



جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا

كلية الدراسات العليا

مركز إدارة الجودة الشاملة والامتياز



## إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية

Total Quality Management between Theory and Practice in the Health Institutions

بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في فلسفة إدارة الجودة الشاملة

إعداد

هبة سيد احمد حسين على

إشراف

بروفيسور / علي عبدالله محمد الحاكم

2015م

## الاستهلال

قال تعالى:

وَقُلْ اعْبُدُوا فَكُنْتُمْ لِلَّهِ غُلَامًا مُّؤْمِنُونَ وَسَدَّرَ دُونَ إِلَى عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ بِمَا كُنْتُمْ  
تَعْمَلُونَ))

سورة التوبة (105)

## الإهداء

إلى الذي أورثني الشرف تاجاً له الرحمة وأسكنه الله الفردوس

روح أبي

إلى التي أرضعتني القيم حباً لها الرحمة واسكنها الله الفردوس.

روح أمي

إلى عضدي في الحياة ومشكاتي في الظلام وسندي عند عجزني وغرة عيني

أبني الحبيب

إلى توأم روحي وقمرا دُنياي

شقيقتي (منال وجواهر).

إلى كل من تطوق نفسه إلى العُلا وكل باحث عن العلم أهدي له بحثي

الباحثة

## الشكر والتقدير

الحمد لله حمداً يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه والشكر له علي توفيقه وامتنانه شكراً يكافئ الويد من إحسانه والصلاة والسلام الأتمان الأكملان علي رسول الهدي محمد بن عبد الله خير خلقه وصفوة رسله وبعد: أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلي جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ومركز إدارة الجودة الشاملة والامتياز والي المشرف علي هذه الدراسة البروفيسور علي عبد الله الحاكم الذي أشرف علي دراستي وقدم الأكثر في سبيل إخراج هذه الدراسة بالصورة المطلوبة ولم يبخل علي بوقته وجهده وخبرته الثرة وسعة صدره فله مني كل الود والشكر والتقدير ومتعه الله بالصحة والعافية.

الشكر كل الشكر لإدارة مستشفى بن سينا والولادة أمدرمانوأمبريال علي دعمهم لي وتذليل السبل أمامي في استقصاء الحقائق وجمع المعلومات عن الدراسة الميدانية فكانوا خير معاونون لي فلهم الشكر والتقدير. الشكر والتقدير للدكتور طارق الرشيد الذي أشرف علي التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة، كما أتقدم برفائق شكري وتقديري إلي كل من البروفيسور محمد يوسف سكر، والبروفيسور عبدالقادر الكدرو، والبروفيسور عبد اللطيف عشميق الخليفة، والبروفيسور شميل عدلان محمد، والبروفيسور بكري الطيب موسي، الذين قاموا بتحكيم أداة جمع البيانات الأولية للدراسة (الأستبانة)

## المستخلص

ركزت هذه الدراسة علي دراسة إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية، دراسة مقارنة لبيئة العمل وأثرها علي الأداء في الأقسام الرئيسية (الباطنية- الجراحة - أمراض النساء) بالمستشفيات العامة والخاصة بولاية الخرطوم، وقد هدفت الدراسة للتعرف على مدى التزام المؤسسات الصحية بأسس ومعايير الجودة الشاملة ومدى توفر ما يلزم لتطبيق هذا النمط من مقومات وأساسيات.

تكمن أهمية الدراسة في أن إدارة الجودة الشاملة لها دور فاعل ورائد وأساسي في تحقيق الفعالية و الكفاية الإدارية في مؤسسات القطاع الصحي التي تمكنها من تحقيق أهدافها، وهو ما يجعل من مخرجات هذه الدراسة تذيولاً لمتخذي القرار بالمعلومات، وإضافة في مجال البحث العلمي.

قامت الدراسة علي اختبار الفرضية الرئيسية – لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والخاصة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة - وتنفرع منها الفروض الفرعية التالية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (بيئة العمل).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (رضا العاملين).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (مقومات وأساسيات أداء الأعمال).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (أساسيات ومعايير الجودة الشاملة).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (التدريب).

أستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وذلك لمناسبة هذا المنهج للدراسة وأهدافها.  
**تمثلت أهم النتائج في الجوانب الآتية:**

- توجد فجوة بين النظرية والتطبيق لبرامج الجودة الشاملة في المستشفيات العامة والخاصة.
- بالرغم من أن مستشفيات القطاع الخاص لا توجد بها إدارة متخصصة للجودة إلا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجودة المطبق مقارنة بمستشفيات القطاع العام بالرغم من وجود إدارة متخصصة فيها.
- توجد لوحات وعلامات إرشادية تساعد علي الوصول إلي أماكن تقديم الخدمات المختلفة بالمستشفيات العامة والخاصة
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات الخاصة والعامة عند مستوي الدلالة 0.05 فيما يتعلق بأساسيات ومقومات أداء الأعمال.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات الخاصة والعامة عند مستوي الدلالة 0.05 فيما يتعلق أساسيات ومعايير الجودة الشاملة.

**تمثلت أهم التوصيات في الجوانب الآتية:**

- ضرورة اهتمام وتبنى الإدارة العليا للجودة الشاملة وتوفير الموارد المالية والبشرية التي يتطلبها تطبيق الجودة الشاملة وفقاً لخصائص المستشفيات المختلفة.
- إنشاء إدارات متخصصة للجودة بمستشفيات القطاع الخاص وذلك لضمان تطبيق الجودة الشاملة بها.
- رفع مستوى خدمات النظافة بالمستشفيات العامة والخاصة باستخدام أحدث آليات النظافة وتوفير عمالة متخصصة ومدربة وماهرة في عملية النظافة بما يتناسب مع طبيعة الأقسام والوحدات المختلفة في المستشفيات.
- يجب أن توجد بالمستشفيات العامة والخاصة قاعدة للبيانات يمكن الرجوع إليها والاستفادة منها في تطبيق الجودة الشاملة وذلك عن طريق عملية التوثيق.
- إعطاء مزيد من الاهتمام للمرافقين وإنشاء أماكن انتظار مهيأة، وتزويدهم بالمعلومات الخاصة بمرضاهم بصورة لا تتعارض مع النواحي الطبية الفنية.

## Abstract

This study focused to study total quality management between theory and practice in the healthcare institutions, a comparative study of the work environment and its impact on the performance in major departments (Internal medicine, Surgery, and Gynecology) of public and private hospitals in the state of Khartoum. The study aimed to identify the extent of health institutions' commitment to the basis and standards of total quality and the availability of what is required to apply this style of fundamentals and basics.

The significance of the study is that the total quality management has an active, leading and essential role in achieving administrative effectiveness and efficiency in the health sector institutions to enable them achieve their goals, which makes the output of this study supports decision makers with information, and add in the field of scientific research.

The study tested the main hypothesis – There are no statistically significant differences between public and private hospitals in applying total quality management – and the following sub-hypotheses:

- There are no statistically significant differences between public and private hospitals in applying total quality management (Work environment).
- There are no statistically significant differences between public and private hospitals in applying total quality management (Satisfaction of employees).
- There are no statistically significant differences between public and private hospitals in applying total quality management (Fundamentals & basics of work performance).
- There are no statistically significant differences between public and private hospitals in applying total quality management (Basics & standards of total quality).
- There are no statistically significant differences between public and private hospitals in applying total quality management (Training).

The researcher used the descriptive-analytical method; because of the suitability of this method to the study and its objectives.

### **The most important results represented in the following aspects:**

- There is a gap between theory and practice of total quality programs in public and private hospitals.
- Although the private sector hospitals do not have a specialized management for total quality, but there are no statistically significant differences in the level of quality applied compared to the public sector hospitals in spite of the existence of a specialized management.
- There are indicative boards and signs to reach places that provide different services in public and private hospitals.
- There are statistically significant differences between public and private hospitals (p = 0.05) according to fundamentals & basics of work performance.
- There are no statistically significant differences between public and private hospitals (p = 0.05) according to basics & standards of total quality.

### **The most important recommendations represented in the following aspects:**

- The need of attention and adoption of senior management in total quality and the provision of financial and resources required by the implementation of total quality according to the characteristics of the different hospitals.
- Establishing specialized administrations for total quality management in private sector hospitals, so as to ensure the implementation of total quality.
- Raising the level of hygiene services in public and private hospitals using the latest cleaning mechanisms and tools, and the provision of specialized, trained, and skilled labor in the hygiene process commensurate with the nature of the various departments & units in the hospitals.
- There must be a database in public and private hospitals which can be referred to and benefit from in the implementation of total quality, through the documentation process.
- Giving more attention to the escorts, and creating equipped waiting spaces for them, and providing them with information about their patients in a way that is not contrary to the technical medical

## قائمة الموضوعات

أ.....	الاستهلال
ب.....	الإهداء
ج.....	الشكر والتقدير
د.....	المستخلص
ه.....	Abstract
ح.....	قائمة الجداول
ي.....	قائمة الأشكال

## الفصل الأول

### أساسيات البحث

1.....	مقدمة
1.....	مشكلة البحث:
2.....	فرضيات البحث:
2.....	الفرضية الرئيسية
2.....	أهداف البحث:
2.....	أهمية البحث:
3.....	حدود البحث:
3.....	منهجية البحث:
3.....	مصادر البحث:
3.....	الصعوبات التي واجهت الباحث:
4.....	الدراسات السابقة:
12.....	تنظيم البحث:

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والمفاهيم لإدارة الجودة الشاملة

20.....	المبحث الأول: مفهوم الجودة، تاريخ تطورها والجودة في الإسلام والنظام المعاصرة.
---------	---

- المبحث الثاني: المفاهيم الأساسية لإدارة الجودة الشاملة ..... 33
- المبحث الثالث: جودة الخدمات ومعايير قياسها ..... 61

### الفصل الثالث

#### المستشفيات أنواعها ومهامها ومعايير الأداء فيها واعتمادها

- المبحث الأول: المستشفيات تنشأتها وإدارتها وبيئة العمل فيها: ..... 78
- المبحث الثاني: تطبيق معايير الأداء والإنجاز بالمستشفيات ..... 91
- المبحث الثالث: الاعتماد في المستشفيات ..... 103

### الفصل الرابع

#### الدراسة الميدانية والتحليل الإحصائي

- المبحث الأول: نبذة حول المستشفيات موضوع الدراسة ..... 119
- المبحث الثاني: منهجية إجراء الدراسة التطبيقية ..... 135
- المبحث الثالث: تحليل بيانات الدراسة ..... 155
- المبحث الرابع: اختبار فروض الدراسة ..... 173

### الفصل الخامس

#### النتائج والتوصيات

- أولاً: النتائج ..... 179
- ثانياً: التوصيات: ..... 180
- الدراسات المستقبلية المقترحة: ..... 181
- المصادر والمراجع: ..... 183
- الملاحق: ..... 188

## قائمة الجداول

- جدول رقم (1-2) الأفكار التي جاء بها العلماء التي توضح مراحل التطور التاريخي لمفهوم الجودة في الدول المتقدمة صناعيا ..... 28
- جدول رقم (2-2) مقارنه مبادئ الإدارة الشاملة لدي الرواد الأوائل في هذا المجال ..... 42
- جدول رقم (3-2) تطور مفهوم الجودة الشاملة في القطاع الصحي ..... 44
- جدول رقم (4-2) معايير الحكم علي جودة الخدمة ..... 59
- جدول رقم (5-2): الوظائف المكونة للخدمة الصحية ..... 60
- جدول رقم (1-3) مقارنة بين الإدارة الحديثة والتقليدية ..... 95
- جدول رقم (1-4) يوضح القوة العاملة بمستشفى ابن سينا للعام 2015م ..... 123
- جدول رقم (2-4) يوضح القوة العاملة بمستشفى الولادة للعام 2015م: ..... 128
- جدول رقم (3-4) القوى العاملة للمستشفى ..... 132
- جدول رقم (4-4) توزيع محاور الدراسة ..... 136
- جدول رقم (5-4) توزيع محاور استمارة المستشفيات الخاصة ..... 136
- جدول رقم (6-4) مقياس درجة الموافقة ..... 137
- جدول رقم (7-4) نتائج اختبار ألفا كرنباخ لمقياس عبارات الدراسة ..... 138
- جدول رقم (8-4) نتائج اختبار ألفا كرنباخ لمقياس عبارات محاور الدراسة (مجتمع المستشفيات العامة) ..... 139
- جدول رقم (9-4) نتائج اختبار ألفا كرنباخ لمقياس عبارات محاور الدراسة (مجتمع المستشفيات الخاصة) ..... 139
- جدول (10-4) الاستبيانات الموزعة والمعادة ..... 140
- جدول رقم (11-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب النوع ..... 141
- جدول رقم (12-4) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير العمر ..... 142
- جدول رقم (13-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية ..... 143
- جدول رقم (14-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق متغير المؤهل العلمي ..... 144
- جدول رقم (15-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة ..... 145
- جدول رقم (16-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة ..... 146
- جدول رقم (17-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب النوع ..... 147
- جدول رقم (18-4) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير العمر ..... 148
- جدول رقم (19-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية ..... 149
- جدول رقم (20-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق متغير المؤهل العلمي ..... 150
- جدول رقم (21-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة ..... 151
- جدول رقم (22-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة ..... 152
- جدول رقم (23-4) الإحصاء الوصفي لعبارات محور بيئة العمل في المستشفيات العامة ..... 155
- جدول رقم (24-4) الإحصاء الوصفي لعبارات محور بيئة العمل في المستشفيات الخاصة ..... 157
- جدول رقم (25-4) مقارنة عينتي الدراسة حول محور بيئة العمل ..... 158
- جدول رقم (26-4) الإحصاء الوصفي لعبارات محور رضا العاملين ..... 159
- جدول رقم (27-4) الإحصاء الوصفي لعبارات محور بيئة العمل في المستشفيات الخاصة ..... 160
- جدول رقم (28-4) مقارنة عينتي الدراسة حول محور رضا العاملين ..... 161
- جدول رقم (29-4) الإحصاء الوصفي لعبارات محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال ..... 162
- جدول رقم (30-4) الإحصاء الوصفي لعبارات محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال في المستشفيات الخاصة ..... 163
- جدول رقم (31-4) مقارنة عينتي الدراسة حول محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال ..... 164
- جدول رقم (32-4) الإحصاء الوصفي لعبارات محور أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات العامة ..... 166
- جدول رقم (33-4) الإحصاء الوصفي لعبارات محور أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات الخاصة ..... 167

- جدول رقم ( 4-34 ) مقارنة عينتي الدراسة حول محور أساسيات ومعايير الجودة.....168
- جدول رقم ( 4-35 ) الإحصاء الوصفي لعبارات محور التدريب في المستشفى .....169
- جدول رقم ( 4-36 ) الإحصاء الوصفي لعبارات محور التدريب في المستشفيات الخاصة.....171
- جدول رقم ( 4-37 ) مقارنة عينتي الدراسة حول محور التدريب في المستشفى.....172
- جدول رقم ( 4-38 ) نتيجة اختبار ( t للعينتين ) بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول بيئة العمل.....174
- جدول رقم ( 4-39 ) نتيجة اختبار ( t للعينتين ) بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول رضا العاملين.....174
- جدول رقم ( 4-40 ) نتيجة اختبار ( t للعينتين ) بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول أساسيات ومقومات أداء الأعمال.....175
- جدول رقم ( 4-41 ) نتيجة اختبار ( t للعينتين ) بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول أساسيات ومعايير الجودة الشاملة.....176
- جدول رقم ( 40-42 ) نتيجة اختبار ( t للعينتين ) بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول التدريب.....177
- جدول رقم ( 4-43 ) ملخص لنتائج فروض الدراسة.....178

