجع ذلك في الأساس إلى أن مفهوم الجودة يخضع لتقدير الأفراد ويختلف باختلاف اهتماماتهم وأولوياتهم وأهدافهم . (عبد القادر، ٢٠١٢: ٢١٨)

وبالتالي، سيحاول الباحث سرد بعض أهم التعريفات التي توضح هذا المفهوم، كما يلي:

فمن وجهة نظر Fuentes : إنَّ جودة الخدمات الصحية هو مفهوم متعدد الأبعاد، يعكس الحكم فيما إذا كانت الخدمات المقدمة للمرضى ملائمة، وفيما إذا كانت العلاقة بين المريض والطبيب صحيحة وتفاعلية. (Fuentes, 1999:232)

أما Donabedian : فقد عرف الجودة الصحية بأنها: " صفة الرعاية التي يتوقع من خلالها الإرتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية، بعد ان يأخذ في الحسبان التوازن بين المكاسب و الخسائر التي تصاحب عملية الرعاية في جميع أجزائها ". (Donabedian, 1988: 1745)

فيما عرفها المعهد الطبي الأمريكي (IOM) The Institute of Medicine على أنها: " المستوى الذي تصل إليه الخدمات الصحية بغية رفع النتائج المحتملة المرغوبة من قبل الأفراد و المجتمع، وبحيث تكون متماشية مع المعارف المهنية الحديثة ". (Hollis,2006:77)

وتعرف الوكالة الأمريكية للحكومية للرعاية الصحية The U.S. Government Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) جودة الخدمة الصحية على أنها: " سهولة الوصول، الفعالية، الأمان، الملاءمة والمسؤولية". وهذا يعني : (Brownm, 2008:5)

- تقديم الرعاية الصحية المناسبة للمريض الذي يحتاجُ عنايةً في التوقيت المناسب والطريقة الصحيحة.
 - يمكن للمريض الحصول على الرعاية الصحية في الوقت المناسب، والحصول على معلومات دقيقة و مفهومة حول جميع المخاطر التي سيتعرض لها أو المنافع التي سيحصل عليها.
 - أن يكون المريض مشمولاً بالحماية من الخدمات والمنتجات الطبية غير الآمنة.
 - أن يحصل المريض على معلومات موثوق بها ومفهومة حول الرعاية الصحية التي سيتلقاها.
- بينما تعدّ جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر **Overtreit** بأنها : إعطاء المرضى ما يريدون (جودة الخدمة للمريض) وما يحتاجونه (جودة مهنية) وذلك باستخدام أقل الموارد، دون تأخير أو خطأ، وضمن لوائح وتعليمات عالية المستوى. وعرفها أيضاً بأنها " توفير الرعاية التي تتجاوز توقعات المريض وتحقق أعلى نتائج سريرية ممكنة باستخدام الموارد المتوفرة ". (Vanniarajan & Arun,2010: 1)
- وبالتالي، فإن تعريف الجودة في الخدمات الصحية يختلف تبعاً لوجهة نظر الأشخاص الذين لهم علاقة بها، كما يلي : (AL-Hashem,2012: 2)
- الجودة من وجهة نظر المرضى : وتعني فيما إذا كانت الخدمات المقدمة لهم ، تعطيهما ما يحتاجونه.
 - الجودة من وجهة نظر العاملين في مجال الصحة: تعني فيما إذا كانت الخدمات الصحية تلبى احتياجات المرضى وذلك كما تم تحديدها و تقييمها من قبل المهنيين وضمن المعايير المحددة، وما إذا كانت الإجراءات الطبية و غير الطبية المعمول بها قد أنجزت بشكل صحيح.
 - الجودة من وجهة نظر الإدارة : تعني الاستخدام الفعال والكفوء للموارد المتاحة والأدوات لزيادة الإنتاجية و تلبية احتياجات المرضى من دون هدر في الوقت والتكلفة وضمن الحدود وبتوجيهات من الإدارة العليا.
- وعرّفت منظمة الصحة العالمية (The World Health Organization (WHO) جودة الخدمات الصحية على أنها " التماشي مع المعايير و الأداء الصحيح، بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير و تأثير على نسبة الحالات المرضية و نسبة الوفيات و الإعاقة و سوء التغذية ".(AL-Hashem,2012: 3)
- وقد عرفها Tailakh على أنها " خدمات صحية تلبى حاجات ورغبات المرضى وتُقدّم لهم بلطف وعناية في الوقت المناسب، وتقضي على الأعراض " (Tailakh, 2012:125)

كما أنّ الجودة في مجال الرعاية الصحية تعني أنها " تتضمن أحدث التكنولوجيا، علاجاً، ودواءً حديثاً وفعالاً، القدرة على تحمل التكاليف، ارتفاع عدد القائمين على الرعاية لكل مريض، الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمات". (Wanjau,2012: 115)

و**عرفها Mosadeghrad** أيضاً بأنها " تطبيق العلوم والتكنولوجيا الطبية بطريقة تعظم فائدتها على الصحة و دون زيادة المخاطر." (Mosadeghrad, 2013: 204)

و **يعرف Palmar** جودة الخدمة الصحية بالنظر إليها من الزوايا التالية: (السويسي، ٢٠١٣: ٤٥)

- المريض: على أنها ما توفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف و الاحترام.
- الطبيب: وضع المعارف و العلوم الأكثر تقدماً و المهارات الطبية في خدمة المريض.
- المالكين: الحصول على أحسن العاملين و أفضل التسهيلات لتقديم الخدمة للعملاء.
- إدارة المستشفى: تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية و المهنية، و يحكمها أخلاقيات الممارسة الصحية، التعامل المثالي مع المريض و الإداري. أي تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة.

٣-٦- العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية :

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

❖ **تحليل توقعات المريض Analysis Of Patient Expectation** : تحتاج المستشفيات 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. (السويبي، ٢٠١١: ٤٦)

ويمكن للمرضى أن يحققوا إدراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للجودة وهي : (البكري، ٢٠٠٥: ٢٠٤)

- الجودة المتوقعة The Expected Quality: وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذا اختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية، فضلاً عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المستشفى.

- الجودة المدركة The Perceived Quality: وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى، أي تصور المريض لجودة الخدمات الصحية المقدمة له.

- الجودة القياسية The Standard Quality: ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساساً للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المستشفى.

- الجودة الفعلية The Performance Quality: وهي تلك الدرجة من الجودة التي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى.

❖ **تحديد جودة الخدمات Service Quality Specifications**: عندما يفهم المستشفى حاجات المريض فإنه

يجب أن يضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة. وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطاً مع أداء العاملين في المستشفى و مستوى و كفاءة الأجهزة و المعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية.

كما أن التزام الإدارة و بمختلف المستويات في المستشفى بالجودة كهدف يجعلها أنموذجاً لكل العاملين في المستشفى، ولاشك فإن مثل هذا الالتزام سيحفز العاملين و بمختلف التخصصات و المهن على الالتزام بمواصفات الخدمة المقدمة للمرضى الزائرين أو الراقدين في غرف المستشفى. (نياب، ٢٠١٢: ٧٣)

❖ **أداء العاملين Employee Performance:** عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة، ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفى، فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب، ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، وأن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، وهنا يكون من الضروري أن لاتقدم الإدارة وعوداً لاتستطيع الوفاء بها لأي سبب كان. (نياب، ٢٠١٢: ٧٣)

❖ **إدارة توقعات الخدمة الصحية Management Of Service Expectations:** عن طريق اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المستشفى و الترويج و الإعلان في خارجها، من أجل التعرف المبكر لتوقعات المرضى حول جودة الخدمة الصحية المقدمة من طرف المستشفى، وهنا يجب على المستشفى أن لاتقدم وعوداً لاتستطيع تحقيقها لأن هذا سينعكس على عدم رضا المرضى عن الخدمة المتوقع حصولها. (بلقاضي، ٢٠٠٩: ٨٩)

٣-٧- أهداف جودة الخدمات الصحية:

هناك أهداف عديدة يمكن الوصول إليها من خلال تحقيق الجودة في الخدمات الصحية، وتتمثل فيما يلي : (الطويل & آخرون، ٢٠١٠: ١٤) & (عائشة، ٢٠١١: ٩)

- ضمان الصحة البدنية و النفسية للمستفيدين (المرضى).
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) وزيادة ولائِهِ للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلانية فاعلة لتلك المنظمة.
- تعد معرفة آراء المستفيدين (المرضى) وانطباعاتهم، وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية، وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية و التخطيط للرعاية الصحية و وضع السياسات المتعلقة بها.
- تطوير و تحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين (المرضى) من الخدمة الصحية و مقدميها.
- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة و فاعلية.
- 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.
- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة.

من الصعوبات الكبيرة التي يواجهها المرضى في تقييمهم للخدمة كونها غير ملموسة. فكيف الأمر إذا لم يتمكن من رؤيتها أو الشعور بها، أو سماعها. بينما يكون الأمر في السلع أكثر سهولة ، لأنّ السلعة ذات صفة أو جودة مستكشفة Search Quality وهي الخصائص أو الصفات التي تميز السلعة من حيث اللون، الحجم، المتانة ... الخ ... والتي يمكن بالتالي تقييمها من قبل المستهلك قبل الإقدام على شرائها.

إلا أن الخدمات ومنها الصحية تملك بدلاً من ذلك مواصفات نوعية تجريبية تعتمد على الخبرة Experience Quality كالرضا، السعادة، السرور ..الخ، وهي صفات يمكن تقييمها فقط ومن خلال الشراء أو الاستخدام أو الاستهلاك للخدمة الصحية، كما هو حاصل في تداوي وتضميد الجروح، قلع الأسنان، الفحوص المخبرية والشعاعية...الخ. والأمر يتسع لما هو أبعد من ذلك في الخدمات الصحية عندما ترتبط أو تعتمد المواصفات النوعية على الثقة و المصادقية Credence Quality. فهي مواصفات قد لا يستطيع المريض تقييمها حتى بعد الحصول عليها كما هو مثلاً في التشخيص الطبي بالاعتماد على الأجهزة المتقدمة و المستندة على الكمبيوتر، العمليات الجراحية الكبرى أو فوق الكبرى، زراعة القلب أو الأعضاء البشرية ... الخ. ولاشك بأن الأغلبية يفتقدون المعرفة أو المهارة لتقييم نوعية هذه الخدمات، لذلك فهم يضعون ثقتهم في مهارة وقدرة منتجي هذه الخدمات. (البكري، ٢٠٠٥: ٢١١-٢١٢) و على الرغم من كل ماسبق، فإن المرضى يعتمدون في تقييمهم للخدمة الصحية المقدمة لهم على أساس مستوى أو درجة نوعيتها، معتمدين في ذلك التقييم على مجموعة من الأبعاد المحددة و التي تختلف حسب وجهة نظر كل باحث وما توصل إليه في دراسته ، إلا أن العديد من النماذج أو الأبعاد التي حددها الباحثون كانت متفقة في المضمون ومختلفة في الشكل والعدد.

فأبعاد الجودة في الرعاية الصحية كما حددها كامبل وزميله هي: (Campbell& Buetow, 2000: 1611-1625)

- فعالية الرعاية الصحية (Effectiveness): أي درجة تحقيق الإجراءات المستخدمة للنتائج المرجوة منها، والتي تشير إلى أية درجة تم إنجاز الهدف الموضوع، و إلى أي درجة تحققت النتائج المرغوبة من الرعاية، وإلى أية درجة نجحت الاستراتيجية الموضوعة في تحقيق الأهداف. وهي تعكس مدى القيام بالعمل بالطريقة الصحيحة.
- الملاءمة (Appropriateness): اختيار الإجراءات الصحية المناسبة لحالة المريض.
- القبول و الاستمرارية (Acceptance & Continuity):يعني القبول: تقبل المريض و المجتمع لاستخدام إجراء طبي معين. أما استمرارية تقديم الخدمات وهي إحدى ضروريات ضمان الجودة، فتعني ألا تتقطع الخدمات الصحية

المقدمة، وكذلك تقديم الخدمة من قبل مقدم الخدمة ذاته خلال مدة الرعاية الصحية و الإحالة الملائمة في الوقت المناسب و التواصل بين مقدمي الخدمة، وقد تعني الاحتفاظ بملفات طبية صحيحة حتى يتمكن المريض من مراجعة الطبيب ذاته دائماً، ويؤدي انقطاع الاستمرارية إلى تدني مستوى جودة الرعاية بشكل يزيد من التكاليف المتعلقة بتقديم الخدمة.

- إمكانية الحصول على الخدمة الصحية (Access): إمكانية الحصول على مواعيد سواءً بالعيادات أم المنامة أو لإجراء عمليات جراحية.

- السلامة العامة و السلامة الصحية (Safety): والتي تشير إلى التقليل ما أمكن من خطر التعرض للإصابات الناتجة عن ممارسة المهنة الطبية أو الناتجة عن الوجود داخل المنظمات الصحية، أو الأخطار المتعلقة بالخدمات الصحية لكل من مقدم الخدمة و متلقيها، فمثلاً في عملية نقل الدم، يجب توفر الوسائل الوقائية الكفيلة بمنع الإصابة بعدوى التهاب الكبد الوبائي أو فيروس الإيدز لكل من مقدم الخدمة و متلقيها.

- الكفاءة (Efficiency): الاستخدام الأمثل للموارد و التكاليف والتي تبين نسبة مخرجات الخدمات إلى التكاليف المتعلقة بإنتاج تلك الخدمات ،و تعني أيضاً الاستخدام المتوازن للموارد (البشرية، المالية، و المادية) لتقديم أفضل رعاية صحية للمريض و المجتمع و تحقيق أكبر منفعة ضمن الموارد المتاحة، وبشكل آخر فهي تعني تقديم أفضل رعاية صحية بالاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، بتقليل التكاليف عن طريق تقديم الخدمات الضرورية و الصحيحة و تلافي الخدمات غير الضرورية أو الخاطئة.

وقد قدم كلاً من الباحثين (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985) أبعاد جودة الخدمة وقد تم شرحها سابقاً في الصفحة (٥٥)، وتمثلت بعشرة أبعاد هي: (الاعتمادية - الاستجابة - الكفاءة - الوصول للخدمة - المصادقية - الاتصال - الأمان - الكياسة - الملموسية- فهم العميل). وفي دراسة لاحقة لنفس الباحثين (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988) تمت الإشارة إلى وجود علاقة ارتباط بين هذه الأبعاد أو المحددات، مما دفعهم إلى دمج بعضها واختصارها في خمسة أبعاد وأصبحت معروفة باسم مقياس أو أداة SERVQUAL وهذه الأبعاد هي: (الملموسية- الاعتمادية - الاستجابة- الأمان- التعاطف). ويمكن إسقاط أبعاد جودة الخدمة وفقاً لمقياس SERVQUAL على مجال الرعاية الصحية، حيث أنّ الخدمات الصحية هي نوع من أنواع الخدمات.

ففي عام 1991 قام Parasuraman وزملاؤه باستخدام المقياس نفسه لتقييم الجودة المدركة للخدمات الصحية، وقد قبلت هذه الأداة على نطاق واسع واستخدمت لتجسيد أبعاد جودة الخدمة الصحية. وسيتم تناول هذه الأداة أو المقياس بشكل مفصل في الفقرات التالية. (Odgerel,2010: 32)

أمّا الباحثين (Ford and Fottler, 2000) فقد اقترحا بأنّ أبعاد أية خدمة يجب أن تحدد من خلال مقياس SERVQUAL، وأن هذا المقياس مفيد لتقييم جودة الخدمة في مجال الرعاية الصحية. (Tewarie, 2008: 20) حيث أنّ العديد من الأبحاث التي تناولت جودة الخدمات في المستشفيات استخدمت نفس المقياس (Johnson,2012: 342)

الأبعاد الخمسة وفقاً لمقياس SERVQUAL هي : (Biswas,2012: 45- 48) (Kazemi&others,2013:2126)

- **الاعتمادية Reliability** : تعني قدرة المستشفى على أداء الخدمة الموعود بها للمريض بثقة و بدقة. كما أنها تشير إلى أن المريض سوف يتلقى العلاج بشكل صحيح و دقيق. و بغض النظر عن العلاج سوف يتلقى المريض كل الاهتمام الذي يحتاجه.

- **الملموسية Tangibles** : وتتمثل بالمرافق العامة، المعدات و التجهيزات، ومظهر الأفراد، وأجهزة الاتصال، والتسهيلات الأخرى. وتعني أيضاً استخدام التسهيلات المادية الملائمة لتحقيق السرعة في عمليات الرعاية الصحية المقدمة.

- **الاستجابة Responsiveness** : تعني استعداد جميع العاملين في المستشفى لمساعدة المرضى و تقديم خدمة سريعة لهم. وتعني أيضاً السرعة و الجاهزية في الاستجابة لاحتياجات المرضى. مثل: خدمة الإسعاف السريع، وسهولة الحصول على المواعيد ... الخ.

- **التأكيد أو الضمان Assurance**: ويشير هذا البعد إلى جميع الترتيبات و الأنشطة التي من شأنها أن تؤدي إلى الحفاظ على جودة الخدمة، وصيانتها و تعزيزها في مجال الرعاية الصحية. ويتعلق هذا البعد بالثقة بين المريض و مقدم الخدمة، أي تقديم خدمات صحيّة صحيحة. وهي عبارة عن المعرفة و المجاملة والثقة التي يتمتع بها موظفو المستشفى.

- **التعاطف أو الكياسة Empathy**: ويشير هذا البعد إلى تركيز الاهتمام بالمريض، وتقديم الرعاية له بشكل ودي ولطيف من قبل الأطباء و الممرضين و غيرهم من العاملين في المركز الصحي المختص.

ويوضح الجدول التالي رقم (٤) أبعاد الجودة في الخدمة الصحية، وما يقابلها من معايير لتقييم كل بعد من هذه الأبعاد و الأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد في التطبيق لتقديم الخدمة الصحية:

الأمثلة	معايير التقييم	البعد
<ul style="list-style-type: none"> - ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى. - له ثقة بأن حياته بين أيدي أمينة. 	<ul style="list-style-type: none"> - دقة السجلات المعتمدة في ادارة المستشفى. - صحة القوائم المالية. - المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية 	الاعتمادية
<ul style="list-style-type: none"> - وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة. - صالة العمليات جاهزة كلياً ولكل الحالات. 	<ul style="list-style-type: none"> - تقديم خدمات علاجية فورية . - استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية. - العمل على مدار ساعات اليوم. 	الاستجابة
<ul style="list-style-type: none"> - المعاملة الطبية للمرضى من قبل الأطباء. - تدريب ومهارة عالية في الأداء. 	<ul style="list-style-type: none"> - سمعة ومكانة المستشفى عالية. - المعرفة و المهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي. - الصفات الشخصية للعاملين. 	الضمان
<ul style="list-style-type: none"> - الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض - النظر للمريض بأنه دائماً على حق. 	<ul style="list-style-type: none"> - اهتمام شخصي بالمريض - الإصغاء الكامل لشكوى المريض - تلبية حاجات المريض بروح من الود و اللطف 	القياسة
<ul style="list-style-type: none"> - نظافة عيادة الطبيب وكونها ذات مظهر تخصصي. - نوعية الطعام المقدم للراقيدين في المستشفى. 	<ul style="list-style-type: none"> - الأدوات المستخدمة في التشخيص و العلاج. - المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة - أماكن الانتظار و الاستقبال المناسبة 	الملموسية

الجدول (٤) :أبعاد الجودة في الخدمة الصحية

المصدر : (البكري، ٢٠٠٥ :٢١٣)

ويظهر الجدول التالي رقم (٥)، الأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة قياساً بالأبعاد الأخرى، وذلك وفقاً

— Kotler

الأهمية	البعد
٣٢%	الاعتمادية
٢٢%	الاستجابة
١٩%	الضمان
١٦%	الكيافة
١١%	الملموسية

الأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة

المصدر: (البكري، ٢٠٠٥ : ٢١٤)

٣-٨- قياس جودة الخدمات الصحية :

يتوجب على المنظمات على اختلاف أنواعها أن تقيس نتائج أعمالها حتى لو لم تحصل من خلال هذه النتائج على عائد، فالمعلومات التي يتم الحصول عليها تحوّل أداء المنظمة إلى الأفضل.

وتعتبر عملية القياس أحد المحاور الأساسية لتطوير جودة المنتجات و الخدمات ، فقد ذكر (Oakland, 1999) أن ما لا يمكن قياسه لا يمكن تطويره، وقد ناقش (Crosby,1984) اعتقاد بعض المنظمات أن عملية القياس مكلفة للوقت و المال حيث أكد أن المكاف للمال و المضيق للوقت هو عدم استخدام مقاييس لجودة الخدمة، وبالتالي لا يمكن تحديد مدى تطور أو تراجع الكفاءة الإنتاجية و مستوى الخدمة. أما (Pearson, 1999) فقد أضاف بأن وجود نظام محكم للقياس هو الخطوة الأولى للتكامل و الإبداع في تطوير جودة الخدمات و المنتجات على حدّ سواء. (هدى، ٢٠٠٩ : ٨٦)

ويرى (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985) أن الخدمات أكثر صعوبة من حيث التقييم والقياس بالمقارنة مع السلع المادية، وذلك بسبب خصائصها المميزة، خاصة فيما يتعلق بصفات البحث، التجربة و الاعتقاد، فإذا كان ماتقدمه منظمة ما لعملائها يحتوي على : صفات البحث فهو سهل التقييم، صفات التجربة صعب التقييم، صفات الاعتقاد أصعب للتقييم. و بما أن الخدمات غنية بصفات التجربة و الاعتقاد، و فقيرة من حيث صفات البحث فإنّ عملية قياسها صعبة، إذ أنّ أبعاد جودة الخدمة العشرة وحسب (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985) يحوي اثنين منها صفات البحث (الملموسية و المصدقية) والتي يمكن معرفتها قبل عملية الشراء، في حين أنّ ستة منها تتضمن صفات التجربة (الوصول إلى الخدمة، المجاملة، الاعتمادية، الاستجابة، فهم العميل، الاتصال) واثنين تحوي صفات الاعتقاد (المهارات و المعارف لتقديم الخدمة و الأمن). (Parasuraman & et al, 1985)

وعلى خلاف الجودة في السلع المادية التي يمكن قياسها وتقييمها على أساس خصائصها الملموسة، فإن الجودة في مجال الخدمات هو تركيب مجرد يصعب قياسه وتعريفه بسبب الطبيعة الشخصية و خصائص الخدمة. وبالتالي فإن الطبيعية غير الملموسة للخدمات الصحية، يجعلها غير قابلة للتخزين، ولا يعرف مستوى الجودة فيها، كما في السلع المادية. بالإضافة إلى أن أداء الخدمات الصحية يمكن أن يختلف من فترة لآخرى ومن لقاء لآخر، بسبب تنوع الكادر الطبي من أطباء و ممرضين وغيرهم في تقديم الخدمة لمجموعة متنوعة من المرضى الذين يعانون من أعراض مختلفة ولديهم احتياجات متعددة، أضف إلى ذلك، أن التفاعل بين مقدمي الخدمة فيما بينهم من جهة وبين المريض من جهة ثانية والتلازمية. وبهذا فإن كل ماسبق يجعل من التجربة المباشرة للمريض أو بالنيابة، من خلال المصادر الخارجية Word Of Mouth (الأصدقاء و المعارف) هي الطريقة الفضلى، والتي تتجلى في مجال جودة الرعاية الصحية. (Hollis, 2006: 87)

و قد وضع العديد من الباحثين عدة نماذج لقياس و تقييم جودة الخدمات بشكل عام، غير أن أكثر هذه النماذج شهرةً و تطبيقاً هما: جودة الخدمة و نموذج أداء الخدمة. وسوف نتطرق فيما يلي إلى هذين النموذجين، بالإضافة إلى بعض أهم النماذج الأخرى وذلك بإسقاطها على الخدمات الصحية.

أولاً : نموذج جودة الخدمة SERVQUAL

حظي هذا النموذج بدرجة كبيرة من القبول والتطبيق في قياس جودة الخدمة، حيث ينسب إلى الباحثين (Parasuraman, Berry, Zeithmal) سنة ١٩٨٨. (Hollis,2006:51)

يطلق على نموذج جودة الخدمة (Service-Quality) الذي يعرف اختصاراً بـ ServQual تسميات أخرى وهي : (هدى، ٢٠٠٩ : ٨٧)

- نموذج الفجوات The Gaps Model

- الإدراكات ناقص التوقعات Perceptions Minus Expectations

- فرق النتيجة Different Scores

ويقوم مقياس (SERVQUAL) على استمارة تتكون من ٢٢ بنداً تعكس أبعاد الجودة الخمس، وهي (الملموسية- الاعتمادية - الاستجابة- الضمان- التعاطف). ويتكون المقياس من مجموعتين تتضمن كلاً منها ٢٢ عبارة، وتهدف المجموعة الأولى إلى تحديد الخدمة المتوقعة، والثانية إلى الخدمة الفعلية المدركة من قبل المرضى ومن ثم يتم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات و الإدراكات وذلك باستخدام الأبعاد التي يمثلها هذا المقياس، كما يلي:

جودة الخدمة = الإدراكات - التوقعات

فكلما كانت الخدمة المدركة أعلى من توقعات المريض تكون الجودة مرتفعة. (Luck,2007: 17-20)

وإنّ الغرض من هذا المقياس (SERVQUAL) : هو تقييم تصورات المرضى وتوقعاتهم من جودة الخدمة المقدمة في المنظمة الصحية. (Johnson, 2013: 59)

أما من وجهة نظر المستشفى الراغب في النجاح و الاستمرار، فإن جوهر الجودة في الخدمات الصحية لاينحصر في حدود المطابقة للخدمة المقدمة مع المواصفات القياسية المحددة مسبقاً، أو تقديمها بأقل ما يمكن من التكاليف، بل امتدت إلى ما يحتاجه المريض وما يتوقع أن يحصل عليه، و اختلاف ذلك عن المستشفيات الأخرى ومايمكن أن يقدم له. وبالتالي أصبحت جودة الخدمة الصحية المقدمة هي بمثابة ميزة نسبية Relative Advantage على المستشفى أن يوظفها لتعزيز مكانته في السوق الصحي.

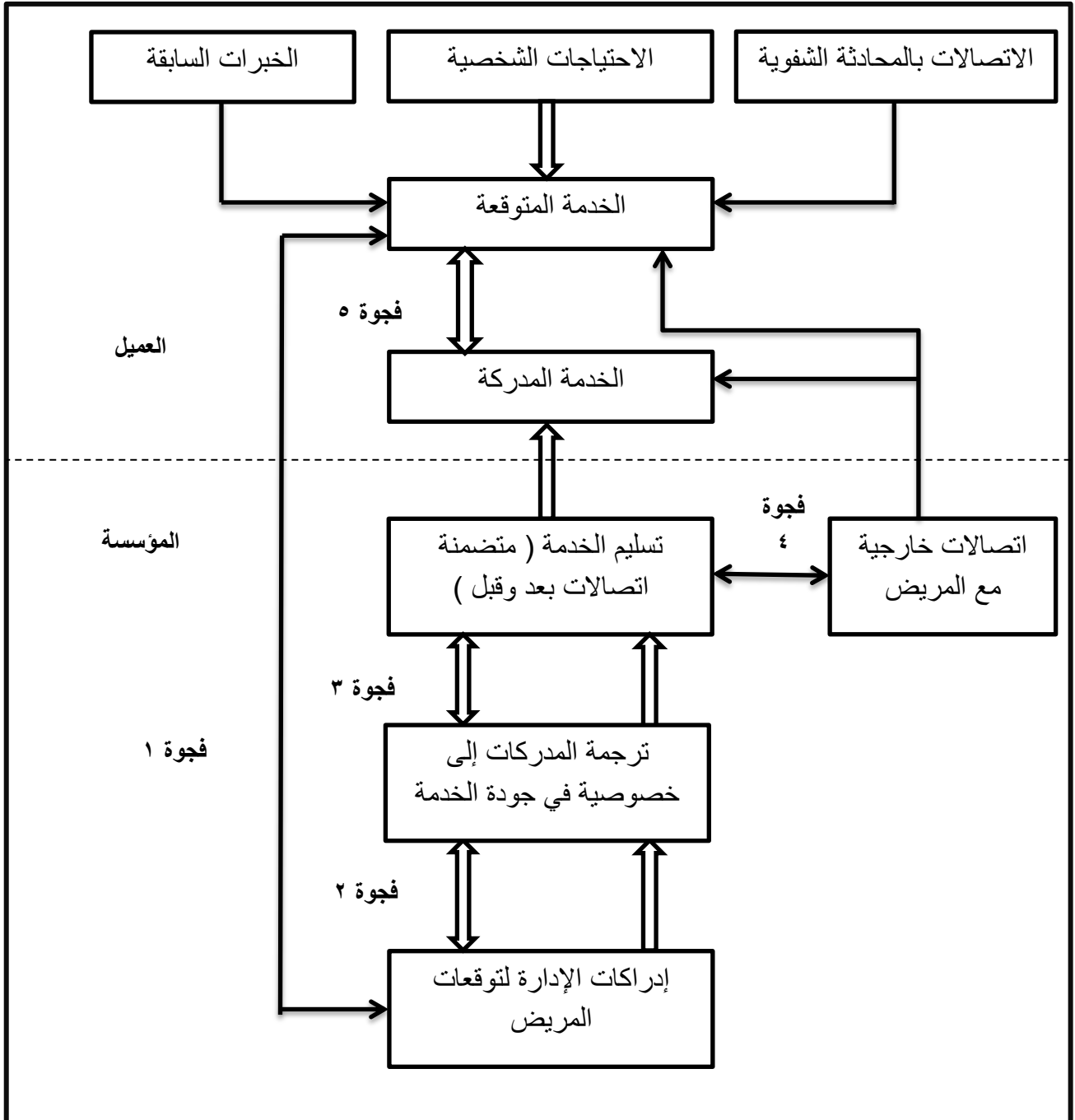
ولاشك بأن عدم إدراك هذه الميزة يعني وجود فجوة Gap بين المستشفى و المريض عبر الخدمة الصحية المقدمة. ووفقاً لنموذج SERVQUAL تمت الإشارة إلى وجود خمس فجوات يمكن أن تقود لأن تكون سبباً في عدم نجاح الخدمة المقدمة من قبل المستشفى. (البكري، ٢٠٠٥: ٢١٦)

والفجوات الخمسة هي: (Parasuraman & et al, 1985: 45-46) & (Jusoff, 2008: 473)

- ◀ **الفجوة بين توقعات المريض وإدراك إدارة المستشفى لتلك التوقعات :** تحصل هذه الفجوة عندما لاتدرك الإدارة بصورة صحيحة مايرغبه المريض، أي عجزها عن معرفة احتياجات ورغبات المرضى المتوقعة.
- ◀ **الفجوة بين إدراك إدارة المستشفى لتوقعات المريض و جودة الخدمة المعيارية:** قد تدرك الإدارة بشكل صحيح رغبات المريض، و لكنها لاتحدد معايير أداء واضحة تعكس هذه الرغبات، وقد يعود ذلك إلى قيود تتعلق بموارد المستشفى أو عدم قدرتها على تبني فلسفة جودة الخدمة.
- ◀ **الفجوة بين جودة الخدمة المعيارية وجودة الخدمة المقدمة فعلاً:** أي أن جودة الخدمة المقدمة لا تتطابق مع المعايير المحددة مسبقاً لهذه الجودة. وقد يرجع ذلك إلى تدني مستوى الأداء و المهارات الخاصة بمقدمي الخدمة أو عدم توفر الدافعية لديهم لتقديم الخدمة حسب المواصفات المخطط لها.
- ◀ **الفجوة بين الخدمة المقدمة فعلاً و الاتصالات الخارجية:** وهي الاختلافات بين الخدمة الصحية المقدمة فعلاً للمرضى، و ما تم الاتفاق عليه مسبقاً عبر الاتصالات التي قامت بها المستشفى، وهذا يؤدي إلى وجود خلل في المصداقية و الثقة بين المستشفى و المريض.

الفجوة بين توقعات المريض للخدمة و الخدمة المقدمة فعلاً: تحصل هذه الفجوة عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحيحة بالجودة المتوقعة، فالخدمة ذات الجودة العالية هي التي تتوافق مع، أو تفوق توقعات العملاء عن الخدمة.

و الشكل التالي رقم (٥) يوضح هذه الفجوات :



نموذج الخدمة للفجوات الخمسة، الشكل (٥)

المصدر: (Parasuraman & et al, 1985: 44)

وقد تعرض هذا المقياس للعديد من الانتقادات على الرغم من الشهرة الواسعة التي نالها وتطبيقه في العديد من دول العالم على مختلف أنواع الخدمات (Hollis,2006:52)، الأمر الذي دفع الباحثين (parasuraman, Zeithaml, berry) إلى تنقيحه سنة ١٩٩١، وذلك بإضافة الأهمية النسبية لكل بعد من الأبعاد الخمس لجودة الخدمة. وترتب على هذه الانتقادات استمرار الجهود المبذولة عالمياً للتوصل إلى نموذج علمي و عملي لقياس جودة الخدمة ويتمتع بدرجة عالية من الثقة و المصداقية و إمكانية التطبيق.

ويرى (Cronin and Taylor, 1992) أنه من غير الضروري إدماج توقعات العملاء عند قياس جودة الخدمة، وإنما يمكن الاكتفاء بإدراكاتهم، وعلى هذا الأساس فقد تم اقتراح نموذج يتجه نحو قياس جودة الخدمة، أطلقوا عليه اسم نموذج أداء الخدمة (SERVPERF). (Cronin& Taylor, 1994: 125)

ثانياً : نموذج أداء الخدمة SERVPERF

يطلق على نموذج أداء الخدمة (Service-Performance) الذي يعرف اختصاراً بـ SERVPERF تسميات أخرى وهي : (هدى، ٢٠٠٩ : ٩٩)

– الإدراكات فقط Perception Only

– التركيز على الأداء Performance-Based

وينسب هذا النموذج إلى الباحثين (Joseph Cronin and Steven Taylor) وذلك نتيجة للانتقادات التي قاموا بتوجيهها لنموذج جودة الخدمة وخاصة فيما يتعلق بالتوقعات. (Hollis,2006:53)

وقد قام الباحثين باختبار أربعة نماذج لقياس جودة الخدمة وهي :

– SERVQUAL جودة الخدمة = الأداء - التوقعات

– weighted SERVQUAL جودة الخدمة = الأهمية * (الأداء - التوقعات)

– SERVPERF جودة الخدمة = الأداء

– weighted SERVPERF جودة الخدمة = الأهمية * الأداء

وخلص هذا الاختبار إلى أن مقياس الأداء فقط يمثل أفضل المقاييس، حيث يتخلص هذا المقياس من الفجوة بين الأداء و التوقعات، ويركز فقط على الأداء الفعلي لقياس جودة الخدمة، وبالتالي يتجاوز الغموض في بناء التوقعات،

ويتميز أيضاً بالسهولة في التطبيق و القياس، إلى جانب زيادة درجة مصداقيته و واقعيته. أما فيما يتعلق بأبعاد جودة الخدمة ومحدداتها، فقد استخدم (Cronin and Taylor, 1992) الأبعاد نفسها، و العبارات الاتيين و العشرين المنقحة نفسها التي اقترحها (PZB,1991). (المحوي & اسماعيل، ٢٠١١: ١١١)

يعتبر مقياس جودة الخدمة و مقياس أداء الخدمة أكثر المقاييس استعمالاً في قياس جودة الخدمة حتى الآن. إلا أن الجدل مازال مستمراً حول أفضلية أي منهما، لذا فقد انقسم الباحثون بين مؤيد ومعارض لكل منهما، الأمر الذي يتوجب على الباحثين القيام بالمزيد من الدراسات التطبيقية في هذا الشأن.

ويوجد ثلاثة نماذج أخرى لقياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيد منها: (عائشة، ٢٠١١: ٨٣)

ثالثاً : مقياس الرضا Satisfaction Measure

وهو أكثر المقاييس استخداماً لقياس اتجاهات العملاء (المرضى) نحو جودة الخدمات المقدمة، وخاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات (الخدمات الصحية)، عن طريق توجيه الأسئلة التي تكشف للمنظمات الخدمية (المستشفيات) طبيعة شعور العملاء (المرضى) نحو الخدمة المقدمة لهم، وجوانب القوة والضعف فيها، وبشكل يمكن هذه المنظمات من تبني استراتيجية للجودة تتلاءم مع احتياجات المرضى، وتحقق لهم الرضا نحو مايقدم لهم من خدمات.

رابعاً : مقياس عدد الشكاوى Complaints

تمثل عدد الشكاوى التي يتقدم بها العملاء (المرضى) خلال فترة زمنية معينة مقياساً هاماً يعبر عن أن الخدمات المقدمة دون المستوى، أو أن مايقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع إدراكاتهم لها والمستوى الذي يريدون الحصول عليه فعلياً. وهذا المقياس يمكن المنظمات الخدمية من اتخاذ الاجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل، و تحسين مستوى جودة ما تقدمه المنظمات الصحية من خدمات لعملائها.

خامساً : مقياس القيمة Value Measure

تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها منظمة الخدمة (المستشفى) للعملاء تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب العميل والتكلفة للحصول على هذه الخدمات، فالعلاقة بين المنفعة و السعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة كلما زادت القيمة المقدمة للعميل وكلما زاد إقباله على طلب هذه الخدمات، والعكس صحيح وبالتالي فإنه من واجب منظمة الخدمة اتخاذ الخطوات الكفيلة من أجل زيادة المنفعة المدركة لخدماتها بالشكل الذي يؤدي إلى تخفيض سعر الحصول على

الخدمة، ولاشك أن وجود مثل هذا المقياس سوف يدفع منظمات الخدمة إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للعملاء بأقل تكلفة ممكنة.

ويرى الكثير من الباحثين أن قياس و تقييم جودة الخدمات من منظور العملاء يمثل جزءاً من برنامج الجودة، وبالتالي هناك مقاييس تتناول قدرة منظمات الخدمة - ومنها المستشفيات- على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة، وتسمى بالمقاييس المهنية. وبناء على ماسبق، يمكن التمييز بين ثلاثة مقاييس : (المحياوي، ٢٠٠٦ : ١٠٥-١٠٧) & (السادات، ٢٠١١ : ٣٥-٣٦)

- **مقاييس الجودة بدلالة المدخلات** : أي البنية و المدخلات و الموارد مثل (الحجم- التراخيص- توافر الأجهزة و الإمدادات- الالتزام بالضوابط الصحية و الشروط المهنية- الترخيص للأطباء و المرضى)، فإذا ما توافر للمستشفى البناء المناسب، والعاملون ذوو المهارات، والقوانين، والأدوات والنظم الكافية، والأهداف المحددة فإن الخدمة ستكون مميزة.

- **قياس الجودة بدلالة العمليات**: مثل الفحوص المخبرية و الأشعة- أساليب التشخيص- العقاقير الموصوفة- الإجراءات العلاجية- مدى التفاعل بين المريض و الطبيب- بيانات السجلات الطبية للمرضى و قوائم العمل المحددة مسبقاً أو مايعرف ب Laundry List.

و يركز هذا المقياس على جودة العمليات أو المراحل المختلفة لتقديم الخدمة المطلوبة، ويتضمن هذا المقياس مجموعة من المؤشرات أو المعايير التي توضح النسب المقبولة لكافة عناصر أنشطة الخدمات المقدمة والتي يجب أن تستوفيها كافة هذه العناصر لكي يتم تصنيف هذه الخدمات كخدمات جيدة.

- **مقياس الجودة بدلالة المخرجات**: وتمثل مخرجات الخدمة مثل: (معدلات المرض و الوفيات- عدوى الأمراض و مضاعفاته - النقاهاة و الشفاء- عدد أيام التعطل عن العمل). وهذا المقياس يتعلق بالنتائج النهائية ، حيث ينظر للنتائج على أنها الإنجاز أو عدم الإنجاز للنتائج النهائية من الخدمة التي يسعى إليها المريض.

أخيراً، يعد نموذج (5Ds of Outcome Measures) الذي وضعته لور (Lohr (1988) مقياساً لجودة الخدمة الصحية بناءً على النتائج النهائية، وذلك وفقاً لخمسة معايير. والهدف منه مدى تحكم المنظمة الصحية بنتائج العمل غير المرغوب فيها. وقُسمت تلك المعايير على الشكل التالي : (Zeneldin, 2006: 9)

- **معيار الوفاة Death** : ويمثل مدى رقابة المنظمات الصحية على معدلات الوفاة لديها.

- معيار المرض **Disease**: يمثل مدى الرقابة على معدلات الإصابة بالمرض و العدوى.
- معيار الإعاقة **Disability**: يمثل مدى الرقابة على حدوث الإعاقة لديهم، أو القدرة على تأهيل المريض لإعادة الانخراط في المجتمع.
- معيار عدم الراحة **Discomfort** : يمثل مدى الرقابة على عوامل عدم راحة المرضى.
- معيار عدم الرضى **Dissatisfaction** : يمثل مدى الرقابة على تقييم المريض للخدمات الصحية لديهم ومدى رضاه عنها.

تناول الباحث في هذا الفصل مراجعة للإطار النظري المتعلق بموضوع جودة الخدمات الصحية. حيث تعرض لمفهوم الخدمة، ومفهوم جودة الخدمة، ومفهوم جودة الخدمة الصحية، والعوامل المؤثرة فيها، وأهدافها، والأبعاد المكونة لها، وطرق قياسها، وذلك من وجهة نظر الكتاب والباحثين. و توصل الباحث اعتماداً على هذا الفصل إلى بعض النتائج، أهمها:

- أهمية تطبيق مستويات عالية للجودة في جميع المنظمات الخدمية بما فيها المستشفيات، في تحقيق رضا مرضاها، وتحسين مركزها التنافسي.
- يتم دراسة و تقييم جودة الخدمة الصحية بناءً على مجموعة من الأبعاد المحددة لها. تلك الأبعاد تختلف بحسب وجهة نظر كل باحث، وماتوصل إليه في دراسته. إلا أن أغلبها كانت متفقة في المضمون، و مختلفة في الشكل والعدد.
- توصل الباحثون إلى العديد من النماذج لقياس جودة الخدمات. وكان أكثرها شهرةً وتطبيقاً نموذج جودة الخدمة SERVQUAL والذي اعتمد عليه الباحث في هذه الدراسة، إضافة إلى نموذج أداء الخدمة SERVPERF.
- تبين أيضاً، أن نماذج قياس جودة الخدمات الصحية تساعد إدارة المستشفيات في التعرف على مدى قدرة الخدمة المقدمة للمرضى على الوفاء باحتياجاتهم و رغباتهم، بالشكل الذي يتفق مع توقعاتهم و يحقق رضاهم، بالإضافة إلى التعرف على مواطن الضعف فيها و معالجتها.

الفصل الرابع

أبعاد المناخ التنظيمي و تأثيرها في جودة الخدمات الصحية

- ٤-١- الهيكل التنظيمي و تأثيره في جودة الخدمات الصحية.
- ٤-٢- القيادة و تأثيرها في جودة الخدمات الصحية.
- ٤-٣- التدريب و تأثيره في جودة الخدمات الصحية.