## قائمة الأشكال

- شكل رقم (1-2) مثلث الجودة ..... 22
- شكل رقم (2-2) مختصر جذور التطور التاريخي ..... 27
- شكل رقم (3-2) نموذج الأدوار الثلاثة ..... 37
- شكل رقم (4-2) يوضح ثلاثية جوران ..... 38
- شكل رقم (5-2) دائرة ديمنج للتحسين المستمر ..... 47
- شكل رقم (6-2) مكونات النظام الصحي ..... 61
- شكل رقم (7-2) الطرق التقليدية لقياس جودة الخدمات الصحية ..... 70
- شكل رقم (1-4) الهيكل التنظيمي لمستشفى ابن سينا ..... 121
- شكل رقم (2-4) الهيكل التنظيمي لمستشفى الولادة امدرمان ..... 126
- شكل رقم (3-4) الهيكل التنظيمي لمستشفى امبريال ..... 131
- شكل رقم (4-4) التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب النوع ..... 141
- شكل رقم (5-4) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير العمر ..... 142
- شكل رقم (6-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية ..... 143
- شكل رقم (7-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية ..... 144
- شكل رقم (8-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة ..... 145
- شكل رقم (9-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة ..... 146
- شكل رقم (10-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب النوع ..... 147
- شكل رقم (11-4) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير العمر ..... 148
- شكل رقم (12-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية ..... 149
- شكل رقم (13-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق متغير المؤهل العلمي ..... 150
- شكل رقم (14-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة ..... 151
- شكل رقم (15-4) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة ..... 152

## الفصل الأول

### أساسيات البحث

# الفصل الأول

## أساسيات البحث

### مقدمة

شهد العصر الحاضر الكثير من التحولات الجذرية والسريعة في المجالات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والصحية التي دفعت ولا زالت تدفع العديد من الدول لتفعيل مؤسساتها لتقديم خدمات عالية الجودة وبتكاليف اقل. ومع دخول الألفية الثالثة، وتحديات العولمة، وثورة تقنيات المعلومات، وحدة المنافسة، ونقص الموارد الاقتصادية والاهتمام بالتنمية البشرية وارتفاع مستوى تطلعات المستفيدين تجاه الخدمة المقدمة، يتطلب الأمر من تلك المؤسسات التخلي عن العديد من المفاهيم والأنماط الإدارية التقليدية التي لم تعد قادرة على التصدي أمام تلك التحديات.

بمعنى أن التغيير يصبح هو الحقيقة الثابتة في أي بيئة عمل في العالم المعاصر وعلى وجه الخصوص أضى التركيز على النظرة الشمولية للجودة في القطاع الحكومي والقطاع الخاص بصفة عامة والقطاع الصحي بصفة خاصة مطلباً أساسياً في مواجهة التحديات والمتغيرات المستقبلية والتعامل معها بكفاءة وفعالية. فالجودة وفق المنظور الإداري تعنى التغيير إلى الأفضل، وهذا بلا شك ينطوي بالضرورة على اتخاذ العديد من الإجراءات والخطوات من اجل تحقيق الجودة المطلوبة.

وهذا يتطلب توفر المقومات الأساسية وبيئة العمل الصالحة وفي هذا الخصوص أكد جوران على ضرورة إيجاد مناخ تنظيمي مناسب لتشجيع العاملين على روح المبادرة والإبداع وهذا يستدعى بالضرورة إحداث تغيرات في المفاهيم والمعتقدات التنظيمية كذلك عرف بالدريج إدارة الجودة الشاملة بأنها ليس مجرد برنامج إضافي تهدف ورائه المنظمة إلى تحسين مستوى الجودة لديها في الإبقاء على فلسفتها الحالية ونهجها الإداري القائم الذي تسير عليه بل أنها ثورة على التقييم وتغيير جذري شامل لكل مكونات المنظمة وفلسفة إدارية جديدة.

### مشكلة البحث:

الجودة الشاملة كأسلوب للإدارة اثبتتفعاليته في تحقيق النجاح والقدرة التنافسية وذلك من خلال التحسين المستمر (فالمعيار هنا عمل الشيء الصحيح من أول مرة) وذلك لتخفيض التكاليف وتحقيق المستوى الأمثل للفعالية والكفاءة. كذلك رضا العملاء بغية الاحتفاظ بهم وجذب المزيد منهم وتصميم منتجات أو تقديم خدمات تتسجم مع رغبات وحاجات الزبائن. ويتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الإنتاجية والخدمية تطبيق معاييرها ومبادئها و توفير أساسياتها التي تساعد في تحقيق الأهداف. و يعنى هذا البحث بدراسة نمط إدارة الجودة الشاملة كما أورده المختصين من الباحثين والأكاديميين من مبادئ وأسس وما ارتبط بذلك من آراء

وأفكار نظرية وقياس وتصميم مدى التطابق بين تلك الأساسيات وما طبق فعلا في ارض الواقع في المؤسسات الصحية وبالتحديد في بعض المستشفيات الرئيسية العامة والخاصة بولاية الخرطوم.

## فرضيات البحث:

### الفرضية الرئيسية

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والخاصة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة وتتفرع منها الفروض الفرعية التالية:
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (بيئة العمل).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (رضا العاملين).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (مقومات وأساسيات أداء الأعمال).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (أساسيات ومعايير الجودة الشاملة).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (التدريب).

## أهداف البحث:

تتمثل الأهداف الأساسية للبحث فيما يلي:

- محاولة إبراز مفهوم وفلسفة إدارة الجودة الشاملة.
- دراسة وتحديد والتعرف على مدى التزام المؤسسات موضوع الدراسة بأسس ومعايير الجودة الشاملة ومدى توفر ما يلزم لتطبيق هذا النمط من مقومات وأساسيات.
- التقارب في التطبيق بين المستشفيات العامة والخاصة (إن وجد) وأسباب ذلك.
- تزويد الباحثين الأكاديميين بدراسة ميدانية متفردة في مجال حيوي وهام.

## أهمية البحث:

يكتسب هذا البحث أهميته من أنه يعالج قضية من أهم القضايا ألا وهي دراسة مدى تطبيق مؤسسات القطاع الصحي متمثلة في المؤسسات العامة و الخاصة بولاية الخرطوم لمعايير الجودة الشاملة ومدى توفر مقومات تطبيق هذا النمط بالمستشفيات موضوع الدراسة.

تكمن أهمية البحث في أن إدارة الجودة الشاملة لها دور فاعل ورائد وأساسي في تحقيق الفعالية والكفاية الإدارية في مؤسسات القطاع الصحي التي تمكنها من تحقيق أهدافها مما يؤدي لإحداث تنمية بشرية، طفرة

اقتصادية ورفاه اجتماعي، وهو ما يجعل من مخرجات هذا البحث إضافة في مجال البحث العلمي والمكتبة الأكاديمية المتخصصة في مجال الإدارة.

### **حدود البحث:**

**أولاً الحدود الزمنية:** يغطي هذا البحث الفترة من تبني وزارة الصحة الاتحادية لبرامج الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية في العام 2004م حتى العام 2015م.  
**ثانياً الحدود المكانية:** المستشفيات الرئيسية العامة والخاصة ولاية الخرطوم

### **منهجية البحث:**

يتبع الدارس المنهج الوصفي التحليلي المقارن ذلك أن هنالك جانب مفاهيمي وفلسفي إلى جانب ذلك فإن استخدام هذا المنهج من شأنه أن يمكن الباحث من الحصول على أكبر قدر من المعلومات المتعلقة بالدراسة وجوانبها المختلفة والدقة المطلوبة من واقع الظاهرة أو الحالة المعنية إلى جانب توضيح العلاقات بين الظواهر كالعلاقة بين الأسباب والنتائج والعلاقة بين الكل والجزء مما يسمح بالتخطيط لبعض جوانب المستقبل في المؤسسات الصحية.

### **مصادر البحث:**

أ. المصادر الأولية: الأشخاص الذين يتوفر لديهم المعلومات اللازمة من خلال ممارساتهم وتجاربهم وملاحظاتهم وأدوات جمع البيانات الأولية ونستخدم لهذا الغرض أداة الاستبانة إلى جانب أداة المقابلة.

ب. المصادر الثانوية: الكتب، المجلات العلمية المحكمة، الوثائق الرسمية، التقارير.

### **الصعوبات التي واجهت الباحث:**

- ندرة وجود الدراسات في المجالات ذات الصلة بموضوع الدراسة.
- عدم استقرار إدارة الجودة بالمستشفيات العامة ويظهر ذلك في تغير المدراء في فترات متقاربة.
- ندرة الي قلة وجود المعلومات والمصادر الموثقة في إدارة الجودة بالمستشفيات العامة.
- ندرة وجود إدارة للجودة في المستشفيات الخاصة مما يصعب جمع المعلومات عن مستوى الجودة بها.
- تحفظ إدارة المستشفيات الخاصة في إعطاء المعلومات بل الرفض التام كما حدث في بعض المستشفيات الخاصة والتي كان من المفترض ان تكون دراسة الحالة الثانية بها.
- عدم تعاون بعض المبحوثين من مجتمع الدراسة بصورة كافية.

## الدراسات السابقة:

1/ دراسة بسام عبد القادر عبد ربه (2010): دراسة بعنوان قياس جودة خدمة الرعاية الطبية وتقويمها، متخذة دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية والأهلية في فلسطين دراسة حالة. مقدمة لنيل درجة الدكتوراه من جامعة السودان سنة 2010م.

اقتصرت الدراسة على قياس الجودة المدركة لخدمة الرعاية الطبية وتحديد وترتيب إبعادها الرئيسية في المستشفيات الحكومية والأهلية في فلسطين، استخدم الدارس المنهج الوصفي التحليلي.

### توصلت الدراسة للنتائج الآتية:

■ عدم وجود فروق معنوية ذات دلالة إحصائية لجميع عناصر الجودة المدركة تبعاً لخصائص المرض الديموغرافية وذلك عند مستوى مئوية (0.05) ما عدا العناصر الملموسة لها فروق ذات دلالة إحصائية تساوي (0.05).

■ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وعند مستوى دلالة (0.05) بين المستوى التعليمي والجنس والوظيفة ودرجة الرضا عن جودة الرعاية الصحية.

■ لا توجد فروق معنوية للأهمية النسبية لإبعاد جودة الرعاية الطبية من وجهة نظر كل من المرضى والمدراء.

■ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين توقعات المرضى وإدراك الإدارة لهذه التوقعات من خلال إبعاد جودة الرعاية الطبية التي تقدمها المستشفيات وذلك عند مستوى معنوية (0.05).

■ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى مئوية (0.05) بين توقعات المرضى لجودة خدمة الرعاية الطبية وبين إدراك المرضى للأداء الفعلي لهذه الخدمة بالنسبة لمختلف أبعاد جودة الخدمة.

### ولقد توصلت الدراسة للتوصيات الآتية:

أ. ضرورة الاستثمار في الكادر البشري من خلال الإبتعاث لدراسة تخصصات نادرة الوجود في المستشفيات الحكومية والأهلية.

ب. ضرورة استحداث أقسام جديدة تفتقر إليها المستشفيات الحكومية والأهلية.

ج. تنمية المهارات السلوكية لجميع مقدمي خدمة الرعاية الطبية بهذه المستشفيات لتحسين استجاباتهم لاحتياجات المرضى وضمان السرعة في تقديم الخدمة وكسب تعاون المرضى معهم.

2/ دراسة إحسان إبراهيم الله جابو (2005م): دراسة بعنوان أثر الدوافع على تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة والعامة بالسودان في الفترة من (1995-2002م)، متخذة القطاع الصحي في السودان دراسة حالة (المستشفيات الخاصة والعامة). مقدمة لنيل درجة الدكتوراه من جامعة السودان سنة 2005م.

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي والتاريخي.

هدفت الدراسة إلى توضيح أهمية تطبيق الجودة الشاملة في قطاع المستشفيات العامة والخاصة بالسودان.

### توصلت الدراسة للنتائج الآتية:

1. تقيس المستشفيات بالسودان أداء العاملين بمفهوم تطبيق الجودة الشاملة عن طريق الرقابة المستمرة ومراقبة أداء العاملين الفعلي في إنجاز الأعمال بأحسن وجه يمكن تنفيذه حتى ينال الفرد ما يحقّه من أجر أو ترقية أو زيادة في الأجور المادية أو المعنوية.
2. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التزام المستشفيات السودانية بأسس إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للأيرو 9000.
3. أظهرت الدراسة بأن عالم التقنية الحديثة سيساعد المستشفيات السودانية إلى مواكبة رؤى وثقافة تطبيق الجودة الشاملة.

### وفي ضوء النتائج أوصت الباحثة بعدة توصيات كان أهمها:

- تبنى أسلوب التغيير المرتبط بمفهوم الجودة الشاملة بشكل عام في المستشفيات السودانية بحيث يتم التنسيق والترابط بين المستشفيات العامة والخاصة في مجال الخبرات وإثراء البحوث الطبية وذلك لمعالجة القصور والسلبيات.
- الارتقاء بأساليب الاختيار والتعيين والتدريب لجميع فئات الكادر الطبي بالمستشفيات السودانية.
- وضع خطط إستراتيجية يراعى فيها تطبيق العدل والمساواة في منح مخصصات الإدارة العليا والوسطى تطلعاً لجودة مرتقبة.
- أهمية ترسيخ مبدأ التعاون والمنافسة بين مستشفيات القطاع العام والخاص بالإضافة إلى تطبيق الجودة الشاملة في إطار توزيع الدواء.

3/ دراسة السر النقر أحمد البشير (2007م): دراسة بعنوان الإدارة بالجودة الشاملة في مؤسسات الحكم اللامركزي في السودان وتطبيقاتها، متخذة إدارة شؤون الصحة الوقائية الفترة (1951-2003) ولاية الخرطوم دراسة حالة. مقدمة لنيل درجة الدكتوراه من جامعة السودان سنة 2007م. هدفت الدراسة إلى وضع تصور يتواءم مع الطموحات الإدارية الجديدة وذلك بإدخال وتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة عملياً كعلاج لتزدي خدمات إدارة شؤون الصحة الوقائية وبدلاً من التدهور المستمر يكون التحسين المستمر في مؤسسات الحكم اللامركزي بالسودان. استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي والمنهج التاريخي لوصف الظاهرة نوعاً وكماً .

### خلص الباحث إلى نتائج أهمها:

1. إن السودان في حاجة لارتداد مداخل فلسفية إدارية جديدة ليتخلص نهائياً في المدخل التقليدي القائم على فلسفة حفظ الأمن والنظام والجبابة.
2. الاهتمام بثقافة التخطيط الإستراتيجي ما زال محدوداً ولا يجد الترحيب المطلوب كذلك العمل بمنهج إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاتها عملياً .
3. الصحة البيئية في الخرطوم لا تجد الدعم المالي الكافي وليست لها ميزانية منفصلة ولا إدارة مستقلة.