٤-١-١. أهمية دراسة الهيكل التنظيمي في المستشفيات:

تختلف أهداف المنظمات باختلاف أنواعها ورسالتها، والفلسفة التي تؤمن بها، فأهداف المنظمات الحكومية تختلف عن أهداف المنظمات الخاصة، وعليه لا بد من وجود وسائل تساعد هذه المنظمات على تحقيق أهدافها، وأحد هذه الوسائل المهمة هو الهيكل التنظيمي. (الأعمى، ٢٠١٢: ٥٨) و يحتل الهيكل التنظيمي مكانة خاصة في بنية المنظمة، فهو يعد بمثابة هوية تعريفية لها، والتي تستطيع بدورها إخبار أعضاء المنظمة والأفراد من غير العاملين فيها عن كيفية تشكيل هذه المنظمة من الوظائف، ونوع الإدارات والاتصالات التي يعتقد مؤسسو تلك المنظمة بضرورة تواجدها، فضلاً عن أهمية تناسب الهيكل مع أنشطة المنظمة انسجاماً مع الغرض الذي أنشئت من أجله. (الشيخي، ٢٠٠٩: ١٠٩) وبالتالي، فإن أي جهد تنظيمي يجب أن تختار الإدارة هيكلًا تنظيميًا ملائمًا يتم التعبير عنه بوسيلة بيانية معينة قد تكون مثلاً على شكل هرم، حيث يتمتع الأفراد الذين يتجهون نحو قمة الهرم، بسلطات ومسؤوليات أكثر من الأفراد الذين يتجهون نحو القاعدة. ولكل منظمة هيكل تنظيمي يحدد مواقع اتخاذ القرارات الإدارية فيها وتنفيذها، ولذلك تتأثر طبيعته بنوع هذه القرارات وحجمها. (المحمد، ٢٠٠٣: ٣٦).

ويعد الهيكل التنظيمي الإطار المرجعي للعاملين، فهو يصور المهام الرئيسية المتمثلة بالتقسيمات الأساسية والعلاقات القائمة بين الإدارات المختلفة، وبين الأفراد العاملين، ويوضح تلك العلاقات بشكل أدق سواءً أكانت علاقات تنسيقية أم علاقات رئاسية، وبين طبيعة السلطات التنفيذية والاستشارية منها، وبالتالي هو الذي يوزع الأعمال عمودياً بشكل هرمي إداري للسلطة والمسؤولية، وأفقياً بشكل فعاليات و أنشطة ومجموعات. (الأعمى، ٢٠١٢: ٥٨)

وفي السياق نفسه، اتفق معظم الباحثين والكتّاب في الإدارة على مضمون الهيكل التنظيمي، إلا أنهم يختلفون في إيراد تعريف واحد لهذا المفهوم. فعرف كلاً من الشماع وحمود الهيكل التنظيمي على أنه "عبارة عن البناء أو الشكل الذي يحدد التركيب الداخلي للعلاقات السائدة في المنظمة. فهو يوضح التقسيمات أو الوحدات الرئيسية و الفرعية التي تضطلع بمختلف الأعمال و الأنشطة التي يتطلبها تحقيق أهداف المنظمة، إضافةً إلى تبيان أشكال الاتصالات وأنواعها وشبكات العلاقات القائمة." (الشماع & حمود، ٢٠٠٠: ١٦٣).

أما من وجهة نظر (Jones & George) فالهيكل التنظيمي هو: "عبارة عن نظام رسمي لعلاقات المهام و العمل والتي تحدد كيفية استخدام العاملين موارد المنظمة من أجل تحقيق الأهداف المحددة." (Jones & George, 2012; 470) أما من وجهة نظر (Robbins & Judge) فهو "عبارة عن تقسيم للمهام الوظيفية و تجميعها و تنسيقها بشكل رسمي." (Robbins & Judge, 2013; 481)

وهي الأسباب التي تجعل الهيكل التنظيمي يأخذ الشكل الذي هو عليه من تقسيم للمهام واتصال بين الوحدات التنظيمية وبين مختلف المستويات الإدارية وطريقة التفاعل فيما بينها. (صباح، ٢٠٠٩: ٥٠) وبالرغم من إجماع المفكرين والباحثين على أهمية الهيكل التنظيمي ودوره الحيوي في أداء المنظمات وتحقيقها لأهدافها، إلا أنه لا يتوافر إجماع فيما بينهم على ماهية أبعاد الهيكل التنظيمي، حيث تباينت وجهات نظرهم في هذا الشأن بدرجات متفاوتة. وقد قام الباحث بعد إطلاع على أدبيات الموضوع باستعراض - وبشكل مختصر ومفيد أكثر - الأبعاد التي تم تناولها، وهي:

أ- الرسمية: Formalization

وتشير إلى مدى اعتماد المستشفى على القوانين والأنظمة والقواعد والتعليمات والقرارات والإجراءات والمعايير التفصيلية، في توجيه وضبط سلوك الفرد وأفعاله وتصرفاته أثناء أدائه لعمله. (اللوح، ٢٠٠٧: ٤٧٠) وتزداد درجة الرسمية في الهيكل التنظيمي بازدياد التوسع في تطبيق الأنظمة والتعليمات والإجراءات التي تنظم عمل الأفراد. (حريم، ٢٠٠٦: ١٤٨) كما، يلاحظ أنه كلما ازدادت الرسمية في العمل كلما قلت مرونة الفرد في أسلوب إنجازه لعمله داخل المستشفى، كما تقل مرونته في تحديد متى وكيف ينجز هذا العمل.

ب- المركزية و اللامركزية: Centralization & Decentralization

تعرف المركزية بتركيز صالحيّة اتخاذ القرارات في مراكز وظيفية قليلة بقمة الهرم الإداري في المستشفى، بينما تعرف اللامركزية بأنها انتشار أو توزيع صالحيّة اتخاذ القرارات على عدد من المراكز الوظيفية بالمستويات الإدارية المختلفة بالمستشفى. وتطلق صفة المركزية على إدارة بعض تنظيمات المستشفيات و تطلق صفة اللامركزية على إدارة بعضها الآخر، غير أن الواقع العملي يؤكد أنه لا توجد تنظيمات مركزية محضة أو لامركزية خالصة، إذ أن درجة تركيز صالحيّة اتخاذ القرارات أو توزيعها تعتمد على المزايا التي تتحقق بتطبيق أحد هذين الأسلوبين.

ويرتبط مفهوم المركزية بمفهوم آخر يكاد أن يلاصقه في كل موضوع وهو اللامركزية، حيث يعد كلاهما من المفاهيم التنظيمية الهامة التي ترتبط بشكل كبير بدرجة تفويض السلطات.

و يقصد بتفويض السلطة، أن يقوم مدير المستشفى بمنح بعض سلطاته أو صلاحيّاته المستمدة مثلاً من مجلس إدارة المستشفى إلى مساعديه المباشرين، وذلك لتمكينهم من حق اتخاذ القرارات للمهام التي يشرفون على تأديتها. كما أن هؤلاء المساعدين يستطيعون بدورهم - إذا أجاز النظام ذلك - تفويض بعض صلاحيّاتهم إلى المديرين المرتبطين بهم

للغرض نفسه. ويجب الإشارة إلى أنّ المرؤس الذي فوضت إليه الصلاحية وقبّلها، يصبح مسؤولاً أمام رئيسه عن كفاءة ممارستها. أما الرئيس فيبقى مسؤولاً أمام رئيسه الذي يعطيه في المستوى التنظيمي عن ممارسة الصلاحيات المفوض بها بجانب الصلاحيات التي فوضها لمرؤوسيه. فالسلطة تفوض أما المسؤولية فلا تفوض. (حريستاني، ١٩٩٠: ١٢٤-١٣٢)

ت- نطاق الإشراف: Span Of Control

يقصد بنطاق الإشراف: عدد المرؤوسين التابعين مباشرةً لمدير واحد. ومن الناحية العملية يصعب تطبيق مبدأ وحدة الإشراف في المستشفيات، والتي تكثر فيها الحالات التي يتعدد فيها مصدر الأوامر مما يجعل بعض المرؤوسين يتلقون الأوامر من جهات مختلفة (إدارية و طبية). تفترض هذه الخصوصية للمستشفى رفع مستويات التعاون و التنسيق بين جميع العاملين حتى يتمكن المستشفى من تحقيق أهدافه المخططة. (مخير، ٢٠١٠: ٢٧)

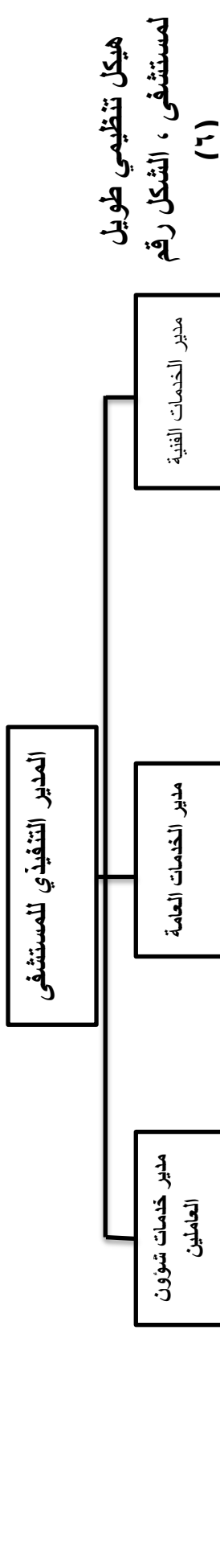
و لا تتوافر في منظمات الرعاية الصحية معايير أو مبادئ ثابتة لتحديد نطاق الإشراف الأفضل أو الأنسب، لذلك يتم الاسترشاد بعدد من العوامل من أجل تعريف نطاق الإشراف بشكل جيد، وتشمل بعض هذه العوامل ما يلي: (حريستاني، ١٩٩٠: ١٢٤-١٢٨)

- مستوى المهنة وتدريب المرؤوسين: كلما كان العاملون أكثر تدريباً و مهنيةً وخبرةً كلما كانت الحاجة إلى الإشراف المباشر أقل.

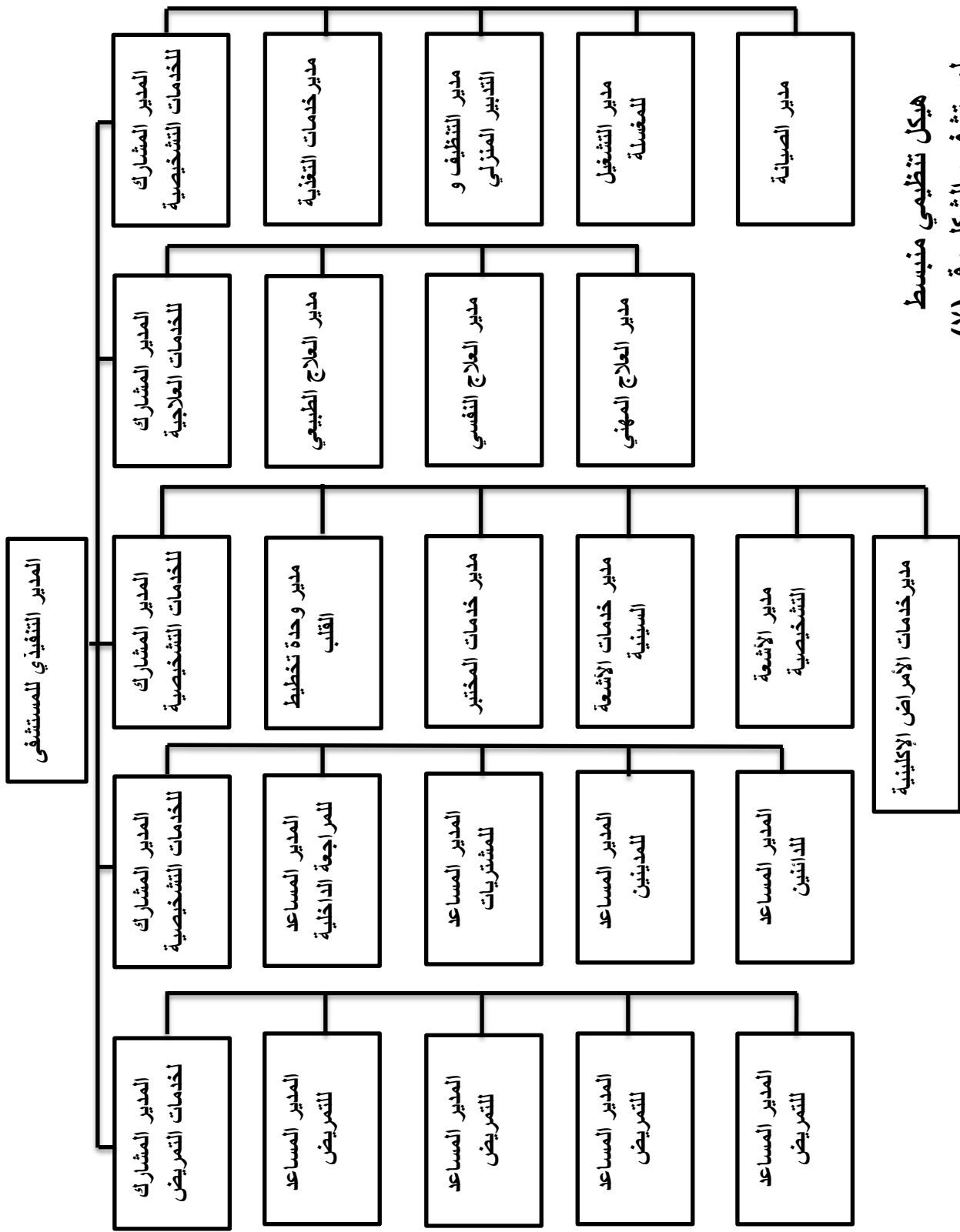
- درجة عدم اليقين في العمل المؤدى: تتطلب الأعمال المعقدة و الصعبة إشرافاً وثيقاً ومستمرّاً في حين لا تحتاج الأعمال البسيطة و المتكررة إلى ذلك.

- درجة توحيد مقاييس العمل: يساعد توحيد و تنميط مقاييس العمل في تخفيض مستوى الإشراف.

و يعتبر تحديد نطاق إشراف المديرين أمراً في غاية الأهمية لأنه يؤثر مباشرةً على تصميم التنظيم، فالشكل التنظيمي للمستشفى قد يأخذ شكلاً طويلاً (Tall-Structure) إذا كان نطاق الإشراف ضيقاً (أي زاد عدد المستويات التنظيمية)، أو منبسّطاً (Flat-Structure) كما يوضحه الشكل رقم (٦) و الشكل رقم (٧) على التوالي.



المصدر: (حريستان، ١٩٩٠: ١٢٤-١٢٨)



هيكل تنظيمي منبسط
لمستشفى، الشكل رقم (٧)

المصدر: (درستاني، ١٩٩٠: ١٢٤-١٢٨)

يشير التعقيد إلى كمية الاختلافات أو درجة تباين الأنشطة والنظم الفرعية التي تضمها المنظمة (المستشفى) . فكلما تعددت المستويات الإدارية التي يضمها الهيكل التنظيمي، وتزايدت أعداد أقسام العمل التي تتكون منها المنظمة ، وتشتت وحداته التنظيمية في أماكن جغرافية متفرقة، كان ذلك مؤشراً على ارتفاع درجة تعقد الهيكل التنظيمي. (طه، ٢٠٠٧: ٤٦١) وبناءً على ماتقدم، فإنّ التعقيد كأحد أبعاد الهيكل التنظيمي للمنظمة (المستشفى) يتم قياسه من خلال ثلاثة عناصر، هي:

- التعقيد الأفقي: Horizontal Complexity

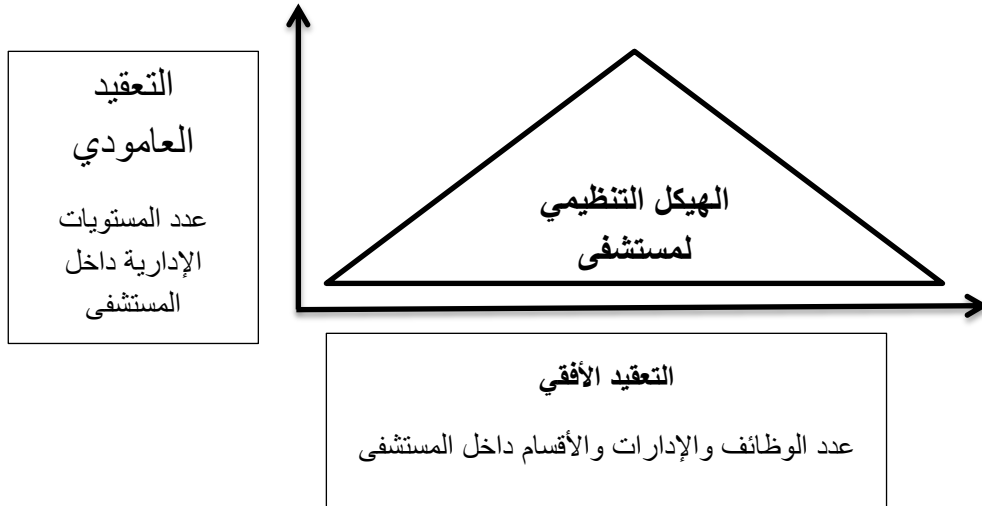
يتم قياسه من خلال عدد الأقسام أو الوحدات، وعدد الوظائف والأنشطة الرئيسية التي تنهض بها المنظمة ووظائفها الاختصاصية والمهنية، وبالتالي كلما زادت عدد الإدارات و الأقسام أو كلما زادت الوظائف المتخصصة والفنية كانت المنظمة (المستشفى) أشد تعقيداً أفقياً. (علاء الدين، ٢٠١٣: ١٤٢)

- التعقيد العمودي: Vertical Complexity

يشير إلى عمق الهيكل التنظيمي (اللوح، ٢٠٠٧: ٤٧٠). ويتم قياسه من خلال عدد المستويات التنظيمية و الإدارية التي تقع بين القمة والقاعدة، فإذا زادت تلك المستويات زاد الهيكل التنظيمي تعقيداً والعكس صحيح. (ماهر، ٢٠٠٧: ٧٠-٧١)

- التعقيد المكاني: Geographical \ Spatial Complexity

يشير إلى مدى الانتشار والتوزيع الجغرافي لعمليات المنظمة (المستشفى) وأنشطتها ، فالهيكل التنظيمي يتصف بدرجة أعلى من التعقيد كلما زادت عدد الوحدات والفروع التابعة للمنظمة في مناطق ومواقع مختلفة، وزادت نسبة العاملين فيها وزادت المسافات فيما بينها. (أحمد، ٢٠١٣: ٦١) والشكل التالي رقم (٨) يوضح ماسبق:



الشكل(٨): التعقيد كأحد أبعاد الهيكل التنظيمي في المستشفيات.

المصدر: من تصميم الباحث بالاعتماد على المرجع (صباح، ٢٠٠٩: ٥٥)

٤-١-٣- أنواع الهياكل التنظيمية في المستشفيات:

عندما يصدر قرار بإنشاء مستشفى ما تنشأ الحاجة إلى إعداد هيكل تنظيمي لها، باعتباره الإطار الذي يحدد للمستشفى التقسيمات التنظيمية والاختصاصات، بما يضمن ترتيب الجهود وتنسيقها، لتحقيق أهداف المنظمة بكفاءة وفعالية (المغربي، ٢٠٠٦: ٣٤٧). ونتيجة أن لكل منظمة أهداف ونشاطات وظروف خاصة بها، فليس هناك نوع نمطي لهيكل تنظيمي يصلح لأن يكون نموذجاً يحتذى به وأن يطبق في جميع المنظمات.

ويمكن القول بأن المنظمات بشكل عام ومنها المستشفيات تتضمن نوعين أساسيين من الهياكل التنظيمية، هما:

١- الهيكل التنظيمي الرسمي Formal Organizational Structure

يمثل هذا النوع البناء الهرمي الذي تحدد في ضوئه العلاقات التنظيمية الأفقية والعمودية، على حد سواء. كما يحدد العلاقات والمستويات الإدارية، وتقسيم الأعمال والاختصاصات كما وردت في الوثيقة القانونية التي تأسست بموجبها المستشفى. (أبو شنب، ٢٠١٢: ٣١)

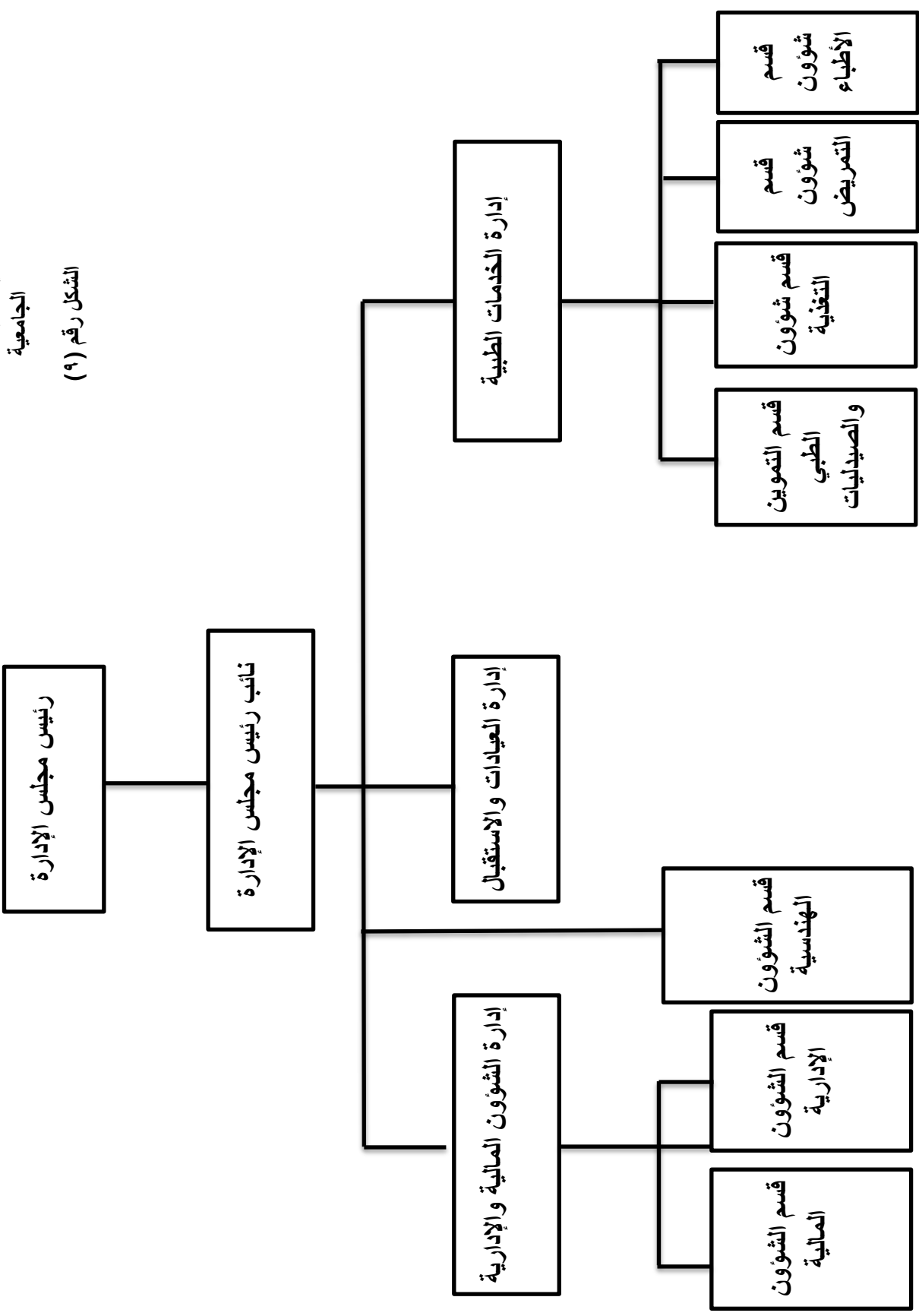
٢- الهيكل التنظيمي غير الرسمي Informal Organizational Structure

تتكون في إطار الهياكل التنظيمية الرسمية مجموعة من العلاقات غير الرسمية التي تنشأ بطريقة عفوية نتيجة التفاعل الطبيعي بين الأفراد العاملين في المستشفى (الشماع & حمود، ٢٠٠٠: ١٧٣). فالأحاديث الجانبية واللقاءات والحوارات الثنائية خلال فترات الراحة، والصدقات الشخصية، والتكتلات على أساس الاختصاص والخبرات، ما هي إلا مظاهر من التنظيم غير الرسمي الرابط بين الأفراد على أسس علاقاتية واجتماعية، وبغض النظر عن الألقاب أو الوظائف الرسمية التي أعطيت وأسندت إليهم. (بلوط، ٢٠٠٥: ٢٩٤)

ويحقق الهيكل التنظيمي غير الرسمي الكثير من الفوائد منها : (غنيم، ٢٠٠٦: ١٢٠)

- يساعد على إشباع الحاجات النفسية للأفراد في المستشفى من خلال إنشاء فرص العمل والصدقات التي تتم بينهم، كما تقلل من معدل دوران العمالة في المستشفى.
- يقوي روابط الاتصال بين العاملين في المستشفى، بحيث تكون قنوات الاتصال غير الرسمية أكثر سرعة و أكثر فعالية في كثير من المواقف التنظيمية.
- يساعد على القضاء على نقاط الضعف الموجودة في الهيكل الرسمي، حيث يعمل على خلق التماسك بين أجزائه.

والشكل التالي رقم (٩) يوضح الهيكل التنظيمي الرسمي لإحدى المستشفيات:



٤-١-٤ - تأثير أبعاد الهيكل التنظيمي في جودة الخدمات الصحية:

لاشك في أن المستشفى هو من أكثر منظمات الخدمات تعقيداً، ويرجع ذلك أساساً إلى تنوع طبيعة العمل في المستشفى وما يتبع ذلك من تعدد الوظائف وأهميتها. ومن المعروف أيضاً أن المستشفى يقوم بتقديم خدماته للجمهور مباشرة وذلك يستدعي درجة كبيرة من التنظيم و مهارة في الإدارة، ومن الطبيعي أن يختلف الهيكل التنظيمي من مستشفى لآخر حسب نوعيته و حجمه و الجهة المالكة و الغرض من التشغيل وغيرها من الخصائص. (خياط، ٢٠٠٧: ١١٨-١١٩)

و يكتسب التعاون بين العاملين في المستشفى أهمية خاصة إذا ما قورنت بالمنظمات الأخرى، ذلك أن المستشفى يعمل على تقديم خدمات تخصصية تنسم إلى حد كبير بطبيعتها العاجلة غير القابلة للتأجيل. و لا يمكن تصور إتمام تأدية هذه الخدمات بالجودة المناسبة دون تضافر جهود العاملين و تعاونهم، كل في مجال اختصاصه. ولا تتجلى أهمية الهيكل التنظيمي في النظام العام للمستشفى فحسب، بل و في نظمه الفرعية أيضاً، فلو نظرنا إلى طبيعة المهام التي تؤديها وحدات التمريض في المستشفى و المهارات الإنسانية و التكنولوجية و المادية الموظفة في تنفيذها، لرأينا أهمية تنظيم مجهودات العاملين في هذه الوحدات لتحقيق الفائدة الكلية للمستشفى من حيث كفاءة إنجاز الأهداف وجودة الخدمات المقدمة. (خياط، ٢٠٠٧: ٣٤٣)

وتجدر الإشارة إلى وجود كثير من الصعوبات التي تحول دون تطبيق أسلوب فعال في إدارة الجودة و تحسينها في المستشفيات. فقد كشفت نتائج دراسة كل من ويلكنسون "Wilkinson" و ويتشر "Witcher" عام ١٩٩٣ عن أن أهم الأسباب الرئيسية لهذه الصعوبات، والمتمثلة بأن معظم المستشفيات ذات هياكل تنظيمية غير مرنة تتعدد فيها المستويات التنظيمية و تنسم بالتسلط و المركزية الشديدة.

أما نتائج الدراسة التي قام بها كوش Koch في المملكة المتحدة عام ١٩٩١، فقد أظهرت وجود صعوبات في تطبيق الجودة في منظمات الرعاية الصحية وتحسينها، ومن أهمها عدم وجود هياكل تنظيمية مرنة في الكثير منها لتنسيق مختلف جهود الجودة فيها. و لقد أوصى في هذا الصدد بإعادة تنظيم الهياكل التنظيمية بحيث تكون الجودة جزءاً أصيلاً من وظيفة كل عامل في تلك المنظمات، أي أنها ليست من الواجبات و المهام الإضافية التي تضاف إلى أعمالهم. (الأحمدي، ٢٠٠٤: ٣١٣)

و تواجه العديد من المستشفيات المعاصرة الكثير من المشكلات التنظيمية، ومن أهم هذه المشكلات تعدد المستويات الرئاسية والإشرافية في هياكلها التنظيمية وشيوع المركزية الإدارية، وازدواج وتكرار اختصاصات الوحدات التنظيمية، وتغلب الطموحات الشخصية للأفراد على الاعتبارات الموضوعية عند تصميم الهياكل التنظيمية، فضلاً عن عدم تكافؤ السلطة مع المسؤولية، ومما لاشك فيه أن وجود تلك المشكلات يؤدي حتماً إلى انخفاض الكفاءة والفعالية لتلك المستشفيات، وتأثيرها بشكل مباشر على مستوى خدماتها المقدمة (غنيم، ٢٠٠٦: ١٦٥). حيث أظهرت دراسة قام بها عبد المنعم حسن في بعض

مستشفيات بغداد عام ٢٠١٠، بهدف تحديد العلاقة بين أبعاد الهيكل التنظيمي (الرسمية و المركزية) و تأثيرهما في جودة الخدمة الصحية المقدمة، بأن هناك تبنياً واضحاً للرسمية و المركزية في المستشفيات المبحوثة، و تدني مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، و أن هناك علاقة و تأثيراً سالبين لكل من الرسمية و المركزية في جودة الخدمة الصحية لتلك المستشفيات، أي أن زيادة مستوى الرسمية أو المركزية سيؤدي إلى انخفاض في جودة الخدمات الصحية المقدمة. (حسن، ٢٠١٠: ١٠٩)

وقدمت الدراسة عدداً من التوصيات كان من أهمها:

- بناء هياكل تنظيمية قادرة على التكيف مع الظروف الحالية للمستشفيات بما يضمن المرونة في تطبيق القواعد و التعليمات، وبما يتناسب مع التطور الحاصل في تقديم الخدمات الطبية و الصحية.
- التوسع في تفويض الصلاحيات للمستويات التنظيمية المختلفة في المستشفيات، وإتاحة فرصة أكبر للعاملين للمشاركة بشكل حقيقي و مدروس مع الأخذ بعين الاعتبار مقدار الاستفادة و الحاجة الفعلية لتفويض هذه الصلاحيات.
- إعادة النظر ببعض التعليمات والأوامر التي تقيد عمل المستشفيات وإيجاد نظم وقواعد مناسبة خاصة بالعمل، وإحلال قيم العمل و دوافعه الاخلاقية بدلاً من الاعتماد على مجموعة القواعد والإجراءات فقط.

وأظهرت نتائج دراسة ثانية، قام بها مجموعة من الباحثين عام ٢٠٠٧ في عدة مستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية بوجود تأثير إيجابي للامركزية على أبعاد جودة الخدمات الصحية. (Meirovich & others, 2007; 240) وتوصلت أيضاً، نتائج الدراسة التي أجريت بعد إعادة تنظيم خدمات التمريض على أساس لامركزي في مستشفى القديس يوسف في مدينة بروفيدينس Providence ولاية رود أيلاند Rhode I Sland في الولايات المتحدة الأمريكية، بأن القرارات الإدارية كانت أكثر فاعلية، و أن الممرضات التزم بأداء أعمالهن بدرجة أكبر و أفضل، وهذا انعكس بدوره على تحسين في جودة الخدمات المقدمة للمرضى.

ويمكن توضيح تأثير اللامركزية على جودة الخدمات الصحية، من خلال التعرف على بعض الفوائد و العيوب التي تحققها المستشفى من تطبيقها ، من هذه الفوائد :

- ١- يتخلص أعضاء الإدارة العليا في المستشفى من الأعباء و الضغوطات الواقعة عليهم، و ذلك بتوزيعها على كاهل أعضاء الإدارات الأقل في التنظيم.
- ٢- تحقيق السرعة في اتخاذ القرارات.
- ٣- خلق علاقات ودية و روابط شخصية طبية و وثيقة بين أعضاء المستويات الإدارية المختلفة في المستشفى، الأمر الذي يزيد من التعاون و الانسجام بينهم مما يرفع من روحهم المعنوية.

٤- يشعر المرؤوسون بالعدالة لتمتعهم بسلطة تتماشى مع مسؤولياتهم، مما يرفع الروح المعنوية و يجعلهم يسعون دائماً إلى اتخاذ قرارات فعالة.

أما بالنسبة إلى العيوب، ومنها:

١- يترتب على تطبيق اللامركزية بالمستشفيات المعاصرة إضعاف السلطة المركزية. مما يؤدي إلى ضعف التنسيق و الاتصال بين الإدارات المختلفة في المستشفى.

٢- يؤدي إلى تكرار بعض الأعمال المتماثلة بواسطة أكثر من جهاز إدارة بالمستشفى، الأمر الذي يزيد معه الجهود المبذولة، و تزداد معه الأعباء المالية.

ومن ناحية ثانية، يجب على أعضاء الإدارة العليا في المستشفى أن يفوضوا السلطة إلى أعضاء المستويات الإدارية الأقل بقدر الإمكان، وذلك حتى يمكن تنفيذ الأعمال على أكمل وجه. ويحقق تفويض المديرين بالمستشفيات لسلطاتهم الكثير من المزايا التي لها تأثير في جودة الخدمات الصحية، نذكر منها مايلي:

- السرعة و المشاركة في اتخاذ القرارات وخاصة في المسائل التخصصية والروتينية، مما يبسر العمل و خاصة في الحالات التي يكون فيها صاحب السلطة متغيباً عن المستشفى.

- تحفيز المرؤوسين في المستشفى، وبالتالي استخدام جميع قدراتهم للقيام بدور أكبر ينعكس على الأداء.

- تفرغ المديرين بالادارة العليا لاتخاذ القرارات الخاصة بالمسائل الأساسية و لبحث المشكلات ودراستها و اتخاذ القرار بشأنها.

ولا بد من التنويه إلى وجود مديرين يدركون أهمية تفويض السلطة، و وجود مديرين آخرين يعارضون هذا التفويض، حيث يعلل هؤلاء بأنهم لا يجدون الأفراد الأكفاء القادرين على اتخاذ القرارات اللازمة و بذلك ينتابهم الخوف من وقوع مرؤوسيهم في أخطاء إذا تم تفويض السلطة إليهم، كما يعتقد هؤلاء المديرين أنه لا يمكن إنهاء الأعمال إلا اذا تولوها بأنفسهم نتيجة لخبرتهم السابقة في العمل، و لعدم ثقتهم في المرؤوسين الآخرين ولذلك فهم يريدون أن يكونوا على علم بكل أبعاد العمل في المستشفى.

هذا و يعتبر نطاق الإشراف من المقومات الهامة للتنظيم الفعال في المستشفيات، حيث ينعكس بشكل كبير على أداء المرؤوسين وهذا بدوره ينعكس على الجودة. فالرئيس يستطيع أن يشرف بكفاية و فعالية على عدد محدود من المرؤوسين، إذ أن طاقته الفكرية و البدنية. علاوةً على وقته، في مجال الإشراف على الآخرين، محدودة بحدود يصعب تجاوزها. لذا يرى رواد الإدارة التقليدية أمثال أروييك (Urwick) و جوليك (Gulick) أن المنظمة الفعالة هي التي تتميز بنطاق إشراف

ضيق. فأرويك يرى أن نطاق إشراف المديرين في المناصب العليا ينبغي ألا يزيد على أربعة أشخاص، بينما يمكن أن يتراوح في المناصب الإشرافية بين ثمانية و عشرة أشخاص.

وعلى النقيض من رواد الإدارة التقليدية، يرى رواد الإدارة الحديثة أمثال ودورد (Woodward) أنه لا توجد معايير أو مبادئ ثابتة يمكن من خلالها تحديد نطاق الإشراف المناسب لكل المديرين العاملين في المنظمة. إذ أن ذلك يتحدد في رأيهم، وفقاً لاعتبارات متعددة منها طبيعة نشاط المنظمة، ودرجة التخصص فيها، وكفاءة المديرين و موقعهم في الهرم التنظيمي، وخبرة المرؤوسين. (خياط، ٢٠٠٧: ٣٦٧)

فقد يشرف المدير المسؤول عن قسم التغذية - مثلاً - في المستشفى على عشرة مرؤوسين، بينما قد لا يشرف مدير المستشفى على أكثر من أربعة، حيث أن المشكلات التي يتعامل معها الأول قد لا تأخذ شكلاً معقداً يستنفذ من وقته و جهده الفكري الشيء الكثير، في وقت تتسم المشكلات التي يتعامل معها مدير المستشفى بطابعها المعقد الذي يتطلب منه وقتاً و جهد أكبر للعمل على حلها. و يعتبر تحديد نطاق إشراف المديرين أمراً في غاية الأهمية لأنه يؤثر مباشرة في تصميم التنظيم، فالشكل التنظيمي للمستشفى قد يأخذ شكلاً طويلاً (Tall Structure) إذا كان نطاق الإشراف ضيقاً، أو منبسطاً (Flat Structure) كما وضح سابقاً الشكل رقم (٦)، و الشكل رقم (٧).

ومن الجدير بالذكر أن معظم المستشفيات تأخذ بالشكل التنظيمي الطويل الذي يتيح تقسيماً واضحاً للعمل نقل فيه عدد الوحدات الإدارية في كل مستوى إداري، الأمر الذي يؤدي إلى إتاحة التنسيق الأفقي المرغوب بين هذه الوحدات (Interdepartmental coordination) فضلاً عن تعدد التخصصات الدقيقة الموجودة، مما يساعد في الإشراف الدقيق على تأدية نشاطات هذه التخصصات بالجودة المناسبة. (حريستاني، ١٩٩٠: ١٢٤-١٢٨)

بناء على ماسبق ومن وجهة نظر الباحث، فإن الهيكل التنظيمي الذي يأخذ شكلاً طويلاً يؤثر بشكل إيجابي على مستوى الخدمات المقدمة في المستشفيات، وذلك لأن:

١- الهيكل التنظيمي الطويل يتميز بنطاق إشراف ضيق يتيح لمديري المستشفى تركيز جهودهم لمتابعة و رقابة مستوى أداء مرؤوسيهـم أو العاملين تحت إشرافهم، وبالتالي تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من خلال تصحيح الأخطاء ونقاط الضعف في الأداء، وإعطاء التوجيهات و التعليمات لذلك.

٢- الهيكل التنظيمي الطويل ينطبق عليه بعد اللامركزية وما يستلزمها من تفويض للسلطات، وبالتالي توفير المرونة و السرعة في اتخاذ القرارات و الإجراءات- سواء الإدارية منها أم الطبية- اللازمة لتقديم الخدمات بشكل فوري للمرضى، وهذا ينعكس إيجاباً على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى.

٤-٢-١. مفهوم القيادة و أهمية دراستها في المستشفيات:

تمثل القيادة بمفهومها العام مكانة بارزة في حياة المجتمعات، فالأسلوب القيادي من السمات المميزة للشخصية الإنسانية حيث تنمو وتتطور منذ مراحل نمو الفرد الأولى، ويمتد مفهوم القيادة ليشمل العائلة والمنظمات الاجتماعية والاقتصادية والخدمية، وبالتالي هي ضرورية في كل المنظمات أياً كان قطاع النشاط الذي تمارسه (حماد، ٢٠١١: ٢٣). وتعد القيادة من العوامل المهمة ذات الأثر الكبير في حركية الجماعة ونشاط المنظمة، وفي خلق التفاعل الإنساني اللازم لتحقيق أهداف الفرد والمنظمة على حد سواء (حمود & الشماع، ٢٠٠٠: ٢٢١). فسلوك الفرد يتغير دائماً خلال حياته، وهذا التغير يتطلب تعديلاً في العلاقة بين الرؤساء والمرؤوسين. وبالتالي ديناميكية القيادة تعود إلى الاستمرار في تغير ظروف الفرد والمنظمة والتي تتطلب تغييراً متواصلاً في خططها وسياساتها وأهدافها. (الآغا، ٢٠٠٣: ٥)

إن القيادة الفاعلة هي حجر الزاوية في حياة المنظمة ونجاحها، وهي هامة وضرورية لتحقيق الأهداف التنظيمية، والمديرون سواء أكانوا في مستوى الإدارة العليا، الوسطى، أو المباشرة يمكن أن يؤثروا إيجاباً أو سلباً على اتجاهات وتوقعات مرؤوسيه، ويمكن أن يشجعوهم أو يحبطوهم، وقد يعمقوا ولاءهم أو يبددوه. (المراد، ٢٠٠٥: ٥٧)

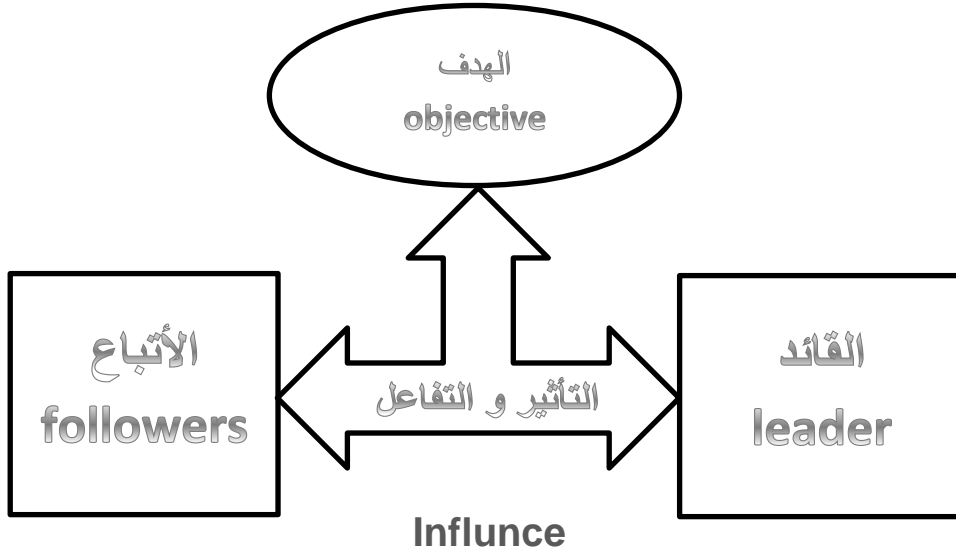
ويمكن القول، بأن مفاهيم القيادة قد تباينت وتعددت بتباين وتعدد مداخل ومحاوير الاهتمام بظاهرة القيادة من قبل المتخصصين باختلاف الخلفيات العلمية لهم، مما أدى إلى عدم الاتفاق على تعريف موحد للقيادة. ويرجع ذلك بحسب وجهة نظر السيس (٢٠٠٩) وآخرين، إلى شيوع استخدام مصطلح القيادة في العديد من الميادين، فضلاً عن كون موضوع القيادة ميداناً للبحث في العديد من فروع البحث العلمي سواء في مجال علم النفس الاجتماعي أو علم الإدارة أو علم السياسة وغيرها من العلوم. وبالتالي تعددت مفاهيم وتعريفات القيادة بتعدد هذه الميادين والمجالات (السيس، ٢٠٠٩، ٣١٧-٣١٨).

وعرّف طه القيادة الإدارية " بأنها عملية التأثير على الأفراد ودعمهم وتحريك دوافعهم للأداء بأسلوب يحقق الأهداف المطلوبة". (طه، ٢٠٠٧، ٢٠٥)

وعرفها Rollinson " بأنها العملية التي يتفاعل من خلالها كلاً من القائد و الأتباع بطريقة تمكن القائد من التأثير على تصرفاتهم وسلوكهم بشكل غير قسري وباتجاه تحقيق أهداف محددة. (Rollinson, 2005: 342)

بينما عرفها كلاً من (Jones & George) " بأنها ممارسة النفوذ من قبل فرد واحد في المنظمة على بقية الأفراد الآخرين لمساعدة المنظمة على تحقيق أهدافها. (Jones & George, 2012: 339)

ويمكن توضيح جوهر عملية القيادة Leadership Process من خلال الشكل التالي رقم (١٠) :



الشكل رقم (١٠): جوهر عملية القيادة

المصدر: من إعداد الباحث بالاستعانة بالمرجع (Greenbrg, 2000:p445)

٤-٢-٢. تأثير القيادة في جودة الخدمات الصحية:

مع ارتفاع المطالب نحو تحقيق أعلى جودة، تواصل مختلف المنظمات ومنها المستشفيات، البحث عن طرق تسمح لها بالتحسين و التطوير. وقد أصبحت نظم الجودة من الطرق الأنسب لزيادة الفعالية التنظيمية والوصول إلى التحسين المطلوب. وأكد خبراء الجودة ومنهم جوران Juran و ديمينغ Deming بأن القيادة الفعالة من قبل الإدارة العليا في المنظمة هي مفتاح التطبيق الناجح لإدارة الجودة. حيث أشار جوران Juran إلى أن أكبر التحديات التي تواجه الإدارة في تطبيق الجودة تكمن في مجالات الصناعات الخدمية. كما أنّ تعاليم جوران و فلسفة ديمينغ تقترح بأن تطبيق جودة عالية يستلزم من القيادة أن تكون فاعلة من خلال تجاوز التوقعات العادية، و السعي لتحقيق مستويات أعلى من الإنجاز عن طريق دراسة جميع التوقعات المحتملة، و التركيز على العملاء، وتفويض العاملين، و التحسين المستمر، والعمل الجماعي. و أكد ديمينغ في كتابه "الاقتصاد الجديد للصناعة" على ضرورة التزام المنظمة بتطبيق مبادئه الأربعة عشر المعروفة والتي تحدثت معظمها عن ضرورة دعم القيادة والتزامها بشكل مباشر نحو تطبيق إدارة الجودة. بينما تحدث جوران على أنه يجب على الإدارة أن تتبنى الجودة بالاعتماد بشكل مباشر على أنماط القيادة. وبالتالي فإن السؤال المطروح: ما هي خصائص القيادة (أنماط القيادة) التي تدعم بشكل أفضل وظيفة إدارة الجودة؟.

لقد سعت دراسة (Hirtz & others, 2007) إلى التحقيق في العلاقة بين خصائص القيادة الفعالة (أنماط القيادة) و تصورات العاملين من تطبيق نظم الجودة في قسم الخدمات الإدارية في جامعة UMR في الولايات المتحدة الأمريكية. وأشارت النتائج إلى أن أنماط القيادة لها تأثير كبير في الوصول إلى مستويات جودة عالية. و أن مستويات الجودة كانت

مرتفعة في الإدارات التي تطبق النمط القيادي التحويلي و التبادلي، وكانت أقل في الإدارات التي تطبق نمط القيادة الحر. (Hirtz & others, 2007: 22-27)

أما دراسة (الغبيوي، ٢٠٠٣) فقد ناقشت وجود تأثير للنمط القيادي المتبع في المستشفيات على أداء الأطباء العاملين فيها، وهذا التأثير يكون إيجاباً أو سلباً برفع أداء الأطباء أو خفض هذا الأداء، وبالتالي انعكاس ذلك على مستوى جودة الخدمات الصحية. (الغبيوي، ٢٠٠٣: ١-٧)

وقد توصلت الدراسة إلى :

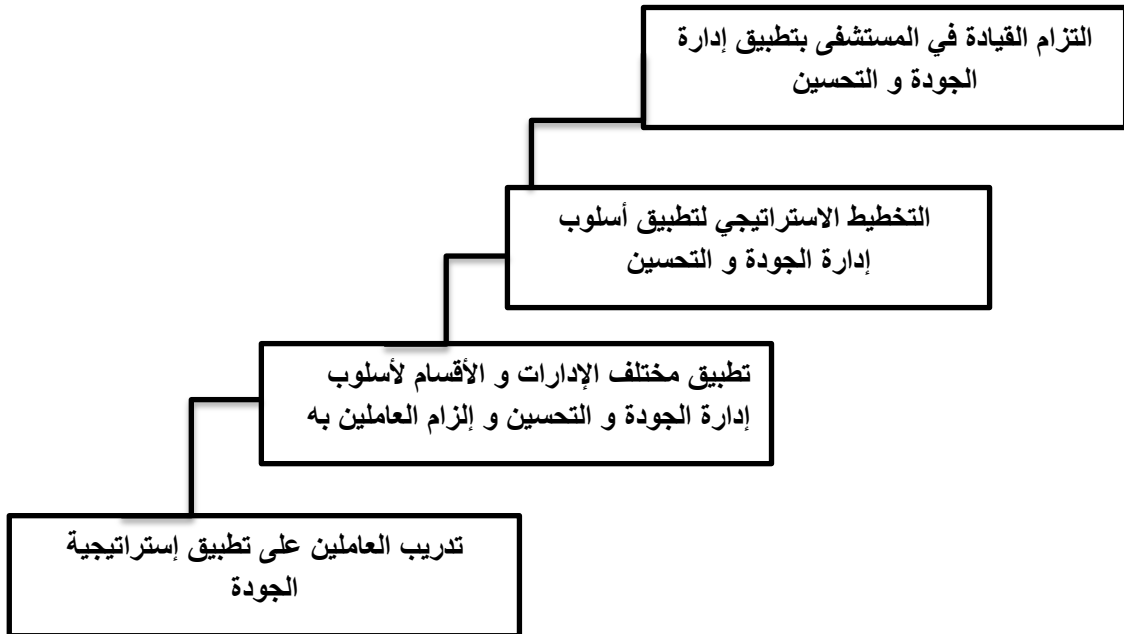
- توجد علاقة ارتباط طردية بين النمط الديمقراطي و أداء الأطباء ،أي كلما زاد النمط الديمقراطي زاد أداء الأطباء.
- توجد علاقة ارتباط عكسية سالبة بين النمط الأتوقراطي وأداء الأطباء، أي كلما قل النمط الأتوقراطي زاد أداء الأطباء.
وبناء على ماسبق يمكن للباحث أن يقول، بأنّ النمط الديمقراطي يهتم بالعاملين وبالعلاقات الإنسانية ويقوم على تفويض السلطة ومشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرارات، وبالتالي فهو يؤثر إيجاباً على جودة الخدمات المقدمة. بينما يؤثر النمط الأتوقراطي الذي يركز على العمل و تقديم الخدمات و تركيز السلطة في يد القائد، و الانفراد باتخاذ القرارات سلباً على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات.

ومن جهة ثانية، تعد جودة الخدمة في المنظمات الصحية بشكل عام والمستشفيات بشكل خاص، أهم محور ترتكز عليه قيادة المستشفى لما تتميز به هذه الخدمة من خصائص كونها تؤثر في صحة الفرد التي لا تقبل فيها الأخطاء. ولهذا الغرض فإنه يتوجب على قيادة المنظمة الصحية التركيز على مجموعة من القضايا الهامة في إدارة الخدمات الصحية والتي تحتاج إلى قيادة فاعلة، وهي : (بلقاضي، ٢٠١٠: ١٠٢)

- قضايا أخلاقية و فلسفية تتعلق بالقيم، و المبادئ التي تحدد فلسفة المنظمة الصحية ورسالتها.
- قضايا متعلقة بالقدرة على رؤية المستقبل من أجل التعامل مع التغيرات الممكنة. والمشاكل قبل وقوعها من خلال التخطيط الاستراتيجي، لضمان استمرار المنظمة ونموها في بيئة متغيرة ومعقدة.
- يعد الوقت ذو أهمية تنافسية في إدارة الخدمات الصحية، فيما يتعلق بالوقت المستغرق لتقديم الخدمة الصحية، وقت الانتظار، ومدى سرعة الاستجابة لشكاوي و مقترحات المريض.
- الاهتمام الكبير بمفهوم القيمة بجوانبها المختلفة من أجل تجسيد شعار المنظمة الصحية.

بعد قيام القيادة الإدارية بدراسة كل من القضايا السابقة، يأتي دور التزامها بتطبيق أسلوب إدارة الجودة والتحسين في خدماتها الصحية. لأن القيادة هي القدوة، وسلوكها هو المنهاج الذي يسير عليه الأتباع. حيث أنّ التزامها يعتبر حافزاً للأتباع بالالتزام، وبالتالي هذا ينعكس على جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمات الصحية. ويتطلب ذلك مراعاة العناصر الأربعة التالية: (الأحمدي، ٢٠٠٤: ٣٠٧-٣٠٨)

- ١- اقتناع الإدارة العليا في المنظمة الصحية بتبني أسلوب إدارة جودة الخدمات الصحية وتحسينها. والالتزام به في جميع أعمالها، و إلزام العاملين به بعد تطوير معارفهم و مهاراتهم الخاصة بالجودة.
 - ٢- وضع إستراتيجية للجودة في المنظمة الصحية تهدف إلى تحسين الأداء التنظيمي للجودة فيها. ومن أهم الأمور التي ينبغي التنبه إليها عند وضع هذه الاستراتيجية، مايلي:
 - ١/٢- تطوير نموذج إدارة الجودة الخاصة بالمنظمة الصحية و الذي يتوافق و ثقافة المنظمة الصحية.
 - ٢/٢- ربط إستراتيجية الجودة المقترحة للمنظمة بالمشكلات القائمة التي تواجه قضايا الجودة فيها.
 - ٣/٢- العمل على تكوين شعور عند العاملين بأهمية مشاركتهم في وضع مسودة هذه الإستراتيجية وتطويرها.
 - ٣- وضع خطة عملية لتطبيق الجودة في الخدمات الصحية على النحو الصحيح في جميع مستوياتها التنظيمية مع المشاركة التامة فيها من قبل العاملين في جميع المستويات الإدارية.
 - ٤- تدريب العاملين على كيفية تطبيق أسلوب إدارة الجودة وتحسين مستوى الخدمات الصحية.
- والشكل التالي رقم (١١) يظهر مخطط تدفق تطبيق القيادة الإدارية هذا الأسلوب- في منظمات الرعاية الصحية بشكل عام و المستشفيات بشكل خاص- من أعلى التنظيم فيها إلى أدناه.



الشكل رقم (١١): مخطط تدفق لأسلوب إدارة الجودة و التحسين في منظمات الرعاية الصحية

المصدر: (الأحمدي، ٢٠٠٢ : ٥٣)

ويمكن تلخيص دور القيادة الإدارية الإيجابي في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال النقاط التالية: (زهران، ٢٠٠٧:

(٢٠

- اتخاذ كافة الإجراءات الضرورية للتأكد من المستوى العالي للخدمات الصحية.

- التأكد من أن الإجراءات الملائمة في مكانها الصحيح للإدخال الكفاء للمرضى، والعناية بهم، و خروجهم من المستشفى.

- مراقبة أداء المستشفى و عائداته وكفاءته و فاعلية وجودة العناية الطبية و التمريض الذي توفره.

- التأكد من أن المباني و الأجهزة متوفرة و بصورة ملائمة لتقديم الخدمة الصحية الجيدة و السريعة للمرضى.

- تطبيق نظام المراجعة الدورية و تحسين التنافس المهني للموظفين، من خلال تأكيد الجودة و التدريب الوظيفي المتواصل

بالتعليم المستمر و النشاطات العلمية و الأبحاث.

- من أجل تحسين جودة الخدمة الصحية يجب على القيادة الإدارية تحديد الأسس و الأولويات التي يجب أن تراعى في

تقديم الخدمة الصحية لأن هذه الأولويات تدعم جودة الخدمة الصحية.

و من ناحية تطبيق مبدأ العيوب صفر (التلف الصفرى)، ومدى تأثير تطبيق القيادة لهذا المبدأ في جودة الخدمات

الصحية، فقد أصبحت المناداة بتحقيق التالف الصفرى بمثابة الضوء الكاشف لمسار عمل المستشفى نحو تحقيق الانطلاقة

بحركة الجودة. حيث يعتبر تطبيق قيادة المستشفى لمبدأ التالف الصفرى في الخدمات الصحية Zero-Defect In Health

Service بمثابة مرشد لمساعدتها في عملية التطوير و الاستمرار في تحقيق ما هو أفضل، كما أنه يُعتبر مؤشراً بذات

الوقت، للنجاح المتحقق من الخدمة التي يدركها المريض، وما ينعكس على تقييمه للخدمة المقدمة. وبالتالي فإن تحقيق

التالف الصفرى في الخدمة المقدمة ينبع أساساً من مسؤولية قيادة المستشفى في تقديم خدمات صحية عالية الجودة، وماينجم

عنها من سمعة كبيرة و زيادة في ولاء المرضى لها.

وبناء على ماسبق، فإن النتائج المتحققة على الجودة من اعتماد القيادة لمبدأ التالف الصفرى في الخدمات الصحية، هي

: (البكري، ٢٠٠٥ : ٢٢٤-٢٢٥)

- مؤشر هام على جودة الخدمة الصحية المقدمة وخلق الاطمئنان لدى المرضى في تقبل العلاج وخاصة للحالات الصحية المعقدة.

- يحقق سمعة و مكانة كبيرة للمستشفى على الأمد الطويل، وهذا من شأنه أن يزيد من فرص نجاحها مستقبلاً و قدراتها على

تقديم خدمات صحية جديدة في المستقبل.

- ما ينفق على تحقيق التالف الصفرى في الخدمة الصحية لايمثل مصروفاً أو حتى كُلفاً، بل هو استثمار طويل الأجل باتجاه

تطوير الخدمة الصحية المقدمة و إثبات مكانة المستشفى في السوق الصحي.

- نظراً للارتباط الوثيق بين التلف الصفري و الأرباح المتحققة، فإن ذلك من شأنه أن يوضح لإدارة المستشفى ماهية الوحدات أو مراكز الكلفة التي يمكن أن تسهم في تحقيق الأرباح. كما أنها تعد مؤشراً لمستوى النمو والربحية المتحققة للمستشفى.
- وأخيراً، يمكن القول بأن التلف الصفري هو هدف يسعى إلى تحقيقه كل فرد في المستشفى و على اختلاف مستوياتهم، لأنه طريقٌ نحو تحقيق النجاح في العمل طالما كانت المستشفى تنتهج طريقة الجودة في تسويق خدماتها الصحية.

٤-٣- التدريب و تأثيره في جودة الخدمات الصحية

٤-٣-١. مفهوم التدريب و أهميته في المستشفيات:

إن بناء المنظمات في العصر الحديث، لا يتوقف فقط على استقطاب وجذب كوادر بشرية عالية الكفاءة فقط، بل تحتاج إلى كوادر مؤهلة ومدربة بصفة مستمرة على تنفيذ كافة خطط هذه المنظمات، بالكفاءة والفاعلية المتميزة. (بربر، ٢٠٠٨: ٢٥٣) ونظراً للتطورات التكنولوجية والعلمية الجارية، واتجاه المنظمات نحو الانفتاح والتوسع، تزايدت الحاجة و تجددت إلى كادر وظيفي مؤهل ومدرب ليوكب هذا التطور، حيث سعت المنظمات إلى التركيز على التدريب باعتباره عنصراً حيوياً لبناء الخبرات والمهارات للعاملين على مختلف مستوياتهم الإدارية التي يشغلونها (الماريني، ٢٠١٣: ٣٢). حيث يعتبر التدريب من المفاتيح الأساسية لتطوير وتحسين العنصر البشري من خلال تزويده بالمعلومات والمعارف التي تنقصه، وتنمية قدراته ومهاراته، وتعديل اتجاهاته، وذلك في سبيل رفع كفاءته، وتحسين أدائه، وزيادة إنتاجه من أجل تحقيق أهدافه الشخصية والوظيفية إلى أقصى قدر ممكن من الجودة، والسرعة، والاقتصاد. (ميا& آخرون، ٢٠٠٩: ١٣٧)

إن إيجاد مفاهيم وأنظمة ثابتة خاصة بالتدريب يعتبر أمراً ليس سهلاً، كونه عملية مرتبطة بالعنصر البشري المتميز بعدم الثبات والمتجدد في احتياجاته ودوافعه واتجاهاته وقدراته. وقد أدى هذا إلى اختلاف الباحثين في تقديم تعريف واحد للتدريب، إلا أنهم اتفقوا على أنه كمفهوم: هو عملية إدارية منظمة ومستمرة وهادفة. فالتدريب من وجهة نظر حجازي هو " تغيير في سلوك الفرد لسد الفجوات المعرفية، والمهاراتية، والاتجاهية، بين الأداء الحالي، والأداء على المستوى المطلوب". (حجازي، ٢٠٠٥: ٣١٠)

وعرّف كلاً من السالم وصالح التدريب على أنه " الجهد المخطط و المنظم من قبل المنظمة لتزويد العاملين بمعارف معينة، وتحسين مهاراتهم وقدراتهم والعمل على تطويرها، وتغيير سلوكهم واتجاهاتهم بشكل إيجابي بناءً". (السالم& صالح، ٢٠٠٦: ١٣٢)

و يعد التدريب نوعاً من أنواع النشاط المقصود والمخطط في أية منظمة مهما كان نوع نشاطها. حيث يعمل على اكساب العاملين خبرات معينة، بهدف تحسين أدائهم في الأعمال التي تسند إليهم. ولاشك أن عملية التدريب هي نتاج تفاعل مستمر بين الإطار العلمي والذي يعد في واقع الأمر أساس العملية التدريبية من جهة، والواقع العملي داخل

المنظمات من جهة أخرى. وبالتالي تطبيق الأساس العلمي على الواقع العملي لتحقيق ما تسعى إليه أية منظمة كانت، وذلك على كافة المستويات التخطيطية والتنظيمية. (الجزماتي، ٢٠١١: ٢٧)

وتكمن أهمية التدريب في تنمية المهارات Skills Development الإدارية والفنية للمتدربين، وفي زيادة ثقافتهم التنظيمية وتطوير سلوكياتهم بما يكفل زيادة الولاء للمنظمة. ومن الضروري تدريب العاملين وإقناعهم بأهمية إتباع قواعد وإجراءات السلامة العامة وطبيعة مخاطر العمل. (ديوب، ٢٠٠٨: ٣٠)

وتتجلى أهمية التدريب أيضاً، في أنه يتيح للعمال التأقلم مع التغيرات التي تحدث على مستوى العمل، نظراً لحالة التطوير التي تمس أسلوب العمل والتي تؤدي بدورها إلى تغيير طبيعة العمليات الإنتاجية أو الخدمية، فضلاً عن أن التدريب هو في حد ذاته صقل للمهارات والخبرات والمعلومات والمعارف. (الشيخ، ٢٠٠٨: ١٢)

٤-٣-٢ تأثير التدريب في جودة الخدمات الصحية:

يعد العنصر البشري أهم عناصر الإنتاج في أية منظمة مهما كان نوعها. وتزداد أهمية الموارد البشرية كلما ارتفع مستواها التعليمي و التدريبي، ففي المستشفيات و غيرها من منظمات الرعاية الصحية تشكل القوى العاملة عنصراً أساسياً و ضرورياً في عملية تقديم الرعاية الصحية للمريض، و إن أي خلل قد يحدث في كفاءة إحدى فئات القوى العاملة سيترتب عليه نتائج سلبية على صحة الأفراد في المجتمع بشكل عام و المرضى في المستشفيات بشكل خاص (مخير، ٢٠١٠: ١٨٦). و تسعى المنظمات الخدمية بمختلف أشكالها و أنواعها إلى تحسين جودة ما تقدمه من خدمات، لذلك نراها تبحث عن الطرق الأكثر فعالية وكفاية لعملية التحسين هذه. و يعتبر العنصر البشري من أهم موارد المنظمة التي تؤثر على الجودة (Khanfar,2011: 89). حيث يتم تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات بشكل صحيح فقط إذا تم توظيف العدد المناسب من العاملين (الأطباء- الممرضين- الإداريين) المدربين بشكل جيد وكفوء، فالعنصر البشري هو الحافز الذي يؤدي إلى تحويل الموارد الأخرى إلى مخرجات. و يعتمد نجاح المستشفيات بدرجة كبيرة على جودة جهود العاملين فيها، وعندما تكون الموارد البشرية فيها غير مناسبة أو غير مطابقة للاحتياجات وللأهداف المحددة، فإن نتائج العمل وجودته تكون أقل من المتوقع و يتأثر المردود والفعالية بشكل سلبي. (الرعاية الصحية، ٢٠٠٧: ٣٢٠)

و لهذا فإنه يتوجب على المستشفيات توجيه اهتمامها باتجاه تطوير العنصر البشري بطرق كثيرة أهمها التدريب. حيث يقوم التدريب بدور هام في تنمية و تطوير الكودار البشرية و تزويدها بالمهارات و القدرات التي تمكنها من ممارسة دورها في تحقيق مستوى الجودة المطلوب. وبالتالي فإن الاهتمام بجودة العملية التدريبية ينعكس إيجاباً على جودة الخدمات.

ويمكن التعرف على الدور الإيجابي لإدارة التدريب في المستشفى في تحسين الجودة من خلال: (السليمان، ٢٠٠٧: ٨٩-٩٠)

- توضيح الدور الفعال الذي يمكن أن يؤديه التدريب في تحسين الجودة من خلال رفق المستشفى بكادر طبي مدرب و مؤهل قادر على تلبية حاجات والمرضى وتوقعاتهم.
- توفير الثقافة الكافية حول مجهودات تحسين الجودة لمعرفة نوعية التدريب المطلوب.
- تطوير خطط التدريب، أو وضع خطط تدريبية جيدة تتسجم و تتلاءم مع واقع الجودة و متطلباتها.
- التطوير الدائم و المستمر لمعارف العاملين ومهاراتهم و اتجاهاتهم بما يلائم الجودة.
- ربط الممارسات النظرية بالتطبيق العملي.
- التدريب على طرائق و أساليب تحسين الجودة.

ومن ناحية ثانية، تحقق البرامج التدريبية الفاعلة العديد من الفوائد والتي تنعكس إيجاباً على الأداء ومن ثم على الجودة، على اعتبار أن الجودة مقياس للأداء، ومنها:

- زيادة الإنتاجية والأداء التنظيمي، إذ أن اكتساب العاملين المهارات والمعارف اللازمة لأداء الوظائف يساعدهم على تنفيذ المهام الموكلة إليهم بكفاءة، وتقليص الوقت الضائع وتخفيض الفاقد والتالف من المواد الداخلة في صناعة الخدمة. (القطاني، ٢٠٠٥: ١٣٥)
 - توضيح السياسات العامة و ترشيد القرارات الإدارية للمستشفى، وتطوير الأسس والأساليب والمهارات القيادية الإدارية، مما يساعد على رفع أداء العاملين. (الجزماتي، ٢٠١١: ٢٨ - ٢٩)
 - تساعد في تحسين فهم العاملين للمنظمة وتوضيح دورهم فيها، بالإضافة إلى مساعدتهم في حل مشاكل العمل.
 - تدريب الموارد البشرية اللازمة لأداء الوظائف المحددة بالمستوى المطلوب وفي التخصص الذي تشترطه مواصفات الوظيفة. (القوقا، ٢٠٠٧: ١٦-١٧)
 - استخدام مفاهيم حديثة والإطلاع على تجارب وخبرات عالمية متخصصة، والتعامل مع المتغيرات ومواكبة التطور، والتفكير بأسس علمية وتطبيقية حديثة.
 - رفع الروح المعنوية للعاملين نتيجة تعويض مافاتهم من مهارات لم يكتسبوها في مجال التعليم التقليدي، واكتساب علوم تطبيقية وبرامج طويلة المدى وقصيرة المدى للتطوير. (الماريني، ٢٠١٣: ٤٢-٤٤)
- إلا أن البرامج التدريبية قد لا تسير بفاعلية في جميع الظروف، فقد تواجهها مجموعة مشكلات تحد من فرص الاستفادة المرجوة منها، ومن أهم هذه المشكلات ما يلي :
- عدم اقتناع القيادات بالإدارات العليا بأهمية التدريب، واعتراض بعض الرؤساء على تفرغ العاملين بالتدريب.
 - المشكلة المادية وضعف التمويل اللازم لبرامج التدريب، حيث تعد هذه المشكلة من أكبر المشكلات التي تواجه التدريب. (الجزماتي، ٢٠١١: ٤٩)

- عدم استخدام الأساليب العملية الحديثة و الاعتماد على الأساليب التقليدية في تقديم وعرض المادة التدريبية، الأمر الذي يؤثر على كفاية وفعالية التدريب.

- عدم وجود تخطيط تدريبي يتميز بالتكامل والشمول، فكل جهة أو قسم له اجتهاداته الخاصة به في مجال التدريب (القحطاني، ٢٠٠٥: ١٥٤)

- عدم وجود سياسة واضحة للحوافز تساعد على إقبال المتدربين على التدريب واهتمامهم به (هزي، ٢٠١١: ٧٢)

- عدم وجود مدربين مؤهلين وكفوعين يستطيعون نقل المعرفة والمهارة للمتدربين بالصورة الصحيح، وهذا بالتالي يؤثر على المتدربين و على العملية التدريبية. (الزويد، ٢٠١١: ٣٥)

٤-٣-٣ تأثير جودة التدريب على خدمات الرعاية الصحية:

تلعب المستشفيات بمختلف أنواعها و تخصصاتها دوراً هاماً في مجالات التدريب الطبي و التمريضي و العلوم الطبية المساعدة، وبمعنى آخر، أصبحت المستشفيات في عصرنا الحالي مركزاً لتنمية معلومات عدد كبير من العاملين في المجالات الطبية وشبه الطبيه، وتطوير مهاراتهم وقدراتهم، وزيادة فعالية الأدوار التي يؤديونها. و من ناحية عملية، قد يكون المستشفى المكان الذي يتم فيه تعليم و تدريب كل من الأطباء، والمرضى، و أخصائيي العلوم الطبية، والتغذية، والأشعة، والعلاج الطبيعي، وغيرهم. هذا وتتوافر إمكانية التدريب في المستشفيات الجامعية و التخصصية أكثر منها في المستشفيات الأخرى، ويرجع ذلك إلى تنوع إمكانية تلك المستشفيات من الناحية المادية، و البشرية، و التجهيزات اللازمة لعملية التدريب. غير أن ذلك لاينقص من أهمية المستشفيات الأخرى في القيام بمهام التدريب الطبي و التمريضي خصوصاً في تدريب الخريجين الجدد من الأطباء والمرضات غير المرتبطين ببرامج أكاديمية عليا. (حرساني، ١٩٩٠: ٣٩)

إن التدريب على جودة الخدمة يهتم بتحسين الخدمة لهؤلاء المستفيدين منها، الذين بدونهم لن يكون هناك وجود للمنظمة، وذلك عن طريق تحسين النواحي و الأساليب الداخلية المعمول بها داخل المنظمة. ويقوم التدريب على حل المشكلات الخدمية لهؤلاء المستفيدين خارج نطاق المنظمة وداخلها، كما يشمل الاستجابة المستمرة للمنحنى المتصاعد لتوقعاتهم، والتي تتميز بأنها دائمة التحرك و الدوران و النمو. ويهدف التدريب إلى قياس التغيير في جودة الخدمة المقدمة للمستفيدين منها من خلال إجراء مقارنة بين مستوى جودة الخدمة قبل تطبيق البرنامج التدريبي في المنظمة وبعده. (Newby, 1992: 27-30)

ولاينتهي التدريب بانتهاء التنفيذ بل لابد من المتابعة و التقييم المستمرين، فالتدريب كوظيفة من وظائف إدارة الموارد البشرية يحتاج إلى المتابعة و التقييم لغرض تحديد مدى فاعليته و قدرته على تحقيق الأهداف التي وضع من أجلها، فمجرد وجود برامج تدريبية لايعني تحقيق الغاية منها بل لابد من متابعة العملية وتقييمها للوقوف على نقاط القوة وتعزيزها و معرفة نقاط الضعف و أوجه القصور في البرامج وتجنبها. (الزويد، ٢٠١١: ٥٦)

أيضاً، إن جودة التدريب تتعكس في شكل خدمات عالية الجودة. وهذا يعني تحويل الموارد البشرية إلى أحد مصادر التنمية الرئيسية و الهامة في المنظمة وبما يساهم في دعم فعالية و قدرة هذه المنظمة. وتعتبر جودة التدريب أفضل ضمان

لجودة الخدمة، حيث يؤدي تحسين جودة التدريب إلى رفع كفاءة الأداء التدريبي لإدارة التدريب، مما يؤدي بدوره إلى نوع من التكامل بين ما يتعلمه المتدرب و بين ما يحتاج إليه فعلياً في تطوير أدائه و تحسين قدراته وصولاً إلى زيادة جودة الخدمة. (السليمان، ٢٠٠٧: ٨٨-٩١)

وتأكيداً على سبق، فقد أنتجت العولمة والتطور التكنولوجي السريع تغييراً كبيراً في عمل المنظمات على اختلاف أنواعها ونشاطاتها، وأصبحت جودة الموارد البشرية لأية منظمة هي المحرك و المفتاح الأساسي لتحسين جودة الأداء. كما أن الاستثمار المستمر في تطوير الموارد البشرية يشكل ضمان نجاح المنظمة وبقاءها. ففي منتصف التسعينيات من القرن العشرين تم إدراك الحاجة إلى دليل محدد لضمان الجودة في التدريب، فبادرت المنظمة الدولية للمعايير و المقاييس (ISO) إلى تشكيل مجموعة عمل لوضع مسودة دليل لمواصفة جودة مختصة بالتدريب، فكان نتاج عملها بعد عدة سنوات ومناقشات مستمرة أن تم تبني المواصفة الدولية لجودة التدريب (ISO 10015) و التصديق عليها من قبل المنظمة الدولية للمعايير والمقاييس في عام ١٩٩٩ .

ويمكن تعريف المواصفة الدولية (ISO 10015) على أنها مواصفة تأكيد الجودة للتعليم و التدريب، وهي مواصفة فنية لمساعدة المنظمات على اختلاف أنواعها و أنشطتها على إدارة برامج و أنظمة التدريب، وأداة للإدارة الإستراتيجية لتطوير الموارد البشرية. حيث يغطي مجال هذه المواصفة جميع الأمور المتعلقة بتطوير أنظمة التدريب التي تؤثر في جودة الخدمات التي تزودها المنظمات للمستفيدين. (حاكامة، ٢٠٠٩: ٢٤-٢٥)

كما أن المواصفة الدولية تساعد على : (حاكامة، ٢٠٠٩: ٣٧)

- تحديد المتطلبات لكل خطوة، ووضع الإجراءات لمراقبة الأنظمة و العمليات التي تمكن الإدارة المسؤولة عن التدريب من التركيز على جوهر كل استثمار تدريبي بدلاً من التركيز فقط على كلفة التدريب.

- ربط التقييم و التدريب بأهداف الأداء التي تضعها المنظمة (مثلاً، تحسين جودة الخدمات الصحية للمستشفى) والذي يوفر لها باستمرار معلومات مرتدة (التغذية العكسية) تبين مدى تطور أداء العاملين ومدى الاستفادة من الاستثمار بالتدريب مما يوفر لاحقاً معلومات كافية من أجل تطوير أنظمة التدريب لديها. (حاكامة، ٢٠٠٩: ٣٧)

وبناءً على ما سبق يمكن للباحث من خلال الجدول التالي رقم (٨) توضيح تأثير التدريب على أبعاد جودة الخدمات الصحية، وذلك عند استخدام المستشفيات البرامج التدريبية كإستراتيجية لتحسين جودة خدماتها الصحية :

البعد	تأثير التدريب على أبعاد جودة الخدمات الصحية
الاعتمادية	<ul style="list-style-type: none"> - التدريب عملية شاملة ومستمرة - من مبادئ التدريب - تؤدي إلى تنمية المعارف و المهارات والقدرات لدى الخريجين من الكوادر الطبية و التمريضية والإدارية، وترتبط بين الأفكار العلمية والممارسات العملية، وتزودهم بالخبرات المختلفة التي يحتاجونها وفق اختصاصاتهم، عن طريق أدانهم لوظائفهم بشكل دقيق و صحيح ومن دون أخطاء مما يؤدي إلى رفع مستوى الأداء العام للمستشفى، وهذا ينعكس على الجودة. - التدريب عملية ديناميكية - من مبادئ التدريب - حيث تساعد المحاضرات والمؤتمرات والندوات الطبية المحلية و العالمية (كأحد أدوات التدريب خارج العمل) الكوادر الطبية العاملة في المستشفى على مواكبة التطورات الحديثة في مجال الطب و التكنولوجيا وبالتالي اكتسابهم المزيد من الخبرات وتعلمهم طرق جديدة تزيد من كفاءة و مستوى أداء الخدمات الصحية المقدمة، وهذا بدوره ينعكس على الجودة.
الاستجابة	<ul style="list-style-type: none"> - التدريب نظام واقعي متكامل- من مبادئ التدريب- يزيد من التأقلم مع طبيعة العمل الخاصة ضمن بيئة المستشفى ويزيد من المرونة في إجراءات و وسائل تقديم الخدمات مما ينعكس إيجاباً على تلبية احتياجات المريض الجديدة والطارئة بشكل فوري، و التعامل مع شكاوى المستفيدين واستفساراتهم عن الخدمة بشكل أسرع.
الضمان	<ul style="list-style-type: none"> - التدريب عملية إدارية و فنية وخدمية - من مبادئ التدريب- تؤدي إلى تعريف العاملين بالمشاكل العملية التي تحدث في بيئة المستشفى ، والعمل على تفاديها من خلال الالتزام بقواعد السلامة و الأمان، و زيادة الوعي و الفهم و الإدراك لطبيعة الخدمات الصحية المقدمة و مدى أهميتها كونها مرتبطة بحياة الإنسان وصحته. وهذا بدوره ينعكس على الجودة من خلال توفير الثقة بين مقدم الخدمة والمريض.
التعاطف	<ul style="list-style-type: none"> - يؤدي التدريب إلى إحداث تغييرات في سلوك العاملين في المستشفى، من خلال تفاعلهم مع البيئة التي يعملون فيها وهذا ينعكس على شكل زيادة الاهتمام و العناية بالمرضى المقيمين في المستشفى. - يؤدي التدريب إلى تثقيف العاملين وتذكيرهم بدورهم الانساني الذي يحتل أولوية في تقديم الخدمة الطبية، وبالتالي بناء حالة من الثقة بين العاملين و المرضى. - يؤدي التدريب أيضاً، إلى حسن التدبير في العلاقات الشخصية المتبادلة بين الطبيب و مريضه، والمتعلق بالتفاعل الاجتماعي و النفسي القائم بينهما، وذلك لتسهيل نجاح تشخيص المشاكل الصحية للمريض وعلاجها.
الملموسية	<ul style="list-style-type: none"> - يؤدي اتباع أساليب التدريب (التطبيق العملي- المحاكاة...) إلى حسن التدبير التقني للرعاية الصحية و المتعلق بتطبيق التكنولوجيا الطبية واستخدام المعدات اللازمة لتشخيص المشاكل الصحية التي يعاني منها المريض. - يؤدي اتباع أساليب التدريب أيضاً، إلى حسن استخدام التسهيلات المادية و توفير وسائل الراحة و العناية، مثل: الطعام الجيد، ووسائل الراحة في غرف الانتظار والفحص و الإقامة. والسرعة في الخدمة و الترحيب و الخصوصية.

المصدر: من إعداد الباحث

الخلاصة:

خُصَّص هذا الفصل لمعرفة تأثير أبعاد المناخ التنظيمي (الهيكل التنظيمي - القيادة - التدريب) في جودة الخدمة الصحية اعتماداً على ما جاء في بعض الأدبيات- على أن يتم اختبارها عملياً في الجانب التطبيقي- غير أن الدراسات النظرية لم تتناول بشكل مباشر التأثير بين تلك الأبعاد و جودة الخدمة الصحية. لهذا فقد حاول الباحث التطرق إلى الجوانب القريبة المفسرة لهذا التأثير، سواءً عن طريق الإطار النظري أو تسليط الضوء على النتائج العملية لبعض الدراسات.

يعد ضمان الوصول إلى مستويات عالية من جودة الرعاية الصحية أحد أهم المسؤوليات المباشرة لمقدمي خدمات الرعاية الصحية. حيث كانت سابقاً تُدار أعمال الجودة، وأساليب تحسينها، في منظمات الرعاية الصحية-لاسيما في المستشفيات- من خلال تطبيق بعض الإجراءات والتعليمات " مثل التأكد من مدى الالتزام بقيم الممارسة المهنية، ومراجعة الرعاية الصحية المقدمة" عن طريق النظراء بدون تقييم أو متابعة. أما اليوم، فإنّ الاهتمام تركّز بدرجة أكبر على فهم العناصر أو الأبعاد التي تؤدي إلى تحسين الجودة "كدراسة البيئة الداخلية للمستشفى من خلال دراسة أبعاد المناخ التنظيمي فيها، ومدى تأثيرها في جودة الخدمات الصحية المقدمة". ومن مجالات التطوير التنظيمي لإدارة و تحسين جودة الخدمات الصحية:

- تطوير المعارف والمهارات الداعمة لجهود تحسين الجودة، من خلال استيعاب التطورات التي تطرأ على المعرفة. ويعد التدريب من أهم الطرق التي تمكن العاملين من مواكبة تلك التطورات، خاصةً في مجال جودة الخدمات الصحية وقيمها الجوهرية (كأداء الخدمة على وجهها الصحيح من أول مرة).
- التزام القيادة الإدارية في المستشفى بتبني أبعاد الجودة والتحسين المستمر في خدماتها، من أجل تحسين جهود الأداء التنظيمي للجودة.
- الدعم المستمر لأداء العاملين في المستشفى، ومنحهم الصلاحيات المناسبة، والإشراف الذي يتناسب مع المسؤوليات والمهام الموكلة إليهم، في صدد تحسين جودة المخرجات.

الفصل الخامس

الدراسة الميدانية

- ٥-١ - مجتمع البحث وعينته.
- ٥-٢ - أداة الدراسة.
- ٥-٣ - اختبار الصدق و الثبات.
- ٥-٤ - التحليل العاملي الاستكشافي.
- ٥-٥ - خصائص عينة البحث.
- ٥-٦ - الإحصاءات الوصفية.
- ٥-٧ - اختبار الفرضيات.
- ٥-٨ - نتائج الدراسة.
- ٥-٩ - التوصيات والمقترحات.

طُبِّقَ البحث في المستشفيات الخاصة التالية: الموساة الخيري، الرشيد، الرازي، الأندلس، حيث وزعت أداة الاستبيان على الكادر الطبي (ممرض، طبيب) والكادر الإداري في تلك المستشفيات، وبناء على إجاباتهم تم إجراء التحليل الإحصائي واختبار الفرضيات. كما تناول الفصل لمحة عن كل مستشفى، وعرض خصائص العينة و اختبار مدى ثبات وصدق أداة الاستبيان و إجراء الاختبارات المناسبة لتحديد أساليب التحليل الإحصائي المناسبة (المعلمية أو غير المعلمية)، وأجري اختبار الفرضيات باستخدام الأسلوب الإحصائي المناسب.

٥-١- مجتمع و عينة البحث:

يتكون مجتمع البحث من مستشفيات القطاع الخاص في دمشق، وأخذت عينة قصدية منها وعددها أربعة تم اختيارها لتطبيق البحث عليها، نظراً لسهولة الوصول إليها ووجود طلب على خدماتها، إضافة إلى كبر حجمها قياساً بمستشفيات أخرى وتوفر هياكل تنظيمية لها. ومن ثم أخذت عينة عشوائية بسيطة من الكادر الطبي والإداري في كل مستشفى من المستشفيات الخاصة محل الدراسة بنسبة ٥٠% من العاملين في كل مستشفى تقريباً.

ويبين الجدول التالي (٧) عدد المستشفيات الخاصة واختصاصها وعدد الأسرة فيها ضمن مدينة دمشق:

عدد الأسرة	الاختصاص	اسم المستشفى
٩٤	عام	دار الشفاء
٣٢	عظمية- نسائية و توليد	التوفيق
٣٠	نسائية و توليد- أذن وأنف وحنجرة	الطب الجراحي
٢٥	عام	المهاني
٢٤	نسائية وتوليد- أذن وأنف وحنجرة	العربي
٣٠	عام	الحياة
١٩	نسائية وتوليد	الغزالي
١٠	أذن وأنف وحنجرة	عفان
١٠	نسائية وتوليد	الأمل
٦٠	عام	الأسدي
١٢	جراحة عامة- نسائية وتوليد	الشام
١٧	جراحة عظمية- نسائية وتوليد- جراحة أذنية	الحكمة
١٠	نسائية و توليد	البلمس
١٠	تسائية و توليد	البشير
٥٥	عام	الإيطالي

١٠١	عام	القديس لويس
١٥	عام	الضياء
١٢	نسائية وتوليد	السلامة
١٨	أمراض العين وجراحاتها	العين والأذن التخصصي
١٠	نسائية وتوليد	التوليد الجرحي
٦٥	عام	المركز الطبي الحديث
١٠	توليد وجراحة نسائية	الشرق
٧٥	عام	مركز العناية الطبية
٥٦	عام	أمية
١٤	جراحة عامة - نسائية و توليد	بديع حمودة
١٤	عام	الروضة
٧٠	عام	العباسيين
٣٠	جراحة عامة- توليد- جراحة أطفال	الكندي
١٠	نسائية وتوليد	الأمانى
٤٠	عام	الرحمة
٥٢	جراحة عامة وتنظيرية- نسائية- أذنية- عينية	الأهلي التخصصي
٧٠	عام	الرشيد
٦٥	عام	الأندلس التخصصي
٣٠	عام	الرازي
٩٥	جراحة عامة - أذنية وجراحاتها	جمعية المواساة الخيري
١٢٩٠		عدد المستشفيات الخاصة = ٣٥

لمحة بسيطة عن المستشفيات المدروسة:

- مستشفى المواساة الخيري: أسست على شكل جمعية في عام ٢٠١١، وتختص في الجراحة العامة والأذنية وجراحاتها، وتضم ٩٥ سريراً، ويبلغ حجم العاملين فيها ٣٠٠ عاملاً، ويبين الهيكل التنظيمي للمستشفى أنه يتوفر في المستشفى قسم مختص في الجودة وآخر مختص في التدريب.
- مستشفى الرشيد: تأسس عام ٢٠٠٧ باختصاص عام ويجوي ٧٠ سريراً، ولا يتوفر في المستشفى قسم مختص بالجودة أو التدريب، ويبلغ عدد العاملين فيه ١٧٣ عاملاً. وتعذر الحصول على الهيكل التنظيمي للمستشفى.

- مستشفى الرازي: تأسس في عام ١٩٧٦ باختصاص عام، ويحوي ٣٠ سريراً، ويبلغ عدد العاملين فيه ٢٢٠ عاملاً. ويبين الهيكل التنظيمي الخاص بالمستشفى أنه لا يتوفر فيها قسم خاص بالجودة أو بالتدريب.
- مستشفى الأندلس التخصصي: تأسس عام ٢٠٠٧ باختصاص عام، وعدد أسرة ٦٥ سريراً، ويبلغ عدد عامليه ٢٠٠ عاملاً. ولا يتوفر فيه قسم خاص بالجودة أو بالتدريب حسب ما هو واضح في الهيكل التنظيمي. ويوضح الملحق A الهياكل التنظيمية لمستشفيات الموساة، الرازي، الأندلس على التوالي.