### توصلت لعدة توصيات أهمها:

1. إصلاح الشأن الإداري بمحاولة الاستعانة بمدخل اجتماعي وبيئي يقوم على الهيكل التنظيمي الوظيفي بدلاً من التركيز على النمط القانوني والأمني الذي اتسمت به هذه المؤسسات المحلية في الحقبة

السابقة مع ضرورة تنزيل مبادئ تطبيق إدارة الجودة الشاملة من خلال برنامج يشمل ولاية الخرطوم أولاً ثم الولايات ثانياً .

2. فصل إدارة البيئة عن إدارة الطب الوقائي وإعطائها أولوية على المستوى الاتحادي والولائي ونشر الوعي الصحي وتفويض السلطات الإدارية للمحليات وتأسيس مجلس للتنسيق في مجال الصحة البيئية. كما أنه يجب تأسيس إدارة مختصة بالبحوث والعلاقات العامة وكذلك إنشاء صندوق لدعم صحة البيئة ومراعاة الاهتمام بالجانب الوقائي للإنسان السوداني باعتباره رأس الرمح في التنمية.

4/ دراسة مازن مسودة (2004م): دراسة بعنوان أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة متخذة المستشفيات الأردنية الخاصة الفترة (1995-2003) دراسة حالة، مقدمة لنيل درجة الدكتوراه من جامعة السودان سنة 2004م. استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وأسلوب المقارنة. تتمثل مشكلة الدراسة في معرفة أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية الخاصة 1995-2003م.

#### توصلت الدراسة للنتائج أهمها:

- لا يوجد تعريف محدد للجودة أو إدارة الجودة الشاملة وإنما هي وجهات نظر متعددة. وقد خلص الباحث إلى هذه التوصيات:
- أوصي بقيام القطاع الصحي في الأردن بإنشاء جائزة تقديرية على مستوى الدولة لتحقيق الميزة التنافسية بين المستشفيات.
- تعزيز آليات التطوير والتدريب في المستشفيات الأردنية.
- تطوير السياسات والإجراءات والبروتوكولات الإدارية والفنية المعززة للجودة والتحسين المستمر للعلاقات مع المرضى ومستوى الكفاءة التشغيلية.

5/ دراسة ياسر منصور الحاج رشيد (1999): دراسة بعنوان إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني، متخذة مستشفى البشير الحكومي والمستشفى الإسلامي في عمان دراسة حالة، مقدمة لنيل درجة الدكتوراه من جامعة بغداد- جمهورية العراق 1997م. استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي المقارن.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى وجود العناصر الفرعية لإدارة الجودة الشاملة (القيادة، التركيز على المستهلك، اندفاع العاملين، التحسين المستمر، العلاقة مع المجهز، مقاييس الأداء) وكذلك هدفت الدراسة للتعرف على الفروق في تطبيق عناصر هذين المستشفىين موضوع الدراسة.

#### توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها:

- وجود ضعف وخلل في تطبيق عناصر الجودة الشاملة في مستشفى البشير الحكومي ووجود اهتمام من قبل إدارة المستشفى الإسلامي في تطبيق عناصر الجودة الشاملة.
- وقد خلص الباحث للتوصيات الآتية:
- ضرورة تطوير دائرة الجودة في وزارة الصحة في الأردن.
- ضرورة إجراء دراسات مستقبلية على ضرورة تدريب القيادات الصحية في مفاهيم ومضامين الجودة.

▪ ضرورة مشاركة الإداريين في قيادة الجودة وعدم اقتصرها على الأطباء فقط.

▪ ضرورة الاهتمام بتقييم أداء العاملين وتدريبهم وتقديم الحوافز المادية والمعنوية لرفع مستوى الأداء.

6/ دراسة خليل إسماعيل عبد الحسين الخفاجي (2012م): دراسة بعنوان تأثير نمط القيادة في تحقيق الجودة

الشاملة والميزة التنافسية في القطاع الصحي، متخذة مستشفى ابن النفيس ومستشفى الراهبات بالعراق دراسة حالة، مقدمة لنيل درجة الدكتوراه من جامعة سانت كليمنتس العالمية سنة 2010م.

هدفت الدراسة إلى تحديد نمط القيادة في العينة موضوع الدراسة وتحديد أثر النمط القيادي في تفعيل مشاركة العاملين في تحقيق أهداف المنظمة وتطبيق متطلبات إدارة الجودة الشاملة وكذلك تحديد الآثار المباشرة وغير المباشرة للنمط القيادي في تحقيق متطلبات الجودة الشاملة ولتحديد الأهمية النسبية لكل منها.

توصل الباحث إلى العديد من النتائج أهمها:

1. رغم أن الأدب الإداري أثار جدلاً منهجياً في دراسة معنى مكونات النمط القيادي، إذ تركز معظم

الدراسات على وجود بعدين للنمط القيادي وهما الاهتمام بالإنتاج والاهتمام بالعاملين، غير أن

مكونات كل من البعدين تثير المزيد من النقاش والجدل في مجال البحث العلمي.

تشكل إدارة الجودة الشاملة إطاراً فلسفياً وإدارياً متكاملًا أمام المنظمات من خلال جعل الجودة هدفاً

إستراتيجياً إضافة إلى التركيز على رضا العاملين في المنظمة من خلال تمكنهم، وما يترتب عليها

من إيجابيات تدعم تطبيق هذه الفلسفة وصولاً إلى تحقيق الأداء المتميز.

3. إن هدف إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق رضا العميل وولائه من خلال تقديم مستوى الجودة الذي

يرغب فيه كما يعنى زيادة القدرة التنافسية للمؤسسة وضمان بقائها واستمرارها في السوق.

4. المؤسسات الصحية موضوع الدراسة لا تزال تفكر وتعمل بطرائق تقليدية لا تمكنها من بقاء قدراتها

ومهاراتها التنافسية مما يجعلها غير قادرة على الولوج في ميدان منافسة المؤسسات (المنظمات)

الأجنبية ذات الاختصاص.

5. إن الإدارة العليا في المستشفيات المبحوثة لا تولي أهمية إلى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة ويعود

السبب الأساسي في ذلك إلى أن الأشخاص في مواقع القيادة العليا لا يدركون مبادئ إدارة الجودة

الشاملة، ومن ثم فهي بعيدة عن تفكيرهم الإستراتيجي مما ينعكس سلباً في تحسين وتطوير الخدمات

المقدمة للزبائن وكسب ولائهم.

## توصل الدارس لعدد من التوصيات أهمها:

- أن تقوم الإدارة العليا في المؤسسات موضوع الدراسة بتأهيل موظفيها ليساهموا في صنع القرار مما يجعلهم يلتزمون بقوة ومهنية فضلاً عن التدريب الكافي والفاعل الذي يؤهلهم لاتخاذ الإستراتيجية الصحيحة في بيئة تكثر فيها التغيرات المفاجئة.
- إن تحقيق مبادئ إدارة الجودة لشاملة يعتمد بدرجة أساسية على قناعة الإدارة العليا ودعمها لمنهجية إدارة الجودة الشاملة وهذا لا يتحقق إلا عبر إنشاء وحدات ذات اهتمام بإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية العراقية ذات ارتباط بالإدارة العليا بغية تحقيق وتنفيذ الخطط وبرامج إدارة الجودة الشاملة بشكل أمثل.
- ضرورة خلق بيئة ثقافية تنظيمية في المؤسسات ميدان الدراسة تتجسد فيها مبادئ إدارة الجودة الشاملة تكون بمثابة قيم وأعراف ومعتقدات سائدة في أداء العمل.
- ضرورة التأكيد على التطوير والتحسين المستمر للخطط المتعلقة بالخدمات العلاجية والطبية في ميدان الاختصاص واحتياجات أسواق العمل.

**17/ فالج عبد القادر الحوري (2007م):** دراسة بعنوان تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية، متخذة دراسة ميدانية على عينة في المستشفيات الخاصة لنيل درجة الدكتوراه من جامعة العلوم التطبيقية الخاصة الأردن. هدفت الدراسة إلى تشخيص مدى إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تمثلت في رضا الزبون (المريض) والتزام ودعم الإدارة العليا، التحسين المستمر بالإضافة إلى إشراك الموظفين وتمكينهم.

## توصل الدارس إلى عدد من النتائج أهمها:

- أظهرت الدراسة أن المستشفيات الأردنية الخاصة تطبق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بمستويات عالية، مما يستدل على أن المستشفيات الأردنية تعي أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة.
- توصلت الدراسة إلى وجود فروقات معنوية تعزى للمتغيرات الديموغرافية (الخبرة، المستوى التعليمي) في تطبيق العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لمبادئ إدارة الجودة الشاملة.
- لم تتوصل الدراسة إلى وجود فروقات تعزى للمتغيرات الديموغرافية (المستوى الوظيفي والحجم) في تطبيق العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لمبادئ إدارة الجودة الشاملة.
- بينت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الديموغرافية بدلالة أبعادها (الخبرة، المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي) وتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية الخاصة. وتدل النتيجة على أن المتغيرات الشخصية لها علاقة في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

## توصل الدارس لعدد من التوصيات:

- إن نجاح تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة يعتمد بالضرورة على مدى قناعة الإدارة العليا أولاً والتزامها، ودعمه ثانياً لمنهج إدارة الجودة الشاملة، لذا ينبغي على الإدارة في المستشفيات الأردنية

الخاصة أن ترعى تطبيق إدارة الجودة الشاملة حق الرعاية ويمكن أن يتحقق ذلك عبر إنشاء مزيد من الوحدات التي تعنى بإدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأخرى، ويكون اتصالها بالإدارة العليا كحلقة وصل مع المستويات الإدارية الأخرى، ومن أجل التأكيد من تنفيذ خطط وبرامج إدارة الجودة الشاملة بصورة فضلى.

- ضرورة العمل على تعزيز مبدأ التركيز على الزبون (المرضى) لأنهم يشكلون المحور الأساس في إدارة الجودة الشاملة، ويمكن أن يكون ذلك من خلال الاستمرار في الاستماع إليهم للتعرف أكثر على متطلباتهم، وتوقعاتهم والإيفاء بها.
- إن الوصول إلى مستوى عالي من جودة الخدمات هو نتيجة تضافر جهود العاملين، لذا ينبغي ترسيخ تعزيز مبدأ عمل الفريق الواحد خاصة في ظل طبيعة أعمال المستشفيات، مما يتطلب فتح قنوات اتصال أكثر بين الرئيس والمرؤوس، بالإضافة إلى إشراك
- المستويات الإدارية الأخرى كضمان لتعاون أكثر، لأن إدارة الجودة الشاملة تعني شمولية كاملة وإشراك كل الأطراف دون استثناء.
- إن الاهتمام بالتحسين المستمر أمر ضروري تفرضه مجموعة عوامل وأهمها عامل التنافس مما يستدعى الاعتناء بهذا الجانب والعمل على تدريب وتأهيل وتمكين العاملين أكثر، وعقد المزيد من الندوات والمؤتمرات وندوات العصف الذهني لتوليد أفكار جديدة بشكل مستمر بحيث تسهم في عملية التحسين المستمر.

**8/ دراسة أحمد عباس يوسف أبو عباس (2010م):** دراسة بعنوان جودة الرعاية الصحية ورضا المرضى ودور الاتصالات وأثرها في تحسين إجراءات العمل، متخذة المستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص دراسة حالة لنيل درجة الدكتوراه من جامعة الكويت. استخدم الدارس المنهج الوصفي التحليلي المقارن ودراسة الحالة.

**توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها:**

- إن جودة خدمة الرعاية الصحية في المستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت عينة الدراسة هو بشكل عام مرتفع.
- أما على مستوى فئة المستشفى فقد كان مستشفى السلام الدولي الخاص هو الأكثر تقديراً بالمقارنة مع المستشفى الأميري الحكومي.
- إن اعتمادية جودة الرعاية الصحية في المستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت عينة الدراسة هو بشكل عام مرتفع. أما على مستوى فئة المستشفى فقد كان مستشفى السلام الدولي الخاص هو الأكثر تقديراً بالمقارنة مع المستشفى الأميري الحكومي.

- إمكانية الوصول وتوفر الخدمة في المستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت عينة الدراسة هو بشكل عام مرتفع. أما على مستوى فئة المستشفى فقد كان مستشفى السلام الدولي الخاص هو الأكثر تقديراً بالمقارنة مع المستشفى الأميري الحكومي.
  - وجود أثر ذي دلالة إحصائية لجودة الرعاية الصحية (الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التقمص العاطفي، إمكانية الوصول وتوفر الخدمة) على رضا المرضى متلقي العلاج في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي في الكويت عند مستوى دلالة معنوية (0.05).
- توصلت الدراسة لعدد من التوصيات أهمها:**

- تحسين مرافق المستشفى الأميري الحكومي من خلال الاهتمام بالنظافة والجاذبية وسهولة الوصول.
- الاهتمام بكافة الأجهزة والمعدات الموجودة في مستشفى السلام الدولي الخاصة وجعلها جذابة للناظرين لها.
- توعية المرضى بالمستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص بقدرة العاملين في المستشفى بإمكاناتهم وأنهم موضع ثقة كبيرة في آليات التعامل مع تقديم الخدمة، بالإضافة إلى معرفتهم العالية في الإجابة عن استفسارات المرضى الخاص بالمقارنة مع المؤسسات الصحية التي تمارس نفس النشاط.

#### **9/ دراسة وفاء نايل عطا الله كرادشة (2010):**

دراسة بعنوان تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الاعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله للأطفال في الأردن متخذة وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة دراسة حالة لنيل درجة الدكتوراه من جامعة الشرق الأوسط بالأردن.

هدفت الدراسة إلى تحقيق الهدف الأساسي الذي يتمثل في محاولة الكشف عن الفروقات في وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة في تطبيق معايير الاعتماد (احترام حقوق المرضى - منع العدوى والسيطرة عليها - التدريب والتنظيف-السجلات الطبية وإدارة المعلومات- التحسين المستمر للجودة) على تحقيق إدارة الجودة الشاملة للخدمة الطبية الملكية.

#### **توصلت الدراسة لعدد من النتائج:**

- ارتفاع جودة الرعاية الصحية في مستشفى الملكة رانيا العبد الله للأطفال من خلال تطبيق الاعتماد الصحي وذلك من خلال المتغيرات الخمسة (احترام حقوق المرضى- منع العدوى والسيطرة عليها- التدريب والتنظيف-السجلات الطبية وإدارة المعلومات - التحسين المستمر للجودة) على إدارة الجودة الشاملة وكانت الفروق تميل لصالح عينة مقدمي الخدمة الذين يرون بأن هذه المعايير مطبقة ومعمول بها أكثر من وجهة نظر مرافقي متلقي الخدمة.
- هناك علاقة ذات دلالة إحصائية فيما يحقق معيار حقوق المرضى وعائلاتهم وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

▪ وجود علاقة ذات دلالة إحصائية فيما يخص معيار التثقيف والتدريب وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

▪ بالنسبة للسجلات الطبية وإدارة المعلومات بينت النتائج عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

#### توصل الدارس لعدد من النتائج أهمها:

▪ ضرورة العمل على تعزيز مبدأ التركيز على مبدأ الخدمة (المرضى) لأنهم يشكلون المحور الأساسي في إدارة الجودة الشاملة ويمكن أن يكون ذلك من خلال الاستمرار في الاستماع إليهم والتعرف على متطلباتهم وتوقعاتهم والإيفاء بها.