٥-٢- أداة الدراسة:

تم تصميم استبيان حول تأثير أبعاد المناخ التنظيمي في جودة الخدمات الصحية لتحقيق أهداف البحث. يتضمن الاستبيان قسمين الأول يشمل بيانات شخصية عن المبحوث تتمثل بالمتغيرات التالية: الجنس، العمر، العمل الوظيفي، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة العملية. أما القسم الثاني فيتضمن ٩٧ عبارة حول محورين رئيسيين هما: أبعاد المناخ التنظيمي (٧٥ عبارة) وجودة الخدمات الصحية (٢٢ عبارة)، وتتنوع عبارات المحور الرئيسي الأول على ثلاثة محاور فرعية هي: الهيكل التنظيمي (٣٦ عبارة موزعة بدورها على ثلاثة محاور ثانوية هي: المركزية/١٣ عبارة، الرسمية/١٣ عبارة، التعقيد/١٠ عبارات)، القيادة (٢٦ عبارة موزعة على خمسة محاور ثانوية هي: النمط التحويلي/٦ عبارات، النمط التبادلي/٦ عبارات، النمط الأتوقراطي /٤ عبارات، النمط غير الموجه /٤ عبارات، النمط الديمقراطي /٦ عبارات)، التدريب (١٣ عبارة). بينما تتوزع عبارات المحور الرئيسي الثاني على خمسة محاور فرعية هي: الاعتمادية (٥ عبارات)، الاستجابة (٤ عبارات)، الضمان (٤ عبارات)، التعاطف (٤ عبارات)، الملموسية (٥ عبارات). ولمزيد من الاطلاع على الاستبيان انظر الملحق B.

تم توزيع ١٠٠ استبيان في كل من مستشفيات الرشيد، الرازي، الأندلس التخصصي، و ١٥٠ استبياناً في مستشفى الموساة الخيري ويبين الجدول (٨) عدد الاستبيانات الموزعة والمستردة والمستبعدة والصالحة للتحليل في كل مستشفى كمايلي:

المستشفى	عدد الاستبيانات				
	الموزعة	المستردة	المستردة فارغة	المستبعدة	الصالحة للتحليل
الموساة	150	105	19	13	73
الرشيد	100	76	11	14	51
الرازي	100	81	6	13	62
الأندلس	100	53	4	11	38
الإجمالي	450	315	40	51	224

الجدول (٨): عدد الاستبيانات الموزعة والمستردة والمستبعدة والصالحة للتحليل في المستشفيات محل الدراسة

المصدر: الدراسة الميدانية.

يبين الجدول (٨) أنه تم توزيع ٤٥٠ استبياناً استرد منها ٣١٥ استبياناً كان من بينها ٤٠ استبياناً فارغاً لم تتم الإجابة على الأسئلة الموجودة فيها، واستبعد ٥١ استبياناً لاقتصار الإجابة على عدد محدود من الأسئلة، أو لعدم

منطقية الإجابة، حيث وردت بعض الاستبيانات تبين من خلالها اختيار إجابة واحدة على جميع أسئلتها. وبالتالي يكون عدد الاستبيانات الصالحة للتحليل ٢٢٤ بنسبة ٥٠%. فيكون حجم عينة البحث هو ٢٢٤ مبحثاً. ولمعرفة مدى كفاية حجم العينة تم إجراء اختبار KMO وكانت النتائج كما في الجدول (٩) التالي:

الجدول (٩) اختبار KMO و Bartlett's

KMO and Bartlett's Test		
.888	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
2268.544	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
136	Df	
.000	Sig.	

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

حيث أن قيمة مقياس مدى كفاية حجم العينة KMO تتراوح قيمته بين الصفر والواحد الصحيح، فكلما اقتربت قيمته المحسوبة من الواحد الصحيح كلما زادت الاعتمادية والحد الأدنى المقبول للحكم على كفاية حجم العينة هو (٠.٥٠)، ويتضح من الجدول أعلاه أن قيمة معامل KMO هي (٠.٨٨٨) وهي أعلى من ٥٠% وبالتالي فإن حجم العينة كافٍ. بينما نجد أن القيمة الاحتمالية لاختبار Bartlett (٠.٠٠٠) وهو أقل من مستوى المعنوية (٠.٠٥) أي أن الارتباطات بين المتغيرات موجودة بدرجة كافية لإجراء التحليل عليها.

تمّ اعتماد مقياس ليكرت الخماسي في تصميم الاستبيان حيث أُعطي رقماً لكل إجابة، وحسب مجال الإجابة من خلال العلاقة التالية: (أعلى درجة إجابة - أدنى درجة إجابة) / عدد الإجابات = $0.8 = 5 / (1 - 5)$ وبالتالي يكون المجال الأول المقابل للإجابة غير الموافق بشدة هو ١-١.٧٩، وهكذا بالنسبة لبقية المجالات بحيث يكون المدى الفاصل بين كل مجال والمجال الذي يليه هو ٠.٨ كما في الجدول (١٠) الآتي:

الجدول (١٠) درجات الترميز لكل حالة من حالات الإجابة ومجالها

الإجابة	موافق بشدة	موافق	حيادي	غير موافق	غير موافق بشدة
درجة الإجابة	٥	٤	٣٠	٢	١
مجال الإجابة	4.2-5	3.4-4.19	2.6-3.39	1.8-2.59	1-1.79

المصدر: الدراسة الميدانية.

٥-٣- اختبار الثبات والصدق: حسب معامل (ألفا كرونباخ-Alpha Cronbach)، والذي تتراوح قيمته في المجال من الصفر إلى الواحد الصحيح لقياس الثبات، حيث كلما اقتربت قيمته من الواحد كلما زادت مصداقية البيانات في عكس نتائج العينة على مجتمَع البحث، وقد تم احتساب هذا المعامل لمحاور الاستبيان الرئيسية والفرعية والثانوية ولكامل الاستبيان، واحتساب معامل الصدق من خلال إيجاد الجذر التربيعي لمعامل ألفا كرونباخ، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول (١١) الآتي:

معامل الصدق	معامل ألفا كرونباخ	المحور	
0.984	0.969	كامل الاستبيان	
0.977	0.954	أبعاد المناخ التنظيمي	
0.930	0.864	الهيكل التنظيمي	
0.928	0.862	المركزية	
0.925	0.855	الرسمية	
0.803	0.645	التعقيد	
0.953	0.908	القيادة	
0.888	0.788	النمط التحويلي	
0.861	0.742	النمط التبادلي	
0.777	0.603	النمط الأتوقراطي	
0.830	0.689	النمط غير الموجه	
0.782	0.611	النمط الديمقراطي	
0.963	0.927	التدريب	
0.952	0.907	جودة الخدمات الصحية	
0.847	0.718	الاعتمادية	
0.901	0.812	الاستجابة	
0.831	0.69	الضمان	
0.917	0.84	التعاطف	
0.877	0.77	الملموسية	

الجدول (١١): معامل ألفا كرونباخ ومعامل الصدق للاستبيان بأكمله ولمحاوره.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يتضح من الجدول أعلاه ان جميع قيم معامل ألفا كرونباخ أكبر من ٦٠%، وكذلك معامل الصدق وبالتالي يمكن القول أن بيانات جميع المحاور تتمتع بالثبات وبالمصداقية.

٥-٤- التحليل العاملي الاستكشافي: يستخدم هذا الأسلوب لاختبار الصدق إحصائياً وتأكيد النتيجة التي تم الحصول عليها من خلال حساب معامل الصدق. ويكون هناك صدق في المقياس عندما تكون نسبة التباين المفسر لكافة العوامل لا تقل عن ٦٠% والجذر الكامن الذي يساوي مجموع التباين الكلي المستخلص بواسطة العامل، ويجب ألا يقل عن (١) قبل التدوير ليكون معنوي إحصائياً. وأن يكون تشعب العامل معنويًا ودال إحصائياً وذلك بالاستناد إلى حجم العينة. وتحسب القيمة الدنيا المقبولة لتشعب العامل من خلال العلاقة الرياضية (١)

$$\frac{5.152}{\sqrt{n-2}} = \frac{5.152}{\sqrt{224-2}} = 0.346$$

التالية: "حيث يهمل أي تشعب يقل عن ٠.٣٤٦" (الجاموس، ٢٠١٢: ١٨٣)

وفيما يلي نتائج التحليل العاملي لمتغيرات البحث:

٥-٤-١. التحليل العاملي الاستكشافي لمحاور الهيكل التنظيمي:

يبين الجدول (١٢) نتائج التحليل العاملي لمتغير المركزية كما يلي:

Component				العبرة
4	3	2	1	
.143		.286	.783	تتخذ الإدارة العليا القرارات الاستراتيجية في الوقت المناسب
.238		.249	.792	تتخذ الإدارة العليا القرارات الروتينية والتخصصية في الوقت المناسب
.285			.758	تصنع القرارات وتتخذ وفق أسس علمية وموضوعية
-.225	.348		.755	تجمع المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار بمشاركة مديري الإدارات والأقسام
-.202	.817		.264	تمنح الإدارة المتوسطة صلاحيات كافية لانجاز أعمالها
.272	.867		.118	تفوض الإدارة العليا بعض صلاحياتها للمستويات الإدارية الأدنى
.225	.184	.779	.214	يخصص مدير المباشرة وقتاً للإشراف عليك وعلى زملائك
.290		.692	.177	يملك مديرك المباشرة خبرة وقدرة على الإشراف عليك وعلى زملائك
.843		.157	.160	عدد المرؤوسين الذين يعملون تحت إشراف المدراء في المستويات الإدارية الدنيا أكبر من عدد هؤلاء الذين يشرف عليهم
		.804	.130	تمنح التعويض المناسب لاتخاذ القرار من قبل مدير المباشرة
-.200	.136	.562	.455	تجري الاتصالات مع المستويات الإدارية العليا بسهولة ويسر
	.271	.174	.617	علاقات المتابعة بين المستويات الإدارية المختلفة تتميز بالكفاءة والوضوح
	.351	.252	.683	هناك علاقات تعاون بين الإدارة والعاملين
1.046	1.119	1.66	5.176	الجزر الكامن قبل التدوير
1.224	1.806	2.331	3.64	الجزر الكامن بعد التدوير
9.414	13.889	17.931	28.003	النسبة المئوية للتباين المفسر
69.237	59.824	45.935	28.003	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر

الجدول (١٢) نتائج التحليل العاملي لمتغير المركزية.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص أربعة عوامل من جميع عبارات متغير المركزية. حيث يفسر العامل الأول نسبة ٢٨.٠٠٣% من التباين الكلي للعبارات، ويفسر العامل الثاني ١٧.٩٣١%، ويفسر العامل الثالث ١٣.٨٨٩%، والعامل الرابع ٩.٤١٤%. وبناءً على ذلك يمكن القول: أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olkin هي ٠.٧٢٨، كما في الجدول (١٣) أدناه. وهي أكبر من الحد المقبول ٥٠%، وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett' هو ٠.٠٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لإجراء التحليل العاملي.

كما أن تشبعات عبارات المقياس على عامل واحد فقط على الأقل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، كما أن قيمة الجذر الكامن قبل التدوير ولكل العوامل أكبر من الواحد محققة معيار الجذر الكامن. ونسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة هي 69.237%، وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعي.

KMO and Bartlett's Test		
.728	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
446.454	Approx. Chi-Square	
78	Df	Bartlett's Test of Sphericity
.000	Sig.	

الجدول (١٣) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير المركزية

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول (١٤) نتائج التحليل العاملي لمتغير الرسمية كما يلي:

Component				العبارة
4	3	2	1	
	-200	.330	.781	سياسات وأهداف المستشفى واضحة ومفهومة
	.181	.492	.474	الأعمال في المستشفى محددة بوضوح
	.173		.727	العاملون ملتزمون بمستوى عال من الأداء
	.189	.816	.336	مسؤوليات الوظائف غالباً ما تكون محددة بدقة لكل عامل
-509	.439	.246	.464	تراجع الأعمال والمسؤوليات المحددة بصفة دورية
-115	.289	.119	.679	الأهداف مثيرة للتنافس والتحدي بين العاملين
-183	.351	-.126	.774	تشجيع كبير لإقامة عمل جماعي وفريق عمل بدلاً من العمل الفردي
	.123	.852		تمنع الإدارة العليا من خلال تحذيرات الخروج عن قواعد العمل
.186	.372	.323	.650	التعليمات الخاصة لإنجاز الأعمال مدونة ومفهومة من قبل العاملين
.305	.138	.321	.663	هناك مرونة أثناء تأدية بعض الأعمال
.872	.200			تستخدم الإدارة العليا غالباً الاتصالات الرسمية
	.770	.396	.184	مديرو الإدارات العليا والوسطى ملتزمون بأسلوب معين عند أدائهم لأعمالهم
.228	.825		.228	العاملون في المستويات الدنيا ملتزمون بإتباع إجراءات وقواعد محددة عند إنجاز أعمالهم
1.032	1.214	1.518	5.436	الجذر الكامن قبل التدوير
1.265	2.024	2.212	3.7	الجذر الكامن بعد التدوير
9.733	15.567	17.013	28.46	النسبة المئوية للتباين المفسر
70.773	61.04	45.473	28.46	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر

الجدول (١٤) نتائج التحليل العاملي لمتغير الرسمية.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص أربعة عوامل من جميع عبارات متغير الرسمية، حيث يفسر العامل الأول

نسبة ٢٨.٤٦% من التباين الكلي للعبارات، ويفسر العامل الثاني ١٧.٠١٣%. ويفسر العامل الثالث ١٥.٥٦٧%

والعامل الرابع ٩.٧٣٣%، وبناء على ذلك يمكن القول أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olkin هي ٠.٧٥٤ كما في الجدول (١٥) وأدناه. وهي أكبر من الحد المقبول ٥٠% وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett' هو ٠.٠٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي. كما أن تشبعات عبارات المقياس على عامل واحد فقط على الأقل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجذر الكامن قبل التدوير ولكل العوامل أكبر من الواحد محققة معيار الجذر الكامن. ونسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة هي 70.773% وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعي.

KMO and Bartlett's Test		
.7٥٤	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
413.524	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
78	df	
.000	Sig.	

الجدول (١٥) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير الرسمية
المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

وفيما يلي الجدول (١٦) الذي يبين نتائج التحليل العاملي لمتغير التعقيد:

Component			العبرة
3	2	1	
-0.224	.778	.235	بعض مستويات الإدارة الموجودة حالياً غير ضرورية على الإطلاق
	.794	.321	كثيراً ما تمنع الإجراءات إنجاز الأعمال بسرعة
	.518	.622	تسلسل الأوامر يتم بصورة مطولة
	.626	.527	بعض المهارات الأساسية معدومة في المستشفى
	.147	.858	النظم الإدارية الحالية تميل إلى قمع وإحباط روح الابتكار
	.333	.810	النظم كثيراً ما تكون معقدة وغير فعالة
		.704	يوجد في المستشفى إدارات متنوعة ومختلفة
.515	.718	-.137	تتطلب الأعمال المختلفة للإدارات معرفة متخصصة ومهارة عالية في العمل
.893			التنسيق فعال بين مختلف الإدارات لإنجاز الأنشطة المختلفة الخاصة بها
.903			يتم التعرف على نتائج أعمال الإدارات الدنيا بسهولة ويسر
1.169	1.975	4.088	الجذر الكامن قبل التدوير
1.946	2.549	2.737	الجذر الكامن بعد التدوير
19.456	25.488	27.371	النسبة المئوية للتباين المفسر

72.315	52.859	27.371	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر
--------	--------	--------	---

الجدول (١٦) نتائج التحليل العاملي لمتغير التعقيد.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص ثلاثة عوامل من جميع عبارات متغير التعقيد. حيث يفسر العامل الأول نسبة ٢٧.٣٧١% من التباين الكلي للعبارات، ويفسر العامل الثاني ٢٥.٤٨٨%. ويفسر العامل الثالث ١٩.٤٥٦%. وبناء على ذلك يمكن القول أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olkin هي ٠.٧٢٢، كما في الجدول (١٧) أدناه. وهي أكبر من الحد المقبول ٥٠% وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett هو ٠.٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي. كما أن تشبعات عبارات المقياس على عامل واحد فقط على الأقل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجذر الكامن قبل التدوير ولكل العوامل أكبر من الواحد محققة معيار الجذر الكامن. ونسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة هي ٧٢.٣١٥% وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعي.

KMO and Bartlett's Test		
.722	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
326.445	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
45	Df	
.000	Sig.	

الجدول (١٧) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير التعقيد

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

٥-٤-٢. التحليل العاملي الاستكشافي لمحاور القيادة:

يبين الجدول (١٨) نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط التحويلي كما يلي:

Component		العبرة
2	1	
.896		تعرف الإدارة العاملين بالأهداف والرؤية المستقبلية للمستشفى ويعمل على تغييرها باستمرار
.853	.268	تشجع الإدارة على العمل بروح الفريق
.291	.404	تعتمد الإدارة على منهج محاسبة المسؤولية في العمل
	.835	مشاركة الإدارة العاملين أفكارهم والاستماع لوجهات نظرهم باحترام في مختلف المجالات
	.885	تعامل الإدارة العاملين وفق الطريقة التي تناسب كلاً منهم
.310	.758	تعلم الإدارة على تلبية الحاجات الشخصية للعاملين والاهتمام بمشاكلهم الخاصة

1.287	2.724	الجذر الكامن قبل التدوير
1.721	2.290	الجذر الكامن بعد التدوير
28.682	38.167	النسبة المئوية للتباين المفسر
66.849	38.167	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر

الجدول (١٨) نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط التحويلي.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص عاملين من جميع عبارات متغير النمط التحويلي. حيث يفسر العامل الأول نسبة ٣٨.١٦٧% من التباين الكلي للعبارات، ويفسر العامل الثاني ٢٨.٦٨٢%، وبناء على ذلك يمكن القول أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olki هي ٠.٦٩٦. كما في الجدول (١٩) أدناه. وهي أكبر من الحد المقبول ٥٠% وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett هو ٠.٠٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي.

كما أن تشبعات عبارات المقياس على عامل واحد فقط على الأقل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجذر الكامن قبل التدوير ولكل العوامل أكبر من الواحد محققة معيار الجذر الكامن. ونسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة هي 66.849% وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعي.

KMO and Bartlett's Test		
.696	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
127.134	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
15	Df	
.000	Sig.	

الجدول (١٩) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير النمط التحويلي

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

وفيما يلي الجدول (٢٠) الذي يبين نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط التبادلي:

Component		العبارة
2	1	
.830		يتناسب عائد العمل مع الجهد المبذول من قبل العامل
.692	.185	تصمم الإدارة وتحدد إجراءات العمل
.422	.685	هناك ربط بين الانجاز للمهام الموكلة للعاملين والمكافأة المقابلة لذلك
.443	.777	تحدد الإدارة المهام وتوزعها بين العاملين بشكل واضح
	.913	ترشد الإدارة العاملين حول كيفية أداء المهام وتتابع عملية إنجازها
.537	.404	لا تتدخل الإدارة في العمل طالما أنه ينجز وفق المطلوب
1.023	2.918	الجزر الكامن قبل التدوير
1.836	2.105	الجزر الكامن بعد التدوير
30.600	35.089	النسبة المئوية للتباين المفسر
65.689	35.089	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر

الجدول (٢٠) نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط التبادلي.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص عاملين من جميع عبارات متغير النمط التبادلي. حيث يفسر العامل الأول نسبة ٣٥.٠٨٩% من التباين الكلي للعبارات، ويفسر العامل الثاني ٣٠.٦٠٠%. وبناء على ذلك يمكن القول أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olki هي ٠.٧٥٦. كما في الجدول (٢١) أدناه. وهي أكبر من الحد المقبول ٥٠% وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett هو ٠.٠٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي. كما أن تشبعات عبارات المقياس على عامل واحد فقط على الأقل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجزر الكامن قبل التدوير ولكل العوامل أكبر من الواحد محققة معيار الجزر الكامن. ونسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة هي 65.689% وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعة.

KMO and Bartlett's Test		
.756	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
128.388	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
15	Df	
.000	Sig.	

الجدول (٢١) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير النمط التبادلي

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

وبين الجدول (٢٢) نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط الأوتوقراطي كما يلي:

Component		العبرة
2	1	
	.950	تسمح الإدارة للعاملين بالمشاركة في اتخاذ القرار
.159	.932	تمنح الإدارة العاملين غالباً فرصة للاختيار قبل إصدار القرار
.743	.111	تنتقد الإدارة علناً أداء بعض العاملين
.797		تهدد الإدارة العاملين المقصرين بالعقاب
1.074	1.927	الجزر الكامن قبل التدوير
1.215	1.786	الجزر الكامن بعد التدوير
30.383	44.654	النسبة المئوية للتباين المفسر
75.037	44.654	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر

الجدول (٢٢) نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط الأوتوقراطي.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص عاملين من جميع عبارات متغير النمط الأوتوقراطي. حيث يفسر العامل الأول نسبة ٤٤.٦٥٤% من التباين الكلي للعبارات، ويفسر العامل الثاني ٣٠.٣٨٣%، وبناء على ذلك يمكن القول أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olki هي ٠.٥٠٢. كما في الجدول (٢٣). وهي تساوي الحد المقبول ٥٠% وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett هو ٠.٠٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي.

كما أن تشبعات عبارات المقياس على عامل واحد فقط على الأقل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجزر الكامن قبل التدوير ولكل العوامل أكبر من الواحد محققة معيار الجزر الكامن. ونسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة هي ٧٥.٠٣٧% وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعي.

KMO and Bartlett's Test		
.502	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
79.072	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
6	df	
.000	Sig.	

الجدول (٢٣) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير النمط الأوتوقراطي

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

و يبين الجدول (٢٤) نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط غير الموجه كما يلي:

Component		العبرة
2	1	
	.899	تتبع الإدارة مبدأ عدم التدخل في اتخاذ القرارات
.741	.414	هناك اهتمام بالعاملين وبالأمال المكلفين بها
.921		تمتلك الإدارة القدرة على التوجيه الفعال
.309	.777	تفوض الإدارة سلطاتها بشكل شبه كامل
1.008	2.068	الجزر الكامن قبل التدوير
1.494	1.583	الجزر الكامن بعد التدوير
37.341	39.568	النسبة المئوية للتباين المفسر
76.909	39.568	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر

الجدول (٢٤) نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط غير الموجه.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص عاملين من جميع عبارات متغير النمط غير الموجه. حيث يفسر العامل الأول نسبة ٣٩.٥٦٨% من التباين الكلي للعبارات، ويفسر العامل الثاني ٣٧.٣٤١%، وبناء على ذلك يمكن القول أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olki هي ٠.٦٢٥. كما في الجدول (٢٥). وهي أكبر من الحد الأدنى المقبول ٥٠% وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett هو ٠.٠٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي.

كما أن تشبعات عبارات المقياس على عامل واحد فقط على الأقل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجزر الكامن قبل التدوير ولكل العوامل أكبر من الواحد محققة معيار الجزر الكامن. ونسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة هي ٧٦.٩٠٩% وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعي.

KMO and Bartlett's Test		
.625	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
56.069	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
6	df	
.000	Sig.	

الجدول (٢٥) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير النمط غير الموجه

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

و يبين الجدول (٢٦) نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط الديمقراطي كما يلي:

Component		العبرة
2	1	
	.825	هناك اعتراف من قبل الإدارة بدور العاملين في العمل وبفضلهم
.151	.853	تسمح الإدارة بالنقد البناء وإبداء وجهات النظر
.375	.782	تشجع الإدارة المبادرة والابتكار
.646	.524	تفوض الإدارة جزءاً من سلطاتها حسب ما يتطلب العمل
.813		هناك حوار بين الإدارة والمرووسين
.735	.190	تحدد الإدارة مهام العاملين ومسؤولياتهم بدقة
1.063	3.052	الجزر الكامن قبل التدوير
1.784	2.331	الجزر الكامن بعد التدوير
29.725	38.845	النسبة المئوية للتباين المفسر
68.571	38.845	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر

الجدول (٢٦) نتائج التحليل العاملي لمتغير النمط الديمقراطي.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص عاملين من جميع عبارات متغير النمط الديمقراطي. حيث يفسر العامل الأول نسبة ٣٨.٨٤٥% من التباين الكلي للعبارات، ويفسر العامل الثاني ٢٩.٧٢٥%، وبناء على ذلك يمكن القول أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olki هي ٠.٧٩١. كما في الجدول (٢٧). وهي أكبر من الحد الأدنى المقبول ٥٠% وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett هو ٠.٠٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي. كما أن تشبعات عبارات المقياس على عامل واحد فقط على الأقل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجزر الكامن قبل التدوير ولكل العوامل أكبر من الواحد محققة معيار الجزر الكامن. ونسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة هي 68.571% وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعي.

KMO and Bartlett's Test		
.791	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
134.640	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
15	df	
.000	Sig.	

الجدول (٢٧) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير النمط الديمقراطي

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

٥-٤-٣. التحليل العاملي الاستكشافي لمحور التدريب:

يبين الجدول (٢٨) نتائج التحليل العاملي لمتغير التدريب كما يلي:

Component			العبرة
3	2	1	
.125	.176	.603	هناك سياسة تدريب واضحة ومتبعة من قبل إدارة المستشفى
.164	.175	.747	تتبنى المستشفى خطط تدريب دائماً
.162	.335	.735	توجد برامج تدريبية متنوعة ومحددة للعاملين في المستشفى
.415		.703	تستقطب الإدارة العاملين ذوي الخبرة والمهارة وتوظفهم
	.290	.828	تدرب الإدارة العاملين الجدد ليكتسبوا خبرات عملية
.253	.221	.777	أساليب التدريب المتبعة حديثة ومناسبة مع محتوى البرنامج التدريبي
.334	.443	.634	مشاركة العاملين في المستشفى في المؤتمرات والندوات العلمية المفيدة في مجال العمل
.270	.499	.617	تخصص ميزانية محددة لتمويل البرامج التدريبية
.178	.618	.670	تعمل الإدارة على متابعة وتقييم نتائج التدريب
.119	.837	.343	تساهم البرامج التدريبية المتبعة في تحسين جودة الخدمات المقدمة
.152	.872	.164	تساهم البرامج التدريبية في معالجة ضعف الأداء ورفع كفاءة العمل
.793	.290	.235	تضع الإدارة خطتها لتحسين جودة التدريب
.895		.185	تضع الإدارة خطتها لربط جودة التدريب بجودة الخدمات الصحية المقدمة
1.035	1.185	7.169	الجذر الكامن قبل التدوير
1.990	2.687	4.712	الجذر الكامن بعد التدوير
15.305	20.667	36.246	النسبة المئوية للتباين المفسر
72.218	56.913	36.246	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر

الجدول (٢٨) نتائج التحليل العاملي لمتغير التدريب.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص ثلاثة عوامل من جميع عبارات متغير التدريب. حيث يفسر العامل الأول

نسبة ٣٦.٢٤٦% من التباين الكلي للعبارات، ويفسر العامل الثاني ٢٠.٦٦٧%، ويفسر العامل

الثالث ١٥.٣٠٥%، وبناء على ذلك يمكن القول أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة

معيار Kaiser-Meyer-Olki هي ٠.٨٦١. كما في الجدول (٢٩). وهي أكبر من الحد الأدنى المقبول ٥٠%،

وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett هو ٠.٠٠٠٠٠، وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي.

كما أن تشبعات عبارات المقياس على عامل واحد فقط على الأقل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجذر الكامن قبل التدوير ولكل العوامل أكبر من الواحد محققة معيار الجذر الكامن. ونسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة هي 72.218% وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعي.

KMO and Bartlett's Test		
.861	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
656.838	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
78	Df	
.000	Sig.	

الجدول (٢٩) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير التدريب

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

٥-٤-٤. التحليل العاملي الاستكشافي لمحاور جودة الخدمات الصحية:

يبين الجدول (٣٠) نتائج التحليل العاملي لمتغير الاعتمادية كما يلي:

Component		العبرة
2	1	
.888		تلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة
.778	.334	هناك حرص من قبل إدارة المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة
.191	.842	تقدم المستشفى الخدمات الصحية بالشكل الأمثل
.472	.544	هناك اهتمام من قبل الإدارة بمشاكل واستفسارات المرضى
	.868	الأخطاء تكاد تكون معدومة في فاتورة المستشفى المقدمة للمرضى وفي ملفات المرضى الطبية
1.160	2.370	الجذر الكامن قبل التدوير
1.654	1.876	الجذر الكامن بعد التدوير
33.083	37.518	النسبة المئوية للتباين المفسر
70.601	37.518	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر

الجدول (٣٠) نتائج التحليل العاملي لمتغير الاعتمادية.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص عاملين من جميع عبارات متغير الاعتمادية. حيث يفسر العامل الأول نسبة ٣٧.٥١٨% من التباين الكلي للعبارات، ويفسر العامل الثاني ٣٣.٠٨٣%، وبناء على ذلك يمكن القول أن

العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olki هي ٠.٦٤٣. كما في الجدول (٣١). وهي أكبر من الحد الأدنى المقبول ٥٠% وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett هو ٠.٠٠٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي.

كما أن تشبعات عبارات المقياس على عامل واحد فقط على الأقل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجذر الكامن قبل التدوير ولكل العوامل أكبر من الواحد محققة معيار الجذر الكامن. ونسبة التباين المفسر بواسطة العوامل المستخلصة مجتمعة هي 70.601% وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعي.

KMO and Bartlett's Test		
.643	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
82.476	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
10	Df	
.000	Sig.	

الجدول (٣١) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير الاعتمادية

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول (٣٢) نتائج التحليل العاملي لمتغير الاستجابة كما يلي:

Component	العبارة
1	
.819	العاملون مستعدون دوماً لتلبية طلبات المرضى فوراً
.835	لدى العاملين رغبة بتقديم المساعدة للمرضى دائماً
.759	يقدم المستشفى خدماته للمرضى على مدار الساعة ودون توقف
.768	الأطباء مستعدون لأية حالة طارئة وبشكل سريع
2.534	الجذر الكامن قبل التدوير
-	الجذر الكامن بعد التدوير
63.353	النسبة المئوية للتباين المفسر
63.353	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر

الجدول (٣٢) نتائج التحليل العاملي لمتغير الاستجابة.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص عامل واحد فقط من جميع عبارات متغير الاستجابة. حيث يفسر العامل نسبة ٦٣.٣٥٣% من التباين الكلي للعبارات وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. وبناء على ذلك يمكن القول أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olki هي ٠.٧١٤. كما في

الجدول (٣٣). وهي أكبر من الحد الأدنى المقبول ٥٠%، وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett هو ٠.٠٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي.

كما أن تشبعات عبارات المقياس على هذا العامل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجذر الكامن قبل التدوير أكبر من الواحد محققة معيار الجذر الكامن. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعي.

KMO and Bartlett's Test		
.714	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
95.954	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
٦	df	
.000	Sig.	

الجدول (٣٣) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير الاستجابة

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

ويبين الجدول (٣٤) نتائج التحليل العاملي لمتغير الضمان كما يلي:

Component	العبارة
1	
.711	للمستشفى سمعة جيدة في البيئة الخارجية
.840	يشعر المريض بالأمان لدى خلال تعامله مع المستشفى
.440	تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمريض
.807	لدى العاملين في المستشفى خبرة وكفاءة عاليتين
2.056	الجذر الكامن قبل التدوير
-	الجذر الكامن بعد التدوير
61.409	النسبة المئوية للتباين للمفسر
61.409	النسبة المئوية التراكمية للتباين للمفسر

الجدول (٣٤) نتائج التحليل العاملي لمتغير الضمان.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص عامل واحد فقط من جميع عبارات متغير الضمان. حيث يفسر العامل نسبة ٦١.٤٠٩% من التباين الكلي للعبارات، وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. وبناء على ذلك يمكن القول أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olki هي ٠.٥٧٢ كما في الجدول (٣٥). وهي أكبر من الحد الأدنى المقبول ٥٠% وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما

أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett هو ٠.٠٠٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي.

كما أن تشبعات عبارات المقياس على هذا العامل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجذر الكامن قبل التدوير أكبر من الواحد محققة معيار الجذر الكامن. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعي.

KMO and Bartlett's Test		
.572	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
60.835	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
٦	Df	
.000	Sig.	

الجدول (٣٥) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير الضمان

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

و يبين الجدول (٣٦) نتائج التحليل العاملي لمتغير التعاطف كما يلي:

Component	العبارة
1	
.873	يتفهم العاملون الاحتياجات الخاصة بكل مريض
.799	يولي العاملون في المستشفى لكل مريض اهتماماً شخصياً
.883	يتسم سلوك العاملين في المستشفى باللباقة في تعاملهم مع المريض
.803	يوضح العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة مفهومة من قبلهم
2.823	الجذر الكامن قبل التدوير
-	الجذر الكامن بعد التدوير
70.566	النسبة المئوية للنتائج المفسر
70.566	النسبة المئوية التراكمية للنتائج المفسر

الجدول (٣٦) نتائج التحليل العاملي لمتغير التعاطف.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص عامل واحد فقط من جميع عبارات متغير التعاطف. حيث يفسر العامل نسبة ٧٠.٥٦٦% من التباين الكلي للعبارات وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%.

وبناء على ذلك يمكن القول أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olki هي ٠.٦٨٠ كما في الجدول (٣٧). وهي أكبر من الحد الأدنى المقبول ٥٠% وهذا يدل على

كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett هو ٠.٠٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي.

كما أن تشبعات عبارات المقياس على هذا العامل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجذر الكامن قبل التدوير أكبر من الواحد محققة معيار الجذر الكامن. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجميعي.

KMO and Bartlett's Test		
.680	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
166.738	Approx. Chi-Square	
٦	df	Bartlett's Test of Sphericity
.000	Sig.	

الجدول (٣٧) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير التعاطف

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

و يبين الجدول (٣٨) نتائج التحليل العاملي لمتغير الملموسية كما يلي:

Component	العبارة
1	
.748	موقع المستشفى معروف وملئم وسهل الوصول إليه
.889	يتوفر في المستشفى تجهيزات طبية حديثة
.675	يتوفر في المستشفى تجهيزات فندقية جيدة لإقامة المريض
.805	يتوفر في المستشفى جميع الأدوية التي يحتاجها المريض
.678	يتوفر في المستشفى جميع التسهيلات التي يحتاجها المريض (لوحات إرشادية في الممرات، قاعات انتظار مريحة، كراج لركن السيارات)....
2.914	الجذر الكامن قبل التدوير
-	الجذر الكامن بعد التدوير
68.279	النسبة المئوية للتباين المفسر
68.279	النسبة المئوية التراكمية للتباين المفسر

الجدول (٣٨) نتائج التحليل العاملي لمتغير الملموسية.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أنه يمكن استخلاص عامل واحد فقط من جميع عبارات متغير الملموسية. حيث يفسر العامل نسبة 68.279% من التباين الكلي للعبارات، وهي أكبر من الحد الأدنى ٦٠%. وبناء على ذلك يمكن القول أن العبارات المستخدمة تتمتع جميعها بالصدق نظراً لأن قيمة معيار Kaiser-Meyer-Olki هي ٠.٧٦٩ كما في الجدول (٣٩). وهي أكبر من الحد الأدنى المقبول ٥٠% وهذا يدل على كفاية حجم العينة على نحو جيد. وبما

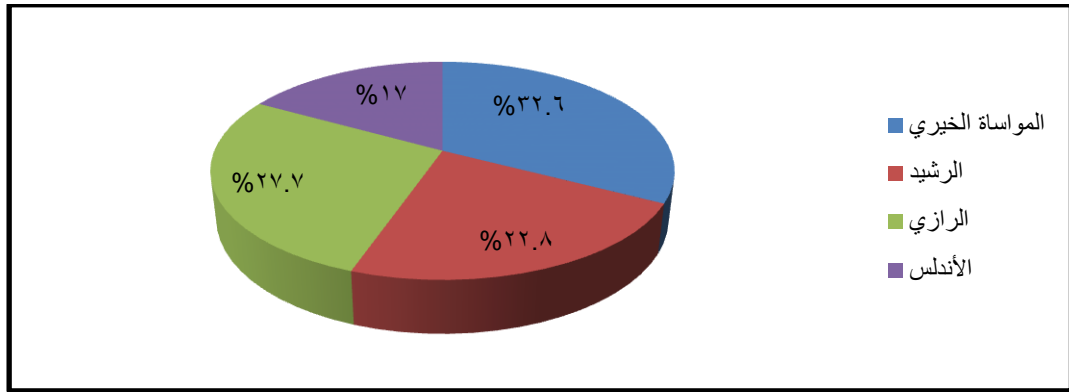
أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار Bartlett هو ٠.٠٠٠٠٠ وأقل من ٥%. أي هناك ارتباطات معنوية على الأقل بين المتغيرات تكفي لاستخدام التحليل العاملي. كما أن تشبعت عبارات المقياس على هذا العامل أكبر من الحد الأدنى المقبول ٠.٣٤٦، إضافة إلى أن قيمة الجذر الكامن قبل التدوير أكبر من الواحد محققة معيار الجذر الكامن. مما سبق يمكن القول أن جميع العبارات تتمتع بالصدق التجمعي.

KMO and Bartlett's Test		
.769	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	
135.699	Approx. Chi-Square	Bartlett's Test of Sphericity
10	df	
.000	Sig.	

الجدول (٣٩) اختبار KMO & Bartlett's لمتغير الملموسية

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

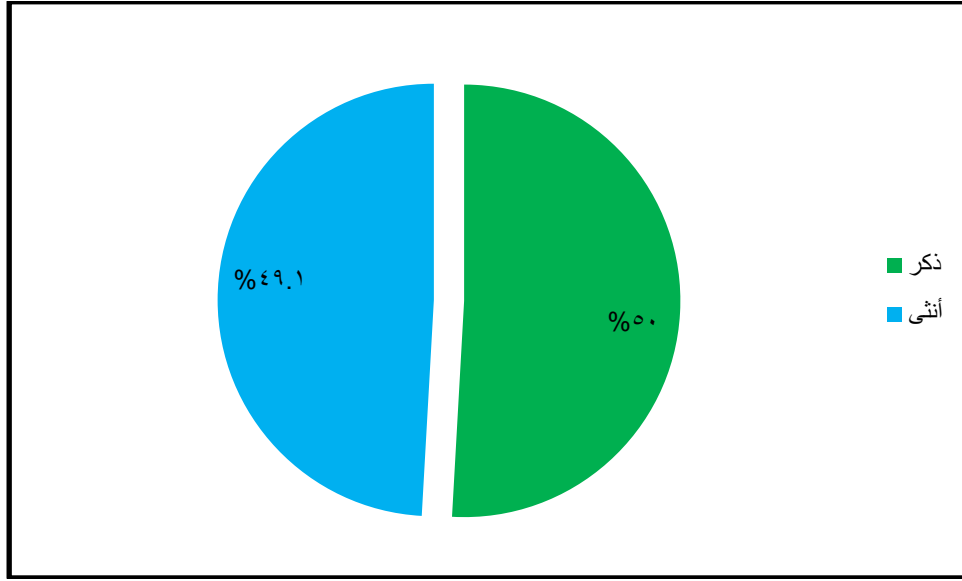
٥-٥-٥- خصائص عينة البحث: وذلك من خلال معرفة توزيع المبحوثين حسب بياناتهم الشخصية كما يلي:
 ٥-٥-١- التوزيع النسبي للمبحوثين حسب المستشفى: يبين الشكل (١٢) التوزيع النسبي للمبحوثين حسب المستشفى التي يعملون فيها كما يلي:



الشكل (١٢) التوزيع النسبي للمبحوثين حسب المستشفى التي يعملون فيها.

يبين الشكل أعلاه أن نسبة المبحوثين من مستشفى المواساة الخيري هي الأعلى وتبلغ ٣٢.٦%، يليها نسبة المبحوثين من مستشفى الرازي ٢٧.٧%، ومن ثم نسبة المبحوثين من مستشفى الرشيد ٢٢.٨%، وأدنى نسبة مبحوثين فكانت من مستشفى الأندلس ١٧%.

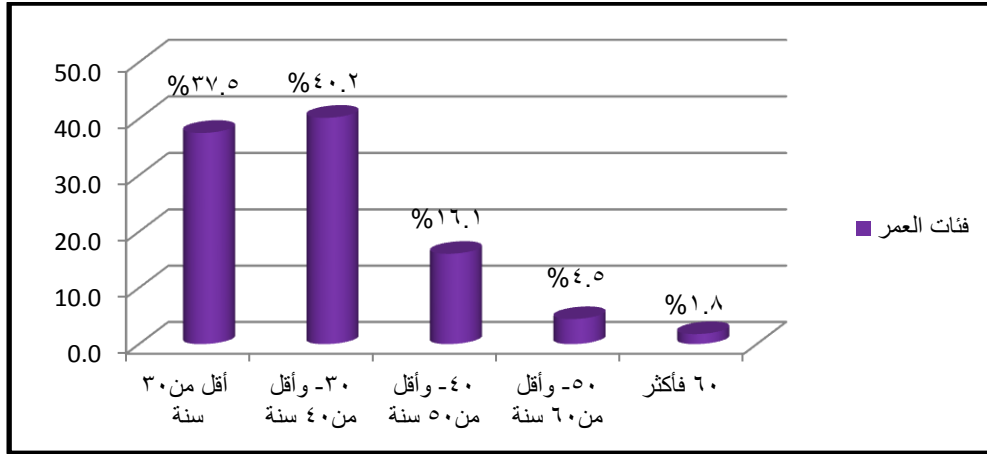
٥-٥-٢- التوزيع النسبي للمبحوثين حسب الجنس: يبين الشكل (١٣) التوزيع النسبي للمبحوثين حسب الجنس كما يلي:



الشكل (١٣) التوزيع النسبي للمبحوثين حسب الجنس

يتضح من الشكل (١٣) أن نسبة المبحوثين من الذكور هي الأعلى ٥٠.٩% وتبلغ نسبة الإناث ٤٩.١%. والنسبتان متقاربتان.

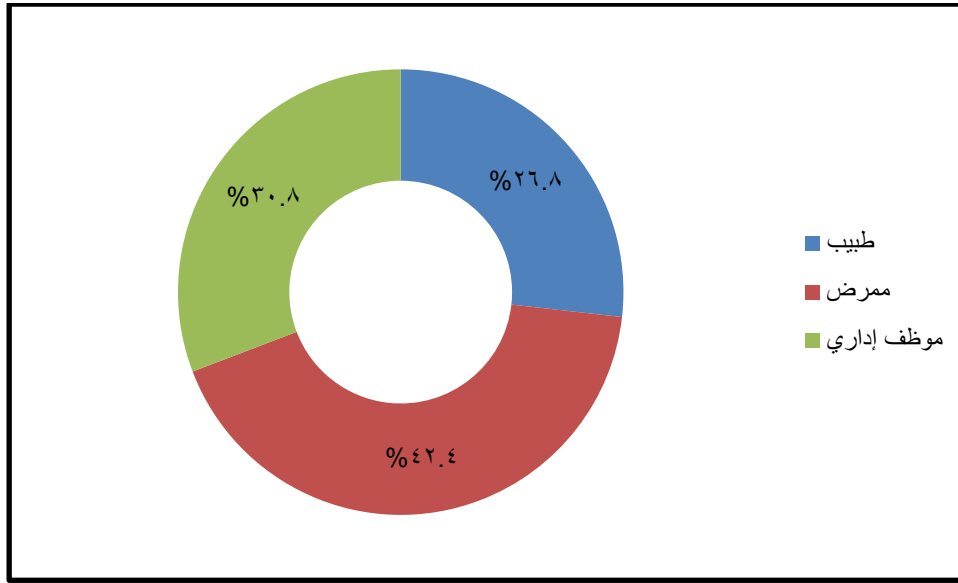
٥-٥-٣- التوزيع النسبي للمبحوثين حسب فئات العمر: يبين الشكل (١٤) التوزيع النسبي للمبحوثين حسب العمر كما يلي:



الشكل (١٤) التوزيع النسبي للمبحوثين حسب العمر

يتضح من الشكل (٣) أن غالبية المبحوثين أعمارهم ٣٠ سنة وأقل من ٤٠ سنة بنسبة ٤٠.٢%، وتبلغ نسبة من أعمارهم أقل من ٣٠ سنة ٣٧.٥%، يليها من أعمارهم ٤٠ سنة وأقل من ٥٠ سنة بنسبة ١٦.١% ونسبة من أعمارهم تنتمي للفئة ٥٠ وأقل من ٦٠ سنة ٤.٥%، ونسبة من أعمارهم أكثر من ٦٠ سنة ١.٨%.