▪ الاهتمام بالتحسين المستمر أمر ضروري تفرضه مجموعة عوامل وأهمها عامل التنافس مما يستدعي الاعتناء بهذا الجانب والعمل على تدريب وتأهيل وتمكين تقديم الخدمة أكثر.

▪ العمل على تجسيد مبادئ إدارة الجودة الشاملة لتكون أكثر انغماساً في الثقافة التنظيمية لدى المستشفيات الأردنية بشكل محوري لتكون سمة من سمات ثقافتها التنظيمية.

**10/ دراسة محمد محمد علي محمد (2011م):** دراسة بعنوان تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الخرطوم التعليمي لنيل درجة الماجستير من جامعة أم درمان الإسلامية اتبع الدارس المنهج الوصفي التحليلي ودراسة الحالة. هدفت الدراسة إلى التعرف بمفهوم وأهمية ومقومات الجودة الشاملة ومعرفة أثر تطبيق إدارة الجودة على تحسين الخدمات الصحية المقدمة للعميل الخارجي والتعرف على المعوقات والمشاكل التي تواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة ومعرفة أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على رضا العميل الداخلي والخارجي والتعرف على العوامل التي تساعد في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

#### توصل الدارس لعدد من النتائج:

▪ يوجد عدم رضا وظيفي لدى العاملين بمستشفى الخرطوم التعليمي.

▪ مستشفى الخرطوم التعليمي لا يطبق الجودة الشاملة بالطريقة العلمية الصحيحة.

▪ اقتصر تطبيق الجودة الشاملة في مستشفى الخرطوم التعليمي على إعداد البدائل التطبيقية الفنية فقط.

▪ هناك اعتماد كلي على المؤسسات الخاصة للتدريب على برنامج الجودة مما أدى لهذا القصور في تطبيق الجودة الشاملة.

#### توصل الدارس لعدد من التوصيات أهمها:

▪ بذل الجهود اللازمة لتحقيق رضا العاملين.

▪ فصل إدارة الجودة عن الطب العلاج وجعلها إدارة قائمة بذاتها.

▪ الإعداد لتطبيق الجودة الشاملة بالطريقة العلمية السليمة.

▪ عمل تقويم لبرامج الجودة المطبقة حالياً بواسطة جهة خارجية متخصصة لأن ما يجري الآن عبارة عن برامج تحسين وتجويد بعيداً عن مدخل إدارة الجودة الشاملة.

## ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

- الملاحظة أن جميع الدراسات السابقة قد تناولت مفهوم إدارة الجودة الشاملة من زوايا مختلفة وفي مستشفيات متعددة.
- ركزت الدراسات السابقة علي أثر الدوافع والموارد البشرية ونمط القيادة واستخدام معايير الاعتماد في تحقيق الجودة الشاملة وعلي جودة الخدمات الصحية، بينما تركز هذه الدراسة علي إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية دراسة مقارنة لبيئة العمل وأثرها علي الأداء في الأقسام الرئيسية (الباطنية - الجراحة - أمراض النساء) بالمستشفيات العامة والخاصة ولاية الخرطوم.
- تتفق هذه الدراسة مع بعض الدراسات السابقة في أنها ركزت علي المستشفيات العامة والخاصة وتختلف مع الدراسات التي ركزت علي المستشفيات العامة أو الخاصة بصورة منفردة.
- المتوقع أن تكون نتائج هذه الدراسة مختلفة تماماً إلى حد كبير عن نتائج الدراسات السابقة.

## تنظيم البحث:

تم تقسيم الدراسة إلى خمسة فصول يحتوي كل فصل على عدة مباحث تناول الفصل الأول أساسيات الدراسة ويشتمل على الإطار المنهجي للبحث وهو المدخل العام للبحث ويحتوي علي المقدمة والتعريف لموضوع البحث وأهدافه وفرضياته وأهميته وحدود البحث (زمانية ومكانية) والدراسات السابقة. كما تناول الفصل الثاني الإطار النظري والمفاهيمي لإدارة الجودة الشاملة وثلاث مباحث تناول في المبحث الأول: مفهوم الجودة وتاريخها وتطورها والجودة في الإسلام. و المبحث الثاني: المفاهيم الأساسية لإدارة الجودة الشاملة. أما المبحث الثالث: جودة الخدمات ومعاييرها أما الفصل الثالث تناول المستشفيات أنواعها ومهامها وإدارتها. وتم تقسيمه إلى ثلاث مباحث تناول في المبحث الأول: المستشفيات نشأتها وإدارتها وبيئة العمل فيها. وفي المبحث الثاني: تطبيق معايير الأداء والإنجاز في المستشفيات. أما المبحث الثالث تناول: الاعتماد في المستشفيات. وتطرق الفصل الرابع للدراسة الميدانية والتحليل الإحصائي وينقسم إلى أربعة مباحث، المبحث الأول يتناول نبذة حول المستشفيات موضوع الدراسة وينقسم المبحث إلى ثلاث مطالب يتحدث المطلب الأول عن مستشفى بن سينا، والمطلب الثاني مستشفى الولادة أم درمان، المطلب الثالث مستشفى امبريال. أما في المبحث الثاني منهجية إجراء الدراسة التطبيقية، والمبحث الثالث تحليل بيانات الدراسة، أما في المبحث الرابع اختبار فروض الدراسة. وأخيراً الفصل الخامس ويشمل النتائج والتوصيات والمصادر والمراجع والملاحق.

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والمفاهيمي لإدارة الجودة الشاملة

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والمفاهيمي لإدارة الجودة الشاملة

**المبحث الأول: مفهوم الجودة، تاريخ تطورها والجودة في الإسلام والنظم المعاصرة.**

يعتبر مفهوم الجودة من المفاهيم التي أثارت وما زالت تثير الجدل بين الكتاب والممارسين حيث يتوقف معنى الجودة على طريقة النظر إليها، لذلك يشير بعض المهتمين بالموضوع وفقاً لحامد(عبدالغفار حامد، 2012م ص 23) "أن الجودة مفهوم تجريدي يعنى أشياء مختلفة للأفراد المختلفين وأنه يستخدم بأشكال متعددة وكثيرة، فبالرغم من أن الجودة تعتبر من أكثر الكلمات شيوعاً إلا أنها أقلها وضوحاً، حيث لم تتفق الدراسات على تعريف واحد للجودة حتى الآن، ولا يوجد تعريف عام موحد يمكن تطبيقه على كل السلع والخدمات، ولذلك تعرف الجودة بمدخل مختلفة".

#### مفهوم الجودة:

##### التعريف اللغوي للجودة

في اللغة العربية فان الأصل الاشتقاقي للجودة هو (ج و د) وفي الأصل يدل على التسمح بالشيء وكثرة العطاء (معجم المقاييس 1/ 439) والجواد: السخي وقيل هو الذي يعطى بلا مسألة، وأجاد: أتى بالجيد من القول أو الفعل (أحمد سيد مصطفى، 2006، ص 68). كما يلاحظ أن الجودة في اللغة كما جاء عن مجمع اللغة العربية عام 1993 تعنيان الجيد ضد الرديء، ومن الكلمات المرادفة للجودة الإتقان الذي يدل على الأداء الجيد الذي يبلغ حداً فائقاً (مصطفى الحكيم، 2011، ص 7) وعليه فإن المعنى اللغوي للجودة يتضمن: العطاء الواسع والأداء الجيد الذي يبلغ حداً فائقاً، كما يتضمن القيام بأمر ما قياماً حسناً لا فؤيد عليه.

يقول حامد "بتطبيق هذا المفهوم على المنتجات والخدمات تصبح الجودة هي إجمالي الصفات والخواص للمنتج أو الخدمة التي تجعله أو تجعلها قادرة على تحقيق احتياجات مشمولة أو محددة بما ينعكس على رضا المتلقى ومن ثم فلا بد أن يكون المنتج أو الخدمة مطابقاً للمواصفات الموضوعية لها. ولأن القصور عن المواصفات مؤثر لعدم كفاءة الأداء فالجودة تعنى التوافق مع احتياجات المستفيد ومن ثم فإن الجودة تقتضى منع الأخطاء والوقاية منها وليس مجرد اكتشافها ومعيار الجودة هو الخلو من العيوب ومقياسها هو التكلفة سواء تكلفة الأخطاء أو تكلفة الإصلاح، ومنع حدوث الخطأ مرة واحدة".

يرجع مفهوم الجودة (Quality) إلى الكلمة اللاتينية (Qualities) التي تعنى طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة الصلابة، وقديماً كانت تعنى الدقة والإتقاني تصنيع وإنشاء القلاع و القصور والمنحوتات (عبدالغفار حامد، مرجع سابق، 23 - 24) ويمتد الاهتمام بالجودة إلى زمن بعيد إذ يوضح شعار معهد جوران الأمريكي اثنان من قدماء المصريين، أحدهما يعمل والأخر يقيس جودة العمل.

## المفهوم التقليدي للجودة:

في بداية القرن العشرين كان هناك مفهوم سائد للجودة يعبر عن ظروف المنظمة المنتجة ولا يهتم بالعميل ولا يضعه في حسابه واعتبر هذا المفهوم هو التعريف التقليدي للجودة. ويتمثل هذا التعريف للجودة على ((أنها مجموعة من الصفات والخصائص التي يجب أن تتوفر في المنتج وبما يتطابق مع صفات وخصائص وضعت لهذا المنتج سابقا وفي معظم الأحيان فإن هذه الخصائص والصفات تحدد من قبل المُنْتِج ووفقا لظروفه وموارده واعتباراتها الإنتاجية.))

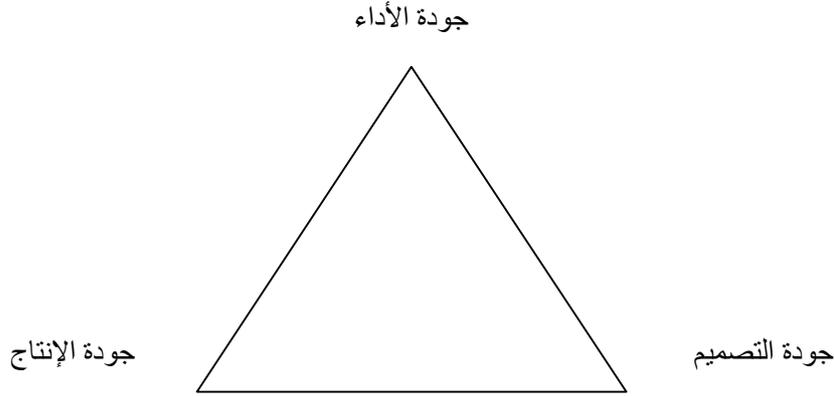
أما المفهوم الحديث للجودة فقد جاء نتاج المنافسة اليابانية الأمريكية فبدأت الخمسينات أدرك اليابانيون أن العجز عن بيع المنتج هو أخطر علامة تحذير لمديري الإنتاج بينما استغرق الغرب في المنافسة السريعة كمدخل أساسي للسوق، لقد ركز اليابانيون على ثورة الجودة فبعد أن خرجت اليابان من الحرب العالمية الثانية باقتصاد منهار وصناعة رديئة لا تجد لها حصة في السوق العالمي اتجهت إلى الغرب وتحديدا إلى الولايات المتحدة للبحث عن مخرج لصناعتها واستقدمت العالم الأمريكي إدوارد ديمينج (Father of Quality) الذي تحدث عن الجودة في أمريكا وأثارت انتباهه ولكن أمريكا تجاهلته ومن ثم قام اشكاوا (رئيس الاتحاد الياباني للمنظمات الاقتصادية) بدعوة ديمينج لزيارة محاضرات في منتصف الخمسينات من القرن الماضي للمساعدة في حل مشكلة صناعتها ومكث هناك طويلا ووجد بيئة صالحة في اليابان للأخذ والعطاء فقدم أفكاره لليابانيين ودرس أساليب التسويق وبلور نظرياته في الجودة. (محمد الصيرفي، 2008، ص18)

## المفهوم الحديث للجودة

عرف المفهوم الحديث للجودة على "أنها مجموعة من الصفات والخصائص والمعايير التي يجب أن تتوفر في المنتج وبما يتطابق ويلبي رغبات وتفضيلات المستهلك". والجودة بهذا المفهوم وفقاً لنفس المصدر ينظر إليها من احد الجوانب الثلاثة الآتية:

- **جودة التصميم:** ويقصد بها توافر مجموعة معينة من الخصائص الملموسة وغير الملموسة في تصميم المنتج.
- **جودة الأداء والاعتمادية:** وتتمثل في قدرة المنتج على إرضاء الزبون لأطول فترة ممكنة.
- **جودة الإنتاج:** (جودة المطابقة) يقصد بها مدى مطابقة جودة التصميم مع ظروف وعمليات الإنتاج المنظمة. (محمد الصيرفي، مرجع سابق، ص19) وقد مثل الصيرفي لهذه الخصائص بالشكل التالي:

## شكل رقم (1-2) مثلث الجودة



محمد الصيرفي (2008م) الجودة الشاملة طريقك للحصول على الايزو، الاسكندرية مؤسسة حورس الدولية للنشر، الاسكندرية، ط1، ص19

فيما بعد صارت الجودة أكثر تفصيلا وتخصصية فعرفت بأنها:

- توافر خصائص وصفات في المنتج (سلعة أو خدمة أو فكرة) تشبع احتياجات وتوقعات العميل المعلنة والغير معلنة. (احمد مصطفى، مرجع سابق، ص15)
- الجودة هي (( تكامل الملامح والخصائص لمنتج أو خدمة ما بصورة تمكن من تلبية احتياجات ومتطلبات محددة أو معروفة ضمنيا، أو هي مجموعة من الخصائص والمميزات لكيان ما تعبر عن قدرتها على تحقيق المتطلبات المحددة أو المتوقعة من قبل المستفيد)). (بوكميش، 2010، ص 14)
- في هذا الخصوص يقول عقيلي (عقيلي، 2000، ص 17) "الجودة بمعناها العام هي إنتاج المنظمة لسلعة أو تقديم خدمة بمستوي عالي من الجودة المتميزة تكون قادرة من خلالها على الوفاء باحتياجات و رغبات عملائها بالشكل الذي يتفق مع توقعاتهم وتحقيق الرضا والسعادة لديهم ويتم ذلك من خلال وضع مقاييس موضوعة سلفا لإنتاج السلعة أو تقديم الخدماتوا يجاد صفة التمييز فيها".

كما ان هناك عدد من وجهات النظر لمعنى الجودة منها:

- التفوق: وتعنى أن الجودة هي التميز بحيث تستطيع أن تميزها بمجرد رؤيتها.
- الاعتماد من قبل المستخدم: يعنى ((بان الجودة هي ملائمة الاستخدام، وقدرة المنتج أو الخدمة على تلبية توقعات واختيارات الزبائن)).
- الاعتماد من حيث القيمة: تعنى ((أفضل جودة للمنتج هي تلك التي تقدم للزبون أقصى ما يمكن مقابل ما دفعة، وتلبية احتياجات الزبون بأقل سعر ممكن)). (دورين، 2012، ص 25)

يرى بعض الباحثين أن الجودة تعنى أشياء مختلفة لكل فرد أو مؤسسة وبالتالي فإنه يمكن تعريف الجودة

حسب مبدأ التركيز على النحو التالي:

- 1- التركيز على العميل: يعرف ديمينغ وجوران الجودة على ((إنها إرضاء أو مقابلة الغرض وهذا المسلك يعتمد على قدرة الشركة على تحديد متطلبات العميل وبعد ذلك تنفيذ هذه المتطلبات)). وهذا التعريف

للجودة يركز على العميل المناسب جدا للشركات التي لها خدمات ذات اتصال مباشر بالعملاء أوالتي تعتمد فيأداء خدماتها على عدد كبير من الموظفين.

2- التركيز على العملية:يعرف كروسبي(نخبة من الخبراء المتخصصين،2014م، ص ص86-87)الجودة على أنها"مطابقة المتطلبات" وهذا التعريف وفقاً لكروسبي نفسه"يعطى أهمية اكبر لدور الإدارةفي مراقبة الجودة حيث أن دور العملية والطريقة في تقديم الخدمة هيالتي تحدد جودة المنتج النهائي. وبالتالي فإن التركيز هنا داخلي وليس خارجي، وهذا التعريف مناسب للشركات التي تقدم خدمات قياسية لا تتطلب اتصال كبير للعملاء".

3- التركيز على القيمة:تعرف الجودة أحياناًأنها التكلفة بالنسبة للمنتج والسعر بالنسبة للعميل أو مقابلة متطلبات العميل على أساس الجودة والسعر والإمكانيةوبالتالي فإن التركيز هنا أيضاًخارجي وذلك بمقارنة الجودة مع السعر والإمكانية.

عرفت الجودة كما ورد في قاموس أكسفورد (المرجع السابق، ص 98) بأنها الدرجة العالية ((من النوعية أو القيمة)). وتضمنت المواصفة القياسية الدولية لمصطلحات الجودة إصدار عام 1994 تعريفاً للجودة باعتبارها: "مجموعة من الخواص والخصائص الكلية التي يحملها المنتج أو الخدمة وقابليته لتحقيقالاحتياجات والرضاء أو المطابقة للغرضFitness For Use والصلاحية للغرض وهو أكثر تعريفاً للجودة ملائمة" (بوكمويش، مرجع سابق، 14)

**عرف مصطلح الجودة عن طريق عدد من الجهات و المنظمات الأخرى علي النحو التالي:**

- تعريف وزارة الدفاع الأمريكية:الجودة هي((عمل الشيء الصحيح صحيحاً من أول وهلة والتطوير المستمر مع تحقيق إرضاء العملاء دائماً)). (ايفان ودين، 2009م، ص 32)
- تعريف الجمعية الأمريكية لمراقبة النوعية: American Society For Quality Control (ASFQC) وقد عرفت من خلال مفهومين أولهما: السمات المقترنة بالسلع أو الخدمات التي توضح قابلية تلك السلع والخدمات على تحقيق رضا المستهلكوا إشباع حاجاته، ثانيهما: القابلية على خلو تلك السلع أو الخدمات من العيوب.
- تعريف المكتب القومي للتنمية الاقتصادية ببريطانيا (NEDO):عرف الجودة بأنها((مجموعة العوامل أو الخصائص التي يجب أن تتوفر في منتج أو خدمة معينة بهدف الوفاء بمتطلبات السوق)) (كاظم حمود، 2010، ص21).

لقد خلص حمود إلي أنه ليس هناك تعريف عالمي موحد ومتفق عليه من اجل تعريف الجودة وانه رغم ذلك

هناك عددا كبيرا من أوجه الشبه التي يمكن استخلاصها من التعريفات المختلفة علي النحو التالي:

- "الجودة تتطوي على مطابقة أو تعدى توقعات الزبائن.
- الجودة تنطبق على البضائع والخدمات و العمليات والأشخاص القائمين على العمليات وعلى البيئة.
- الجودة في حالة تغيير مستمر مثلا ما يعتبر ذو جودة عالية اليوم لن يكون كذلك غدا".

بناء على ماسبق، وفقاً لنفس المصدر يمكن صياغة المفهوم التالي للجودة: ((الجودة هي عملية ديناميكية ترتبط بالبضائع والخدمات والعمليات والأشخاص القائمين عليها وبيئات عملها وتسعي إلأن تتطابق مع توقعات عناصرها أو تتعدها)). (المرجع السابق، ص22)

### أبعاد الجودة:

رغم أن جميع التعاريف التي عرفت بها الجودة أشارت إلى الخصائص والسمات التي تتجسد فيها الجودة، ولم تتفق على تلك الخصائص والسمات. ألا انه يمكن استخلاصثمانية أبعاد أو قواسم مشتركة منها للجودة يمكن من خلالها تحديد مدى إشباع حاجات المستهلك وهي:

- 1- الأداء: يقصد من ذلك أداء ثابت طوال الوقت واستخدام طويل الأجل بما يتماشى مع العمر الافتراضي للمنتج وبالتالي يقود إلى الموثوقية في المنتج أو الخدمة.
- 2- الخدمة: حل المشكلات والشكاوى والاستجابة السريعة أي الاتصال في الوقت المناسب.
- 3- المطابقة: وهي التوافق مع المواصفات المحددة المتفق عليها بين مقدم الخدمة أو المنتج والمستهلك.
- 4- الهيئة والمظهر: وهذا يمثل الخصائص المحسوسة للسلعة وشكلها والإحساس بها.
- 5- القابلية للخدمة: وهنا يقصد انه يمكن تعديلها أو تصليحها عند حدوث مشكله في استخدامها نتيجة في تصنيعها.
- 6- التناسق: تسليم جميع المنتجات والخدمات بنفس النمط.
- 7- الدقة: إنجاز الخدمة أو المنتج بصورة صحيحة من أول مره أو لحظه.
- 8- الوقت: وهذا يمثل الوفاء بالعدد في زمانه المحدد. (الخطيب، 2009، ص65)

### المعايير العالمية لقياس الجودة:

لقد لخص دودين (دودين، مرجع سابق، ص 67) المعايير المتفق عليها عالمياً في قياس الجودة في ستة معايير رئيسية شملت الآتي:

- 1- القيادة.
  - 2- التخطيط الاستراتيجي.
  - 3- الزبائن أو العملاء.
  - 4- المعلومات والتحليل.
  - 5- تنمية الموارد البشرية.
  - 6- ضمان جودة المنتجات والخدمات.
- فالقيادة كما يقول هي المحرك الأساسي لجميع العناصر الأخرى، فهي المعيار الأهم في جميع النظريات التي تستهدف تطبيق الجودة لذلك نستند إلى حقيقة هامة مفادها أن الجودة تبدأ بالقيادة. ((القيادة القوية احدي مزايا المنشآت الناجحة، التي يتمتع قادتها بأفكار عظيمة ورؤى واضحة لقيادة منشآتهم لتتبوأ مركزاً مرموقاً من خلال التوجيه وتطوير نظام قيادة فعال والمحافظة عليه مع عدم إغفال

الجانب الإنساني للجودة حيث أن بلوغ الجودة لا يتم إلا بالمزج بين احترام العمل ومراعاة مشاعر المستخدمين، إن القادة الجيدين هم الذين يملكون الإحساس بالمرح ويملكون روح الدعابة، ويعرفون متي وكيف يستخدمونها، كما أن مرءوسيك يعتبرونك قدوة لهم ولسلوئك وأخلاقك تأثير يفوق تأثير الإرشادات التي تقدمها أو النظام الذي تفرضه عليهم، في ضوء ذلك يمكن القول بان تحقيق النجاح والرضا يعتمد أساساً علي تطوير السلوك ليصبح قائماً علي المبادئ والأخلاق)) (المرجع السابق، ص ص67-68).

والقيادة متمثلة في الإدارة الاستراتيجية تستخدم مفهوم إدارة الجودة الشاملة كأداة لمواجهة المستقبل والتصدي له بفعالية والحد من مفاجأته، فلا مجال للصدفة لديها، فكل شيء يجب أن يدرس ويخطط له بأحكام، من خلال تخطيط إستراتيجي متكامل يشتمل علي: تخطيط طويل الأجل، ومتوسط، وقصير. (عقلي، مرجع سابق، ص55).

إن هدفها في ذلك هو الزبائن أو العملاء فهؤلاء هم الغاية النهائية لأي عملية تسويقية، بل هم مفتاح نجاح المنظمة أو فشلها، سواء أكانت هذه المنظمة صناعية أو خدمية أو منظمه ربحيه أو غير ربحيه. فالعميل هو ذلك الذي يشتري أو يتعامل مع المنظمة بغرض الحصول على المنتجات (سلع أو خدمات). كذلك من المعايير العالمية لقياس الجودة نظام جمع المعلومات والتحليل ويعني تبني هذا الأسلوب جمع الحقائق لتحقيق الوفرة في المعلومات، رؤية واضحة لمتخذ القرار عن الظروف المحيطة به وبالتالي يساعده علي اتخاذها في ضوء المعرفة والحقيقة. وتجمع المعلومات والحقائق عموماً من مصدرين اثنين هما:

- **المصدر الداخلي:** وهم العاملون الذين يكون لديهم في العادة وفرة كبيرة من المعلومات عن واقع العمل والمشاكل المصاحبة له، واقتراحات لا يستهان بها.
- **المصدر الخارجي:** ويتكون من خلال جمع معلومات وحقائق من: العملاء، الموردين، المنظمات الأخرى ذات العلاقة. ورأي الزبون والمورد شيء هام لتقييم الوضع الراهن من اجل التحسين والتطوير.

أما معيار تنميه المورد البشري فأن العنصر البشري هو ثروة واغلي ما تملكه المنظمة فهو الوسيلة الأولى لتحقيق الجودة والتميز، فعن طريقه يتحقق الرضا والسعادة لدي العملاء، لذلك يجب معاملته كشريك وليس كأجير، واحترامه وتقديره، وتنميه الشعور العائلي لديه، فأشعاره بأنه يعيش ضمن أسرة واحده تجمعها مصلحة مشتركة، عامل أساسي في نجاح جهود إدارة الجودة الشاملة.

أما معيار ضمان جودة الخدمات والمنتجات تعني تعهد الشركة بتقديم ضمان للعميل يحقق مستوي الخدمة الكافية التي يرضى بها العميل. ويعمل الضمان على تحقيق مبيعات أكثر للعملاء ويقوي من ولائهم للمنظمة. (المرجع السابق. ص ص 157-115)

## ثانياً الجودة فيالإسلام

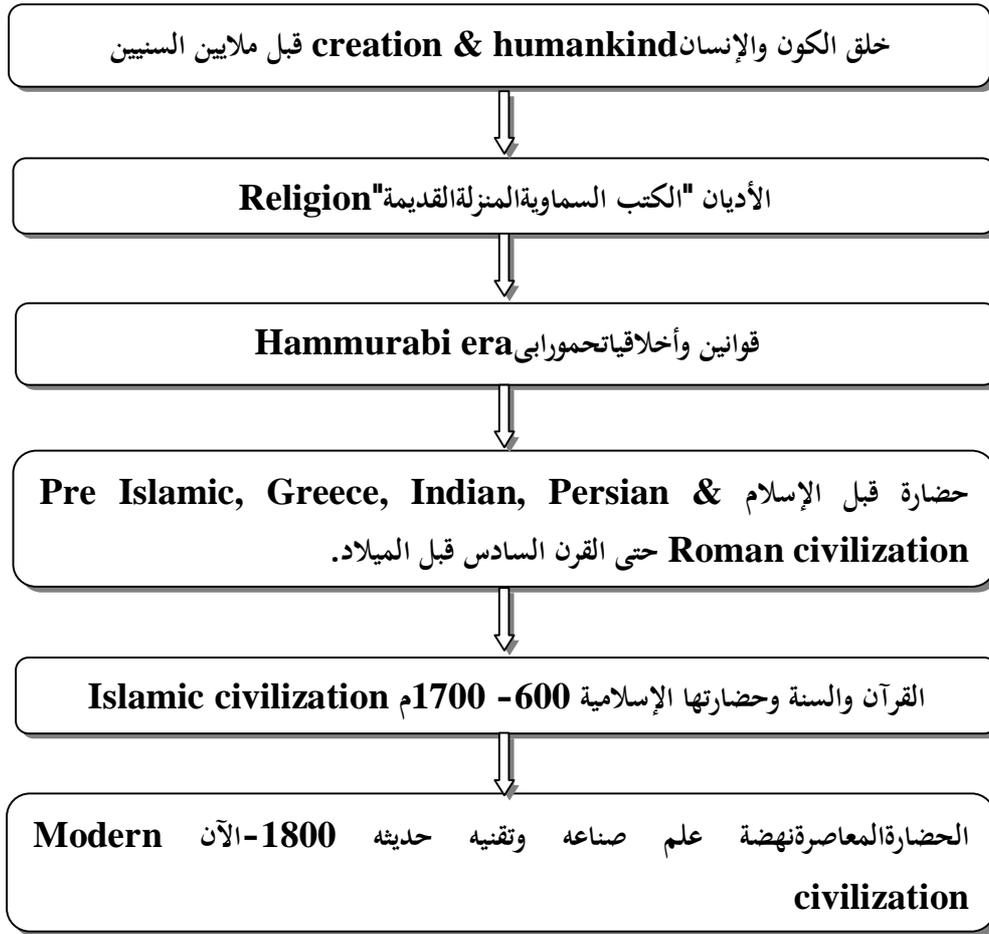
ظهر التركيز على عدة فروع من فروع الجودة الشاملة أهمهاإدارة الجودة فيالإسلام، ويحفل التراث الإسلامي بالكثير مما يختصبالجودة، وهو خاتم الشرائع السماوية، وقد وضع أسس ومفاهيم للجودة والتجويد تسري في كل عباداته ومعاملته، وجاءت كثير من الآياتوالأحاديثالنبوية الشريفة دالة ومؤكدة على منهج

الإسلامي الرقابة الذاتية وإخلاص النية. كما يلاحظ أن جودة العمل من أساسيات الدين الإسلامي ووصفتا لإتقان وصف الله بها نفسه لتنتقل إلى عبادته في قوله تعالى ((صنع الله الذي اتقن كل شيء)) النمل (88)، كما طالب الرسول (ص) المسلم أن يتقن عمله في قوله ((أن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه)) (سنن البيهقي ، ص115) فالإتقان هدف من أهداف الدين يسمو به المسلم ويرقى به في مرضاة الله والإخلاص له لان الله لا يقبل عملاً إلا ما كان خالصاً لوجهها وإخلاص العمل لا يكون إلا بإتقانه. ويتضح إن المصدرين القرآن والسنة يحثان على الإتقان والإخلاص في العمل قال تعالى ((ان الذين امنوا وعملوا الصالحات انا لا نضيع اجر من احسن عملاً)) الكهف (30)، وقوله تعالى ((فنعم اجر العاملين)) الزمر (74)، وقوله تعالى ((فمن يعمل مثقال ذرة خيراً يره ومن يعمل مثقال ذرة شراً يبره)) الزلزلة (8). كما حث الإسلام وأوجب على اتباعه إيفاء الكيل والميزان في قوله تعالى ((واوفو الكيل و الميزان بالقسط)) الأنعام (152) (احمد مصطفى، مرجع سابق ص18). وهذا المبدأ يعد من الإلزام بمعايير الجودة والمقاييس وقد أرسى رسول الله (ص) نظام رقابة المعاملات في الأسواق في حياته وتطور مع تطور الدولة الإسلامية حتى تكاملت صورته في نظام الحسبة وهو نظام يحفظ حقوق الرعية من الضياع والغش والخداع في المعاملات وفي عهد الدولة العباسية تطور ليشمل مراقبة المنتجات والمهن المتعلقة بحياة الناس مثل الطب والصيدلة. إن الالتزام بالإتقان والتجويد والذي ينبع من رقابة المسلم الذاتية لنفسه والذي حث عليه الإسلام قد سرى في كل مناحي المجتمع المسلم وأحدث نهضة إنسانية شملت كل جوانب الحياة من علوم وعمارة وصناعة ومنتجات حضارة فريدة سادت كل العالم وكانت قاعدة للحضارة الحديثة الآن.