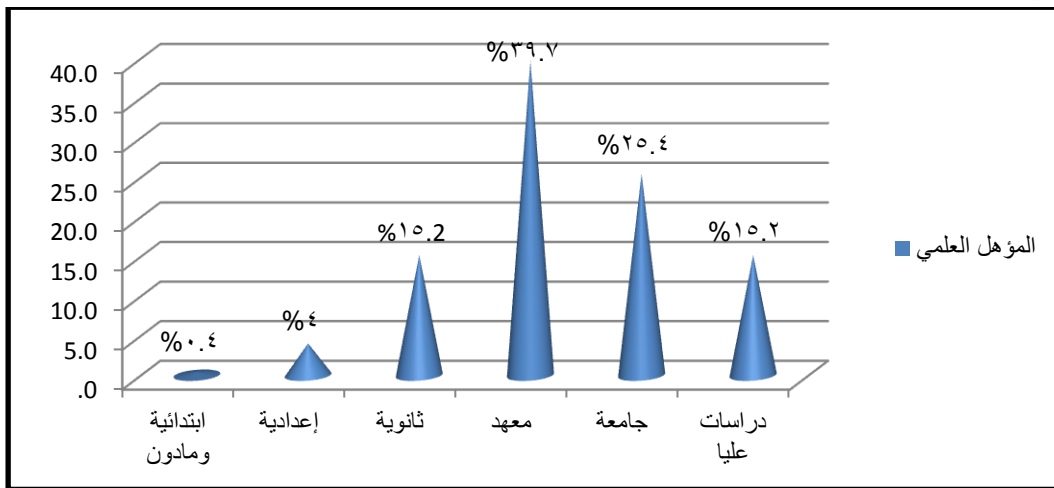
٥-٥-٤. التوزيع النسبي للمبحوثين حسب العمل الوظيفي: يبين الشكل (١٥) التوزيع النسبي للمبحوثين حسب العمل الوظيفي كما يلي:



الشكل (١٥): التوزيع النسبي للمبحوثين حسب العمل الوظيفي.

يبين الشكل أعلاه أن غالبية المبحوثين هم من العاملين في التمريض بنسبة ٤٢.٤%، يليها الموظفون الإداريون بنسبة ٣٠.٨%، وتبلغ نسبة المبحوثين من الأطباء ٢٦.٨%.

٥-٥-٥- التوزيع النسبي للمبحوثين حسب المؤهل العلمي: يبين الشكل (١٦) التوزيع النسبي للمبحوثين حسب المؤهل العلمي كما يلي:

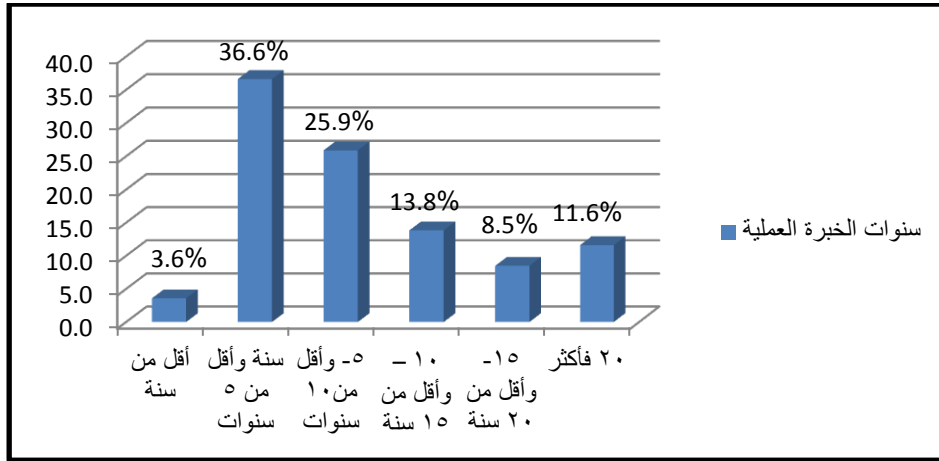


الشكل (١٦) التوزيع النسبي للمبحوثين حسب المؤهل العلمي.

يبين الشكل أعلاه أن غالبية المبحوثين يحملون مؤهلاً علمياً معهداً بنسبة ٣٩.٧%، يليهم حملة الإجازة الجامعية بنسبة ٢٥.٤%، وتتساوى نسبة من يحملون دراسات عليا مع نسبة حملة الثانوية العامة وتبلغ ١٥.٢%، وكانت نسبة حملة الإعدادية ٤%، أما أدنى نسبة لحملة الابتدائية ومادون فكانت ٠.٤%.

٥-٦-٥- التوزيع النسبي للمبحوثين حسب سنوات الخبرة العملية: يبين الشكل (١٧) التوزيع النسبي

للمبحوثين حسب سنوات الخبرة العملية كما يلي:



الشكل (١٧) التوزيع النسبي للمبحوثين حسب سنوات الخبرة العملية

يبين الشكل أعلاه أن غالبية المبحوثين لديهم خبرة عملية تمتد من سنة وأقل من ٥ سنوات بنسبة ٣٦.٦%، وهناك ٢٥.٩% من المبحوثين خبرتهم العملية تنتمي للفئة ٥ وأقل من ١٠ سنوات، و١٣.٨% منهم خبرته من ١٠- وأقل من ١٥ سنة، و٨.٥% خبرته ١٥- وأقل من ٢٠ سنة، و١١.٦% من المبحوثين خبرته ٢٠ سنة فأكثر، وكانت أدنى نسبة لمن خبرته العملية أقل من سنة وتبلغ ٣.٦%.

٥-٦-٥- الإحصاءات الوصفية

لتحليل المتوسطات والانحرافات المعيارية لعبارات الاستبيان يوضح الجدول (٤٠) متوسط الإجابة لكل عبارة مع الانحراف المعياري لكل منها ومن ثم نتيجة كل عبارة من عبارات الاستبيان وفق ما ذكرناه في الجدول (٣) كما يلي:

العبارة	Mean	Std. Deviation	النتيجة وفق مقياس ليكرت
تتخذ الإدارة العليا القرارات الاستراتيجية في الوقت المناسب	3.36	.902	حيادي
تتخذ الإدارة العليا القرارات الروتينية والتخصصية في الوقت المناسب	3.53	.919	موافق
تصنع القرارات وتتخذ وفق أسس علمية وموضوعية	3.42	.999	موافق
تجمع المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار بمشاركة مديري الإدارات والأقسام	3.51	1.044	موافق
تمنح الإدارة المتوسطة صلاحيات كافية لانجاز أعمالها	3.63	.908	موافق
تفوض الإدارة العليا بعض صلاحياتها للمستويات الإدارية الأدنى	3.74	.896	موافق
يخصص مديره المباشر وقتاً للإشراف عليك وعلى زملائك	3.36	1.081	حيادي
يملك مديره المباشر خبرة وقدرة على الإشراف عليك وعلى زملائك	3.47	1.020	موافق
عدد المرؤوسين الذين يعملون تحت إشراف المدراء في المستويات الإدارية الدنيا أكبر من عدد هؤلاء الذين يشرف عليهم	3.54	.877	موافق
تمنح التعويض المناسب لاتخاذ القرار من قبل مديره المباشر	3.25	.981	حيادي
تجري الاتصالات مع المستويات الإدارية العليا بسهولة ويسر	3.71	.944	موافق

حيادي	.974	3.33	علاقات المتابعة بين المستويات الادارية المختلفة تتميز بالكفاءة والوضوح
موافق	.845	3.70	هناك علاقات تعاون بين الإدارة والعاملين
موافق	.926	3.95	سياسات وأهداف المستشفى واضحة ومفهومة
موافق	1.003	3.88	الأعمال في المستشفى محددة بوضوح
موافق	.909	3.59	العاملون ملتزمون بمستوى عال من الأداء
موافق	.979	3.57	مسؤوليات الوظائف غالباً ما تكون محددة بدقة لكل عامل
موافق	.913	3.49	تراجع الأعمال والمسؤوليات المحددة بصفة دورية
حيادي	1.083	3.17	الأهداف مثيرة للتنافس والتحدي بين العاملين
حيادي	1.078	3.27	تشجيع كبير لإقامة عمل جماعي وفريق عمل بدلاً من العمل الفردي
موافق	.730	3.89	تمنع الإدارة العليا من خلال تحذيرات الخروج عن قواعد العمل
موافق	.810	3.83	التعليمات الخاصة لإنجاز الأعمال مدونة ومفهومة من قبل العاملين
موافق	.858	3.85	هناك مرونة أثناء تأدية بعض الأعمال
موافق	.925	3.46	تستخدم الإدارة العليا غالباً الاتصالات الرسمية
موافق	.902	3.70	مديرو الإدارات العليا والوسطى ملتزمون بأسلوب معين عند أدائهم لأعمالهم
موافق	.876	3.79	العاملون في المستويات الدنيا ملتزمون بإتباع إجراءات وقواعد محددة عند إنجاز أعمالهم
حيادي	1.041	3.38	بعض مستويات الإدارة الموجودة حالياً غير ضرورية على الإطلاق
موافق	1.064	3.42	كثيراً ما تمنع الإجراءات إنجاز الأعمال بسرعة
حيادي	1.086	2.98	تسلسل الأوامر يتم بصورة مطولة
حيادي	1.194	3.00	بعض المهارات الأساسية معدومة في المستشفى
حيادي	1.097	2.96	النظم الإدارية الحالية تميل إلى قمع وإحباط روح الابتكار
حيادي	1.017	2.91	النظم كثيراً ما تكون معقدة وغير فعالة
موافق	.788	3.73	يوجد في المستشفى إدارات متنوعة ومختلفة
موافق	.901	4.00	تتطلب الأعمال المختلفة للإدارات معرفة متخصصة ومهارة عالية في العمل
موافق	.919	3.46	التنسيق فعال بين مختلف الإدارات لإنجاز الأنشطة المختلفة الخاصة بها
موافق	.831	3.46	يتم التعرف على نتائج أعمال الإدارات الدنيا بسهولة ويسر
حيادي	1.117	3.13	تعرف الإدارة العاملين بالأهداف والرؤية المستقبلية للمستشفى ويعمل على تغييرها باستمرار
موافق	.817	3.70	تشجع الإدارة على العمل بروح الفريق
موافق	.733	3.90	تعتمد الإدارة على منهج محاسبة المسؤولية في العمل
حيادي	1.228	3.08	مشاركة الإدارة العاملين أفكارهم والاستماع لوجهات نظرهم باحترام في مختلف المجالات
حيادي	1.148	3.12	تعامل الإدارة العاملين وفق الطريقة التي تناسب كل منهم
حيادي	1.175	2.87	تعمل الإدارة على تلبية الحاجات الشخصية للعاملين والاهتمام بمشاكلهم الخاصة
حيادي	1.156	2.71	يتناسب عائد العمل مع الجهد المبذول من قبل العامل
موافق	.707	3.82	تصمم الإدارة وتحدد إجراءات العمل
حيادي	1.157	3.00	هناك ربط بين الانجاز للمهام الموكلة للعاملين والمكافأة المقابلة لذلك
موافق	.884	3.84	تحدد الإدارة المهام وتوزع بين العاملين بشكل واضح
موافق	.905	3.78	ترشد الإدارة العاملين حول كيفية أداء المهام وتتابع عملية إنجازها
موافق	1.181	3.44	لا تتدخل الإدارة في العمل طالما أنه ينجز وفق المطلوب
حيادي	1.194	2.79	تسمح الإدارة للعاملين بالمشاركة في اتخاذ القرار
حيادي	1.156	2.82	تمنح الإدارة العاملين غالباً فرصة للاختيار قبل إصدار القرار
موافق	1.055	3.59	تنتقد الإدارة علناً أداء بعض العاملين
موافق	.830	3.98	تهدد الإدارة العاملين المقصرين بالعقاب
غير موافق	1.039	2.40	تتبع الإدارة مبدأ عدم التدخل في اتخاذ القرارات
حيادي	1.028	3.35	هناك اهتمام بالعاملين وبالأعمال المكلفين بها

حيادي	.962	3.34	تمتلك الإدارة القدرة على التوجيه الفعال
حيادي	1.181	2.78	تفوض الإدارة سلطاتها بشكل شبه كامل
حيادي	1.015	3.33	هناك اعتراف من قبل الإدارة بدور العاملين في العمل وبفضلهم
حيادي	1.038	3.20	تسمح الإدارة بالنقد البناء وإبداء وجهات النظر
حيادي	1.071	3.02	تشجع الإدارة المبادرة والابتكار
موافق	.772	3.84	تفوض الإدارة جزءاً من سلطاتها حسب ما يتطلب العمل
حيادي	1.052	2.96	هناك حوار بين الإدارة والمؤوسين
موافق	.888	3.90	تحدد الإدارة مهام العاملين ومسؤولياتهم بدقة
حيادي	1.207	3.01	هناك سياسة تدريب واضحة ومتبعة من قبل إدارة المستشفى
حيادي	1.165	2.81	تبنى المستشفى خطط تدريب دائماً
حيادي	1.182	2.86	توجد برامج تدريبية متنوعة ومحددة للعاملين في المستشفى
موافق	1.104	3.53	تستقطب الإدارة العاملين ذوي الخبرة والمهارة وتوظفهم
موافق	1.040	3.57	تدرب الإدارة العاملين الجدد ليكتسبوا خبرات عملية
حيادي	1.046	2.94	أساليب التدريب المتبعة حديثة ومناسبة مع محتوى البرنامج التدريبي
حيادي	1.174	2.87	مشاركة العاملين في المستشفى في المؤتمرات والندوات العلمية المفيدة في مجال العمل
غير موافق	1.092	2.53	تخصص ميزانية محددة لتمويل البرامج التدريبية
حيادي	1.203	2.82	تعمل الإدارة على متابعة وتقييم نتائج التدريب
حيادي	1.060	3.10	تساهم البرامج التدريبية المتبعة في تحسين جودة الخدمات المقدمة
حيادي	1.083	3.12	تساهم البرامج التدريبية في معالجة ضعف الأداء ورفع كفاءة العمل
حيادي	1.161	3.11	تضع الإدارة خططاً لتحسين جودة التدريب
حيادي	1.116	2.79	تضع الإدارة خططاً لربط جودة التدريب بجودة الخدمات الصحية المقدمة
موافق	.832	3.96	تلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة
موافق	.813	3.89	هناك حرص من قبل إدارة المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة
موافق	.856	3.58	تقدم المستشفى الخدمات الصحية بالشكل الأمثل
موافق	.848	3.94	هناك اهتمام من قبل الإدارة بمشاكل واستفسارات المرضى
حيادي	1.098	2.83	الأخطاء تكاد تكون معدومة في فاتورة المستشفى المقدمة للمرضى وفي ملفات المرضى الطبية
موافق	.855	3.68	العاملون مستعدون دوماً لتلبية طلبات المرضى فوراً
موافق	.766	3.72	لدى العاملين رغبة بتقديم المساعدة للمرضى دائماً
موافق	.729	4.02	يقدم المستشفى خدماته للمرضى على مدار الساعة ودون توقف
موافق	.816	3.92	الأطباء مستعدون لأي حالة طارئة وبشكل سريع
موافق	.709	4.12	للمستشفى سمعة جيدة في البيئة الخارجية
موافق	.768	3.76	يشعر المريض بالأمان لدى أو خلال تعامله مع المستشفى
موافق	.835	4.11	تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمريض
موافق	.903	3.54	لدى العاملين في المستشفى خبرة وكفاءة عاليتين
موافق	.743	3.62	يتقهم العاملون الاحتياجات الخاصة بكل مريض
موافق	.819	3.54	يولي العاملون في المستشفى لكل مريض اهتماماً شخصياً
موافق	.700	3.65	يتسم سلوك العاملين في المستشفى باللباقة في تعاملهم مع المريض
موافق	.690	3.71	يوضح العاملون في المستشفى للمشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة مفهومة من قبلهم
موافق	.782	4.16	موقع المستشفى معروف وملامم وسهل الوصول إليه
موافق	1.014	3.74	يتوفر في المستشفى تجهيزات طبية حديثة
موافق	.991	3.68	يتوفر في المستشفى تجهيزات فندقية جيدة لإقامة المريض
حيادي	1.117	3.13	يتوفر في المستشفى جميع الأدوية التي يحتاجها المريض

موافق	1.016	3.78	يتوفر في المستشفى جميع التسهيلات التي يحتاجها المريض (لوحات إرشادية في الممرات، قاعات انتظار مريحة، كراج لركن السيارات)
موافق	.560	3.50	الهيكل التنظيمي
حيادي	.623	3.34	القيادة
حيادي	.860	3.00	التدريب
موافق	.630	3.75	جودة الخدمات الصحية
موافق	.656	3.51	المركزية
موافق	.679	3.65	الرسمية
حيادي	.588	3.39	التعقيد
حيادي	.832	3.37	النمط التحويلي
موافق	.721	3.53	النمط التبادلي
موافق	.725	3.45	النمط الأتوقراطي
حيادي	.833	3.08	النمط غير الموجه
موافق	.663	3.41	النمط الديمقراطي
موافق	.677	3.66	الاعتمادية
موافق	.674	3.89	الاستجابة
موافق	.621	3.99	الضمان
موافق	.641	3.69	التعاطف
موافق	.799	3.75	الملموسية
حيادي	.619	3.26	المناخ التنظيمي

الجدول (٤٠) المتوسطات والانحرافات المعيارية للإجابات على عبارات الاستبيان

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أن النتيجة حسب مقياس ليكرت الخماسي جاءت لغالبية العبارات موافق، مما يدعو للقول أن هذه العبارات التي حصلت على هذه النتيجة متوفرة في المستشفيات محل الدراسة بدرجة فوق المتوسط. بينما جاءت النتيجة لبعض العبارات وفق مقياس ليكرت الخماسي حيادي أي أن هذه العبارات متوفرة بدرجة تساوي متوسط المقياس البالغ ($1+2+3+4+5=15 \div 3=5$). وجاءت نتيجة عبارتين فقط غير موافق مما يدل على عدم وجود هاتين العبارتين أي لا يتم تخصيص ميزانية خاصة بالبرامج التدريبية، وإن إدارة هذه المستشفيات لا تتبع عدم التدخل في اتخاذ القرارات. كما أن محاور الاستبيان متوفرة بدرجة فوق المتوسط باستثناء المحاور: القيادة، التدريب، التعقيد، النمط التحويلي، النمط غير الموجه، وبما أن بعدين من أبعاد المناخ التنظيمي درجة توفرهما متوسطة إضافة إلى محور التعقيد فإن المناخ التنظيمي درجة توفره متوسطة أي أن هناك إدراك متوسط لهذه المحاور وأهميتها في المستشفيات محل الدراسة، وهذا الإدراك جيد لباقي المحاور وخاصة جودة الخدمات

الصحية. وتدل قيم الانحرافات المعيارية الكبيرة نسبياً على تشتت إجابات المبحوثين حول عبارات الاستبيان وعدم

انسجامهم. ويوضح الجدول (٤١) الاحصاءات الوصفية على مستوى كل مستشفى:

الأندلس			الرازي			الرشيد			المواساة			المستشفى
النتيجة	Std. D.	Mean	النتيجة	Std. D.	Mean	النتيجة	Std. D.	Mean	النتيجة	Std. D.	Mean	العبارة
موافق	.673	4.08	حيادي	.706	3.16	حيادي	.767	2.82	موافق	.959	3.52	تتخذ الإدارة العليا القرارات الاستراتيجية في الوقت المناسب
موافق	.437	4.16	موافق	.766	3.48	حيادي	1.017	3.08	موافق	.972	3.56	تتخذ الإدارة العليا القرارات الروتينية والتخصيصية في الوقت المناسب
موافق	.953	3.89	حيادي	.911	3.08	حيادي	1.047	3.06	موافق	.877	3.70	تصنع القرارات وتتخذ وفق أسس علمية وموضوعية
موافق	1.078	4.03	موافق	.867	3.54	حيادي	.988	2.94	موافق	1.037	3.60	تجمع المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار بمشاركة مديري الإدارات والأقسام
موافق بشدة	.685	4.26	حيادي	.792	3.18	موافق	.716	3.76	موافق	1.012	3.59	تمنح الإدارة المتوسطة صلاحيات كافية لانجاز أعمالها
موافق	.906	4.08	موافق	.761	3.45	موافق	.804	3.92	موافق	.984	3.68	تفوض الإدارة العليا بعض صلاحياتها للمستويات الإدارية الأدنى
موافق	1.050	3.81	حيادي	1.143	3.19	حيادي	.887	2.88	موافق	1.022	3.62	يخصص مدير المباشراً وقتاً للإشراف عليك وعلى زملائك
موافق بشدة	.714	4.24	موافق	1.134	3.37	حيادي	.739	2.88	موافق	.956	3.58	يملك مدير المباشراً خبرة وقدرة على الإشراف عليك وعلى زملائك
موافق	.950	3.55	حيادي	.793	3.27	موافق	.595	3.92	موافق	.988	3.51	عدد المرؤوسين الذين يعملون تحت إشراف المدراء في المستويات الإدارية الدنيا أكبر من عدد هؤلاء الذين يشرف عليهم
موافق	1.155	3.55	حيادي	.982	2.95	حيادي	.674	2.84	موافق	.872	3.64	تمنح التعويض المناسب لاتخاذ القرار من قبل مدير المباشراً
موافق بشدة	.525	4.32	حيادي	.962	3.37	موافق	.857	3.53	موافق	.999	3.79	تجري الاتصالات مع المستويات الإدارية العليا بسولة ويسر
موافق	.904	3.68	حيادي	.905	3.00	حيادي	.932	2.82	موافق	.809	3.80	علاقات المتابعة بين المستويات الإدارية المختلفة تتميز بالكفاءة والوضوح
موافق	.811	3.87	موافق	.819	3.60	حيادي	.787	3.31	موافق	.824	3.96	هناك علاقات تعاون بين الإدارة والعاملين
موافق	.609	4.18	موافق	1.081	3.82	موافق	.833	3.53	موافق بشدة	.870	4.22	سياسات وأهداف المستشفى واضحة ومفهومة
موافق	.963	4.13	موافق	1.006	3.94	حيادي	.790	3.24	موافق	.976	4.14	الأعمال في المستشفى محددة بوضوح
حيادي	1.037	3.29	موافق	.898	3.56	موافق	.695	3.73	موافق	.958	3.67	العاملون ملتزمون بمستوى عال من الأداء

حيادي	1.072	3.34	حيادي	.988	3.32	موافق	.953	3.50	موافق	.832	3.95	مسؤوليات الوظائف غالباً ما تكون محددة بدقة لكل عامل
موافق	.990	3.73	حيادي	.956	3.15	موافق	.784	3.53	موافق	.849	3.63	تراجع الأعمال والمسؤوليات المحددة بصفة دورية
حيادي	1.079	3.16	حيادي	.889	2.89	حيادي	1.058	2.96	موافق	1.148	3.58	الأهداف مثيرة للتنافس والتحدي بين العاملين
موافق	1.081	3.42	حيادي	1.040	2.95	حيادي	.872	2.86	موافق	1.054	3.74	تشجيع كبير لإقامة عمل جماعي وفريق عمل بدلاً من العمل الفردي
موافق	.499	4.03	موافق	.807	3.94	موافق	.638	3.59	موافق	.775	4.00	تمنع الإدارة العليا من خلال تحذيرات الخروج عن قواعد العمل
موافق	.834	3.82	موافق	.731	3.64	موافق	.583	4.02	موافق	.962	3.86	التعليمات الخاصة لإنجاز الأعمال مدونة ومفهومة من قبل العاملين
موافق	1.008	3.89	موافق	.899	3.55	موافق	.631	4.04	موافق	.826	3.94	هناك مرونة أثناء تأدية بعض الأعمال
موافق	.970	3.63	موافق	.907	3.65	حيادي	.987	3.16	موافق	.822	3.42	تستخدم الإدارة العليا غالباً الاتصالات الرسمية
موافق	.823	3.61	موافق	.985	3.56	موافق	.778	3.92	موافق	.932	3.73	مديرو الإدارات العليا والوسطى ملتزمون بأسلوب معين عند أدائهم لأعمالهم
موافق	.852	3.76	موافق	.964	3.55	موافق	.648	3.98	موافق	.924	3.86	العاملون في المستويات الدنيا ملتزمون باتباع إجراءات وقواعد محددة عند إنجاز أعمالهم
حيادي	1.182	3.18	حيادي	1.001	3.36	موافق	.832	3.55	موافق	1.126	3.38	بعض مستويات الإدارة الموجودة حالياً غير ضرورية على الإطلاق
حيادي	1.047	3.34	موافق	1.014	3.71	حيادي	.915	3.02	موافق	1.138	3.50	كثيراً ما تمنع الإجراءات إنجاز الأعمال بسرعة
حيادي	.978	2.74	حيادي	1.169	3.00	حيادي	.927	2.98	حيادي	1.169	3.10	تسلسل الأوامر يتم بصورة مطولة
غير موافق	1.101	2.37	حيادي	1.107	3.29	حيادي	1.004	2.82	حيادي	1.302	3.22	بعض المهارات الأساسية معدومة في المستنثفي
غير موافق	1.060	2.11	حيادي	.983	3.13	حيادي	.667	3.38	حيادي	1.216	2.99	النظم الإدارية الحالية تميل إلى قمع وإحباط روح الابتكار
غير موافق	1.121	2.33	حيادي	.944	3.16	حيادي	.570	2.96	حيادي	1.164	2.96	النظم كثيراً ما تكون معقدة وغير فعالة
موافق	.781	3.66	موافق	.777	3.80	موافق	.564	3.63	موافق	.927	3.79	يوجد في المستنثفي إدارات متنوعة ومختلفة
موافق	.855	3.84	موافق	1.116	4.02	موافق	.721	4.00	موافق	.852	4.08	تتطلب الأعمال المختلفة للإدارات معرفة متخصصة ومهارة عالية في العمل
موافق	.843	3.79	حيادي	.900	3.08	حيادي	.796	3.08	موافق	.816	3.88	التنسيق فعال بين مختلف الإدارات لإنجاز الأنشطة المختلفة الخاصة بها
موافق	.815	3.66	حيادي	.813	3.15	حيادي	.586	3.24	موافق	.870	3.78	يتم التعرف على نتائج أعمال الإدارات الدنيا بسهولة ويسر

موافق	1.032	3.45	حيادي	1.123	2.80	غير موافق	.880	2.53	موافق	1.017	3.66	تعرف الإدارة العاملين بالأهداف والرؤية المستقبلية للمستشفى ويعمل على تغييرها باستمرار
موافق	.677	3.97	موافق	.919	3.52	موافق	.608	3.43	موافق	.836	3.90	تشجع الإدارة على العمل بروح الفريق
موافق	.529	4.13	موافق	.807	3.85	موافق	.627	3.92	موافق	.811	3.81	تعتمد الإدارة على منهج محاسبة المسؤولية في العمل
موافق	.971	3.76	حيادي	1.091	2.92	غير موافق	1.063	2.10	موافق	1.099	3.56	مشاركة الإدارة العاملين أفكارهم والاستماع لوجهات نظرهم باحترام في مختلف المجالات
موافق	.673	4.08	حيادي	.946	3.08	غير موافق	1.126	2.18	حيادي	1.026	3.32	تعامل الإدارة العاملين وفق الطريقة التي تناسب كل منهم
موافق	1.004	3.42	حيادي	1.165	2.71	غير موافق	.904	1.94	حيادي	1.005	3.36	تعمل الإدارة على تلبية الحاجات الشخصية للعاملين والاهتمام بمشاكلهم الخاصة
حيادي	1.134	3.11	غير موافق	.948	2.29	غير موافق	.732	1.94	موافق	1.102	3.40	يتناسب عائد العمل مع الجهد المبذول من قبل العامل
موافق	.692	3.82	موافق	.772	3.66	موافق	.575	3.90	موافق	.730	3.90	تصمم الإدارة وتحدد إجراءات العمل
حيادي	1.172	3.37	حيادي	1.142	2.68	حيادي	.923	2.62	حيادي	1.159	3.36	هناك ربط بين الانجاز للمهام الموكلة للعاملين والمكافأة المقابلة لذلك
موافق	.695	3.95	موافق	.879	3.58	موافق	.839	3.90	موافق	.971	3.97	تحدد الإدارة المهام وتوزعها بين العاملين بشكل واضح
موافق	.677	3.97	موافق	.806	3.87	حيادي	.885	3.24	موافق	.957	4.00	ترشد الإدارة العاملين حول كيفية أداء المهام وتتابع عملية إنجازها
موافق	.805	4.00	حيادي	1.122	3.05	حيادي	1.183	3.04	موافق	1.196	3.77	لا تتدخل الإدارة في العمل طالما أنه ينجز وفق المطلوب
موافق	.963	3.79	غير موافق	.971	2.32	غير موافق	.735	2.02	حيادي	1.209	3.19	تسمح الإدارة للعاملين بالمشاركة في اتخاذ القرار
موافق	.811	3.79	غير موافق	.996	2.42	غير موافق	.678	1.98	حيادي	1.158	3.22	تمنح الإدارة العاملين غالباً فرصة للاختيار قبل إصدار القرار
موافق	1.000	4.03	موافق	.836	3.92	حيادي	.872	2.80	موافق	1.085	3.64	تنتقد الإدارة علناً أداء بعض العاملين
موافق بشدة	.760	4.26	موافق	.831	3.90	موافق	.783	3.78	موافق	.866	4.03	تهدد الإدارة العاملين المقصرين بالعقاب
حيادي	.998	2.63	غير موافق	.867	2.26	غير موافق	.645	1.94	حيادي	1.270	2.72	تتبع الإدارة مبدأ عدم التدخل في اتخاذ القرارات
موافق	.798	3.89	حيادي	1.003	3.16	حيادي	.895	2.80	موافق	1.037	3.60	هناك اهتمام بالعاملين وبالأعمال المكلفين بها
موافق	.492	4.03	حيادي	.876	3.23	غير موافق	.758	2.47	موافق	.877	3.70	تمتلك الإدارة القدرة على التوجيه الفعال
حيادي	1.088	3.29	حيادي	1.261	2.82	غير موافق	.799	2.04	حيادي	1.161	2.99	تفوض الإدارة سلطاتها بشكل شبه كامل
موافق	.831	3.89	حيادي	1.086	3.03	حيادي	.774	3.04	موافق	1.042	3.51	هناك اعتراف من قبل الإدارة بدور العاملين في العمل وبفضلهم

موافق	.692	3.82	حيادي	1.015	2.95	غير موافق	.876	2.59	موافق	1.035	3.51	تسمح الادارة بالنقد البناء وابداء وجهات النظر
موافق	.855	3.61	حيادي	.988	2.68	غير موافق	.716	2.35	موافق	1.094	3.47	تشجع الادارة المبادرة والابتكار
موافق	.665	4.13	موافق	.783	3.59	موافق	.744	3.92	موافق	.782	3.84	تفوض الادارة جزءاً من سلطاتها حسب ما يتطلب العمل
غير موافق	.948	2.14	حيادي	.949	3.00	حيادي	.895	3.20	حيادي	1.097	3.18	هناك حواجز بين الادارة والمرؤوسين
موافق	.917	3.78	موافق	1.015	3.74	موافق	.600	4.00	موافق	.918	4.01	تحدد الادارة مهام العاملين ومسؤولياتهم بدقة
موافق	.946	3.61	حيادي	1.177	2.63	غير موافق	.842	2.18	موافق	1.101	3.62	هناك سياسة تدريب واضحة ومتبعة من قبل إدارة المستشفى
حيادي	1.181	3.11	غير موافق	1.156	2.32	غير موافق	.853	2.59	حيادي	1.181	3.22	تتبنى المستشفى خطط تدريب دائماً
حيادي	1.128	2.84	غير موافق	1.092	2.39	حيادي	.973	2.67	موافق	1.222	3.40	توجد برامج تدريبية متنوعة ومحددة للعاملين في المستشفى
موافق	1.032	3.45	حيادي	1.181	3.18	موافق	.800	4.14	موافق	1.106	3.45	تستقطب الادارة العاملين ذوي الخبرة والمهارة وتوظفهم
موافق	.894	3.89	حيادي	1.124	3.18	موافق	.836	3.69	موافق	1.085	3.64	تدرب الادارة العاملين الجدد ليكتسبوا خبرات عملية
حيادي	.865	3.18	غير موافق	.986	2.55	حيادي	.879	2.71	حيادي	1.146	3.31	أساليب التدريب المتبعة حديثة ومتناسبة مع محتوى البرنامج التدريبي
حيادي	1.118	2.68	غير موافق	1.122	2.29	حيادي	.940	2.73	موافق	1.067	3.56	مشاركة العاملين في المستشفى في المؤتمرات والندوات العلمية المفيدة في مجال العمل
غير موافق	1.125	2.37	غير موافق	.980	2.08	غير موافق	.757	2.22	حيادي	1.044	3.22	تخصص ميزانية محددة لتمويل البرامج التدريبية
غير موافق	1.081	2.58	غير موافق	1.238	2.48	غير موافق	.782	2.29	موافق	1.102	3.60	تعمل الادارة على متابعة نتائج التدريب وتقييمها
حيادي	1.155	2.74	حيادي	1.074	2.84	حيادي	.758	2.84	موافق	.938	3.70	تساهم البرامج التدريبية المتبعة في تحسين جودة الخدمات المقدمة
حيادي	1.203	2.89	حيادي	1.139	2.69	حيادي	.659	2.92	موافق	.943	3.74	تساهم البرامج التدريبية في معالجة ضعف الأداء ورفع كفاءة العمل
حيادي	1.166	3.03	غير موافق	1.067	2.50	حيادي	1.025	3.10	موافق	1.068	3.67	تضع الادارة خططاً لتحسين جودة التدريب
حيادي	1.080	3.00	غير موافق	1.210	2.45	غير موافق	.799	2.37	حيادي	1.048	3.26	تضع الادارة خططاً لربط جودة التدريب بجودة الخدمات الصحية المقدمة
موافق	.854	4.03	موافق	.778	3.87	موافق	.802	3.64	موافق بشدة	.816	4.21	تلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة
موافق	.885	4.03	موافق	.750	3.73	موافق	.802	3.73	موافق	.795	4.08	هناك حرص من قبل إدارة المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة
موافق	.870	4.00	موافق	.781	3.44	حيادي	.729	3.29	موافق	.904	3.69	تقدم المستشفى الخدمات الصحية بالشكل الأمثل

موافق بشدة	.775	4.32	موافق	.951	3.69	موافق	.623	3.82	موافق	.857	4.04	هناك اهتمام من قبل الادارة بمشاكل المرضى واستفساراتهم
حيادي	.927	3.29	غير موافق	1.065	2.44	حيادي	1.083	2.78	حيادي	1.119	2.96	الأخطاء تكاد تكون معدومة في فاتورة المستشفى المقدمة للمرضى وفي ملفات المرضى الطبية
موافق	.764	4.11	موافق	.882	3.53	موافق	.674	3.51	موافق	.923	3.70	العاملون مستعدون دوماً لتلبية طلبات المرضى فوراً
موافق	.854	4.03	موافق	.726	3.65	موافق	.669	3.59	موافق	.786	3.73	لدى العاملين رغبة بتقديم المساعدة للمرضى دائماً
موافق بشدة	.745	4.34	موافق	.658	4.00	موافق	.640	3.57	موافق	.694	4.18	يقدم المستشفى خدماته للمرضى على مدار الساعة ودون توقف
موافق بشدة	.820	4.24	موافق	.685	4.08	موافق	.702	3.55	موافق	.897	3.89	الأطباء مستعدون لأي حالة طارئة وبشكل سريع
موافق	.822	3.97	موافق بشدة	.560	4.23	موافق	.717	3.75	موافق بشدة	.635	4.37	للمستشفى سمعة جيدة في البيئة الخارجية
موافق	.727	4.11	موافق	.752	3.63	موافق	.606	3.40	موافق	.788	3.93	يشعر المريض بالأمان لدى خلال تعامله مع المستشفى
موافق بشدة	.603	4.47	موافق	.903	4.06	موافق	.728	3.90	موافق	.900	4.10	تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمريض
موافق	.727	3.89	حيادي	1.039	3.34	حيادي	.812	3.31	موافق	.851	3.67	لدى العاملين في المستشفى خبرة وكفاءة عاليتين
موافق	.712	3.92	حيادي	.829	3.34	موافق	.504	3.47	موافق	.725	3.81	يتفهم العاملون الاحتياجات الخاصة بكل مريض
موافق	.894	3.89	حيادي	.908	3.27	موافق	.505	3.49	موافق	.812	3.60	يولي العاملون في المستشفى لكل مريض اهتماماً شخصياً
موافق	.704	3.87	موافق	.671	3.52	موافق	.505	3.49	موافق	.795	3.75	يتسم سلوك العاملين في المستشفى باللباقة في تعاملهم مع المريض
موافق	.517	4.05	موافق	.737	3.58	موافق	.504	3.53	موافق	.773	3.78	يوضح العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة مفهومة من قبلهم
موافق	.834	4.18	موافق بشدة	.890	4.21	موافق	.601	3.80	موافق بشدة	.695	4.36	موقع المستشفى معروف وملامح ويسهل الوصول إليه
موافق بشدة	.490	4.24	موافق	1.077	3.61	موافق	.750	3.73	موافق	1.234	3.59	يتوفر في المستشفى تجهيزات طبية حديثة
موافق	1.025	3.76	حيادي	.937	3.32	موافق بشدة	.855	3.29	موافق بشدة	.865	4.21	يتوفر في المستشفى تجهيزات فندقية جيدة لإقامة المريض
موافق	.935	3.87	حيادي	1.019	3.16	غير موافق	.666	2.39	حيادي	1.242	3.23	يتوفر في المستشفى جميع الأدوية التي يحتاجها المريض
موافق	.959	4.00	حيادي	1.074	3.16	موافق	.785	3.94	موافق	.924	4.08	يتوفر في المستشفى جميع التسهيلات التي يحتاجها المريض
موافق	.534	3.66	حيادي	.505	3.32	موافق	.497	3.41	موافق	.609	3.64	الهيكل التنظيمي
موافق	.563	3.82	حيادي	.483	3.11	حيادي	.344	2.96	موافق	.666	3.56	القيادة
حيادي	.915	3.03	غير موافق	.880	2.56	حيادي	.505	2.84	موافق	.800	3.45	التدريب
موافق	.529	4.13	موافق	.583	3.61	موافق	.579	3.49	موافق	.646	3.84	جودة الخدمات الصحية

مركزية	3.64	.632	موافق	3.24	.551	حيادي	3.27	.577	حيادي	4.03	.592	موافق
الرسمية	3.88	.666	موافق	3.49	.644	موافق	3.45	.619	موافق	3.76	.714	موافق
التعقيد	3.55	.746	موافق	3.25	.440	حيادي	3.47	.535	موافق	3.13	.343	حيادي
النمط التحويلي	3.67	.728	موافق	2.69	.583	حيادي	3.24	.803	حيادي	3.92	.673	موافق
النمط التبادلي	3.85	.776	موافق	3.18	.518	حيادي	3.32	.647	حيادي	3.71	.654	موافق
النمط الأتوقراطي	3.63	.791	موافق	2.94	.420	حيادي	3.27	.577	حيادي	4.05	.567	موافق
النمط غير الموجه	3.40	.862	موافق	2.37	.528	غير موافق	3.02	.713	حيادي	3.53	.647	موافق
النمط الديمقراطي	3.62	.719	موافق	3.10	.500	حيادي	3.24	.645	حيادي	3.68	.525	موافق
الاعتمادية	3.88	.686	موافق	3.41	.638	موافق	3.45	.563	موافق	3.92	.673	موافق
الاستجابة	3.93	.694	موافق	3.55	.642	موافق	3.90	.564	موافق	4.26	.644	موافق بشدة
الضمان	4.14	.561	موافق	3.63	.599	موافق	3.95	.612	موافق	4.26	.554	موافق بشدة
التعاطف	3.78	.672	موافق	3.51	.505	موافق	3.56	.617	موافق	3.97	.677	موافق
الملموسية	3.86	.887	موافق	3.59	.698	موافق	3.52	.763	موافق	4.11	.649	موافق
المناخ التنظيمي	3.56	.666	موافق	3.00	.346	حيادي	3.00	.543	حيادي	3.47	.603	موافق

الجدول (٤١) المتوسطات والانحرافات المعيارية للإجابات على عبارات الاستبيان حسب المستشفى

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه ما يلي:

- يتفوق مستشفى المواساة على مستشفى الأندلس قليلاً من حيث المناخ التنظيمي، حيث ساعد توفر قسم للتدريب في مستشفى المواساة إلى تميزه عن باقي المستشفيات محل الدراسة. بينما يعد بعدي القيادة والهيكل التنظيمي متوفران في مستشفى الأندلس بشكل أفضل قليلاً من مستشفى المواساة والمستشفيات الأخرى، حيث تتوفر العبارات الخاصة بالمركزية في مستشفى الأندلس أكثر من مستشفى المواساة والرازي والرشيدي، بينما يتقارب مستوى المركزية في المستشفىين الأخيرين، بينما نجد أن مستشفى المواساة يوجد فيه بعد الرسمية والتعقيد أكثر من المستشفيات الأخرى. كما أن جودة الخدمة الصحية هي أفضل في مستشفى الأندلس وبكافة أبعادها الاعتمادية والاستجابة والضمان والتعاطف والملموسية، يليها مستشفى المواساة فالرازي ثم الرشيدي. ويتضح أيضاً أن جميع الأنماط القيادية موجودة بشكل أفضل في مستشفى الأندلس بالمقارنة مع باقي مستشفيات عينة الدراسة باستثناء النمط التبادلي حيث يتوفر بشكل أفضل في مستشفى المواساة، ويأتي بعدها مستشفى الرازي فالرشيدي.
- يتبين لنا من خلال الإحصاءات الوصفية للعبارات الخاصة بكل محور الآتي:
 - ◀ يدرك الكادر الطبي والإداري في مستشفى الأندلس أهمية بعد المركزية، حيث تتخذ الإدارة العليا قراراتها الاستراتيجية والروتينية في الوقت المناسب بعد صناعتها وفق أسس علمية وموضوعية وجمع المعلومات اللازمة لاتخاذها بمشاركة مديري الإدارات والأقسام. بالإضافة إلى الخبرة والقدرة التي يتميز فيها المديرون في مستشفى الأندلس على الإشراف والصلاحيات التي تمنح لهم من قبل الإدارة العليا وسهولة الاتصالات مع تلك الإدارة.

بينما نجد إن إدراك الكادر الطبي والإداري لأهمية ذلك في مستشفى المواساة أدنى منه في مستشفى الأندلس. في حين نجد أن الإدراك متوسط وغير كاف في كل من مستشفى الرشيد والرازي لأهمية ذلك، حيث عدم اتخاذ الإدارة العليا للقرارات الاستراتيجية في الوقت المناسب، وعدم صناعة القرار وفق أسس علمية وموضوعية، إضافة إلى عدم كفاءة ووضوح علاقات المتابعة بين المستويات الإدارية.

◀ إن أهم ما يتم إدراكه من قبل الكادر فيما يخص بعد الرسمية في مستشفى المواساة ومستشفى الأندلس: هو أنها تتبنى سياسات وأهدافاً واضحةً ومفهومةً أكثر والأعمال محددة بوضوح، وتمنع الإدارة العليا من خلال التحذيرات الخروج عن قواعد العمل. بينما نجد أنه في مستشفى الرشيد يتوفر تعليمات خاصة لإنجاز العمال مدونة من قبل العاملين، وهناك مرونة أثناء تأدية العمل. إلا أن درجة الإدراك متوسطة لأهمية العمل الجماعي وضرورة تشجيعه وتبني أهداف مثيرة للتنافس والتحدي بين العاملين في كل من مستشفى الرازي والرشيد.

◀ إن من أهم ما يدركه الكادر العامل في المستشفيات محل الدراسة، حاجة الأعمال المختلفة للإدارة إلى معرفة متخصصة ومهارة عالية في العمل. ومن وجهة نظر الكادر العامل في مستشفى الأندلس فإن النظم الحالية فعالة وغير معقدة، وتشجع روح الابتكار، وهناك مهارات أساسية متوفرة في المستشفى. بينما هذه العناصر قد توجد بدرجة متوسطة نوعاً ما في المستشفيات الأخرى.

◀ نجد فيما يخص النمط التحويلي، أن إدارة مستشفى الأندلس تعامل العاملين فيها وفق الطريقة التي تناسب كلاً منهم. وتعتمد كافة مستشفيات عينة البحث على منهج محاسبة المسؤولية في العمل وتشجع العمل بروح الفريق. كما نجد من خلال الجدول أعلاه ان إدارة مستشفى الرشيد لا تعرف العاملين بالأهداف والرؤية المستقبلية للمستشفى، ولا تشاركهم أفكارهم ولا تستمع لوجهات نظرهم باحترام، ولا تعاملهم وفق الطريقة التي تناسب كلاً منهم، ولا تلبى حاجاتهم الشخصية ولا تهتم بمشاكلهم الخاصة.

◀ فيما يتعلق بالنمط التبادلي، هناك ربط بدرجة متوسطة نوعاً ما بين الإنجاز للمهام الموكلة والمكافأة في المستشفيات كافة. حيث تصمم إدارة المواساة إجراءات العمل وتحدد وتترشد العاملين حول كيفية أداء المهام وتتابع عملية إنجازها بشكل أفضل من باقي المستشفيات. كما أن عائد العمل غير متناسب مع الجهد المبذول من قبل العاملين في كل من مستشفى الرازي ومستشفى الرشيد. أما إدارة مستشفى الأندلس فهي تحدد المهام وتوزعها بين العاملين وترشدهم حول كيفية إنجازها، ولا تتدخل في العمل طالما أنه ينجز وفق المطلوب، بينما نجد أن هناك تدخلاً ولو بدرجة قليلة في ذلك من قبل إدارات المستشفيات الأخرى.

◀ وفيما يخص النمط الأتوقراطي: هناك تهديد من قبل إدارات المستشفيات للمقصرين بالعقاب وخاصة في الأندلس والمواساة، ولا تسمح إدارة مستشفى الرازي والرشيد للعاملين بالمشاركة في اتخاذ القرار، و لا تمنحهم فرصة

للاختيار قبل إصدار القرار. في حين تقوم إدارة مستشفى الرشيد بانتقاد أداء بعض العاملين علناً وبدرجة متوسطة.

◀ فيما يتعلق بالنمط غير الموجه: هناك اهتمام بالعاملين وبالأعمال المكلفين بها من قبل إدارة مستشفى المواساة والأندلس. في حين أن مستشفى الرازي والرشيد لا تتبع الإدارة مبدأ التدخل في اتخاذ القرارات ، وهذا موجود في المستشفيات الباقية بدرجة متوسطة. كما أن إدارة مستشفى الرشيد لا تمتلك القدرة على توجيه الفعال، ولا تفوض إدارتها سلطاتها بشكل شبه كامل، بينما نجد مثل هذا التفويض بدرجة متوسطة في باقي المستشفيات.

◀ نجد فيما يتعلق بالنمط الديمقراطي أن إدارات مستشفيات عينة البحث تحدد مهام العاملين ومسؤولياتهم بدقة وتفوض جزءاً من سلطاتها حسب ما يتطلب العمل. كما أنه لا يوجد حواجز بين الإدارة والمؤوسين في مستشفى الأندلس وهذه الحواجز موجودة نوعاً ما في المستشفيات الأخرى. أما إدارة مستشفى الرشيد لا تسمح بالنقد البناء وإبداء وجهات النظر كما لأنها لا تشجع على المبادرة والابتكار.

◀ بعد التدريب: تتوفر عناصر التدريب في مستشفى المواساة بعضها بدرجة متوسطة والآخر بدرجة جيدة. ويتوفر عدد قليل من العناصر في المستشفيات الأخرى، كاستقطاب العاملين من ذوي الخبرة والمهارة، وتوظيفهم، وتدريب الجدد ليكتسبوا خبرة عملية. بينما نجد غياباً لبقية العناصر، كتنبي سياسة واضحة للتدريب، وخطة للتدريب، وبرامج محددة وتخصيص ميزانية لذلك، وعدم المشاركة في الندوات والمؤتمرات العلمية وغياب خطط تحسين جودة التدريب.

◀ الاعتمادية: تتوفر عناصر هذا البعد في المستشفيات محل الدراسة، حيث تبين وجود التزام بتقديم الخدمات الصحية بمواعيدها وخاصة في مستشفى المواساة، واهتمام بمشاكل المرضى واستفساراتهم وذلك في مستشفى الأندلس بدرجة أكبر من المستشفيات الأخرى. كما أن الأخطاء غير معدومة في فاتورة المستشفى، وتحدث بدرجة متوسطة في المستشفيات محل الدراسة وخاصة في مستشفى الرازي.

◀ الاستجابة: إن توفر عناصر الاستجابة جيد وأفضل في مستشفى الأندلس ثم الرازي فالمواساة والرشيد. وهناك استعداد دوماً لتلبية طلبات المرضى فوراً، ورغبة لدى العاملين بتقديم المساعدة لهم، حيث تقدم الخدمات على مدار ٢٤ ساعة دون توقف، والأطباء مستعدون لأي حالة طارئة وبشكل سريع.

◀ الضمان: كافة العناصر متوفرة بدرجة جيدة في المستشفيات ماعدا العنصر المتعلق بالخبرة والكفاءة العالية للعاملين، فهي متوسطة في كل من مستشفى الرشيد ومستشفى الرازي. ويتميز مستشفى الأندلس عن بقية المستشفيات في حفاظه على سرية المعلومات الخاصة بالمريض. بينما ما يميز مستشفى المواساة ومستشفى الرازي هو السمعة الجيدة في البيئة الخارجية.

◀ التعاطف: كافة العناصر متوفرة بشكل جيد في مستشفيات عينة البحث ماعدا تفهم العاملين للاحتياجات الخاصة بكل مريض والاهتمام الشخصي بكل مريض وذلك في مستشفى الرازي. ويتميز عاملو مستشفى الأندلس بقدرتهم على توضيح المشاكل الصحية للمرضى بطريقة مفهومة من قبلهم.

◀ الملموسية: يتميز مستشفى المواساة والرازي بموقعهما المعروف والملائم وسهولة الوصول إليه، كما يتميز مستشفى المواساة والرشيدي بتوفر تجهيزات فندقية جيدة لإقامة المريض. بينما يتميز مستشفى الأندلس بتوفر التجهيزات الطبية الحديثة. إضافة إلى أن جميع الأدوية التي يحتاجها المريض في مستشفى الرشيدي درجة توفرها متدنية. مما سبق يمكن ترتيب المستشفيات محل الدراسة حسب درجة توفر متغيرات البحث بكافة عباراتها كما يلي: الأندلس، المواساة، الرازي، فالرشيدي.

٥-٧- اختبار الفرضيات: نحتاج قبل اختبار فرضيات البحث إلى إجراء اختبائي الاعتدالية والتجانس لتحديد أي الأساليب الإحصائية (المعلمية، أم غير المعلمية) التي يجب استخدامها في اختبار الفرضيات، والتي يستند إليها البحث. وتتمثل شروط استخدام الاختبارات المعلمية بالاستقلال والعشوائية والاعتدالية والتجانس، فبالنسبة إلى شرطي الاستقلال والعشوائية هما محققان ضمناً في العينة. لذا سيقوم الباحث بالتحقق من شرطي الاعتدالية والتجانس.

٥-٧-١- اختبار التوزيع الطبيعي (شرط الاعتدالية): ذلك لمعرفة فيما إذا كانت عينة البحث مسحوبة من مجتمع تتبع بياناته التوزيع الطبيعي تم التحقق من ذلك باستخدام اختبار كولموجوروف سميرونوف وكانت النتائج كما في الجدول (٤٢) الآتي:

النمط التبادلي	النمط التحويلي	التعقيد	الرسمية	المركزية	جودة الخدمات الصحية	التدريب	القيادة	الهيكل التنظيمي	
224	224	224	224	224	224	224	224	224	N
3.53	3.37	3.39	3.65	3.51	3.75	3.00	3.34	3.50	Mean
.721	.832	.588	.679	.656	.630	.860	.623	.560	Std. Deviation
.285	.267	.384	.312	.280	.318	.252	.357	.325	Absolute
.285	.181	.384	.228	.274	.249	.252	.357	.325	Positive
-.226	-.267	-.241	-.312	-.280	-.318	-.252	-.246	-.303	Negative
4.272	3.989	5.744	4.670	4.188	4.753	3.777	5.340	4.864	Kolmogorov-Smirnov Z
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	Asymp. Sig. (2-tailed)

نتائج اختبار سميرونوف للاعتدالية

الجدول (٤٢) نتائج اختبار سميرونوف للاعتدالية

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

نجد من الجدول (٤٢) أن مستوى المعنوية (Asymp. Sig. (2-tailed) المتعلق بمؤشر اختبار سميرنوف هو ٠.٠٠٠ لكافة المتغيرات وهو أقل من مستوى المعنوية ٥%، أي أن البيانات غير موزعة بشكل طبيعي وشرط الاعتدالية غير محقق.

٥-٧-٢- اختبار التجانس:

شرط التجانس هو تساوي التباينات أو الانحرافات المعيارية للمجموعات المسحوبة منها العينة، وقد تم إجراء اختبار (Levene's)، للتأكد من تجانس البيانات وكانت النتائج كما في الجدول (٤٣) الآتي:

Test of Homogeneity of Variances					
المتغير	Levene Statistic	df1	df2	Sig.	النتيجة
الهيكل التنظيمي	1.691	3	220	.170	متجانسة
القيادة	19.553	3	220	.000	غير متجانسة
التدريب	7.941	3	220	.000	غير متجانسة
جودة الخدمات الصحية	2.457	3	220	.064	متجانسة
المركزية	2.698	3	220	.047	غير متجانسة
الرسمية	1.460	3	220	.226	متجانسة
التعقيد	26.637	3	220	.000	غير متجانسة
النمط التحويلي	2.347	3	220	.074	متجانسة
النمط التبادلي	2.379	3	220	.071	متجانسة
النمط الأتوقرابي	16.241	3	220	.000	غير متجانسة
النمط غير الموجه	6.072	3	220	.001	غير متجانسة
النمط الديمقراطي	7.682	3	220	.000	غير متجانسة
الاعتمادية	.738	3	220	.530	متجانسة
الاستجابة	3.535	3	220	.016	غير متجانسة
الضمان	1.956	3	220	.122	متجانسة
التعاطف	.869	3	220	.458	متجانسة
الملموسية	3.092	3	220	.028	غير متجانسة

الجدول (٤٣) نتائج تحليل ليفينز لاختبار التجانس.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

ينتضح من الجدول أعلاه أن ثمانية متغيرات فقط بياناتها متجانسة، أما باقي المتغيرات بياناتها غير متجانسة. أي أن شرط التجانس غير محقق لكافة المتغيرات. وبما أن شرط الاعتدالية غير محقق فإن الأساليب التي سيعتمد عليها في اختبار الفرضيات هي أساليب الإحصاء اللامعلمي.

٥-٧-٣- اختبار الفرضية العدمية الأساسية الأولى:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة.

أولاً: الاختبار على مستوى العينة ككل:

استخدم معامل ارتباط كاندال من النوع الثاني لاختبار هذه الفرضية وبيين الجدول (٤٤) معاملات ارتباط كاندال بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية كما يلي:

البعد التنظيمي					جودة الخدمات الصحية
التدريب	القيادة	الهيكل التنظيمي	المناخ التنظيمي	Correlation Coefficient	
.332**	.438**	.165**	.427**	Sig. (2-tailed)	
.000	.000	.010	.000	N	

الجدول (٤٤): معاملات ارتباط كاندال بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بين جودة الخدمات الصحية وكل من متغيرات المناخ التنظيمي، الهيكل التنظيمي، القيادة، التدريب موجبة وضعيفة ومعنوية لأن قيمتها أقل من ٥٠%، ومستوى المعنوية المتعلق بكل منها هو ٠.٠٠٠٠ أقل من مستوى المعنوية ٥%، لذلك نرفض الفرضية العدمية الأولى ونقول هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية وأبعاد المناخ التنظيمي كافة في المستشفيات محل الدراسة.

اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الأولى:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد الهيكل التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة.

و يبين الجدول (٤٥) معاملات ارتباط كاندال بين مكونات الهيكل التنظيمي ومكونات جودة الخدمات الصحية كما يلي:

الملموسية	التعاطف	الضمان	الاستجابة	الاعتمادية	جودة الخدمات الصحية			
.161**	.126*	.272**	.171**	.278**	.165**	Correlation Coefficient	الهيكل التنظيمي	Kendall's tau_b
.009	.048	.000	.007	.000	.010	Sig. (2-tailed)		
.303**	.350**	.316**	.274**	.370**	.356**	Correlation Coefficient	المركزية	
.000	.000	.000	.000	.000	.000	Sig. (2-tailed)		

.157**	.209**	.336**	.209**	.271**	.242**	Correlation Coefficient	الرسمية
.009	.001	.000	.001	.000	.000	Sig. (2-tailed)	
-.206**	-.177**	-.113	-.214**	-.099	-.216**	Correlation Coefficient	التعقيد
.001	.005	.072	.001	.114	.001	Sig. (2-tailed)	

الجدول (٤٥): معاملات ارتباط كاندال بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بين جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف، الملموسية) ، وكلاً من متغيرات الهيكل التنظيمي (المركزية، الرسمية) موجبة وضعيفة ومعنوية لأن قيمتها أقل من ٥٠% ومستوى المعنوية المتعلق بكل منها هو ٠.٠٠٠٠ أقل من مستوى المعنوية ٥%. كما أن معاملات الارتباط بين جودة الخدمات الصحية (الاستجابة، التعاطف، الملموسية) ومتغير التعقيد سالبة (علاقة عكسية) وضعيفة ومعنوية. ومعاملات الارتباط بين متغير التعقيد وكلاً من الاعتمادية والضمان سالبة وضعيفة وغير معنوية، لذلك نرفض الفرضية الفرعية الأولى ونقول هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية بكافة مكوناتها والهيكل التنظيمي (المركزية والرسمية) في المستشفيات محل الدراسة. كما أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية (الاستجابة، التعاطف، الملموسية) ومتغير التعقيد. في حين نقبل الفرضية الفرعية الأولى لعلاقة متغير التعقيد بكل من الاعتمادية والضمان، فليس هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين هذه المتغيرات.

- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد القيادة وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة.

يبين الجدول (٤٦) معاملات ارتباط كاندال بين جودة الخدمات الصحية بمكوناتها المختلفة ومتغير القيادة بمكوناته كما يلي:

الملموسية	التعاطف	الضمان	الاستجابة	الاعتمادية	جودة الخدمات الصحية	Correlation Coefficient	القيادة	Kendall's tau_b
.335**	.392**	.421**	.340**	.425**	.438**			
.000	.000	.000	.000	.000	.000	Sig. (2-tailed)		

.261**	.325**	.344**	.302**	.352**	.372**	Correlation Coefficient	النمط التحويلي
.000	.000	.000	.000	.000	.000	Sig. (2-tailed)	
.239**	.283**	.362**	.292**	.446**	.336**	Correlation Coefficient	النمط التبادلي
.000	.000	.000	.000	.000	.000	Sig. (2-tailed)	
.266**	.244**	.310**	.218**	.313**	.338**	Correlation Coefficient	النمط الأتوقراطي
.000	.000	.000	.000	.000	.000	Sig. (2-tailed)	
.274**	.329**	.315**	.310**	.282**	.326**	Correlation Coefficient	النمط غير الموجه
.000	.000	.000	.000	.000	.000	Sig. (2-tailed)	
.300**	.327**	.354**	.357**	.324**	.318**	Correlation Coefficient	النمط الديمقراطي
.000	.000	.000	.000	.000	.000	Sig. (2-tailed)	

الجدول (٤٦) معاملات ارتباط كاندال بين جودة الخدمات الصحية بمكوناتها المختلفة ومتغير القيادة بمكوناته

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أن جميع معاملات الارتباط بين متغير القيادة (النمط التحويلي، النمط التبادلي، النمط الأتوقراطي، النمط غير الموجه، النمط الديمقراطي) ومتغير جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الضمان، الملموسية) موجبة وضعيفة ومعنوية. لذلك نرفض الفرضية الفرعية الثانية، ونقول: بأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد القيادة وجودة الخدمات الصحية.

- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد التدريب وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة.

يبين الجدول (٤٧) معاملات ارتباط كاندال بين جودة الخدمات الصحية بمكوناتها المختلفة وبعد التدريب كما يلي:

الملموسية	التعاطف	الضمان	الاستجابة	الاعتمادية	جودة الخدمات الصحية			
.302**	.244**	.285**	.147*	.346**	.332**	Correlation Coefficient	التدريب	Kendall's tau_b
.000	.000	.000	.013	.000	.000	Sig. (2-tailed)		
224	224	224	224	224	224	N		

الجدول (٤٧) معاملات ارتباط كاندال بين جودة الخدمات الصحية بمكوناتها المختلفة وبعد التدريب.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أن جميع معاملات الارتباط بين متغير جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الضمان، الملموسية) وبعد التدريب موجبة وضعيفة ومعنوية. لذلك نرفض الفرضية الفرعية الثالثة ونقول بأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد التدريب وجودة الخدمات الصحية.

ثانياً: الاختبار على مستوى كل مستشفى: تم اختبار الفرضية العدمية الأساسية الأولى على مستوى كل مستشفى كما يلي:

١- مستشفى المواساة: يبين الجدول (٤٨) معاملات الارتباط المختلفة بين أبعاد المناخ التنظيمي بكافة مكوناتها ومتغير جودة الخدمات الصحية بكافة مكوناتها في مستشفى المواساة:

الملموسية	التعاطف	الضمان	الاستجابة	الاعتمادية	جودة الخدمات الصحية			
-.054	.045	.171	.179	.392**	.086	Correlation Coefficient	الهيكل التنظيمي	Kendall's tau_b
.614	.681	.124	.101	.000	.431	Sig. (2-tailed)		
.173	.272*	.264*	.232*	.348**	.258*	Correlation Coefficient	القيادة	
.103	.012	.016	.032	.001	.017	Sig. (2-tailed)		
.211*	.096	.130	.100	.194	.234*	Correlation Coefficient	التدريب	
.041	.365	.226	.344	.066	.027	Sig. (2-tailed)		
.130	.326**	.189	.353**	.465**	.349**	Correlation Coefficient	المركزية	
.223	.003	.088	.001	.000	.001	Sig. (2-tailed)		

.002	.201	.256*	.272*	.335**	.216*	Correlation Coefficient	الرسمية
.986	.061	.019	.011	.002	.045	Sig. (2-tailed)	
-.237*	-.267*	-.200	-.258*	-.075	-.280**	Correlation Coefficient	التعقيد
.024	.013	.066	.016	.480	.009	Sig. (2-tailed)	
.130	.327**	.183	.236*	.398**	.278*	Correlation Coefficient	النمط التحويلي
.219	.002	.095	.028	.000	.010	Sig. (2-tailed)	
.084	.240*	.229*	.236*	.443**	.246*	Correlation Coefficient	النمط التبادلي
.418	.024	.033	.025	.000	.021	Sig. (2-tailed)	
.091	.050	.131	.101	.201	.157	Correlation Coefficient	النمط الأتوقراطي
.379	.634	.224	.338	.057	.138	Sig. (2-tailed)	
.336**	.179	.099	.172	.189	.252*	Correlation Coefficient	النمط غير الموجه
.001	.089	.352	.098	.070	.016	Sig. (2-tailed)	
.190	.172	.339**	.362**	.232*	.180	Correlation Coefficient	النمط الديمقراطي
.073	.112	.002	.001	.031	.096	Sig. (2-tailed)	
.232*	.200	.215	.115	.293**	.238*	Correlation Coefficient	المناخ التنظيمي
.029	.065	.050	.285	.007	.029	Sig. (2-tailed)	

الجدول (٤٨) معاملات الارتباط المختلفة بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في مستشفى المواساة.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أن:

- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين جودة الخدمة الصحية وكلاً من: القيادة، التدريب، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، النمط التبادلي، النمط غير الموجه، المناخ التنظيمي. وهو سالب وضعيف ومعنوي بين جودة

الخدمات الصحية ومتغير التعقيد. في حين يكون الارتباط غير معنوي بين جودة الخدمة الصحية وكلاً من: النمط الديمقراطي، النمط الأوتوقراطي، والهيكل التنظيمي.

- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الاعتمادية وكلاً من: الهيكل التنظيمي، القيادة، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، التبادلي، الديمقراطي، والمناخ التنظيمي. في حين أن الارتباط غير معنوي بين الاعتمادية وكلاً من: النمط غير الموجه، الأوتوقراطي، التعقيد، والتدريب.

- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الاستجابة وكل من القيادة، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، التبادلي، الديمقراطي، المناخ التنظيمي. الارتباط سالب وضعيف ومعنوي بين الاستجابة والتعقيد. الارتباط غير معنوي بين الاستجابة وكل من المناخ التنظيمي، النمط غير الموجه، الأوتوقراطي، الهيكل التنظيمي، التدريب.

- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الضمان وكلاً من: القيادة، الرسمية، التبادلي، والديمقراطي. وهو غير معنوي بين الضمان وبقية المتغيرات.

- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين التعاطف وكلاً من: النمط التحويلي، التبادلي، القيادة، المركزية. والارتباط سالب وضعيف ومعنوي بين التعاطف والتعقيد. في حين أن الارتباط غير معنوي بين التعاطف وبقية المتغيرات.

- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الملموسية وكلاً من: التدريب، النمط غير الموجه، والمناخ التنظيمي. وهو سالب وضعيف ومعنوي بين الملموسية والتعقيد. بينما الارتباط غير معنوي بين التعاطف وبقية المتغيرات.

٢- مستشفى الأندلس: يبين الجدول (٤٩) معاملات الارتباط المختلفة بين أبعاد المناخ التنظيمي بكافة مكوناتها ومتغير جودة الخدمات الصحية بكافة مكوناتها في مستشفى الأندلس:

جودة الخدمات الصحية	الاعتمادية	الاستجابة	الضمان	التعاطف	الملموسية			
.262	.207	.489**	.334*	.487**	.335*	Correlation Coefficient	الهيكل التنظيمي	Kendall's tau_b
.097	.182	.002	.036	.002	.031	Sig. (2-tailed)		
.415**	.244	.190	.414**	.512**	.465**	Correlation Coefficient	القيادة	
.008	.109	.217	.008	.001	.002	Sig. (2-tailed)		
.299*	.338*	.291*	.294*	.309*	.466**	Correlation Coefficient	التدريب	
.045	.021	.048	.049	.034	.001	Sig. (2-tailed)		

.460**	.716**	.468**	.335*	.296*	.492**	Correlation Coefficient	المركزية
.002	.000	.003	.028	.050	.001	Sig. (2-tailed)	
.403**	.437**	.343*	.485**	.241	.366*	Correlation Coefficient	الرسمية
.007	.003	.025	.001	.106	.016	Sig. (2-tailed)	
-.184	.019	-.057	-.153	.045	-.239	Correlation Coefficient	التعقيد
.242	.904	.721	.335	.773	.135	Sig. (2-tailed)	
.404**	.471**	.349*	.426**	.139	.409**	Correlation Coefficient	النمط التحويلي
.007	.002	.023	.005	.351	.007	Sig. (2-tailed)	
.538**	.671**	.416**	.387*	.264	.446**	Correlation Coefficient	النمط التبادلي
.000	.000	.007	.011	.080	.004	Sig. (2-tailed)	
.529**	.194	.294	.132	.473**	.410**	Correlation Coefficient	النمط الأثوقراطي
.000	.198	.058	.389	.002	.008	Sig. (2-tailed)	
.284	.539**	.337*	.145	.279	.401**	Correlation Coefficient	النمط غير الموجه
.063	.000	.030	.345	.066	.010	Sig. (2-tailed)	
.398*	.553**	.206	.386*	.036	.233	Correlation Coefficient	النمط الديمقراطي
.010	.000	.195	.014	.815	.140	Sig. (2-tailed)	
.602**	.520**	.411**	.483**	.266	.429**	Correlation Coefficient	المناخ التنظيمي
.000	.001	.009	.002	.083	.006	Sig. (2-tailed)	

الجدول (٤٩) معاملات الارتباط المختلفة بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في مستشفى الأندلس.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أن:

- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين جودة الخدمة الصحية وكلاً من: القيادة، التدريب، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، النمط التبادلي، النمط الأوتوقراطي، النمط غير الموجه، والمناخ التنظيمي. في حين يكون غير معنوي بين جودة الخدمة الصحية وبقية المتغيرات.
 - الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الاعتمادية وكلاً من: التدريب، المركزية، والنمط الأوتوقراطي. وهو غير معنوي بين الاعتمادية وبقية المتغيرات.
 - الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الاستجابة وكلاً من: الهيكل التنظيمي، التدريب، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، التبادلي، الديمقراطي، والمناخ التنظيمي. في حين أنه غير معنوي بين الاستجابة وبقية المتغيرات.
 - الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الضمان وكلاً من: الهيكل التنظيمي، القيادة، التدريب، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، التبادلي، غير الموجه، والمناخ التنظيمي. وهو غير معنوي بين الضمان وبقية المتغيرات.
 - الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين التعاطف وكلاً من: الهيكل التنظيمي، القيادة، التدريب، الرسمية، النمط التحويلي، والتبادلي. في حين أنه موجب ومقبول ومعنوي بين التعاطف والمناخ التنظيمي، النمط غير الموجه، والنمط الديمقراطي. أما الارتباط بين التعاطف والمركزية فهو جيد جداً. لكنه غير معنوي بين التعاطف وبقية المتغيرات.
 - الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الملموسية وكلاً من الهيكل التنظيمي، القيادة، التدريب، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، والنمط الديمقراطي. وهو موجب ومقبول ومعنوي بين الملموسية والمناخ التنظيمي، النمط الأوتوقراطي، والنمط التبادلي.
- ٣- مستشفى الرازي: يبين الجدول (٥٠) معاملات الارتباط المختلفة بين أبعاد المناخ التنظيمي بكافة مكوناتها ومتغير جودة الخدمات الصحية بكافة مكوناتها في مستشفى الرازي:

الملموسية	التعاطف	الضمان	الاستجابة	الاعتمادية	جودة الخدمات الصحية			
.285*	.105	.353**	.034	.329**	.234	Correlation Coefficient	الهيكل التنظيمي	Kendall's tau_b
.018	.397	.004	.779	.009	.060	Sig. (2-tailed)		

.276*	.347**	.288*	.217	.337**	.369**	Correlation Coefficient	القيادة
.020	.004	.016	.073	.006	.003	Sig. (2-tailed)	
.422**	.378**	.356**	.180	.456**	.543**	Correlation Coefficient	التدريب
.000	.001	.002	.117	.000	.000	Sig. (2-tailed)	
.432**	.385**	.249*	.130	.270*	.313*	Correlation Coefficient	المركزية
.000	.002	.037	.280	.028	.011	Sig. (2-tailed)	
.199	.137	.446**	.077	.234	.265*	Correlation Coefficient	الرسمية
.091	.261	.000	.522	.057	.030	Sig. (2-tailed)	
-.173	-.172	-.102	-.205	-.165	-.188	Correlation Coefficient	التعقيد
.150	.163	.402	.095	.188	.131	Sig. (2-tailed)	
.303**	.262*	.261*	.225	.293*	.384**	Correlation Coefficient	النمط التحويلي
.008	.025	.024	.053	.013	.001	Sig. (2-tailed)	
.166	.136	.229	.157	.442**	.281*	Correlation Coefficient	النمط التبادلي
.155	.256	.053	.186	.000	.020	Sig. (2-tailed)	
.142	.211	.047	-.127	-.087	.055	Correlation Coefficient	النمط الأثوقراطي
.229	.082	.693	.291	.476	.654	Sig. (2-tailed)	
.203	.461**	.302**	.382**	.313**	.249*	Correlation Coefficient	النمط غير الموجه
.076	.000	.010	.001	.009	.036	Sig. (2-tailed)	
.246*	.302*	.286*	.096	.472**	.338**	Correlation Coefficient	النمط الديمقراطي

.034	.012	.015	.421	.000	.005	Sig. (2-tailed)	
.336**	.399**	.341**	.204	.444**	.500**	Correlation Coefficient	المناخ التنظيمي
.004	.001	.004	.088	.000	.000	Sig. (2-tailed)	

الجدول (٥٠) معاملات الارتباط المختلفة بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في مستشفى الرازي.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أن:

- الارتباط موجب ومعنوي وضعيف بين جودة الخدمة الصحية وكلاً من القيادة، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، النمط التبادلي، غير الموجه، والديمقراطي. إلا أنه مقبول بين جودة الخدمة الصحية و كلاً من التدريب والمناخ التنظيمي. وباقي المعاملات تشير لعدم وجود علاقة ارتباطية.
 - الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الاعتمادية وكلاً من المناخ التنظيمي، النمط الديمقراطي، غير الموجه، التبادلي، التحويلي، المركزية، التدريب، القيادة، والهيكل التنظيمي. لكنه غير معنوي مع بقية المتغيرات.
 - الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الاستجابة والنمط غير الموجه. إلا أنه غير معنوي مع بقية المتغيرات.
 - الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الضمان وكلاً من: الهيكل التنظيمي، القيادة، التدريب، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، غير الموجه، الديمقراطي، والمناخ التنظيمي. لكنه غير معنوي مع بقية المتغيرات.
 - الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين التعاطف وكلاً من: المناخ التنظيمي، القيادة، التدريب، المركزية، النمط التحويلي، غير الموجه، والديمقراطي. لكن الارتباط غير معنوي مع بقية المتغيرات.
 - الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الملموسية وكلاً من: المناخ التنظيمي، القيادة، التدريب، المركزية، النمط التحويلي، الديمقراطي، والهيكل التنظيمي. إلا أن الارتباط غير معنوي مع بقية المتغيرات.
- ٤- مستشفى الرشيد: يبين الجدول (٥١) معاملات الارتباط المختلفة بين أبعاد المناخ التنظيمي بكافة مكوناتها ومتغير جودة الخدمات الصحية بكافة مكوناتها في مستشفى الرشيد:

الملموسية	التعاطف	الضمان	الاستجابة	الاعتمادية	جودة الخدمات الصحية			
-0.006	-.375**	.085	-.172	-.181	-.143	Correlation Coefficient	الهيكل التنظيمي	Kendall's tau_b
.965	.008	.540	.208	.187	.304	Sig. (2-tailed)		
.251	.113	.523**	.469**	.370**	.417**	Correlation Coefficient	القيادة	

.063	.419	.000	.001	.006	.002	Sig. (2-tailed)	
-.092	-.013	.244	.027	.103	.169	Correlation Coefficient	التدريب
.490	.923	.071	.843	.442	.213	Sig. (2-tailed)	
-.005	-.375**	.095	-.154	-.002	-.099	Correlation Coefficient	المركزية
.972	.007	.487	.256	.991	.473	Sig. (2-tailed)	
-.086	-.112	.125	-.217	-.146	-.085	Correlation Coefficient	الرسمية
.514	.413	.349	.102	.271	.526	Sig. (2-tailed)	
-.113	-.146	-.092	-.226	-.227	-.093	Correlation Coefficient	التعقيد
.410	.300	.505	.099	.097	.505	Sig. (2-tailed)	
-.113	-.238	-.109	-.214	-.237	-.243	Correlation Coefficient	النمط التحويلي
.396	.085	.417	.109	.076	.073	Sig. (2-tailed)	
.112	-.275*	.338*	.139	.141	.110	Correlation Coefficient	النمط التبادلي
.402	.047	.012	.299	.293	.419	Sig. (2-tailed)	
.165	.325*	.440**	.206	.471**	.468**	Correlation Coefficient	النمط الأتوقراطي
.218	.019	.001	.124	.000	.001	Sig. (2-tailed)	
-.106	-.159	.084	.028	-.102	-.025	Correlation Coefficient	النمط غير الموجه
.435	.258	.537	.835	.451	.858	Sig. (2-tailed)	
.138	-.008	.152	.348**	.063	.091	Correlation Coefficient	النمط الديمقراطي
.307	.956	.262	.010	.640	.508	Sig. (2-tailed)	

.125	.113	.386**	.413**	.454**	.421**	Correlation Coefficient	المناخ التنظيمي
.353	.419	.005	.002	.001	.002	Sig. (2-tailed)	

الجدول (٥١) معاملات الارتباط المختلفة بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في مستشفى الرشيد.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أن:

- الارتباط موجب ومعنوي وضعيف بين جودة الخدمة الصحية وكلاً من: القيادة، النمط الأوتوقراطي، و المناخ التنظيمي. أما باقي المعاملات فهي تشير لعدم وجود علاقة ارتباطية.
- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الاعتمادية وكلاً من: المناخ التنظيمي، النمط الأوتوقراطي، والقيادة. ولكنه غير معنوي مع بقية المتغيرات.
- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الاستجابة وكلاً من المناخ التنظيمي، القيادة، و النمط الديمقراطي. لكنه غير معنوي مع بقية المتغيرات.
- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين الضمان وكلاً من: المناخ التنظيمي، النمط الأوتوقراطي، والنمط التبادلي، كما أن الارتباط مقبول ومعنوي وموجب بين الضمان والقيادة. لكنه غير معنوي مع بقية المتغيرات.
- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين التعاطف و النمط الأوتوقراطي. وهو سالب ومعنوي وضعيف بين التعاطف وكلاً من: الهيكل التنظيمي، المركزية، والنمط التبادلي. إلا أن الارتباط غير معنوي مع بقية المتغيرات.
- الارتباط غير معنوي بين الملموسية وكافة المتغيرات.

اختبار الفرضية العدمية الأساسية الثانية:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الإدارية. ويتفرع عنها الفرضيات الفرعية التالية:

- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد الهيكل التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الإدارية.
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد القيادة وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الإدارية.

- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد التدريب وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الإدارية.
- يبين الجدول (٥٢) معاملات الارتباط بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الهيئة الإدارية كما يلي:

المناخ التنظيمي	التدريب	القيادة	الهيكل التنظيمي			
.429**	.318**	.470**	.276*	Correlation Coefficient	جودة الخدمات الصحية	Kendall's tau_b
.000	.004	.000	.019	Sig. (2-tailed)		
68	68	68	68	N		

الجدول (٥٢) معاملات الارتباط بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الهيئة الإدارية.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أن الارتباط موجب ومعنوي وضعيف بين متغير جودة الخدمة الصحية وأبعاد المناخ التنظيمي. لذلك نرفض الفرضية العدمية الثانية ونقول هناك علاقة بين جودة الخدمة الصحية وأبعاد المناخ التنظيمي وفقاً لإجابات الكادر الإداري في المستشفى.

اختبار الفرضية العدمية الأساسية الثالثة:

لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الطبية. وينتزع عنها الفرضيات الفرعية التالية:

- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين بعد الهيكل التنظيمي وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الطبية.
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين بعد القيادة وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الطبية.
- لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين بعد التدريب وجودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في مدينة دمشق محل الدراسة من وجهة نظر العاملين في الهيئة الطبية.
- و يبين الجدول (٥٣) معاملات الارتباط بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الهيئة الطبية كما يلي:

المناخ التنظيمي	التدريب	القيادة	الهيكل التنظيمي			
.427**	.369**	.429**	.107	Correlation Coefficient	جودة الخدمات الصحية	Kendall's tau_b
.000	.000	.000	.162	Sig. (2-tailed)		
155	155	155	155	N		

الجدول (٥٣) معاملات الارتباط بين أبعاد المناخ التنظيمي وجودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الهيئة الطبية.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أن الارتباط موجب ومعنوي وضعيف بين متغير جودة الخدمة الصحية وبعدي المناخ التنظيمي (القيادة والتدريب). لذلك نرفض الفرضيتان الفرعيتان الثانية والثالثة ونقول هناك علاقة بين جودة الخدمة الصحية وبعدي التدريب والقيادة من أبعاد المناخ التنظيمي وفقاً لإجابات الكادر الإداري في المستشفى. كما يبين الجدول أعلاه أن الارتباط غير معنوي بين جودة الخدمة الصحية والهيكل التنظيمي نظراً لأن مستوى المعنوية المتعلق بمعامل الارتباط البالغ ٠.١٠٧ هو ٠.١٦٢ وهو أكبر من مستوى المعنوية ٥%، لذلك نقبل الفرضية الفرعية الأولى ونقول لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة الصحية والهيكل التنظيمي وفقاً لإجابات الكادر الطبي.

اختبار الفرضية العدمية الأساسية الرابعة: لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين إجابات الباحثين حول متغيرات البحث تبعاً لبياناتهم الشخصية. ويتفرع عنها الفرضيات الفرعية التالية:

لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين إجابات الباحثين حول متغيرات البحث تبعاً للمستشفى الذي يعملون فيه.

يبين الجدول (٥٤) نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات الباحثين تبعاً للمستشفى الذي يعملون فيه.

Test Statistics ^{a,b}					
المناخ التنظيمي	جودة الخدمات الصحية	التدريب	القيادة	الهيكل التنظيمي	
14.921	12.479	8.537	21.247	2.739	Chi-Square
3	3	3	3	3	Df
.002	.006	.036	.000	.434	Asymp. Sig.
a. Kruskal Wallis Test					
b. Grouping Variable: المشفى					

الجدول (٥٤) نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات الباحثين تبعاً للمستشفى

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر الاختبار عند كل متغير هو أقل من مستوى المعنوية ٥%، باستثناء المستوى المتعلق بالمؤشر عند متغير الهيكل التنظيمي. لذلك نقول لا توجد اختلافات جوهرية بين المستشفيات في الهيكل التنظيمي. وهناك فروقات جوهرية بين مستشفيات عينة البحث من حيث القيادة، التدريب، وجودة الخدمة الصحية والمناخ التنظيمي.

يبين الجدول (٥٥) الرتب ومتوسطاتها حسب المستشفى والمتغير، كما يلي:

Ranks			
Mean Rank	N	المشفى	
35.93	14	المواساة الخيري	الهيكل التنظيمي
36.50	17	الرشيد	
29.45	21	الرازي	
37.75	16	الأندلس	
	68	Total	
44.86	14	المواساة الخيري	القيادة
24.56	17	الرشيد	
27.12	21	الرازي	
45.69	16	الأندلس	
	68	Total	
47.14	14	المواساة الخيري	التدريب
30.09	17	الرشيد	
30.21	21	الرازي	
33.75	16	الأندلس	
	68	Total	
41.21	14	المواساة الخيري	جودة الخدمات الصحية
27.15	17	الرشيد	
28.79	21	الرازي	
43.94	16	الأندلس	
	68	Total	
47.71	14	المواساة الخيري	المناخ التنظيمي
30.24	17	الرشيد	
26.95	21	الرازي	
37.38	16	الأندلس	
	68	Total	

الجدول (٥٥) الرتب ومتوسطاتها الخاصة بكل مستشفى حول متغيرات البحث.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أن الفروقات جاءت لصالح مستشفى الأندلس في القيادة، يليه المواساة، ومن ثم الرازي فالرشيد. وهناك تقارب بين الأندلس والمواساة في مستوى القيادة، وتقارب بين الرازي والرشيد في مستوى القيادة.

ويتفوق مستشفى المواساة على بقية المستشفيات في بعد التدريب، حيث مستوى التدريب في المستشفيات الأخرى شبه متقارب. ومن حيث جودة الخدمة الصحية فهي أفضل في مستشفى الأندلس، ومن ثم المواساة، فالرازي والرشيد. ومن حيث المناخ التنظيمي فالأفضل هو مستشفى المواساة، يليه الأندلس، فالرشيد والرازي. والمستشفيات متقاربة في الهيكل التنظيمي ولا يوجد فروقات جوهرية فيما بينها في ذلك.

- لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين إجابات المبحوثين حول متغيرات البحث تبعاً للجنس. يبين الجدول (٥٦) نتائج اختبار مان ويتي لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً للجنس.

Test Statistics ^a					
المناخ التنظيمي	جودة الخدمات الصحية	التدريب	القيادة	الهيكل التنظيمي	
5785.000	6187.500	5324.500	5801.000	6022.500	Mann-Whitney U
12340.000	12742.500	11879.500	12356.000	12577.500	Wilcoxon W
-1.182-	-.193-	-2.110-	-1.117-	-.581-	Z
.237	.847	.035	.264	.561	Asymp. Sig. (2-tailed)

a. Grouping Variable: الجنس

الجدول (٥٦) نتائج اختبار مان ويتي لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً للجنس.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يتضح من الجدول أعلاه أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر اختبار مان ويتي عند جميع المتغيرات هو أكبر من مستوى المعنوية ٥%، باستثناء مستوى المعنوية المتعلق بهذا المؤشر عند متغير التدريب، لذلك نقول: أنه لا اختلافات جوهرية بين إجابات المبحوثين حول المتغيرات الهيكل التنظيمي، القيادة، جودة الخدمات الصحية، والمناخ التنظيمي تعزى للجنس. وهناك فروق جوهرية بين إجاباتهم تعزى للجنس حول متغير التدريب.

يبين الجدول (٥٧) الرتب و متوسطاتها حسب الجنس و المتغير، كما يلي:

Ranks				
	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
الهيكل التنظيمي	ذكر	114	110.33	12577.50
	أنثى	110	114.75	12622.50
	Total	224		
القيادة	ذكر	114	108.39	12356.00
	أنثى	110	116.76	12844.00
	Total	224		
التدريب	ذكر	114	104.21	11879.50
	أنثى	110	121.10	13320.50
	Total	224		
جودة الخدمات الصحية	ذكر	114	111.78	12742.50
	أنثى	110	113.25	12457.50

	Total	224		
المناخ التنظيمي	ذكر	114	108.25	12340.00
	أنثى	110	116.91	12860.00
	Total	224		

الجدول (٥٧) الرتب ومتوسطاتها الخاصة بالجنس حول متغيرات البحث

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يوضح الجدول أعلاه تفوق الإناث على الذكور، حيث يبلغ متوسط رتبهن ١٢١.١ مقابل ١٠٤.٢١ للذكور.

- لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين إجابات المبحوثين حول متغيرات البحث تبعاً لفئات العمر.

يبين الجدول (٥٨) نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً لفئات العمر.

Test Statistics ^{a,b}					
المناخ التنظيمي	جودة الخدمات الصحية	التدريب	القيادة	الهيكل التنظيمي	
15.666	19.582	6.331	17.186	12.275	Chi-Square
4	4	4	4	4	Df
.004	.001	.176	.002	.015	Asymp. Sig.
a. Kruskal Wallis Test					
b. Grouping Variable:					

الجدول (٥٨) نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً لفئات العمر.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يتضح من الجدول أعلاه أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر الاختبار عند جميع المتغيرات هو أقل من مستوى

المعنوية ٥%، باستثناء مستوى المعنوية عند متغير التدريب، لذلك نقول: أنه هناك اختلافات ذات دلالة

إحصائية بين إجابات المبحوثين حول المتغيرات: الهيكل التنظيمي، القيادة، جودة الخدمات الصحية، والمناخ

التنظيمي تعزى للعمر.