### التطور التاريخي للجودة:

لخص علي بركميش (بركميش، مصدر سابق، ص 26) التطور التاريخي للجودة علي النحو التالي:  
إن اهتمام الإنسان بموضوع الجودة الذي يحظى بأهمية كبيرة في المنظمات المعاصرة ليس وليد الساعة وليس من ابتكارات الثورة الصناعية كما يدعى الغرب، بل أن للموضوع جذوره التاريخية الضاربة في القدم قدم وجود الإنسان على وجه المعمورة، حيث وردت وتمثلت الجودة الشاملة (مختصر جذور التطور التاريخي) في:

شكل رقم (2-2) مختصر جذور التطور التاريخي



عيسى بن علي الحوبلي، سمنار في إدارة الجودة الشاملة للمختبرات الطبية، الامارات العربية المتحدة، كلية زايد الطبية، 2011م.

تشير بعض الأبحاث إلى أن اهتمامًا بالجودة يرجع إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد في الحضارة البابلية بالعراق أبان حكم حموراب الذي سن قانونه الشهير الذي تضمن (282) مادة تضمنت بعض الجوانب المتعلقة بالتجارة حيث يلزم من يقدم سلعة غير جيدة أو ناقصة القيمة أن يقوم بإصلاح العيب. أضافي القرن الخامس عشر قبل الميلاد أكد الفراعنة المصريون على الجودة في بناء وصبغ جدران المعابد وفي تشييد الإرامات التي ما تزال شاهدة على ذلك إلى اليوم (احمد مصطفى، 1991، ص6). وتشير بعض الأبحاث إلى أن عملية قياس الجودة يرجع إلى ما قبل 9000 سنة وهذا تاريخ ظهور أقدم أوزان معروفة في تاريخ البشرية. استخدمت في روما القديمة معايير كأسلوب شائع لضبط سير الأعمال حيث كانت تتضمن أنظمة لقياس أحجام الطوب والأنابيب وتنظيم شئون البناء بشكل عام، وكان الحرفيون يشاركون المراقبين في وضع الخطط لتحسين الجودة وبذلك انبثقت الجودة من خلال ابتكاراتهم (Goetsh, Davis, 1997, p.9).

استمر الاهتمام بالجودة إلى قيام الثورة الصناعية وما نتج عنها من ضخامة في الإنتاج واشتداد للمنافسة بين المنتجين الأمر الذي أدى إلى بداية الاهتمام بوضع نظام لضبط الجودة بهدف تقليل الانحرافات في الأداء والوصول إلى أفضل الطرق لأداء العمل.

كما لخص عبد العظيم مراحل التطور التاريخي لمفهوم الجودة في الدول المتقدمة في الجدول التالي:

الجدول رقم (2-1) الأفكار التي جاء بها العلماء التي توضح مراحل التطور التاريخي لمفهوم الجودة في الدول المتقدمة صناعياً

السنة	الأفكار
1911م	تايلور (Taylor) أول من أوجد دراسة الوقت والحركة، وكان رائد مدرسة الإدارة العلمية حيث كان همه الأساسي إيجاد العمل والإنتاج.
1931م	شيورد (Shewart) حيث قام بتقديم فكرة السيرة علي الجودة إحصائياً في كتابه الشهير "السيطرة علي النوعية".
1941م	ساهم ديمينغ (Deming) من خلال انضمامه في دائرة الحرب الأمريكية بدور معلم لتقنيات السيطرة علي الجودة.
1950م	ديمينغ (Deming) حيث لاقت أفكاره رواجاً في المجالات العلمية في اليابان حيث ركز علي موضوع الجودة.
1951م	نشر جوران (Juran) كتاباً عن الرقابة علي الجودة.
1961م	قدمت شركة مارتن مفهوم التلف الصفري
1970م	قدم كروسبي (Crosby) مفهوم التلف الصفري
1979م	نشر كروسبي (Crosby) كتاباً عن حرية الجودة
1980م	بدأ النفوذ الياباني يذاع في التلفزيون الأمريكي، وطرح سؤالاً مفاده إذا كانت اليابان متمكنة فلماذا نحن لا؟ وهذا اعتراف بنجاح أفكار ديمينغ في الإدارة اليابانية.
1981م	قامت شركة فورد بعقد ندوات، ودعت ديمينغ للتحدث مع الإدارة العليا عن أهمية العلاقة بين المنتجين وخبراء الجودة، وتوطيد هذه العلاقة.
1982م	قام ديمينغ (Deming) بنشر كتاب بعنوان (الجودة الانتاجية والموقع التنافسي).
1987م	أنشأ الكونجرس الأمريكي جائزة مالكوم بالتدرج (Malcom Baldrige) لإدارة الجودة الشاملة.
1988م	أصدر وزير الدفاع الأمريكي إرشادات وتوجيهات إلي دائرة الدفاع لتكييف أعمالهم بما يتلائم وإدارة الجودة الشاملة.
1989م	أول شركة أمريكية، وهي شركة فلوريدا للطاقة، ربحت جائزة ديمينغ في اليابان.
1993م	أصبح مدخل الجودة الشاملة يدرس بشكل واسع في الكليات والجامعات الأمريكية.
2003م	انتشر مفهوم إدارة الجودة الشاملة انتشاراً واسعاً في الدول المتقدمة صناعياً، وأيضاً في الدول النامية، لما لاقاه من رواج واهتمام من قبل الدارسين والمتخصصين في هذا المجال.

المصدر: حمد عبد العظيم، المنهج العلمي لإدارة الجودة الشاملة، الدار الجامعي للنشر، الإسكندرية، 2008م، ص43.

## مراحل تطور الجودة الشاملة

تبلورت الأفاق التاريخية لحركة إدارة الجودة في اليابان ثم في الولايات المتحدة الأمريكية وقد كان القطاع الصناعي محور التطور التاريخي لها، ثم امتدت سبل تطبيقها في كافة الميادين الاقتصادية الأخرى شملت القطاعات الإنتاجية والخدمية على حد سواء. وقد اتسم مفهوم الجودة بتطور تدريجي هذا التطور لم يحدث في صورته هزات مفاجئة للفكر الإداري وفي صورته طفرات، ولكنها كانت من خلال تطور مستقر وثابت كان انعكاساً لسلسله من الاكتشافات يمكن تقسيمها إلى أربع مراحل تاريخية:

**1- مرحلة (الفحص): Inspection (1900-1940):** في هذه المرحلة كان التركيز على التحديد الواضح لمواصفات المنتج، بالإضافة إلى تحديد الخطوات اللازمة لصنع المنتج وكانت أدوات القياس هي وسائل المفتشين للتمييز بين المنتجات الجيدة والمنتجات الرديئة. هذا يعني أن عملية الفحص تتضمن الأنشطة المتعلقة بقياس واختبار وتفتيش المنتج وتحديد مدى مطابقة المنتج للمواصفات الفنية الموضوعية، وبالتالي فإن المنتجات المطابقة للمواصفات الفنية يجب تسليمها إلى العميل، أما المنتجات الغير مطابقة للمواصفات الفنية فإنها أما أن تتلف وأما أن يعاد تصنيعها ومن ثم تباع بسعر أقل.

**2- مرحله ( ضبط الجودة ): Quality Control (1940-1960):** تم التركيز في هذه المرحلة على حاجات الزبون وتحديدها من خلال الأبعاد المتماثلة في وجود التصميم وجوده المطابقة، ولتحقيق ذلك ركزت هذه المرحلة على عمليات الفحص والوقاية التي أمانها تحسين الجودة والوصول بالمنتج إلى ذروه المطابقة بين ما تم تصميمه وبين ما يرغب به الزبون، كل ذلك يجب أن يتم في حدود التكلفة التي تتناسب الزبون.

**3- تأكيد الجودة: Quality Assurance (1960-1985):** تركز هذه المرحلة على توجيه كافة الجهود لمنع وقوع الأخطاء منذ البداية، حيث أن إيجاد حل لمشكلة عدم مطابقة المواصفات أصبحت طريقه غير فعالة، وبالتالي الأفضل من ذلك هو منع وقوع المشكلة أصلاً والقضاء على أسبابها منذ البداية. (زين الدين، 1996، صص 17-26)

**4- إدارة الجودة الشاملة: Total quality management (1986 -الوقت الحاضر) ظهر مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الثمانينات من القرن العشرين، ويتضمن هذا المفهوم جودة العمليات، جودة المنتج، ويركز على العمل الجماعي Team work وتشجيع مشاركة العاملين واندماجهم، بالإضافة إلى التركيز على العملاء ومشاركه الموردين. ( زين الدين، مرجع سابق، ص 27).**

**مفهوم الجودة في الخدمات الصحية:**

جوده الخدمات الصحية من الصعب تحديدها وقياسها، فبرغم من الاهتمام المتزايد بها وشيوع استخدام مصطلحها 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 وأولياتهم وأهدافهم.

### فعد تعريف جوده الرعاية الصحية من الضروري التفريق بين مفهومين هما:

- الرعاية الطبية: ينصب تركيزها على مراجعه العمليات الباثولوجيه، وتتضمن التشخيص المبكر وإعادة التأهيل الطبيعي وذلك عند الحاجة، لذا فهي تركز على المرض والملاح الطبية لعمليات الرعاية.
- الرعاية الصحية: تذهب الرعاية الصحية إلى ما هو أبعد لأنها تشمل أنشطه المنع، الرعاية الطبية، رعاية المريض، إعادة التأهيل الاجتماعي. فالرعاية الصحية تركز على جوده الحياة بصفه عامه (عدمان، 2011، ص54). وهذا يوضح أن مصطلح الرعاية الطبية والرعاية الصحية يشمل مفهوم رعاية المريض. فالجودة لدى مقدم الخدمة تعنى الالتزام بمعايير الجودة الطبية عند تقديم الرعاية الصحية، بهدف تحقيق النتائج المرجوة، في حين يرى المريض أنها درجة الرعاية التي يقبلها هو بأن تكون هذه الرعاية سهله المنال، منخفضة التكاليف وموثقه جدا. وتعرف جوده الخدمات الصحية "بأنها مجموعه من الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد حدوثها ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض، أو هي الرعاية التي تقدم للمريض، والتي تتضمن فحصه وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجها والغذاء الجيد الملائم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته (حنان الاحمدى، 2000، م، ص187). كما يقصد بجوده الخدمات الصحية بالمستشفى ليس فقط جوده احد العناصر مثال الفندقية الطبية، أو النقدية أو فن المعاملة والعلاقات العامة أو الأسعار ولكن نقصد بها الجودة الشاملة التي تحقق:

أ. تطابق المواصفات المعيارية.

ب. تحقيق رضا المرضى والطبيب والتمريض.

ج. ضمان التحسينات المستمرة في جميع الخدمات والوظائف.

د. حافز المستثمر في المستشفى الخاص بالبقاء في المهنة وتحقيق تقدم ونمو وتوسع.

الجودة في الرعاية الصحية لها ثلاثة جوانب: الأول فني ذو صلة بتطبيق العلوم والتقنية الطبية للتعامل مع مشكلات الرعاية الصحية للمريض، والجانب الثاني من الجودة إنساني ذو صلة بالعلاقات الاجتماعية والنفسية بين المريض ومقدم الخدمة، في حين أن الجانب الثالث يتعلق بتحقيق احتياجات المريض من الكماليات. (حامد، مرجع سابق، ص25) وتعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمه أو إجراء أو تشخيص أو معالجه مشكله طبية معينه. (عدمان، مرجع سابق، ص56) ويتضح من هذا التعريف

أنا لآودة آءءء على أساس الالآزام بالمعايير المهنية؁ وناقاس بأآر رآعى باسآءءام المعايير المءءءة مسبقا؁ بهءف الآءسين المسآمر .

## أشكال الجودة في القطاع الصحي:

هناك ثلاثة أشكال للجودة في القطاع الصحي ((الجودة التي يمكن قياسها، الجودة التي يمكن تقديرها والجودة التي يمكن إدراكها)).

**أولاً: الجودة التي يمكن قياسها هي:**

- الجودة التي تتطابق مع المعايير.
- هذه المعايير هي التي تأخذ شكل أدلة العمل الإكلينيكية.
- التوصل إلي معايير مقبولة لمخرجات الخدمة المتوقعة التي تقدمها الوحدة للمنتفع.
- المعايير هي الأدلة على التفوق.

**ثانياً: الجودة التي يمكن تقديرها وهي:**

- إدراك وتقدير التفوق فيما وراء الحد الأدنى للمعايير والمقاييس.
- تتطلب الحكم من ذوي الخبرات والمهارات من الأطباء الممارسين للمهنة والأشخاص ذوي الحساسية والاهتمام.
- إن نعتمد على مجالس مراجعه الأنداد في الحكم من خلال الفنيين من نفس التخصص، لتحديد إذا كان التدخل العلاجي للطبيب مع المريض قد تم بصورة جيدة أم لا.

**ثالثاً: الجودة التي يمكن إدراكها وهي:**

- درجة التفوق التي يمكن أن يدركها متلقي الخدمة أو المراقب للرعاية الصحية.
- درجة العناية والرعاية التي يوليها الأطباء والممرضات وباقي العاملين أكثر من توفير بيئة مناسبة أو المنافسة التي تعتمد على التكنولوجيا. (دورين، مرجع سابق ص32).

## المبحث الثاني: المفاهيم الأساسية لإداره الجودة الشاملة

مفهوم الجودة الشاملة يعني قيادة الأداء وتوجيهه لتلبية متطلبات العميل من خلال عمل الأشياء الصحيحة بالطريقة الصحيحة ومن أول مرة(عقلي، مرجع ، ص31)، وهي مدخل أداء الأعمال الذي يحاول تعظيم المركز التنافسي للمنظمة من خلال التحسين المستمر لجودة المنتجات والأفراد والعمليات والبيئة. كما يعتبر مفهوم الجودة الشاملة أسلوب إداري يضمن تقديم قيمة للمستفيد الداخلي والخارجي من خلال تحسين وتطوير مستمرين للعمليات الإدارية بشكل صحيح من أول مرة وفي كل مرة بالاعتماد على احتياجات ومتطلبات المستفيد. كما هو إنتاج منتجات أكثر مطابقة من خلال تحسين النظام التقني ونظام الأفراد في آن واحد، وتمثل فلسفة إدارة الأعمال، التي لا تفصل حاجات العميل عن أهداف الأعمال، وتمثل فلسفة تحسين ربحية الشركة من خلال التحسين المستمر لجميع أوجه الوظائف التي تشتمل عليها الإدارة. كذلك يعبر مفهوم الجودة الشاملة عن التطوير المستمر للعمليات الإدارية وذلك بمراجعتها وتحليلها والبحث عن الوسائل والطرق لرفع مستوى الأداء وتقليل الوقت لإنجازها بالاستغناء عن جميع المهام والوظائف عديمة الفائدة والغير ضرورية للعميل أو للعملية وذلك لتخفيض التكلفة ورفع مستوى الجودة مستندياً في جميع مراحل التطوير على متطلبات واحتياجات العميل.

### تعريف إدارة الجودة الشاملة:

أول محاولة لوضع تعريف لمفهوم إدارة الجودة الشاملة كانت من قبل منظمة الجودة البريطانية The British Quality Association (BQA) حيث عرفت TQM على أنها " الفلسفة الإدارية للمؤسسة التي تدرك من خلالها تحقيق كل من احتياجات المستهلك وكذلك تحقيق أهداف المشروع معاً ". (السلمي، 2001م، ص368)

بينما عرفها العالم جون اوكلاند(المقلي واخرون، 2011، ص54) "على أنها الوسيلة التي تدار بها المنظمة لتطوير فاعليتها ومرونتها ووضعها التنافسي على نطاق العمل ككل.

أما إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر أمريكية ((هي فلسفة وخطوط عريضة ومبادئ تدل وترشد المنظمة لتحقيق تطور مستمر وهي أساليب كمية بالإضافة إلى الموارد البشرية التي تحسن استخدام الموارد المتاحة وكذلك الخدمات بحيث تكون كافة العمليات داخل المنظمة موجهة نحو تحقيق إشباع حاجات المستهلكين الحاليين والمرقبين)). (Mitra, 1993 :7)

أما منظمة البريد الملكية Royal Mail فتعرف إدارة الجودة الشاملة على أنها الطريقة أو الوسيلة الشاملة للعمل التي تشجع العاملين للعمل ضمن فريق واحد مما يعمل على خلق قيمة مضافة لتحقيق إشباع حاجات المستهلكين(زين العابدين، مصدر سابق، ص27).

ووفقاً لتعريف شركة السكة الحديد البريطانية British Rail ways board فإن إدارة الجودة الشاملة هي العملية التي تسعى لأن تحقق كافة المتطلبات الخاصة بإشباع حاجات المستهلكين الخارجيين وكذلك الداخليين بالإضافة إلى الموردين.

ولذا فقد حدد كول (Cole,1995) مفهوم إدارة الجودة الشاملة (بأنها نظام إداري يضع رضا العملاء على رأس قائمة الأولويات بدلاً من التركيز على الأرباح ذات الأمد القصير، إذ أن هذا الاتجاه يحقق أرباحاً على المدى الطويل أكثر ثباتاً واستقراراً بالمقارنة مع المدى الزمني القصير).

كما عرفها تونكس (Tunks, 1992) (بن سعيد، 1997، صص 72-73) بأنها اشتراك والتزام الإدارة والموظف في ترشيد العمل عن طريق توفير ما يتوقعه العميل أو ما يفوق توقعاته.

ولذا يمكن القول بأن إدارة الجودة الشاملة عبارة عن ((نظام يتضمن مجموعة الفلسفات الفكرية المتكاملة والأدوات الإحصائية والعمليات الإدارية المستخدمة لتحقيق الأهداف ورفع مستوى رضا العميل والموظف على حد سواء)). (زين الدين، مرجع سابق، ص17)

تبنى بعض المفكرين أمثال كروسبي وجابلونسكي وبروكا توجهات فكرية تركز على النتائج النهائية التي يمكن تحقيقها من خلال إدارة الجودة الشاملة، والتي يمكن تلخيصها في أنها (الفلسفة الإدارية وممارسات المنظمة العملية التي تسعى لأن تضع كل من مواردها البشرية لتكون أكثر فاعلية وكفاءة لتحقيق أهدافها). (بن سعيد، مرجع سابق، ص68)

يلاحظ من التعاريف السابقة إن أهداف المنظمة قد تحتوي على رضا المستهلك وكذلك أهداف المشروع المختلفة مثل النمو، الربحية، والمركز التنافسي داخل السوق أو إدراك المجتمع للخدمات المقدمة وإن المنظمة تعمل داخل المجتمع من خلال خدمته لذا فهي ذات حاجة إلى مفهوم عريض يتعلق بالمستهلك.

واضح إذن أن التعاريف السابقة تشترك بالتأكيد في ثلاثة نقاط التحسين المستمر في التطوير لتحقيق النتائج طويلة المدى أولهما، العمل الجماعي مع عدة أفراد بخبرات مختلفة ثانيهما، المراجعة والاستجابة لمتطلبات العملاء ثالثهما.

مما سبق يتبين أنه في إدارة الجودة الشاملة يتم التركيز بوجه خاص على المستهلك ورغباته ومحاولة تحقيق الجودة من خلال وجهة نظره هو لا من وجهة النظر المثالية؛ فما هو مثالي بالنسبة للمنظمة يجب أن يكون محكه الرئيسي هو العميل من خلال تحديد رغباته وتوقعاته وتحقيقها. (زين الدين، مرجع سابق، ص24)

أما مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية فيقوم على فلسفه المفهوم الشامل والتكاملي بهدف الارتقاء بمستوي الخدمات الصحية ومستوي الأداء الإداري للمنظمة الصحية. أنالأهداف المرجوة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة وتحسين الجودة المستمر في الرعاية الصحية تشمل علي التقييم المستمر لمدي كفاية الأنظمة والعمليات نحو تحقيق توقعات العملاء وتحديد وتحليل المسببات الحقيقية لانحراف الأداء، وتصميم وتنفيذ برامج التصحيح التي يربحأن تمنع حدوث الانحرافات مستقبلا، وكذلك يعد وسيلة للتقويم المستمر لكفاءة برامج التصحيح. لقد أشارت Greenberg & Lezzoni إلى أكثر من مفهوم لإدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية، منها ((أنها محاولة التعرف علي مصادر الانحراف والعمل علي التغلب عليها))، ومنها ((أنها مقارنة

أداء المستشفى بأداء مستشفى آخر أفضل منه، ومنها أيضاً أنها العمل علي تصميم نظام صحي قائم علي الاحتياجات)).

### تطور مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

هناك العديد من العلماء والباحثين الذين كان لهم دورا فعالا ومميزا في تطور مفهوم إدارة الجودة الشاملة ومنهم علي سبيل المثال لا الحصر ديمينغ وجوران وكروسبي اشيكوا وفجينيو موفينغناو وموتاجوشي وكان ابرز هذه الإسهامات وأكثرها تأثيراً وأهمية إسهامات كل من ديمينغ وجوران وكروسبي واشيكوا. (Greenbbberg 1995, p p 194-195)

أولا لـدوارد ديمينغ: **W.Edwards Deming** (المقلي وأخرون ، مرجع سابق، 12)

هو مهندس و مستشار أمريكي الجنسية حاصل علي درجة الدكتوراه في الرياضيات والفيزياء ويعتبر الأب الروحي لإدارة الجودة كما يلقب أبو ثورة إدارة الجودة الشاملة، ويعتبر من الذين لهم إسهامات مميزة في مجال الضبط الإحصائي للعمليات، تحدث عن الجودة في أمريكا في أوائل الأربعينيات ولكن أمريكا تجاهلته ومن ثمه قام اشيكوا (رئيس الاتحاد الياباني للمنظمات الاقتصادية) بدعوة ديمينغ لإلقاء سلسله محاضرات في منتصف الخمسينيات في القرن الماضي. وقد اعترف اليابانيون بفضل ديمينغ في الجودة في اليابان، حيث قلده الإمبراطور هيرو هيتو 1960م وساماً رفيعاً تكريماً لدوره في هذا المجال، وبنيت فلسفة ديمينغ علي ضرورة التزام المنظمة بتطبيق أربعة عشر مبدأ إلي جانب الأدوات والتقنيات والتدريب وهي: (المحياوي، 2006، ص29)

- 1- أيجاد وخلق هدف ثابت وايجاد التجانس بين الأهداف بما يؤدي إلي تحسين المنتجات والخدمات.
- 2- تصميم برامج التطوير والتحسين لمواجهة التحديات.
- 3- التقليل من الاعتماد علي الفحص بعد الانتهاء من الإنتاج والاعتماد علي بناء الجودة وخلقها في تصميم المنتج وعملية الإنتاج.
- 4- التوقف عن اختيار الموردين بناءً علي السعر فقط.
- 5- التدريب لرفع مهارات العاملين مع الاعتماد علي الطرق الحديثة لرفع كفاءة الأداء.
- 6- قتل الخوف وابعاده عن العاملين والعمل علي تشجيع الاتصال المتبادل وتوفير المناخ الملائم المحفز للأداء الأفضل.
- 7- تحقيق التنسيق بين العاملين والقيادة، والقيادة الفعالة تلعب دوراً هاماً في إقناع العاملين.
- 8- إزالة الحواجز بين الإدارات وتشجيع حل المشكلات من خلال فرق العمل بما يدفع العاملين إلي المزيد من الفهم وبذل الجهود.
- 9- استخدام الطرق الإحصائية للتحسين المستمر لكل العمليات والأعمال المتصلة بالتخطيط والإنتاج والخدمات.
- 10- التركيز في الإشراف علي مساعدة العاملين نحو أداء أفضل وتهيئة الأساليب والأدوات التي تسهل الأداء الجيد الذي يجعل العاملين فخورين بتحسين إنتاجيتهم.

- 11- عدم وضع أرقام قياسية دون الرؤية إلي ما تحمله هذه الأرقام.
- 12- إزالة المعوقات التي تحرم العاملين من الاعتزاز والتفاخر بالعمل.
- 13- تشجيع التطوير والتعليم الذاتي وإعادة التدريب لجعل العاملين مواكبين للتقدم التكنولوجي.
- 14- التزام الإدارة الدائم بالجودة ضرورة أساسية للتطوير المستمر. (عائشة المحجوب، 2009، ص ص 14-15)

إلي جانب ما تقدم فقد أوضح ديمنغ العوامل التي لها تأثير سلبي علي مستقبل المنظمة (الأمراض الإدارية السبعة) علي النحو التالي:

- 1- الفشل في توفير موارد بشرية ومالية مناسبة لدعم هدف تحسين الجودة.
- 2- التأكيد علي الأرباح قصيرة الأجل والفائدة التي يحصل عليها المساهم.
- 3- اعتماد تقييم الأداء السنوي علي الملاحظات والأحكام فقط.
- 4- عجز الإدارة نتيجة التنقل المستمر بين الوظائف.
- 5- استخدام الإدارة للمعلومات المتاحة بسهولة دون الاهتمام بما هو مطلوب لتحسين العملية.
- 6- تكاليف العناية الصحية الزائدة.
- 7- الأعباء القانونية الزائدة. (محفوظ جودة، 2004، ص 32)

إلي جانب دقة تشخيص هذه الأمراض للوصول إلي الأسباب الحقيقية ومعالجتها، وليس معالجة الأعراض فقط، وضمن جهودهم "ديمينغ، جوران - كروسبي" وضع ديمينغ مع كروسبي لقاح واعي للجودة تركز علي ثلاثة محاور هي (التحديد والتصميم، التعليم، التطبيق) (الحوبلي، 2011م، ص 54).

### ثانياً: جوزيف جوران: Joseph Juran

كلف الدكتور جوزف جوران بتطوير الجودة في الصناعة اليابانية بعد الحرب العالمية الثانية عام 1950 حيث ألف عده كتب حول مسألة إدارة الجودة الشاملة، وكان له دور ملحوظ في نجاح برامج الجودة خلال تلك الفترة، ويرى جوران ((أن الجودة يجب أن تكون علي مستويين هما دور المنشأة في تقديم منتج ذو جودة عالية، ودور كل قسم داخل المنشأة في أن يقوم بالعملية الإنتاجية بمستوي جودة مرتفع)). ويلعب المديرون دوراً هاماً في تحميس الأفراد في كل المستويات علي اعتبار الجودة هدف وفلسفة للمنشأة. أشتمل نموذج جوران علي عدد من المفاهيم التي تناوله المختصون باهتمام عبر العالم:

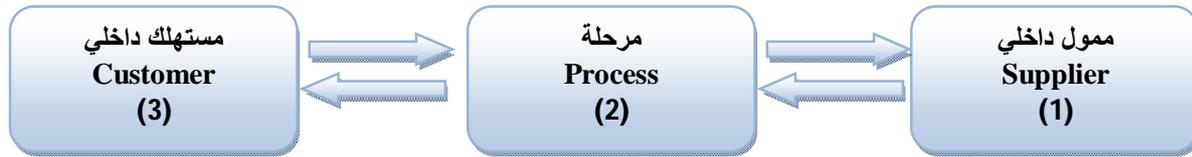
- 1- مستوي الجودة ذو علاقة مباشرة بمستوي رضا العميل، فيحدث الرضا عندما تكون جودة المنتج (سلعه، خدمه) وأداءه عالي المستوي والعكس من ذلك صحيح.
- 2- موضوع إرضاء العميل من خلال الجودة ذو بعدين هما:
  - تحديد احتياجات ومتطلبات العميل، التي في ضوءها يتم تحديد مستوى الجودة المطلوبة. وتتطلب هذه المسألة معرفه من هو المستخدم للسلعة أو الخدمة، وكيف وأين سوف يستخدمها، حيث بدون الإجابة عن هذه التساؤلات لا يمكن تحقيق الجودة المطلوبة.

▪ مراعاة وتوفير هذه المتطلبات عند تصميم وإنتاج السلعة أو تقديم الخدمة، بشكل يأتي بجودة تحقق الرضا لدى العميل وفق متطلباته.

3- تتألف الجودة من شقين:

- الجودة الداخلية وتتعلق بمفهوم الزبون الداخلي.
  - الجودة الخارجية وتتعلق بالمستهلك أو العميل الخارجي. وكلا الشقين يشكلان سلسله تدعي بسلسله الجودة، حيث تبدأ بمرحلة تصميم السلعة، وتنتهي بمستخدمها الزبون.
- وبالتالي يقوم مفهوم السلسلة على " نموذج الأدوار الثلاثة "The Three Role Model" في كل مراحل العملية الواحدة (السلسلة) كالأتي:

شكل رقم (3/2) نموذج الأدوار الثلاثة



المصدر: عمر وصفي عقيلي (2000م): المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، عمان دار وائل للنشر، ط1، ص 179.

كما أشار جوران إلى انه في كل مراحل أو كل حلقة من حلقات سلسله الجودة، هناك فرصه أو إمكانية لإدخال التحسينات على الجودة.

4- ركز جوران على أهميه وضرورة التحسين المستمر للجودة، وذلك من خلال أو عن طريق برامج اسمها "مشاريع تحسين الجودة المتتالية"، ومشاريع التحسين هذه يمكن أن تقترحها أية جهة في المنظمة (إدارة- أخصائيون - عمال.... الخ).