يبين الجدول (٥٩) الرتب ومتوسطاتها حسب فئات العمر والمتغير، كما يلي:

Ranks			
	العمر	N	Mean Rank
الهيكل التنظيمي	20-وأقل من 30 سنة	84	97.86
	30-وأقل من 40 سنة	90	117.01
	40-وأقل من 50 سنة	36	124.81
	50-وأقل من 60 سنة	10	128.75
	60 فأكثر	4	167.00
	Total	224	
القيادة	20-وأقل من 30 سنة	84	99.18
	30-وأقل من 40 سنة	90	128.91
	40-وأقل من 50 سنة	36	97.96
	50-وأقل من 60 سنة	10	111.95
	60 فأكثر	4	155.25
	Total	224	
التدريب	20-وأقل من 30 سنة	84	109.71
	30-وأقل من 40 سنة	90	122.61
	40-وأقل من 50 سنة	36	93.61
	50-وأقل من 60 سنة	10	112.75
	60 فأكثر	4	112.88
	Total	224	
جودة الخدمات الصحية	20-وأقل من 30 سنة	84	105.10
	30-وأقل من 40 سنة	90	128.06
	40-وأقل من 50 سنة	36	83.43
	50-وأقل من 60 سنة	10	123.50
	60 فأكثر	4	151.88
	Total	224	
المناخ التنظيمي	20-وأقل من 30 سنة	84	99.65
	30-وأقل من 40 سنة	90	128.91
	40-وأقل من 50 سنة	36	99.03
	50-وأقل من 60 سنة	10	111.30
	60 فأكثر	4	137.25
	Total	224	

الجدول (٥٩) الرتب و متوسطاتها الخاصة بفئات العمر حول متغيرات البحث

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه تفوق من أعمارهم ٦٠ فأكثر على باقي الفئات العمرية. وليس هناك فروقات جوهرية بين إجاباتهم تعزى للعمر حول متغير التدريب.

- لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين إجابات المبحوثين حول متغيرات البحث تبعاً للعمل الوظيفي
يبين الجدول (٦٠) نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً للعمل الوظيفي.

Test Statistics ^{a,b}					
المناخ التنظيمي	جودة الخدمات الصحية	التدريب	القيادة	الهيكل التنظيمي	
5.633	10.672	5.198	5.065	2.952	Chi-Square
2	2	2	2	2	df
.060	.005	.074	.079	.229	Asymp. Sig.
a. Kruskal Wallis Test					
b. Grouping Variable: العمل الوظيفي					

الجدول (٦٠) نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً للعمل الوظيفي.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يتضح من الجدول أعلاه أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر الاختبار عند جميع المتغيرات هو أكبر من مستوى المعنوية ٥%، باستثناء مستوى المعنوية المتعلق بهذا المؤشر عند متغير جودة الخدمة الصحية. لذلك نقول أنه لا اختلافات جوهرية بين إجابات المبحوثين حول المتغيرات: الهيكل التنظيمي، القيادة، التدريب، والمناخ التنظيمي تعزى لنوع العمل الوظيفي. وهناك فروقات جوهرية بين إجاباتهم تعزى لنوع العمل الوظيفي حول متغير جودة الخدمة الصحية.

يبين الجدول (٦١) الرتب و متوسطاتها حسب العمل الوظيفي و المتغير، كما يلي:

Ranks			
	العمل الوظيفي	N	Mean Rank
الهيكل التنظيمي	طبيب	60	101.81
	ممرض	95	117.36
	موظف إداري	69	115.11
	Total	224	
القيادة	طبيب	60	98.56
	ممرض	95	117.78
	موظف إداري	69	117.35
	Total	224	
التدريب	طبيب	60	100.46
	ممرض	95	122.37
	موظف إداري	69	109.38
	Total	224	
جودة الخدمات الصحية	طبيب	60	107.10
	ممرض	95	102.46
	موظف إداري	69	131.02
	Total	224	

المناخ التنظيمي	طبيب	60	98.15
	ممرض	95	118.26
	موظف إداري	69	117.05
	Total	224	

الجدول (٦١) الرتب ومتوسطاتها الخاصة بالعمل الوظيفي حول متغيرات البحث

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يوضح الجدول أعلاه تفوق الموظفين الإداريين بمتوسط رتب قدره ١٣١.٠٢، على الأطباء الذين متوسط رتبهم ١٠٧.١، وعلى الممرضين الذين متوسط رتبهم ١٠٢.٤٦، وهو متقارب من متوسط رتب الأطباء أي هناك تجانس وانسجام في الرأي بين الأطباء والممرضين من حيث جودة الخدمة الصحية التي يبذلونها فيها نوعاً ما الموظفون الإداريون.

- لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين إجابات المبحوثين حول متغيرات البحث تبعاً للمؤهل العلمي.

يبين الجدول (٦٢) نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً للمؤهل العلمي.

Test Statistics ^{a,b}					
المناخ التنظيمي	جودة الخدمات الصحية	التدريب	القيادة	الهيكل التنظيمي	
3.902	4.875	9.825	9.883	5.913	Chi-Square
5	5	5	5	5	df
.564	.431	.080	.079	.315	Asymp. Sig.
a. Kruskal Wallis Test					
b. Grouping Variable: المؤهل العلمي					

الجدول (٦٢) نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً للمؤهل العلمي.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يبين الجدول أعلاه أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر الاختبار عند كافة المتغيرات هو أكبر من ٥%، لذلك نقبل الفرضية التي تقول أنه: لا اختلافات ذات دلالة إحصائية بين إجابات المبحوثين حول متغيرات البحث تعزى للمؤهل العلمي.

- لا يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين إجابات المبحوثين حول متغيرات البحث تبعاً لفئات سنوات الخبرة العملية.

و يبين الجدول (٦٣) نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً لفئات سنوات الخبرة العملية.

Test Statistics ^{a,b}					
المناخ التنظيمي	جودة الخدمات الصحية	التدريب	القيادة	الهيكل التنظيمي	
6.343	2.887	1.777	8.002	12.397	Chi-Square
5	5	5	5	5	Df
.274	.717	.879	.156	.030	Asymp. Sig.
a. Kruskal Wallis Test					
b. Grouping Variable: سنوات الخبرة العملية					

الجدول (٦٣) نتائج اختبار كروسكال واليس لمعنوية الفروقات بين إجابات المبحوثين تبعاً لفئات سنوات الخبرة العملية.

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يتضح من الجدول أعلاه: أن مستوى المعنوية المتعلق بمؤشر الاختبار عند جميع المتغيرات هو أكبر من مستوى المعنوية ٥%، باستثناء مستوى المعنوية المتعلق بهذا المؤشر عند متغير الهيكل التنظيمي. لذلك نقول أنه: لا اختلافات جوهرية بين إجابات المبحوثين حول المتغيرات: القيادة، التدريب، جودة الخدمة الصحية، والمناخ التنظيمي تعزى لسنوات الخبرة العملية. وهناك فروقات جوهرية بين إجاباتهم تعزى لسنوات الخبرة العملية حول متغير الهيكل التنظيمي.

يبين الجدول (٦٤) الترتب ومتوسطاتها حسب سنوات الخبرة العملية و المتغير، كما يلي:

Ranks			
	سنوات الخبرة العملية	N	Mean Rank
الهيكل التنظيمي	أقل من سنة	8	78.50
	سنة وأقل من 5 سنوات	82	102.16
	5- وأقل من 10 سنوات	58	110.93
	10 – وأقل من 15 سنة	31	123.27
	15- وأقل من 20 سنة	19	138.45
	20 فأكثر	26	127.25
	Total	224	
القيادة	أقل من سنة	8	94.69
	سنة وأقل من 5 سنوات	82	101.06
	5- وأقل من 10 سنوات	58	115.21
	10 – وأقل من 15 سنة	31	122.47
	15- وأقل من 20 سنة	19	125.53
	20 فأكثر	26	126.62
	Total	224	
التدريب	أقل من سنة	8	99.44
	سنة وأقل من 5 سنوات	82	108.03
	5- وأقل من 10 سنوات	58	116.06
	10 – وأقل من 15 سنة	31	113.74
	15- وأقل من 20 سنة	19	124.16

	20 فأكثر	26	112.67
	Total	224	
جودة الخدمات الصحية	أقل من سنة	8	89.75
	سنة وأقل من 5 سنوات	82	117.99
	5- وأقل من 10 سنوات	58	108.26
	10 – وأقل من 15 سنة	31	114.74
	15- وأقل من 20 سنة	19	117.16
	20 فأكثر	26	105.58
	Total	224	
المناخ التنظيمي	أقل من سنة	8	92.13
	سنة وأقل من 5 سنوات	82	105.34
	5- وأقل من 10 سنوات	58	110.92
	10 – وأقل من 15 سنة	31	124.31
	15- وأقل من 20 سنة	19	130.97
	20 فأكثر	26	117.29
	Total	224	

الجدول (٦٤) الرتب ومتوسطاتها الخاصة بسنوات الخبرة العملية
حول متغيرات البحث

المصدر: نتائج التحليل الإحصائي بواسطة برنامج spss نسخة ٢١

يوضح الجدول أعلاه تفوق من لديهم خبرة عملية ١٥ وأقل من ٢٠ سنة على باقي الفئات بمتوسط رتب ١٣٨.٤٥ وأدنى إدراك لهذا البعد لمن خبرتهم أقل من سنة بمتوسط رتب ٧٨.٥.

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

١. بينت الإحصاءات الوصفية لعبارات الاستبيان على مستوى مستشفيات عينة البحث ككل أن:

- مستوى توفر متغير الهيكل التنظيمي فوق المتوسط، حيث تتوفر المركزية والرسمية بمستوى فوق المتوسط، والتعقيد بمستوى متوسط في المستشفيات محل الدراسة.
- تتوفر القيادة بمستوى متوسط، حيث يتوفر النمطان التحويلي، وغير الموجه بمستوى متوسط بينما، تتوفر الأنماط التالية: التبادلي، الأوتوقراطي، الديمقراطي بمستوى فوق المتوسط في مستشفيات عينة البحث.
- يتوفر متغير التدريب بمستوى مساوٍ لمتوسط المقياس.
- مستوى المناخ التنظيمي في المستشفيات محل الدراسة هو متوسط.
- إن درجة وجود جودة الخدمات الصحية وإدراك أهميتها فوق المتوسط، حيث تتوفر جميع أبعادها (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف، الملموسية) بدرجة فوق المتوسط في المستشفيات محل الدراسة.
- لا تخصص إدارة المستشفيات محل الدراسة ميزانية محددة لتمويل البرامج التدريبية، حيث جاءت درجة توفرها أدنى من المتوسط.
- إن درجة اتباع الإدارة لمبدأ عدم التدخل في اتخاذ القرارات أدنى من المتوسط.

٢. بينت الإحصاءات الوصفية لعبارات الاستبيان على مستوى المستشفى المدروس أن:

- إن توفر قسم للتدريب في مستشفى المواساة أدى إلى تميزها بتوفر هذا البعد عن بقية مستشفيات محل الدراسة، كما ساعدها على التميز من حيث المناخ التنظيمي. على الرغم من تفوق مستشفى الأندلس من حيث توفر بعد القيادة والهيكل التنظيمي.
- إن مستوى توفر المركزية هو الأعلى في مستشفى الأندلس، في حين نجد تقارب مستوى المركزية في مستشفى الرشيد والرازي.
- يتفوق مستشفى المواساة على مستشفيات عينة البحث من حيث بعدي الرسمية والتعقيد.
- مستوى جودة الخدمة الصحية هي أفضل في مستشفى الأندلس وبكافة أبعادها الاعتمادية والاستجابة والضمان والتعاطف والملموسية، يليها مستشفى المواساة فالرازي ثم الرشيد.
- جميع الأنماط القيادية موجودة بشكل أفضل في مستشفى الأندلس بالمقارنة مع باقي مستشفيات عينة الدراسة، باستثناء النمط التبادلي حيث يتوفر بشكل أفضل في مستشفى المواساة، ويأتي بعدها مستشفى الرازي فالرشيد.

- يمكن ترتيب المستشفيات محل الدراسة حسب درجة توفر متغيرات البحث بكافة عباراتها كما يلي: الأندلس، الموساة، الرازي، فالرشيد.

٣. نتائج اختبار الفرضية العدمية الأولى على مستوى مستشفيات عينة البحث كافة:

- هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية وأبعاد المناخ التنظيمي كافة في المستشفيات محل الدراسة.
- إن معاملات الارتباط بين جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف، الملموسية) وكلاً من متغيرات الهيكل التنظيمي (المركزية، الرسمية) موجبة وضعيفة ومعنوية، أي هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية بكافة مكوناتها والهيكل التنظيمي (المركزية والرسمية) في المستشفيات محل الدراسة.
- إن معاملات الارتباط بين جودة الخدمات الصحية (الاستجابة، التعاطف، الملموسية) ومتغير التعقيد سالبة (علاقة عكسية) وضعيفة ومعنوية. أي أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية (الاستجابة، التعاطف، الملموسية) ومتغير التعقيد.
- إن معاملات الارتباط بين متغير التعقيد وكلاً من الاعتمادية والضمان سالبة وضعيفة وغير معنوية. لذلك نقول أنه لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير التعقيد وكلاً من الاعتمادية والضمان.
- جميع معاملات الارتباط بين متغير القيادة (النمط التحويلي، النمط التبادلي، النمط الأوتوقراطي، النمط غير الموجه، النمط الديمقراطي) ومتغير جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الضمان، الملموسية) موجبة وضعيفة ومعنوية. ومنه نجد أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد القيادة وجودة الخدمات الصحية.
- جميع معاملات الارتباط بين متغير جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الضمان، الملموسية) وبعد التدريب موجبة وضعيفة ومعنوية. وبالتالي هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد التدريب وجودة الخدمات الصحية.

٤. نتائج اختبار الفرضية العدمية الأولى على مستوى كل مستشفى:

✓ مستشفى الموساة الخيري:

- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين:
 - جودة الخدمة الصحية وكلاً من: القيادة، التدريب، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، النمط التبادلي، النمط غير الموجه، المناخ التنظيمي.
 - الاعتمادية وكلاً من الهيكل التنظيمي، القيادة، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، التبادلي، الديمقراطي، و المناخ التنظيمي.

- الاستجابة وكلاً من: القيادة، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، التبادلي، الديمقراطي، و المناخ التنظيمي.
- الضمان وكلاً من: القيادة، الرسمية، النمط التبادلي والديمقراطي.
- التعاطف وكلاً من: النمط التحويلي، التبادلي، القيادة، المركزية. الارتباط سالب وضعيف ومعنوي بين التعاطف والتعقيد.
- الارتباط سالب وضعيف ومعنوي بين متغير التعقيد وكلاً من: جودة الخدمات الصحية، الاستجابة، التعاطف، و الملموسية.
- الارتباط غير معنوي بين:
- جودة الخدمة الصحية وكلاً من: النمط الديمقراطي، النمط الأوتوقراطي، و الهيكل التنظيمي
- الاعتمادية وكلاً من : النمط غير الموجه، الأوتوقراطي، التعقيد، و التدريب.
- الاستجابة وكلاً من: المناخ التنظيمي، النمط غير الموجه، الأوتوقراطي، الهيكل التنظيمي، التدريب.
- ✓ مستشفى الأندلس:
- الارتباط موجب وضعيف ومعنوي بين:
- جودة الخدمة الصحية وكلاً من: القيادة، التدريب، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، النمط التبادلي، النمط الأوتوقراطي، النمط غير الموجه، و المناخ التنظيمي.
- الاعتمادية وكلاً من: التدريب، المركزية، و النمط الأوتوقراطي.
- الاستجابة وكلاً من: الهيكل التنظيمي، التدريب، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، التبادلي، الديمقراطي، و المناخ التنظيمي.
- الضمان وكلاً من: الهيكل التنظيمي، القيادة، التدريب، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، التبادلي، غير الموجه، و المناخ التنظيمي.
- التعاطف وكلاً من: الهيكل التنظيمي، القيادة، التدريب، الرسمية، النمط التحويلي، و التبادلي.
- الملموسية وكلاً من: الهيكل التنظيمي، القيادة، التدريب، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، و النمط الديمقراطي.
- الارتباط موجب ومقبول ومعنوي بين التعاطف والمناخ التنظيمي، النمط غير الموجه، النمط الديمقراطي. في حين أن الارتباط جيد جداً بين التعاطف والمركزية.
- الارتباط موجب ومقبول ومعنوي بين الملموسية والمناخ التنظيمي، النمط الأوتوقراطي، النمط التبادلي.

✓ مستشفى الرازي:

- الارتباط موجب ومعنوي وضعيف بين:

- جودة الخدمة الصحية وكلاً من: القيادة، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، النمط التبادلي، غير الموجه، و الديمقراطية.
- الاعتمادية وكلاً من: المناخ التنظيمي، النمط الديمقراطي، غير الموجه، التبادلي، التحويلي، المركزية، التدريب، القيادة، و الهيكل التنظيمي.
- الاستجابة والنمط غير الموجه.
- الضمان وكلاً من الهيكل التنظيمي، القيادة، التدريب، المركزية، الرسمية، النمط التحويلي، غير الموجه، الديمقراطي، و المناخ التنظيمي.
- التعاطف وكلاً من: المناخ التنظيمي، القيادة، التدريب، المركزية، النمط التحويلي، غير الموجه، و الديمقراطي.
- الملموسية وكلاً من: المناخ التنظيمي، القيادة، التدريب، المركزية، النمط التحويلي، الديمقراطي، و الهيكل التنظيمي.
- الارتباط مقبول بين جودة الخدمة الصحية و كلاً من: التدريب والمناخ التنظيمي.

✓ مستشفى الرشيد:

- الارتباط موجب ومعنوي وضعيف بين:

- جودة الخدمة الصحية وكلاً من: القيادة، النمط الأوتوقراطي، و المناخ التنظيمي.
 - الاعتمادية وكلاً من: المناخ التنظيمي، النمط الأوتوقراطي، و القيادة.
 - الاستجابة وكلاً من: المناخ التنظيمي، و القيادة.
 - الضمان وكلاً من: المناخ التنظيمي، الهيكل التنظيمي، النمط الأوتوقراطي، و النمط التبادلي.
 - التعاطف والنمط الأوتوقراطي.
 - الارتباط مقبول ومعنوي وموجب بين الضمان والقيادة، والنمط الديمقراطي.
 - والارتباط سالب ومعنوي وضعيف بين التعاطف وكلاً من: الهيكل التنظيمي، المركزية، و النمط التبادلي.
٥. نتائج اختبار الفرضية العدمية الأساسية الثانية: إن الارتباط موجب ومعنوي وضعيف بين متغير جودة الخدمة الصحية وأبعاد المناخ التنظيمي. أي هناك علاقة بين جودة الخدمة الصحية وأبعاد المناخ التنظيمي وفقاً لإجابات الكادر الإداري في المستشفى.

٦. نتائج اختبار الفرضية العدمية الأساسية الثالثة: إن الارتباط موجب ومعنوي وضعيف بين متغير جودة الخدمة الصحية وبعدي المناخ التنظيمي (القيادة والتدريب). أي هناك علاقة بين جودة الخدمة الصحية وبعدي التدريب والقيادة من أبعاد المناخ التنظيمي وفقاً لإجابات الكادر الإداري في المستشفى. كما أن الارتباط غير معنوي بين جودة الخدمة الصحية والهيكل التنظيمي. أي لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة الصحية والهيكل التنظيمي وفقاً لإجابات الكادر الطبي.

٧. نتائج اختبار الفرضية العدمية الأساسية الرابعة:

- لا اختلافات جوهرية بين المستشفيات في الهيكل التنظيمي. وهناك فروقات جوهرية بين مستشفيات عينة البحث من حيث القيادة، التدريب، وجودة الخدمة الصحية والمناخ التنظيمي.
- لا اختلافات جوهرية بين إجابات الباحثين حول المتغيرات الهيكل التنظيمي، القيادة، جودة الخدمات الصحية، المناخ التنظيمي تعزى للجنس. لكن هناك فروقات جوهرية بين إجاباتهم تعزى للجنس حول متغير التدريب.
- هناك اختلافات ذات دلالة إحصائية بين إجابات الباحثين حول المتغيرات الهيكل التنظيمي، القيادة، جودة الخدمات الصحية، المناخ التنظيمي تعزى للعمر حيث يتفوق من أعمارهم ٦٠ فأكثر على باقي الفئات العمرية. وليس هناك فروقات جوهرية بين إجاباتهم تعزى للعمر حول متغير التدريب.
- لا اختلافات جوهرية بين إجابات الباحثين حول المتغيرات الهيكل التنظيمي، القيادة، التدريب، المناخ التنظيمي تعزى لنوع العمل الوظيفي، في حين توجد فروقات جوهرية بين إجاباتهم تعزى لنوع العمل الوظيفي حول متغير جودة الخدمة الصحية. حيث يتفوق الموظفون الإداريون بمتوسط رتب قدره ١٣١.٠٢ على الأطباء الذين بمتوسط رتبهم ١٠٧.١ وعلى الممرضين الذين بمتوسط رتبهم ١٠٢.٤٦، وهو متقارب من متوسط رتب الأطباء أي هنالك تجانس وانسجام في الرأي بين الأطباء والممرضين من حيث جودة الخدمة الصحية التي يبلغ فيها نوعاً ما الموظفون الإداريون.
- لا اختلافات ذات دلالة إحصائية بين إجابات الباحثين حول متغيرات البحث تعزى للمؤهل العلمي.
- لا اختلافات جوهرية بين إجابات الباحثين حول المتغيرات القيادة، التدريب، جودة الخدمة الصحية، المناخ التنظيمي تعزى لسنوات الخبرة العملية، ولكن توجد فروقات جوهرية بين إجاباتهم تعزى لسنوات الخبرة العملية حول متغير الهيكل التنظيمي. حيث يتفوق من لديهم خبرة عملية ١٥ وأقل من ٢٠ سنة على باقي الفئات بمتوسط رتب ١٣٨.٤٥ وأدنى إدراك لهذا البعد لمن خبرتهم أقل من سنة بمتوسط رتب ٧٨.٥.

٥-٩- التوصيات والمقترحات:

على ضوء النتائج السابقة التي تم التوصل إليها، ومن أجل المساهمة في توافر مناخ تنظيمي جيد ينعكس إيجاباً على جودة الخدمات الصحية. يمكن للباحث تقديم مجموعة من التوصيات على مستوى عينة المستشفيات، وعلى مستوى كل مستشفى على حدى، كما يلي:

٦-٢-١- على مستوى عينة المستشفيات

جاءت نتيجة الدراسة بأن درجة توافر المناخ التنظيمي متوسطة، في حين درجة وجود جودة الخدمات الصحية، وإدراك أهميتها فوق المتوسط لجميع أبعادها. بالتالي يجب على المستشفيات المدروسة أن تدرك أهمية توافر بيئة تنظيمية داخلية ممتازة، من خلال:

- إعطاء اهتمام أكبر بطبيعة الهياكل التنظيمية من حيث تناسبها، و تكاملها، ومرونتها، وملاءمتها مع بيئة عمل المستشفيات. وتوضيح الأهداف، وتوزيع الصلاحيات، وتفويض السلطات بشكل يتناسب مع المستويات الإدارية المتنوعة.
- تعزيز أكبر لدور الأنماط القيادية المتبعة (التبادلي- الأتوقراطي- الديمقراطي) من جهة. والاهتمام أكثر بدور النمطين (التحويلي- وغير الموجه) من جهة أخرى، حيث جاء توافرها متوسطاً، ودرجة اتباع الادارات لمبدأ عدم التدخل في اتخاذ القرارات أدنى من المتوسط.
- التركيز على أهمية التدريب، فهو ضروري خاصةً عندما تكون الأعمال الممارسة ذات طبيعة حساسة وخطرة- كما هو الحال في المستشفيات- كذلك من أجل اكتساب العاملين خبرات ومهارات عملية متخصصة تنعكس على الخدمات الصحية المقدمة، حيث تبين أنّ جميع المستشفيات المدروسة لاتخصص ميزانية لتمويل برامج تدريبية متنوعة للعاملين لديها.
- الاستمرار في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، من خلال إلقاء الضوء على نقاط الضعف ومعالجتها، و تعزيز نقاط القوة و الاستمرار بها.

٦-٢-٢- على مستوى كل مستشفى:

توصي الدراسة إدارة المستشفيات المبحوثة ما يلي:

- العمل على تحسين المناخ التنظيمي السائد لدى مستشفيات الرازي و الرشيد ، من خلال التركيز على توافر أبعاد المناخ التنظيمي (الهيكل التنظيمي- القيادة- التدريب) بشكل جيد.
- يجب على إدارة مستشفى الرازي اتباع هيكل تنظيمي أكثر مرونة بما يتناسب مع المستويات الإدارية المتواجدة لديها.
- أن تكون الأنماط القيادية المبحوثة متواجدة بشكل أفضل لدى مستشفى الرازي و الرشيد.

- الاهتمام بشكل أكبر بجودة التدريب لدى مستشفيات الرازي والرشيد والأندلس، من خلال انشاء قسم مختص بالتدريب يهتم بسير العملية التدريبية، كما هو الحال في مستشفى المواساة الخيري. حيث ساعدها ذلك على التميز من حيث المناخ التنظيمي.

- بذل المزيد من الجهود لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة لدى مستشفيات عينة البحث، وبشكل أكبر لدى مستشفى الرشيد و الرازي، من خلال التركيز على أبعاد جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية - الاستجابة- الضمان- التعاطف- الملموسية).

يمكن للباحث تقديم بعض المقترحات لإدارة كل مستشفى وفقاً للجدول التالي:

مستشفى الأندلس	مستشفى الرازي	مستشفى الرشيد	مستشفى المواساة الخيري	اسم المستشفى المقترحات
	*	*		على الإدارة اتخاذ القرارات الاستراتيجية والروتينية في الوقت المناسب
	*			منح الإدارات الوسطى المزيد من الصلاحيات لإنجاز أعمالها
	*	*		أن تكون علاقات المتابعة بين المستويات الإدارية أكثر كفاءة ووضوحاً
*	*			أن تكون مسؤوليات ومهام كل عامل محددة بدقة ووضوح
		*		أن يمتلك مدراء الأقسام خبرة أكبر وقدرة على الإشراف
		*		يجب تعزيز علاقات التعاون بين المستويات الإدارية
		*	*	التخلي عن بعض المهام الإدارية غير الضرورية
	*		*	تبسيط اجراءات العمل لإنجاز الأعمال بمرونة أكبر
	*	*		التركيز على العمل الجماعي أكثر من العمل الفردي
	*	*		رقابة و تقييم أكثر لنتائج أعمال الإدارات الدنيا

		*		تعريف العاملين بالأهداف المستقبلية للمستشفى والاستماع أكثر لوجهات نظرهم
	*	*		أن يتناسب عائد العمل مع الجهد المبذول من قبل العامل
	*	*		أن تتبع الإدارة مبدأ عدم التدخل في اتخاذ القرارات الروتينية و العادية
		*		مرونة أكبر في منح الصلاحيات و تفويض السلطات
		*		يجب أن تمتلك الإدارة القدرة على التوجيه الفعال
*				تشجيع العاملين على الالتزام بمستويات عالية من الأداء
	*	*	*	تنمية بعض المهارات الأساسية
	*	*	*	أن تكون النظم الإدارية المتبعة أكثر مرونة بعيدة عن التعقيد ومشجعة لروح الابتكار
		*		بذل جهد أكبر من أجل تلبية الحاجات الشخصية للعاملين و الاهتمام بمشاكلهم الخاصة
	*	*		إعطاء مجال أكبر للعاملين بالمشاركة في اتخاذ القرارات
		*		السماح للعاملين بالنقد البناء و إبداء وجهات النظر
*	*		*	التخفيف قدر الإمكان من انتقاد العاملين علناً
	*	*		تبني سياسة وخطط تدريب واضحة و دائمة
	*			استخدام أساليب تدريب حديثة و متناسبة مع محتوى البرنامج التدريبي
*	*	*		تخصيص ميزانية لتمويل البرامج التدريبية
	*	*		وضع خطط لربط جودة التدريب بجودة الخدمات الصحية
	*			وضع المزيد من الخطط لتحسين جودة التدريب و المشاركة في المؤتمرات و الندوات العلمية في مجالات العمل

*	*	*		ضرورة متابعة وتقييم نتائج التدريب
		*		بذل الجهود من أجل تقديم خدمات صحية بالشكل الأمثل
	*	*		العمل على توفير جميع احتياجات المرضى من الأدوية
		*		استقطاب عاملين ذوي خبرة وكفاءة عاليتين
	*			تجنب الأخطاء - قدر الإمكان - في فاتورة المستشفى المقدمة للمرضى وفي ملفاتهم
	*			ضرورة توافر تجهيزات فندقية ممتازة لإقامة المرضى تلبي احتياجاتهم

- أبو بكر، مصطفى محمود (٢٠٠٥): التنظيم الإداري: في المنظمات المعاصرة. الدار الجامعية، الاسكندرية.
- أبو شيخة، نادر أحمد (٢٠٠٠): إدارة الموارد البشرية. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- الأحمدى، طلال (٢٠٠٤): إدارة الرعاية الصحية. الرياض: معهد الإدارة العامة.
- الأحمدى، طلال (٢٠٠٢): إدارة الجودة الشاملة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية و ضمان استمرار الالتزام بها. الرياض: معهد الإدارة العامة.
- البكري، ثامر (٢٠٠٥): إدارة المستشفيات. عمان: دار اليازوري.
- البكري، ثامر (٢٠٠٥): تسويق الخدمات الصحية. عمان: دار اليازوري.
- السالم، مؤيد سعيد. صالح، عادل حرحوش، إدارة الموارد البشرية: مدخل استراتيجي. عمان: عالم الكتب الحديث، ٢٠٠٦.
- السيس، شعبان علي حسن (٢٠٠٩): السلوك التنظيمي بين النظرية والتطبيق. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- الطجم، عبدالله بن عبد الغني، السواط، طلق بن عوض الله (٢٠٠٣): السلوك التنظيمي: المفاهيم والنظريات والتطبيقات. جدة: دار حافظ للنشر وتوزيع.
- الصرن، رعد (٢٠٠١): معجزة الجودة الشاملة: كيف تتعلم أسرار الجودة الشاملة. دمشق: دار علاء الدين.
- القحطاني، محمد دوليم (٢٠٠٥): الموارد البشرية: نحو منهج استراتيجي متكامل. الرياض، الطبعة الأولى.
- العساف، صالح (٢٠٠٦): المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية. الرياض: مكتبة العبيكان.
- الكبيسي، عامر (٢٠٠٦): التطوير التنظيمي وقضايا معاصرة. دمشق: دار الرضا للنشر والتوزيع.
- المحياوي، قاسم نايف (٢٠٠٦): إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وتطبيقات. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- المغربي، عبد الحميد (٢٠٠٦): الإدارة: الأصول العلمية والتوجهات المستقبلية. المكتبة العصرية، المنصورة.
- المغربي، كامل محمد (١٩٩٥): السلوك التنظيمي: مفاهيم وأسس سلوك الفرد و الجماعة في التنظيم، دار الفكر للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
- المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق الأوسط (٢٠٠٧): الإدارة الصحية، بيروت: أكاديمية انترناشيونال.
- بربر، كامل (٢٠٠٨): إدارة الموارد البشرية: اتجاهات و ممارسات. بيروت: دار المنهل اللبناني.
- بلوط، حسن إبراهيم (٢٠٠٥): المبادئ و الاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات. دار النهضة العربية، بيروت.
- جاد الرب، سيد محمد (٢٠٠٨): الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية. الاسماعيلية: مطبعة العشري.
- حجازي، محمد حافظ (٢٠٠٥): إدارة الموارد البشرية. الإسكندرية: دار الوفاء للطباعة والنشر، الطبعة الأولى.
- حرساني، حسان (١٩٩٠): إدارة المستشفيات. الرياض: معهد الإدارة العامة، منشورات الجواهر.
- حمود: خضير كاظم، الشماع: خليل محمد حسن (٢٠٠٠): نظرية المنظمة. عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى.
- حنفي، عبد الغفار (٢٠٠٧): السلوك التنظيمي وإدارة الموارد البشرية. الدار الجامعية، الإبراهيمية.
- دعبول، محمد زاهر، وآخرون (٢٠٠٣): مبادئ تسويق الخدمات. دمشق: دار الرضا.
- رسمي، محمد حسن (٢٠٠٤): السلوك التنظيمي في الإدارة التربوية. الإسكندرية: دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.

- طه، طارق (٢٠٠٧): السلوك التنظيمي في بيئة العولمة والإنترنت. دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية.
- علاء الدين، رسلان (٢٠١٣): التطوير التنظيمي. دمشق، دار رسلان للنشر والتوزيع.
- غنيم، أحمد محمد (٢٠٠٦): إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة، القاهرة: المكتبة العصرية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى.
- فليه، فاروق عبده، المجيد، محمد عبد (٢٠٠٥): السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- قنديل، علاء محمد (٢٠١٠): القيادة الإدارية وإدارة الابتكار. دار الفكر، عمان.
- ماهر، أحمد (٢٠٠٣): السلوك التنظيمي: مدخل بناء المهارات. الإسكندرية: الدار الجامعية للنشر والتوزيع.
- ماهر، أحمد (٢٠٠٧): التنظيم: الدليل العملي لتصميم الهياكل و الممارسات التنظيمية. الاسكندرية، الدار الجامعية.
- مخير، حنان محمود (٢٠١٠): إدارة المستشفيات. دمشق: المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر: الطبعة الأولى.
- مصطفى، أحمد السيد (٢٠٠٤): إدارة الموارد البشرية: الإدارة العصرية لرأس المال الفكري، القاهرة.
- مضر، زهران (٢٠٠٧): إدارة المستشفيات و الرعاية الصحية. عمان: دار زهران للنشر و التوزيع.

٢. باللغة الأجنبية:

- Besterfield , D. (2004) Quality control, 7th ED, New York, Pearson Prentice Hall,
- Brown, j. (2008) The health quality handbook : A professional resource and study guide, 23rd Annual ED, JB Quality Solutions.
- Farnum, N. (1994) Modern statistical quality control and improvement, California ,Duxbury Press.
- Gilmore, A. (2003) Service marketing and management,1st ED, New Delhi, SAGE Publications.
- Greenberg, J. (2000) Behavior in organizaiaon: understanding and managing the human side of work , 9th ED, New York prentice hall.
- Hoffman, k, et al. (2006) Service marketing: concept, strategies and cases, 3rd ED, London , Thomson /South-Western.
- Jones, G, George,J. (2012) Understanding and managing organizational behavior, 6th ED, , New Jersey, prentice hall.
- Juran , J , Godfrey ,A. (1999) Juran's quality handbook, 5th ED, new york, McGraw-Hill.
- Kanji, G, et al. (2007) Fundamentals of total quality management, international ED, Taylor & Francis.
- Knowles, G. (2011) Quality management, Frederiksberg ,Ventus publishing ApS, at www.Bookboon.com.
- Kotler, P, et al. (2005) Principle of marketing, 4th ED, Pearson Education Limited.
- Kotler, P. (2000) Marketing management, 10th ED, New Jersey, Prentice-Hall.
- Kotler, p. (2012) Marketing management, 14th ED, New Jersey, Prentice Hall.

- Lovelock, C, wright, k. (2002) Principles of service marketing and management, 2nd ED, New Jersey ,Prentice Hall.
- Mudie , P. (2006) Service marketing management, 3rd ED, London , Elsevier.
- Newby, t. (1992) How to design and deliver quality service training, London, kogan page Limited.
- Quick, J, Neison , D. (2011) Principles of organizational behavior; realities and challenges, 7th ED, China, cengage Learning,
- Robbinses, S, Judge, T. (2007) Organizational behavior, 12thED,New Jersey, prentice hall.
- Robbinses, S, Judge,T.(2013) Organizational behavior, 15thED, New Jersey,prentice hall ,2013.
- Rollinson, D, Organizational behavior and analysis: an intergrated approach,3rd ED, prentice hall, 2005.
- Stevenson, W.(2002) Operation management, 7th ED, new york ,McGraw-Hill.
- Thompson, L.(2008). Organizational behavior today, New Jersey, prentice hall.

ب. ١. الدراسات و البحوث (Journals & Dissertations & Confernces) ١. باللغة العربية:

- أبو خديجة، عبد الله (٢٠٠٧): المناخ التنظيمي وعلاقته بثقافة المنظمة: دراسة ميدانية على شركات التأمين المساهمة العامة في الأردن. ، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق.
- أبوشكر، أحمد (٢٠١٢) : أثر استخدام تكنولوجيا المعلومات في المستشفيات الخاصة على جودة الخدمات: دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات الخاصة في مدينة عمان من وجهة نظر الموظفين والمرضى. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، عمان.
- أبوشنب، هدى محمد (٢٠١٢): أثر الوظائف الأساسية على أداء منظمات الأعمال التعليمية الخاصة: دراسة حالة مؤسسة المدراس العالمية في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة الشرق الأوسط، عمان.
- أبو شيخة، نادر أحمد. المناخ التنظيمي وعلاقته بالمتغيرات الشخصية والوظيفية: دراسة ميدانية مقارنة بين القطاعين العام والخاص الأردنيين.مجلة جامعة الملك عبد العزيز، العدد الثاني، المجلد التاسع عشر. ٢٠٠٥.
- أحمد، عامر (٢٠١٣): أثر التفكير الاستراتيجي على الهيكل التنظيمي. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق.
- الأحمدى، حنان عبد الرحيم (٢٠٠٦): محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية: دراسة نوعية. دورية الإدارة العامة، المجلد السادس والأربعون، العدد الثالث،ص ص ٤٥٣ – ٥٠٩.
- الجاموس، عبد الرحمن (٢٠١٢): تطوير خطة استراتيجية متكاملة وقياس أداء غرفة صناعة حلب باستخدام نموذج الأداء المتوازن، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة تشرين.
- الأعمى، محمد ابراهيم (٢٠١٢): أثر دورة حياة المنظمة على الهيكل التنظيمي بالمنظمات الصناعية: دراسة ميدانية على مصانع الشركة الليبية للحديد والصلب. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق ،سوريا.
- الأغا، وفيق حلمي (٢٠٠٣): دور القيادات الإدارية في التطوير والتنمية الإدارية. المؤتمر السنوي العام الرابع في الإدارة - القيادة الإبداعية لتطوير وتنمية المؤسسات في الوطن العربي، دمشق.

- البدر، ابراهيم (٢٠٠٦): المناخ التنظيمي و علاقته بضغوط العمل: دراسة ميدانية على ضباط مديرية الدفاع المدني بمنطقة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود.
- البقمي، محمد فتحي (٢٠١٠): المناخ التنظيمي وعلاقته بالأداء الوظيفي: لموظفي إمارة منطقة مكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.
- الجزماتي، أحمد غسان (٢٠١١): أثر تدريب الموارد البشرية على جودة الخدمة التأمينية: دراسة تطبيقية على عدد من شركات التأمين السورية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
- الزايد، هايل عبد الوهاب (٢٠١١): تأثير التدريب على اتجاهات العاملين نحو التغيير: دراسة ميدانية في مستشفيات وزارة التعليم العالي في سورية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
- السكران، ناصر محمد ابراهيم (٢٠٠٤): المناخ التنظيمي وعلاقته بالأداء الوظيفي: دراسة مسحية على ضباط قطاع قوات الأمن الخاصة بمدينة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
- السليمان، وائل رمضان (٢٠٠٧): أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية على مستشفيات وزارة التعليم العالي في سورية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
- السويسي، دلال (٢٠١٢): نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية: دراسة حالة على مستشفى محمد بوضياف ورقلة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر.
- الشكري، عبد العظيم (٢٠٠٦): الجودة في المصارف التجارية: المفهوم والتطبيقات، مجلة القادسية للعلوم الإدارية و الاقتصادية، المجلد الثامن، العدد الرابع، ص ص ١٤٢-١٧٠.
- الشمري، غربي (٢٠٠٦): المناخ التنظيمي في الكليات التقنية: دراسة ميدانية بالمملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود.
- الشنطي، محمود عبدالرحمن ابراهيم (٢٠٠٦): أثر المناخ التنظيمي على أداء الموارد البشرية: دراسة ميدانية على وزارت السلطة الوطنية الفلسطينية في قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة ، فلسطين.
- الشيخ، الداوي (٢٠٠٨): تحليل أثر التدريب والتحفيز على تنمية الموارد البشرية في البلدان الإسلامية. مجلة الباحث، العدد السادس، ص ص ٩-١٦.
- الشخيلي، زينب يوسف (٢٠٠٩): الأداء الاستراتيجي في ظل تغييرات أبعاد الهيكل التنظيمي للمنظمات: دراسة تطبيقية تحليلية في القطاع المصرفي الخاص. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق.
- الصرن، رعد حسن (١٩٩٨): طرائق تحسين الجودة في المنظمات الصناعية السورية: دراسة ميدانية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق.
- الصفار، أحمد عبد (٢٠٠٩): أثر المناخ التنظيمي في الأداء والميزة التنافسية: دراسة ميدانية في المصارف التجارية الأردنية. مجلد الإدارة والاقتصاد، العدد السابع والسبعون، ص ٦٥ - ٩٦.
- الطويل، أكرم، آخرون (٢٠١٠): إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الإدارية و الاقتصادية، المجلد السادس، العدد التاسع عشر، ص ص ٩ - ٣٨.
- العامري، نجاة (٢٠٠٨): تسويق الخدمات الصحية: دراسة حالة: مصحة أبو القاسم. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة قسنطينة، الجزائر.
- العدوان، ياسر، وآخرون (٢٠٠٨): تقييم المديرين للمناخ التنظيمي السائد في المراكز الصحية الشاملة في إقليم الشمال في الأردن: دراسة ميدانية. مجلة جامعة دمشق، المجلد ٢، العدد الثالث والرابع.

- الغبيوي، ناصر سعدي (٢٠٠٣): علاقة النمط القيادي بأداء الأطباء في المستشفيات العسكرية و المدنية: دراسة مقارنة بين مستشفى الملك فهد و مجمع الرياض الطبي، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض.
- الفهيدى، عبد الله عبده محمد (٢٠٠٩): أنماط السلوك القيادي السائد لدى مديري إدارات التربية و التعليم بمحافظة تعز في الجمهورية اليمنية و علاقتها بالمناخ التنظيمي : من وجهة نظر رؤساء الأقسام العاملين معهم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، الأردن.
- القوقا، ابراهيم عبدالمجيد (٢٠٠٧): أثر التدريب على أداء المشروعات الصغيرة في قطاع غزة: دراسة حالة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، فلسطين.
- اللوح، نبيل عبد شعبان (٢٠٠٧): تطور الهياكل التنظيمية للوزارات الفلسطينية في قطاع غزة و أثره على الكفاءة الإدارية. مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد الخامس عشر، العدد الثاني، ص ص ٤٦١ - ٥٠٦.
- المارديني، مزنة أحمد (٢٠١٣): فاعلية تدريب الموارد البشرية و انعكاساته في تحسين جودة الأداء: دراسة ميدانية في المصارف الإسلامية في سورية. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق.
- المحمد، معن (٢٠٠٢): دراسة الجوانب التنظيمية و مدى مساهمتها في تحقيق أهداف شركات الألبان و مشتقاتها في القطاع العام في الجمهورية العربية السورية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.
- المدهون، إياد ابراهيم خليل (٢٠١٢): العلاقة بين المناخ التنظيمي و الصراع التنظيمي لدى الموظفين الإداريين في الجامعات الفلسطينية بقطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة ، فلسطين.
- المراد، حسين محمد (٢٠٠٥): تأثير سلوك القيادة التحويلية على اتجاهات العاملين نحو التغيير: دراسة تطبيقية على مؤسسة الطيران العربية السورية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق.
- المطرفي، محمد بن سليم عطية (٢٠١٣): المناخ التنظيمي و دوره في تطبيق إدارة المعرفة: من وجهة نظر العاملين في إمارة منطقة المدينة المنورة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية، الرياض، السعودية.
- برهوم، أديب، و آخرون (٢٠٠٧): أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي: دراسة تطبيقية على مستشفى الأسد الجامعي في اللاذقية. مجلة جامعة تشرين للدراسات و البحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية و القانونية، المجلد ٢٩، العدد الثاني، ص ٢٠٣ - ٢٥٠.
- بلقاضي، آسيا (٢٠١٠): الأنماط القيادية و أثرها في جودة الخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على قطاع المستشفيات. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.
- بوعباس، أحمد (٢٠١٠): أثر جودة الرعاية الصحية و الاتصالات على رضا المرضى : دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي و مستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الشرق الأوسط، عمان.
- حريم، حسين محمود (٢٠٠٦): أثر أبعاد الهيكل التنظيمي في بناء المعرفة التنظيمية: دراسة ميدانية في المستشفيات الأردنية الخاصة. مجلة الزرقاء للبحوث و الدراسات، المجلد الثامن، العدد الأول.
- حسن، رضا عبدالمنعم، (٢٠١٠): العلاقة بين الرسمية و المركزية و تأثيرهما في جودة الخدمة الصحية: دراسة استطلاعية لآراء عينة من العاملين و المرضى في بعض مستشفيات بغداد. مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد الرابع و العشرون، ص ص ١٠٧ - ١٤٧.
- حماد، إياد عبد اللطيف (٢٠١١): أثر الأنماط القيادية على الأداء الوظيفي للعاملين: دراسة ميدانية في المستشفيات العامة في محافظة دمشق. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
- حموي، فواز ، إسماعيل، محمد (٢٠١١): قياس جودة الخدمة في القطاع المصرفي: دراسة ميدانية مقارنة بين المصارف الخاصة و العامة، مجلة جامعة تشرين للبحوث، المجلد الثالث و الثالثون، العدد السادس، ص ص ١٠٥ - ١٢٤.

- ذياب، صلاح محمود (٢٠١٢): قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى و الموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية و الإدارية، المجلد العشرين، العدد الأول، ص ص ٦٩- ١٠٤.
- سادات، دينا (٢٠١١): قياس مدى تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية: دراسة ميدانية مقارنة بين بعض المستشفيات العامة و الخاصة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق.
- سادات، دينا (٢٠١١): قياس مدى تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية: دراسة ميدانية مقارنة بين بعض المستشفيات العامة و الخاصة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق.
- سرکجي، شهد يوسف، الكفيري، رؤى مهدي (٢٠١١): أثر المناخ التنظيمي السائد في المشفى على رضا المرضى عن الخدمة المقدمة في المستشفيات الحكومية الفلسطينية من وجهة نظر العاملين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
- صباح، شاوي (٢٠٠٩): أثر التنظيم الإداري على أداء المؤسسات الصغيرة والمتوسطة: دراسة تطبيقية لبعض المؤسسات الصغيرة والمتوسطة بولاية سطيف. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة فرحات عباس، الجزائر.
- صغيرو، نجاه (٢٠١١): تقييم جودة الخدمات الصحية: دراسة ميدانية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، الجزائر.
- صليحة، شامي (٢٠١٠): المناخ التنظيمي وتأثيره على الأداء الوظيفي للعاملين: دراسة حالة جامعة بومرداس. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أمحمد بوقرة بومرداس.
- عارف، كاظم فرج & محمد، جلال عبدالله (٢٠١٣): أثر المناخ التنظيمي في تحقيق جودة التعليم التقني: دراسة استطلاعية في الكليات التقنية في السلیمانية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزيتونة الأردنية، العراق.
- عايش الطيب، إيهاب محمود (٢٠٠٨): أثر المناخ التنظيمي على الرضا الوظيفي: دراسة حالة في شركة الاتصالات الفلسطينية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- عائشة، عتيق (٢٠١١): جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أبو بكر، الجزائر.
- عبد القادر، دبون (٢٠١٢): درو التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية، مجلة الباحث، العدد الحادي عشر، ص ص ٢٢٥- ٢٢٤.
- عبد بحر، يوسف، أبوسويح، أيمن (٢٠١٠): أثر المناخ التنظيمي على الأداء الوظيفي للعاملين الإداريين: دراسة تطبيقية في الجامعة الإسلامية بغزة. مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد الثامن عشر، العدد الثاني.
- عبدان، وحيد فواز (٢٠١١): تأثير المناخ التنظيمي على الرضا الوظيفي: دراسة ميدانية على المشروعات المتوسطة والصغيرة في سورية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق.
- قرواني، خالد (٢٠١٠): مدى تأثير المناخ التنظيمي في منطقة سلفيت التعليمية على الأداء الوظيفي للعاملين فيها من وجهة نظرهم. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة القدس، فلسطين.
- محارمة، نائر محمد (١٩٩٦): المناخ التنظيمي في الفكر الإداري. مجلة الإداري، العدد الخامس والستون، المجلد الثامن عشر.
- ملح، يحيى سليم (٢٠٠٦): أثر المناخ التنظيمي على الرضا الوظيفي: دراسة حالة شركة الاتصالات الأردنية الحديثة. المجلة العربية للإدارة، العدد الثاني، المجلد السادس والعشرين.
- ميا، علي يونس وآخرون (٢٠٠٩): قياس أثر التدريب في أداء العاملين: دراسة ميدانية على مديرية التربية في سلطنة عمان. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المجلد الواحد والثلاثون، العدد الأول، ص ص ١٣٥- ١٦٢.
- هدى، جبلي (٢٠٠٩): قياس جودة الخدمة المصرفية: دراسة حالة لبنك البركة الجزائري. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة منتوري، الجزائر.

- هزي، أسامة عبد الكريم (٢٠١١): التدريب وأثره على أداء الموارد البشرية في القطاع المصرفي الخاص: دراسة ميدانية على المصارف الخاصة في الجمهورية العربية السورية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.

٢. باللغة الأجنبية:

- AL-Hashem,A., Y. (2012): Measuring The Quality System Of Health Services From The Patients Persepective, **Journal Of Psychology And Business**, Vol.7,NO.1, pp.1-25.
- Anamali , et.al (2011) : Quality Management for hospital service. **3rd International Conference On Information And Financial**. Vol.12, No.12, pp. 246 – 251.
- Anderson, E.A, (1995): Measuring Service Quality At A University Health Clinc, **International Journal Of Health Care Quality Assurance**, Vol.8,No.2, PP.32-37.
- At :
<http://www.jstor.org/discover/10.2307/1252256?uid=2&uid=4&sid=21103557615733>
- Bellou, v (2009): Examining Organizational Climate In Greek Hotels From A Service Quality Perspective. **International Journal Of Management**. Vol.21,No.3,pp.294-307.
- Benzer , J, et .al (2011) :The relationship between organizational climate and Quality of chronic disease management. **Health Service Research**. Vol.46, No.3,pp. 692.
- Biswas,D , Rana, B (2012): A conceptual Framework To Identify Quality Attributes In Healthcare Organizations, **International Journal Of Contemparay Business Studies**, Vol.3,No.12, pp.2156-7506.
- Caha , H (2007): Service Quality in private hospital in Turkey. **Journal Of Economic And Social Research**. Vol.9, No.1, pp.55 – 69.
- Campbell ,J.P.& Beaty,E.E, (1971): Organizational Climate: It's Measurements and Relationship to Work Group Performance Washington D.C.p.13.
- Castro , M (2008): The Relationship Between Organizational Climate And Employee Satisfaction In A South African Information And Techonology Organization. **Master Thesis, University Of South Africa**, South Africa.
- Chegini, M (2012): The Study Of The Relationship Between Organizational Climate And The Staff's Entrepreneurial Spirit, **Journal Of Basic And Applied Scientific Research**. (Vol.2,No.12),pp.13027-13032.
- Coulthard ,L (2004): Measuring Service Quality: A Review and Critique of Research Using Servqual , **International Journal of Market Research**, Vol.46,Quarter 4,PP. 479-49.

- Cronin, J. Joseph, and Taylor, Steven A (1994), Servperf Versus Servqual : Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations
- Dagger, T.S, Sweeney, J.C (2007): Service Quality Attribute Weights: How do Novice And Longer-term Customers Construct Service Quality Perceptions?, **Journal Of Service Research**, Vol.10,No.1, pp.22-42.
- Donabedian, AV, (1988): The Quality Of Care: How Can IT Be Assessed, **JAMA**, Vol.260,No.12, pp.1743-1748.
- Faisal , F, et.al (2004) : Quality Management in the healthcare industry. **Decision (0304-0941)** .Vol.31, No.2, pp.137 – 167.
- Forehand and Gilmer, (1964): Environmental Variation In Study of Organizational Behavior . **Psychological Bulletin**, Vol.62, No.6.pp.63.
- Forushani, A, et.al (2012): The effect of service quality on patient loyalty: a study of privet hospitals in Tehran. **Iranian J Publ Health**. Vol.41, No.9, pp.71 – 77.
- Fuentes, C.M, (1999): Measuring Hospital Service Quality: A Methodological Study, **Managing Service Quality**, Vol.9,No.4, pp. 230-239.
- Glaveli, N, el.al (2008): Qulaity In NHS hospitals: no one knows better than patients. **Measuring Business Excellence**. Vol.13, No.1, pp.34 – 46.
- Gronroos, C (1984): A service Quality Model And Its Marketing Implications, **European Journal Of Marketing**, Vol.18,NO.4, PP.36-44.
- Gupta , Anita (2008): Organizational Climate Study. **Master Thesis, Institute Of Rural Management**,ANAND,India.
- Halpin , A, Croft, D (1963): the organizational climate of schools. Vol.1,No.7.
- Hirtz, P.D, et al, (2007): The Effect Of Leadership On Quality. **Engineering Management Journal**, Vol.19, NO.1, pp.22-27.
- Hollis, C (2006): Service Quality Evaluation In Internal Healthcare Service Chains, **Doctors Thesis**, Queensland University Of Technology,Australia.
- Jabnoun ,N (2005): Transformational Leadership and service quality in UAE hospitals. **Managing Service Quality**. Vol.15, No.1, pp.70 – 82.
- Jing , F (2011): Organzational Climate And Performance In Retail Pharmacies **Leadership & Organization Development Journal** , (Vol.32,No.3) , pp.224-242.
- Johnson, W ,et.al (2013): Out-Patent Service Quality Perceptions In Private Thai Hospitals, **International Journal Of Business And Social Science**, Vol.4,No.2, PP.57-66.
- Jusoff , H, Rashid, W (2008): Service Quality In health Care Setting, **International Journal Of Health Care Quality Assurance**, Vol.22,No.5, pp.471-482.
- Kazemi, N ,et al (2013): Measuring Hospital Service Quality And It's Influence On Patient Satisfaction: An emprical Study Using Structural Equation Modeling **Management Science Letters**, pp.2125-2136. Contents lists available at.

- Khanfar, S.M,(2011): Impact of Training on Improving Hotelling Service Quality. **Journal Of Business Studies Quarterly**, Vol.2,No.3, PP.84-93.
- Kiernan, J (1992): Conflict Management And Organizational Climate: Head Nurse Styles And Staff Nurse Perceptions. **Doctorate Thesis, University Of Utah**,United States.
- Kueh, k, (2007): Culture And Service Quality Expectations, **Managing Service Quality**, Vol.17, No.6, pp. 650-680.
- Latif, A, et.al (2010): Relationship between Organizational Climate and Nurses' Job satisfaction in Bangladesh.**The 2nd Interbational Conference On Humanities And Social Sciences**. Pp.1 – 11.
- Lehtinen, J, Lehtinen, U (1991): Two Approaches To Service Quality Dimensions, **The Service Industries Journal** ,Vol.11,No.3, pp.287-303.
- Lewis, B (1993): Service Quality Measurement, **Marketing Intelligence & planning**, Vol.11,No.4, pp.4-12.
- Litwin , G, Stringer, R (1968): Motivation and Organizational Climate. Master Thesis, **Harvard University**, Boston.
- Luke, G.J (2007): An Assessment Of The Service Quality Expectations And Perceptions Of The Patients Of A wali Hospital In The Kingdom Of Bahrain, **Master Thesis,Rhodes University**, South Africa.
- Manjunath, S.J, et al (2012): Service Quality At Hospital: A study Of Apollo Hespotal In Mysore, **Journal Of Business And Management**, vol.4,No.1, PP.1-48.
- Markovic, S (2006): Expected Service Quality Measurement In Tourism Higher Education, **University of Rijeka**,pp.86-95.
- Measurement of Service Quality,[Electronic Version]**Journal of Marketing**,
- Meirovich, G, et.al (2007): Quality of Hospital Service : the impact of formalization and decentralization, **International Journal Of Health Care Quality Assurance**. Vol.20,No.3, pp. 240.252.
- Mojtahedzadeh & et.al (2011) :Study of Relationship between Organizational Climate and Commitment staff in Sosangerd Azad Islamic University. **Australian Journal of Basic and Applied Sciences**. Vol.5, No.12, pp. 1265 – 1296.
- Mok, E, auyeung, B (2003): Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Honk Kong. **Journal Of Nursing Management**. Vol.10, No.1, pp.129 – 137.
- Mosadeghrad, A.M (2013):Health Service Quality Towards A broad Defintion, **International Journal Of Health Care Quality Assurance**, Vol.26,No.3, PP.203-219.

- Muiruri, B , wanjau, K (2012): Factors Affecting provision of service quality in the public Health sector. **International Journal Of Humanities And Social Science**. Vol.2, No.13, pp. 114 – 125.
- Odgerel, C.o, (2010): The Perceived Quality Of Healthcare Service And Patients Satisfaction In District Hospitals, **Master Thesis**, Asia Pacific University.
- Padma, p , et.al (2009) : Service Quality and it's impact on customer satisfaction in Indian hospitals. **Benchmarking An International Journa**.Vol.17, No.6, pp.807 – 839.
- pai, p, Chary, s (2012) : Measuring hospital service quality. **International Conference On Humanities, Economics And Geography**. Vol.17, No.18, pp.192 – 195.
- Parasuraman, A ,et.al (1985): A Coneptual Model Of Service Quality And Its Implications For Future Research, **Journal Of Marketing**, Vol.49, pp.41-50.
- Parasuraman, A, et.al (1988): Servqual: A Multiple Item Scale For Measuring Consumer Perceptions Of Service Quality, **Journal Of Retailing**, Vol.64, NO.1, PP.12-40.
- Paul, T, et.al (1982): **People At Work: Human Relation In Organization**, West Publishing Co, Minnesota. p.p, 104-107.
- Purohit ,B, Wadhwa, A (2012): Organizational Climate From view Point Of Motivation In District hospital. India,**Journal Of Health**. (Vol.4,No.7), p.p.400-406.
- Sandika ,L (2006): A Study On Organizational Climate Perception By Veterinary Officers And Veterinary Livestock Inspectors Of Department Of Animal Husbandry And Veterinary Service, Karnataka. **Master Thesis, University Of Agricultural Sciences**, India.
- Sani , A (2011): Influences Of Firm Size, Age And Organizational Climate On The Adoption Of Strategic Human Resource Management Practices. **International Review Of Business And Social Sciences**.Vol.1,No.7, pp.22 – 36.
- Sani, A (2012): Strategic Human Resource Management And Organizational Performance In The Nigerian Insurance Industry: The Impact Of Organizational Climate.**Business Intelligence Journal** .Vol.5,No.1,pp.8 -18.
- Singh ,R, et al. (2011): Impact Of Oganizational Climate On Job Satisfaction; A Comparative Study. **International Journal Of Computer And Management Studies**,Vol.11,Issue.02 , pp.2231-5268. www.ijcsms.com .
- Srivastav ,A (2010): A Study On Organizational Climate In Sona Meta Chem: A project Report. **Master Thesis, SRM University SCHOOL Of Management**, India.
- Stromgren, OL (2007): Analyzing Service Quality: A study among peruvian Resort Hotels, **Master Thesis Lulea, University Of Technology**, Lima.

- Taner ,T, Antony ,J (2006): Comparing Public And Private Hospital Care Service Quality In Turkey, **Leadership In Health Service**, Vol.19,No.2, pp.1-12.
- Tewarie, S (2008): Measurement of Patient Satisfaction At The Academic Hospital, **MBA**, Lim A Po Institute, Suriname.
- Vanniarajan ,T, Arun, B (2010): Service Quality In Health Care Centers: **An Empirical Study, Global Management Review**, Vol.4,No.4, pp.1-15.
- Vol.58, PP.125-131.
- WAleed, T (2012): The Impact Of Health Service Quality On Patients' Satisfaction Over Private And Public Hospital In JOurdan: A comparative Study, **International Journal Of Marketing Studies**, Vol.4,No.1, pp.123-137.
- Wanjau, K.N, et.al (2012): Factors Affecting Provision Of Service Quality In The Public Health Sector: A case Of Kenyatta National Hospital, **International Journal Of Humanities And Social Science**, Vol.2,No.13, pp.114-125. www.ijhssnet.com
- Webster, CY, (1989): Can Consumers Be Segmented On The Basis Of Their Service Quality Expectations?,**The Journal Of Marketing**, Vol.3,No.2, pp.35-52.
- www.GrowingScience.com/msl
- Ying , L, et.al (2007): Nursing competency and organizational climate as perceived by staff nurses in a Chinese University hospital. **Nursing And Health Sciences**. Vol.9, pp.221 – 227.
- zamil, A, et.al (2012): The impact of health service quality on patients' satisfaction over private and public hospitals in Jordan: A comparative study. **International Journal Of Marketing Studies**. Vol.4, No.1, pp.123 – 137.
- Zineldin, Moad (2006):The Quality Of Health Care And Patient Satisfaction, **International Journal of Health Care**, Vol.19,No.1, PP.60-92.

الموقع الالكتروني لوزارة الصحة:

[/http://www.moh.gov.sy](http://www.moh.gov.sy)

<http://www.hrdiscussion.com> -

ABSTRACT

This study aims to define the extent of impact of the organizational climate dimensions in the health services quality – from the point of view of those supervising the private Hospitals under study – and to evaluate the organizational climate, and to identify the level of health services quality in these Hospitals.

The research has been applied on the following private Hospitals; Charity Muwasat Hospital, Alrashid Hospital, Alrazi Hospital and Alandalous Hospital. The questionnaires have been distributed on the medical cadres including (Nurses& Physicians) and among administrative cadres by 50% of the workers in each Hospital. (450) Questionnaires have been distributed, (315) were returned. Thus , the number of valid questionnaires for analysis (224) by 50%. According to their responses, the statistical analysis and the hypotheses test have been done to get the results and recommendations.

This study depends on the deductive approach through reviewing of the previous studies and the theoretical studies related to the research problem.

The study has reached up to some certain results, the most important of which are as follows:

- The level of the organizational climate in Charity Muwasat Hospital is the best, due of the availability of training division inside the Hospital in spite of the superiority of Alandalus Hospital in terms of the availability of dimensions of leadership and organizational structure.
- The health service quality in Alandalusia Hospital and all its dimensions (reliability, responsiveness, security, empathy and tangibility) are the best, followed by mowasat Hospital, Alrazi, then Alrashid.
- There is a significant relationship between quality of health service and all the dimensions of organizational climate in Hospitals under study.

- No significant differences between Hospitals in the organizational structure.
- There are a significant differences between the research sample of Hospitals, in terms of the leadership, training, quality of health services and organizational climate.

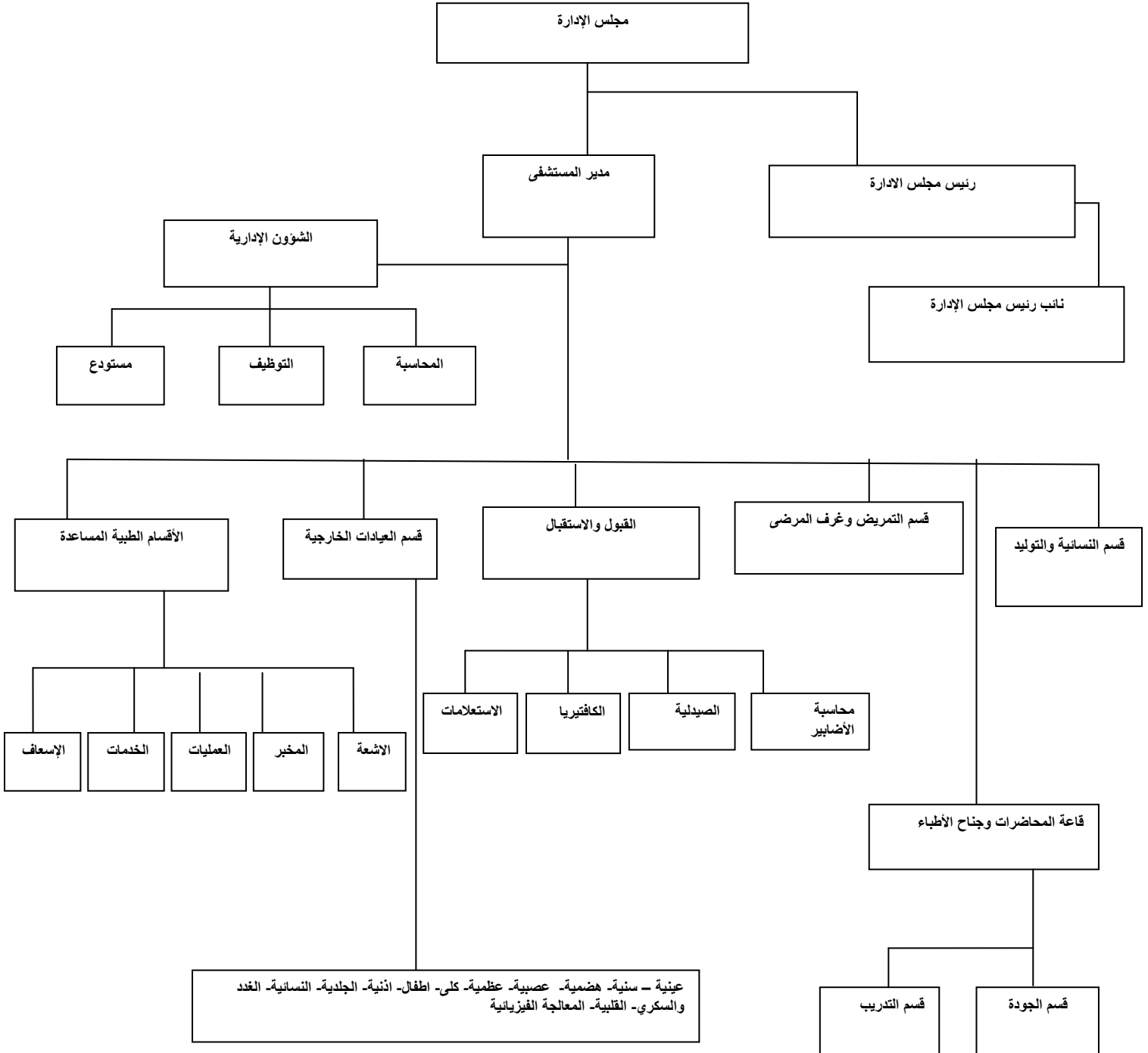
The study has reached up to a set of recommendations , the most important of which are as follows:

- To exert efforts to improve the organizational climate existing in both of ALrazi Hospital and Rasheed Hospital through focusing on Good availability for organizational climate dimensions (organizational structure – leadership – training).
- To exert more efforts to improve the quality of provided health services by all Hospitals of the research sample, but more in Alrazi Hospital and Rasheed Hospital, through focusing on Good availability for dimensions of the provided health service quality (reliability, responsiveness, security, empathy and tangibility)
- Pay more attention to the quality of the training for Hospitals of Al Razi, Rashid and Alandalus, Through building up a division specializing in training, as applied in the Charitable Mowasat Hospital, Which accordingly makes it distinguished in terms of the organizational climate.

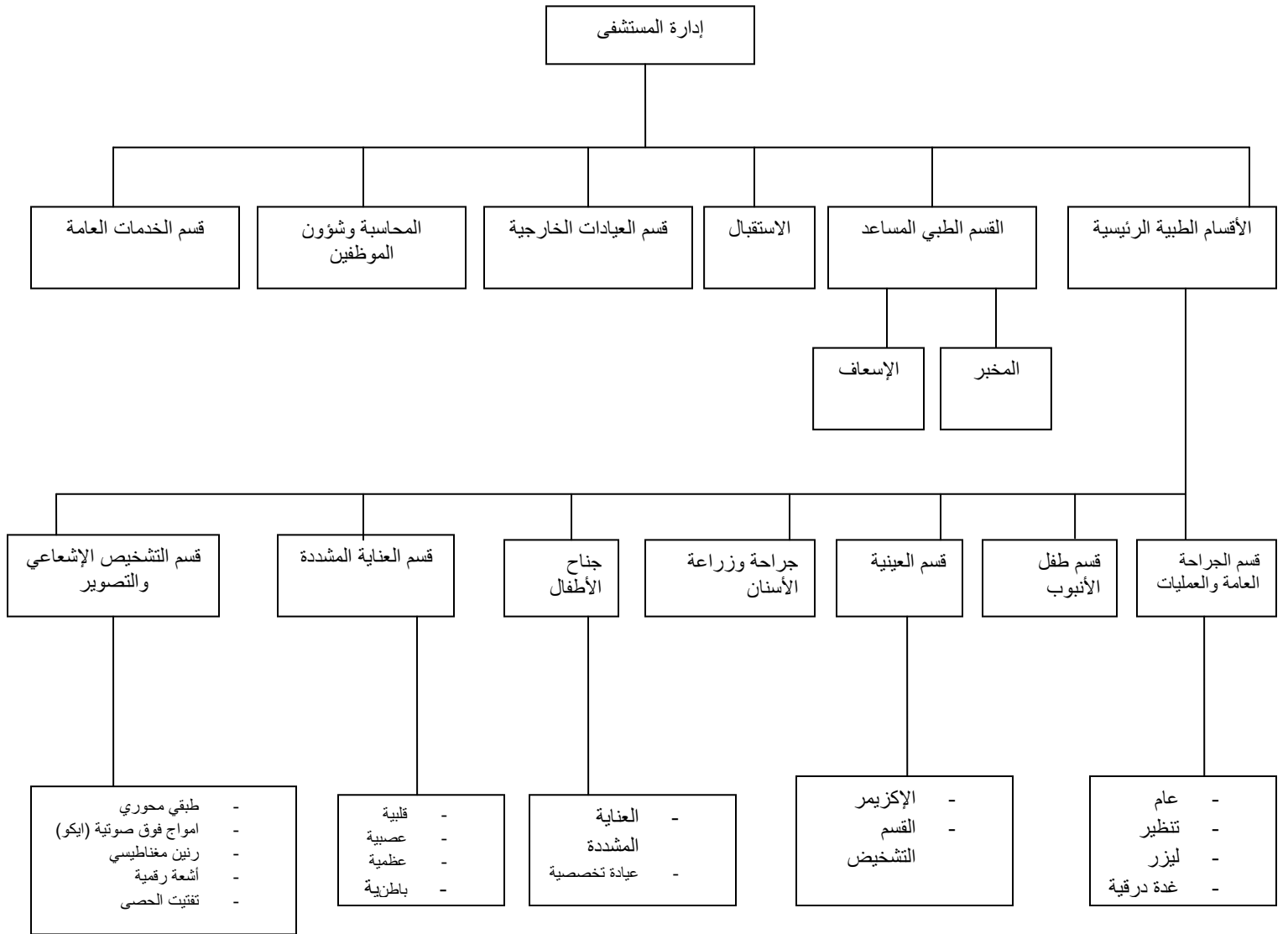
الملاحق

الملحق A

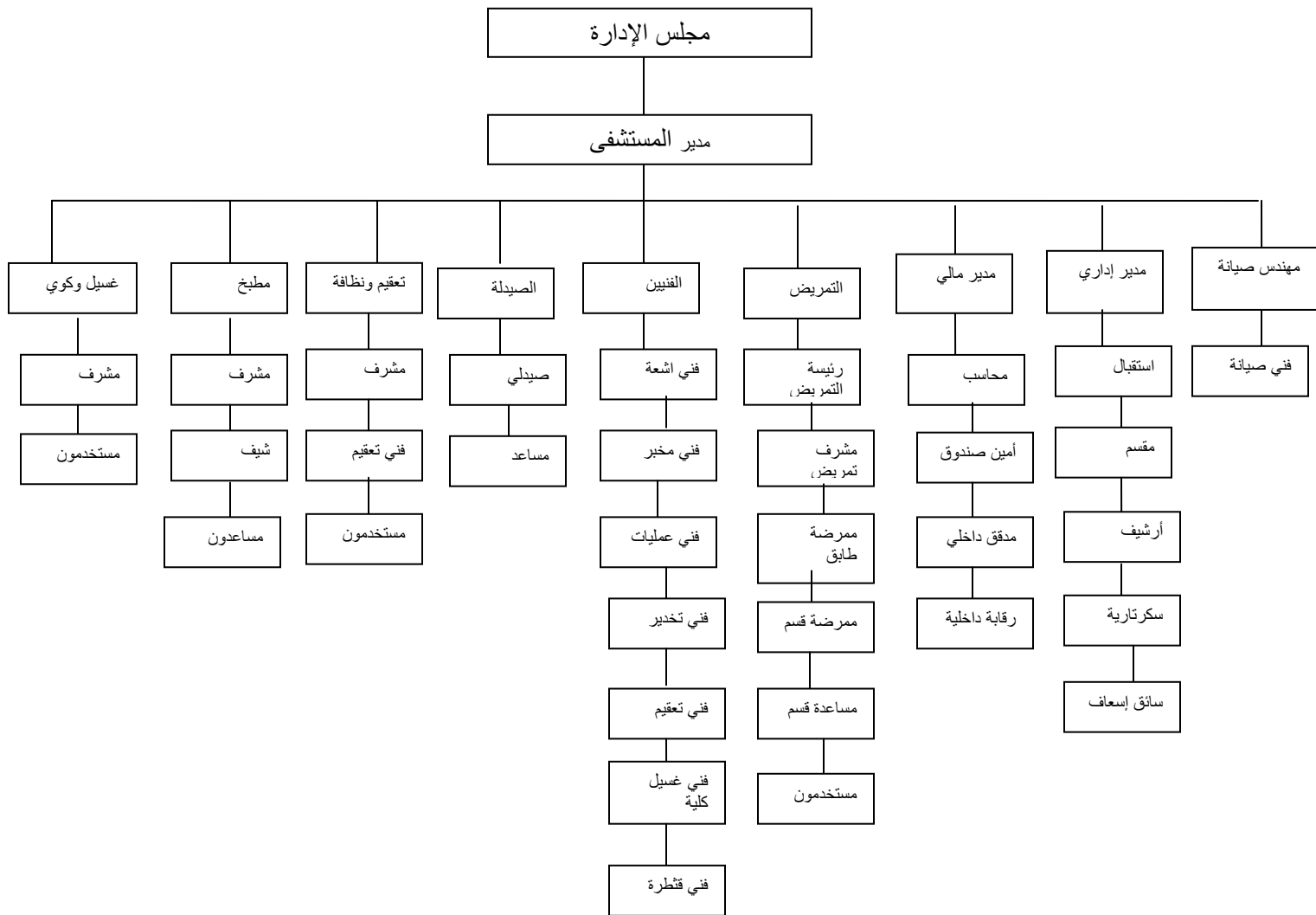
الهيكل التنظيمي لمستشفيات عينة البحث



الهيكل التنظيمي لمستشفى المواساة الخيري.



الهيكل التنظيمي لمستشفى الرازي



الهيكل التنظيمي لمستشفى الأندلس التخصصي.

الملحق (B) استبيان الدراسة

استبيان حول تأثير أبعاد المناخ التنظيمي في جودة الخدمات الصحية

دراسة ميدانية في بعض المستشفيات الخاصة بمدينة دمشق

السادة والسيدات الكرام

تحية طيبة وبعد:

يحضر الباحث طارق الأسدي بحثاً علمياً في إطار استكمال متطلبات نيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال بعنوان: تأثير أبعاد المناخ التنظيمي في جودة الخدمات الصحية، دراسة ميدانية في بعض المستشفيات الخاصة بمدينة دمشق.

تأتي هذه الدراسة من أجل التعرف على البيئة الداخلية لبعض المستشفيات الخاصة الموجودة في مدينة دمشق، وذلك من خلال تسليط الضوء على بعض أبعاد المناخ التنظيمي السائدة فيها، والتعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة، ومن ثم معرفة تأثير تلك الأبعاد في جودة الخدمات الصحية. بالإجابة على الاستبيان المرفق والإجابة على الأسئلة التي يتضمنها بدقة وموضوعية، علماً أن جميع البيانات ستستخدم لأغراض هذا البحث العلمي فقط وستعامل بسرية تامة.

أرجو من حضرتكم:

الإجابة على أسئلة الاستبيان المتعلقة بمحاور البحث بوضع إشارة (√) على إحدى الإجابات في الحقل

المناسب الذي يُعبّر عن إجابتك وفقاً للترتيب التالي:

غير موافق بشدة	غير موافق	حيادي	موافق	موافق بشدة
١	٢	٣	٤	٥

مع الشكر الجزيل على تعاونكم وتخصيص جزء من وقتكم للاطلاع على الاستبيان والإجابة على

مضمونه، ويشرفني الإجابة على استفساراتكم وملاحظاتكم حول الاستبيان المرفق على الرقم / /

الباحث

طارق الأسدي

القسم الأول: بيانات شخصية:

الجنس		ذكر		أنثى	
العمر		أقل من ٣٠ سنة	٣٠ - وأقل من ٤٠ سنة	٤٠ - وأقل من ٥٠ سنة	٥٠ - وأقل من ٦٠ سنة
العمل الوظيفي		طبيب	ممرض	موظف إداري	
المؤهل العلمي		ابتدائية ومادون	إعدادية	ثانوية	معهد
سنوات الخبرة العملية		أقل من سنة	سنة وأقل من ٥ سنوات	٥ - وأقل من ١٠ سنوات	١٠ - وأقل من ٢٠ سنة
				جامعة	دراسات عليا
				٢٠ فأكثر	١٥ - وأقل من ٢٠ سنة

القسم الثاني: أبعاد المناخ التنظيمي

أولاً: الهيكل التنظيمي

المتغيرات	الأسئلة	بشدة موافق	موافق	حيادي	موافق غير	بشدة موافق غير
المركزية	١. تتخذ الإدارة العليا القرارات الاستراتيجية في الوقت المناسب					
	٢. تتخذ الإدارة العليا القرارات الروتينية والتخصصية في الوقت المناسب					
	٣. تصنع القرارات وتتخذ وفق أسس علمية وموضوعية					
	٤. تجمع المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار بمشاركة مديري الإدارات والأقسام					
	٥. تمنح الإدارة المتوسطة صلاحيات كافية لانجاز أعمالها					
	٦. تفوض الإدارة العليا بعض صلاحياتها للمستويات الادارية الأدنى					
	٧. يخصص مديره المباشر وقتاً للإشراف عليك وعلى زملائك					
	٨. يملك مددريك المباشر خبرة وقدرة على الاشراف عليك وعلى زملائك					
	٩. عدد المرؤوسين الذين يعملون تحت إشراف المدراء في المستويات الادارية الدنيا أكبر من عدد هؤلاء الذين يشرف عليهم المدراء في المستويات الادارية الأخرى					
	١٠. تمنح التعويض المناسب لاتخاذ القرار من قبل مديره المباشر					
	١١. تجري الاتصالات مع المستويات الادارية العليا بسولة ويسر					
	١٢. علاقات المتابعة بين المستويات الادارية المختلفة تتميز بالكفاءة والوضوح					
	١٣. هناك علاقات تعاون بين الادارة والعاملين					

					١٤. سياسات وأهداف المستشفى واضحة ومفهومة	الرسمية
					١٥. الأعمال في المستشفى محددة بوضوح	
					١٦. العاملون ملتزمون بمستوى عال من الأداء	
					١٧. مسؤوليات الوظائف غالباً ما تكون محددة بدقة لكل عامل	
					١٨. تراجع الأعمال والمسؤوليات المحددة بصفة دورية	
					١٩. الأهداف ماثرة للتنافس والتحدي بين العاملين	
					٢٠. تشجيع كبير لإقامة عمل جماعي وفريق عمل بدلاً من العمل الفردي	
					٢١. تمنع الإدارة العليا من خلال تحذيرات الخروج عن قواعد العمل	
					٢٢. التعليمات الخاصة بإنجاز الأعمال مدونة ومفهومة من قبل العاملين	
					٢٣. هناك مرونة أثناء تأدية بعض الأعمال	
					٢٤. تستخدم الإدارة العليا غالباً الاتصالات الرسمية	
					٢٥. مديرو الإدارات العليا والوسطى ملتزمون بأسلوب معين عند أدائهم لأعمالهم	
					٢٦. العاملون في المستويات الدنيا ملتزمون بإتباع إجراءات وقواعد محددة عند إنجاز أعمالهم	
					٢٧. بعض مستويات الإدارة الموجودة حالياً غير ضرورية على الإطلاق	التعقيد
					٢٨. كثيراً ما تمنع الإجراءات إنجاز الأعمال بسرعة	
					٢٩. تسلسل الأوامر يتم بصورة مطولة	
					٣٠. بعض المهارات في المستشفى معدومة	
					٣١. النظم الإدارية الحالية تميل إلى قمع وإحباط روح الابتكار	
					٣٢. النظم كثيراً ما تكون معقدة وغير فعالة	
					٣٣. يوجد في المستشفى إدارات متنوعة ومختلفة	
					٣٤. تتطلب الأعمال المختلفة للإدارات معرفة متخصصة ومهارة عالية في العمل	
					٣٥. التنسيق فعال بين مختلف الإدارات لإنجاز الأنشطة المختلفة الخاصة بها	
					٣٦. يتم التعرف على نتائج أعمال الإدارات الدنيا بسهولة ويسر	

ثانياً: القيادة

					٣٧. تعرف الإدارة العاملين بالأهداف والرؤية المستقبلية للمستشفى ويعمل على تغييرها باستمرار	النمط التحويلي
					٣٨. تشجع الإدارة على العمل بروح الفريق	
					٣٩. تعتمد الإدارة على منهج محاسبة المسؤولية في العمل	
					٤٠. مشاركة الإدارة العاملين أفكارهم والاستماع لوجهات نظرهم باحترام في مختلف المجالات	
					٤١. تعامل الإدارة العاملين وفق الطريقة التي تناسب كل منهم	
					٤٢. تعمل الإدارة على تلبية الحاجات الشخصية للعاملين والاهتمام بمشاكلهم الخاصة	
					٤٣. يتناسب عائد العمل مع الجهد المبذول من قبل العامل	النمط

					٤٤. تصمم الإدارة وتحدد إجراءات العمل	التبادلي
					٤٥. هناك ربط بين الانجاز للمهام الموكلة للعاملين والمكافأة المقابلة لذلك	
					٤٦. تحدد الإدارة المهام وتوزعها بين العاملين بشكل واضح	
					٤٧. ترشد الإدارة العاملين حول كيفية أداء المهام وتتابع عملية إنجازها	
					٤٨. لا تتدخل الإدارة في العمل طالما أنه ينجز وفق المطلوب	
					٤٩. تسمح الإدارة للعاملين بالمشاركة في اتخاذ القرار	النمط الأتوقراطي
					٥٠. تمنح الإدارة العاملين غالباً فرصة للاختيار قبل إصدار القرار	
					٥١. تنتقد الإدارة علناً أداء بعض العاملين	
					٥٢. تهدد الإدارة العاملين المقصرين بالعقاب	
					٥٣. تتبع الإدارة مبدأ عدم التدخل في اتخاذ القرارات	النمط غير الموجه
					٥٤. هناك اهتمام بالعاملين وبالأمال المكلفين بها	
					٥٥. تمتلك الإدارة القدرة على التوجيه الفعال	
					٥٦. تفوض الإدارة سلطاتها بشكل شبه كامل	
					٥٧. هناك اعتراف من قبل الادارة بدور العاملين في العمل ويفضلهم	النمط الديمقراطي
					٥٨. تسمح الادارة بالنقد البناء وإبداء وجهات النظر	
					٥٩. تشجع الادارة المبادرة والابتكار	
					٦٠. تفوض الادارة جزءاً من سلطاتها حسب ما يتطلب العمل	
					٦١. هناك حوار بين الادارة والمرووسين	
					٦٢. تحدد الادارة مهام العاملين ومسؤولياتهم بدقة	

ثالثاً: التدريب:

					٦٣. هناك سياسة تدريب واضحة ومتبعة من قبل إدارة المستشفى
					٦٤. تتبنى المستشفى خطط تدريب دائماً
					٦٥. توجد برامج تدريبية متنوعة ومحددة للعاملين في المستشفى
					٦٦. تستقطب الادارة العاملين ذوي الخبرة والمهارة وتوظفهم
					٦٧. تدرب الادارة العاملين الجدد ليكتسبوا خبرات عملية
					٦٨. أساليب التدريب المتبعة حديثة ومناسبة مع محتوى البرنامج التدريبي
					٦٩. مشاركة العاملين في المستشفى في المؤتمرات والندوات العلمية المفيدة في مجال العمل
					٧٠. تخصص ميزانية محددة لتمويل البرامج التدريبية
					٧١. تعمل الادارة على متابعة وتقييم نتائج التدريب

					٧٢. تساهم البرامج التدريبية المتبعة في تحسين جودة الخدمات المقدمة
					٧٣. تساهم البرامج التدريبية في معالجة ضعف الأداء ورفع كفاءة العمل
					٧٤. تضع الادارة خططاً لتحسين جودة التدريب
					٧٥. تضع الادارة خططاً لربط جودة التدريب بجودة الخدمات الصحية المقدمة

رابعاً جودة الخدمات الصحية

					٧٦. تلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة	الاعتمادية
					٧٧. هناك حرص من قبل إدارة المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة	
					٧٨. تقدم المستشفى الخدمات الصحية بالشكل الأمثل	
					٧٩. هناك اهتمام من قبل الادارة بمشاكل المرضى واستفساراتهم	
					٨٠. الأخطاء تكاد تكون معدومة في فاتورة المستشفى المقدمة للمرضى وفي ملفات المرضى الطبية	
					٨١. العاملون مستعدون دوماً لـ تلبية طلبات المرضى فوراً	الاستجابة
					٨٢. لدى العاملين رغبة بتقديم المساعدة للمرضى دائماً	
					٨٣. يقدم المستشفى خدماته للمرضى على مدار الساعة ودون توقف	
					٨٤. الأطباء مستعدون لأية حالة طارئة وبشكل سريع	
					٨٥. للمستشفى سمعة جيدة في البيئة الخارجية	الضمان
					٨٦. يشعر المريض بالأمان لدى أو خلال تعامله مع المستشفى	
					٨٧. تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمريض	
					٨٨. لدى العاملين في المستشفى خبرة وكفاءة عاليتين	
					٨٩. يتفهم العاملون الاحتياجات الخاصة بكل مريض	التعاطف
					٩٠. يولي العاملون في المستشفى لكل مريض اهتماماً شخصياً	
					٩١. يتسم سلوك العاملين في المستشفى باللباقة في تعاملهم مع المريض	
					٩٢. يوضح العاملون في المستشفى للمشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة مفهومة من قبلهم	
					٩٣. موقع المستشفى معروف وملائم يسهل الوصول إليه	الملموسية
					٩٤. يتوفر في المستشفى تجهيزات طبية حديثة	
					٩٥. يتوفر في المستشفى تجهيزات فندقية جيدة لإقامة المريض	
					٩٦. يتوفر في المستشفى جميع الأدوية التي يحتاجها المريض	
					٩٧. يتوفر في المستشفى جميع التسهيلات التي يحتاجها المريض (لوحات إرشادية في الممرات، قاعات انتظار مريحة، كراج لركن السيارات....)	