5- صنف جوران تكاليف الجودة ضمن ثلاثة فئات: (عقيلي، مرجع سابق، ص ص. 179-181)

▪ تكاليف الإخفاق أو الفشل Failure Costs: وتشتمل علي تكاليف تصحيح الأخطاء وإعادة العمل من جديد بشكله الصحيح، كما تشتمل على تكاليف خسارة زبون أو عميل نتيجة انخفاض مستوي الجودة.

▪ تكاليف القياس Appraisal Costs: وتشتمل علي تكاليف فحص الإنتاج.

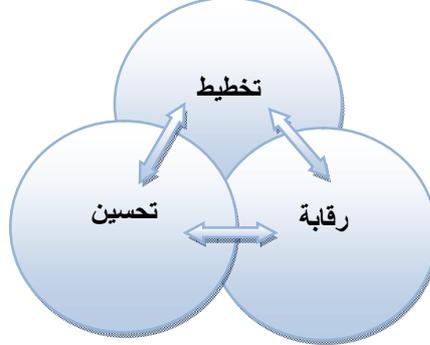
▪ تكاليف الحماية أو المنع Prevention Cost: وتشتمل علي تكاليف الرقابة الوقائية والتعليم والتدريب.

كما أشار جوران إلى ضرورة تلافى النوع الأول من التكاليف، ذلك لأنه ليس لها عائد، وتحتاج إلى تكثيف جهود الإدارة من اجل تلافياها.

6- ربط جوران مسألة الجودة وتحسينها بمدى كفاء الإدارة، حيث له مقوله شهيرة مفادها: "تحقيق الجودة لا يكون بالعمل الارتجالي، فالجودة لا تأتي بالصدفة، بل نحققها من خلال كفاء ثلاثية إدارة الجودة وهى:

- تخطيط جيد من اجل تحقيق مستوى عالي من الجودة: يشمل تحديد من هم العملاء، تحديد حاجات ومطالب وتوقعات العملاء، تصميم السلعة أو الخدمة بشكل أو بمواصفات وجوده تلبي حاجات ومطالب وتوقعات العملاء، تصميم العمليات بشكل تكون قادرة على توفير الجودة المطلوبة ووضع خطة تحقيق الجودة موضوع التنفيذ.
- رقباه فعالة على الجودة: وتشمل قياس الأداء أو الإنجاز المتحقق، مقارنة الإنجاز بالمعايير الموضوعية للجودة، تحديد الانحرافات عن المعايير واتخاذ التدابير اللازمة حيالها. فالرقابة الفعالة هي الرقابة المستمرة وهى الرقابة التي تستخدم الأساليب الإحصائية.
- تحسين مستمر للجودة لجعلها بمستوي أفضل دائما:(المرجع السابق،ص180) ويشمل تحديد أهداف عملية التحسين المستمر، تنميته وعي جميع العاملين في المنظمة حول أهميته التحسين المستمر، تنظيم عمل الأفراد بشكل يساعد على تحقيق عمليات التحسين، تدريب العاملين وتنميته قدرتهم علي العمل الجماعي وحل المشكلات. فالتحسين الفعال هو الذي يقوم على أساس المشاركة وهو عملية شاملة كما هو العمود الفقري لإدارة الجودة الشاملة.

شكل رقم (4/2) يوضح ثلاثية جوران



المصدر: عمر وصفي عقيلي (2000م): المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، عمان، دار وائل للنشر، ط1، ص180.

7- أشار جوران إلى ضرورة إيجاد جهة تكون مسئولة عن الإشراف العام على تطبيق عمليات تحسين الجودة داخل المنظمة واسماها بمجلس الجودة Quality Council والذي يقوم بالاتي: (المرجع السابق،ص183)

- تحديد أهداف التحسين.
- تحديد احتياجات التحسين.
- وضع برامج التدريب والتنمية.
- التنسيق بين مشاريع التحسين.

وهذا المجلس يكون همزة الوصل بين الإدارة العليا في المنظمة والمسئولين عن مشاريع تحسين الجودة.

8- أكد جوران علي ضرورة إيجاد مناخ تنظيمي مناسب لتشجيع العاملين على روح المبادرة والإبداع، وهذا يستدعي بالضرورة إحداث تغييرات في المفاهيم والمعتقدات التنظيمية، وهذه التغييرات ستواجهه بمقاومه، التي يجب التفاعل معها بشكل إيجابي للتخلص منها، عن طريق الإقناع لا بالقوة والعنف.

9- أشار جوران إلى ضرورة التعامل مع المشكلات وحلها بأسلوب علمي، يعتمد على جمع المعلومات لتحديد أسباب المشكلة والتعرف عليها بشكل جيد، ووضع الحل المناسب الذي يجب اختياره قبل التنفيذ. وعند التعامل مع المشكلات يجب وضع أولوية لها، بحيث نبدأ بحل المشاكل حسب ترتيب أهميتها، وقد اقترح البدء بحل المشكلة ذات الحدوث المتكرر، فالتكرار يعطيها أولوية الحل.

**ثالثاً: فليب كروسبي: Philip Crosby** (بوكميش، مرجع سابق، ص 26)

يعد من أشهر رواد الجودة الأمريكيين وفي عام 1952م كانت البداية العملية لكروسبي عندما التحق بشركة كروزبي الأمريكية وتنقل بين عدد من الوظائف حتى أصبح مديراً للجودة لمشروع صواريخ (بيرشوخ) في شركة مارتن ماريتا الذي لاقى رواجاً كبيراً في الفترة من 1965م إلى 1979م. وفي عام 1979م صدر له كتاب حرية الجودة وأصبح من أكثر الكتب مبيعاً في ذلك الوقت، وقام كروسبي أيضاً بتأسيس كلية للجودة، ويرى كروسبي أن الجودة الرديئة تبلغ تكلفتها 20% من العائد ومن الممكن تجنب هذه التكلفة إذا تم ممارسة جودة سليمة، وقد ركز في برنامجه لإدارة الجودة علي التشديد علي المخرجات وذلك عن الطريق الحد من العيوب في الأداء حيث نادي بمفهوم اللاعيوب أي إخراج منتج أو خدمة بلا عيوب (Zero defect) وهو ما يعني عدم القبول بالعيوب مطلقاً، ويؤكد كروسبي أن برنامج "عدم وجود معيب" لا يعني أن العاملين معصومين من الخطأ أو إنهم مبرؤون من العيوب، ولكنه يعني أن المنظمة يجب ألا تتوقع من هؤلاء العاملين أن يرتكبوا أخطاء. كما يرى أن الجودة هي الموائمة مع المتطلبات كذلك يساوي بين إدارة الجودة واتخاذ الإجراءات الوقائية.

كذلك ركز كروسبي علي الدوافع والتخطيط أكثر من عملية الرقابة الإحصائية للجودة أو أساليب حل المشاكل وقد أكد أن الجودة غير مكلفة لان التكاليف الرقابية أو التي تمنع حدوث الأخطاء سوف تكون اقل من تكلفة الفحص والتدقيق والتصحيح والفسل.

**رابعاً : أرماند فيجنباوم (Armand Feigenbanm)**

يعتبر فيجنباوم اول من نادي بمفهوم الرقابة الشاملة علي الجودة و تطويرها عام 1951م Total Quality Control (TQC) والتي اوضح فيها ان مسؤولية تخطيط الجودة تقع علي إدارة الانتاج اما الانشطة الاخرى كمرقابة الجودة فمسئوليتها ثانوية وان الهدف الاساسي لادارة الجودة يجب ان ينصب علي انتاج وحدات جيدة بصفة رئيسية قبل ان يكون منصباً علي اكتشاف الوحدات المعيبة بعد ظهورها. وقد عرف الجودة الشاملة بأنها مفهوم التميز بدلاً عن المفهوم الذي يركز علي العيوب فقط ومن وجهة نظرة ان العميل هو الذي يحدد الجودة وفي هذا يتفق مع جوران. كما اوضح ان فلسفة الجودة تمتد الي خارج حدود مراكز الاداء لتشمل جميع انشطه

المنظمة وهذا ما يتطابق وجهة نظر كروسبي والمتعلقة بحدود ادارة الجودة الشاملة. قام فيجبناوم بطرح فكرة الرقابة الشاملة علي الجودة كأحدي انواع الرقابة علي الجودة التي يمكن استخدامها للتوفيق بين الطلبات الخاصة للمستهلكين برفع مستوي الجودة وما يترتب علي المنتج نتيجة لذلك من تكاليف. كما عرف الرقابة الشاملة علي الجودة بأنها نظام فعال لتحقيق التكامل بين جهود كافة الاطراف والمجموعات داخل المنظمة. ويمكن تقسيم الفلسفة الاساسية للرقابة الشاملة علي الجودة الي خمس فئات: (اروي نور، 2008م، ص86)

#### A. التنظيم : Organization

تدريب وتنقيف كافة العاملين علي مبادئ الرقابة علي الجودة يضمن تحقيق الانتاج الجيد وجعل الفرد العامل هو المسؤول عن الجودة وليس قسم الرقابة علي الجودة ذلك لان قسم الرقابة علي الجودة غير مسؤول عن الانتاج بصورة مباشرة.

#### B. الأهداف : Targets

تهدف الرقابة الشاملة علي الجودة الي التحسين المستمر والوصول الي الكمال لذلك تستخدم مع نظام الانتاج في حينه (JIT) Just In Time الذي يهدف الي إزالة كل انواع الهدر والتبديد.

#### C. المبادئ الاساسية : Basic Principles

يوجد العديد من مبادئ الرقابة الشاملة علي الجودة عند الفحص اهمها الرقابة الاحصائية علي العملية الانتاجية والتي تستخدم من قبل العاملين في كل محطات العمل للرقابة علي الجودة خلال كل العملية الانتاجية، أما المبدئي الآخر فهو اعتماد الخرائط، الاشكال، الادوات والاجراءات ذات العلاقة برقابة الجودة. كما تتضمن مبادئ اخري للرقابة علي الجودة مسؤولية العاملين عن تصحيح الاخطاء الخاصة بهم والفحص الشامل 100% وصلاحيه إيقاف خط الانتاج عند حدوث المشاكل إضافة الي مشاريع التحسين.

#### D. المفاهيم التسهيلية : Facilitating Concepts

يؤدي تنفيذ المبادئ الاساسية للرقابة علي الجودة الي تسهيل القيام بمزيد من التحسينات.

#### E. الاساليب والدعم : Method & Support

هناك العديد من المفاهيم التي تكون جزء من الرقابة الشاملة علي الجودة وتقدم كل العون والدعم.

#### خامساً : كاوراوايشيكاوا: Kaora Ishikawa

يعد ايشكاوا من رواد الجودة اليابانيين، حيث يتمتع بشعبية كبيرة إقليمياً وعالمياً، ويعتبر الأب الحقيقي لحلقات الجودة باعتباره أول من نادي بتكوين عدد من العاملين طوعياً يتراوح عددهم من 4-8، وتكون مهمتهم التعرف علي المشاكل التي يواجهونها وطرح أفضل الحلول، كما أصدر كتابا اسماه "المرشد إلي السيطرة على الجودة" كذلك اقترح مخططات تحليل عظمه السمكة. ركز ايشكاوا على أهميه شمول مراقبه الجودة على خدمه ما بعد البيع، ومشاركه العاملين بكافه مستوياتهم في عمليه مراقبه الجودة من خلال قيامه بتصنيف أدوات الجودة الإحصائية إلي مجموعات وربط كل مجموعه بمستوي معين من العاملين كما يلي:

**المجموعة الأولى:** الأدوات التي يمكن تعلمها وتطبيقها من قبل أي شخص في الشركة من أجل تقييم مشاكل الجودة، ومن هذه الأدوات (السبب والأثر، تحليل باريتو، خرائط مراقبه العمليات، المدرجات التكرارية، مخططات التشتت، أدوات الفحص).

**المجموعة الثانية:** الأدوات التي يمكن استخدامها من قبل المديرين وخبراء الجودة وهي تتضمن اختبار الفرضيات والعينات.

**المجموعة الثالثة:** الأدوات التي تستخدم في حل المشاكل الإحصائية المتقدمة والمستخدمة من قبل خبراء الجودة و المستشارين وهي تتضمن أدوات بحوث العمليات. (بن سعيد، مرجع سابق، ص171)

1 - 1938م إلى 1960م مرحلة الرقابة على الجودة إحصائياً.

2 - 1961م بدأت الرقابة علي الجودة الشاملة.

**سادساً: جينيشيتاجوشي (Genichi Taguchi):**

أكد تاجوشي علي الجانب الهندسي للجودة حيث ادخل تصميم التجارب كوسيلة للسيطرة الاحصائية علي جودة المنتج. حاز علي جائزة ديمينج للجودة عام 1960 كما حاز علي نفس الجائزة لثلاث مرات متتالية. بالرغم من ان مدخل تاجوتشي للجودة يعتبر من اكثر المداخل تعقيداً الا انه اثبت فاعلية وقوة في تقييم تصميم المنتج الجديد والعمليات الجديدة للمنظمة.

ركز تاجوتشي علي تصميم الجودة من خلال ثلاثة جوانب اساسية للتصميم وهي: (اروي نور، مرجع سابق، ص88)

(أ) تصميم النظام: System Design

هو التصميم الفني لوظائف المنظمة بحيث تتطابق مع متطلبات العميل.

(ب) تصميم المؤشرات: Indicators Design

هي الادوات التي تساهم في تخفيض تكاليف الجودة واستخدامها في تصميم التجارب الاحصائية لغرض تحديد هذه المؤشرات ،اي المعلومات عن العملية.

(ج) تصميم التفاوت المسموح به: Permitted Variation Design

وهي الوسائل التي تخفض التغيير دون رفع تكاليف الجودة ويعتبر الهدف من ذلك هو تحديد المكونات والاجزاء الاكثر تأثيراً ومن ثم حصر هذه التفاوتات للأجزاء الداخلة في المنتج Product وتوضح فلسفة تاجوتشي في الجودة من خلال ثلاثة مفاهيم اساسية هي: (المرجع السابق، ص90)

(1) متانة جودة المنتج: Product Quality Strength

يقصد بها إنتاج منتجات بإزالة الظروف المعاكسة بدلاً عن إزالة المسببات.

(2) دالة خسارة الجودة: Quality Loss Function

يتم فيها تحديد جميع التكاليف المرتبطة بالجودة الرديئة وتتضمن تكاليف عدم رضا العميل، تكاليف الخدمة والفحص.

(3) الجودة المستهدفة: Subject To Quality

هي فلسفة استمرارية التحسين لتحقيق المنتج في إطار الهدف المحدد.

جدول رقم (2/2) مقارنة مبادئ الإدارة الشاملة لدي الرواد الأوائل في هذا المجال

الرواد			العنصر
Juran	Deming	Grosby	
الملائمة للاستخدام.	درجه محسوبة ومتوقعه من النمطية والاعتماده بتكلفه مقبوله ومناسبة للسوق.	التطابق مع المتطلبات	تعريف الجودة الأداء، المعايير الحوافز
اقل من 20% من مشاكل الجودة ترجع إلى العاملين.	مسئوليته 94% من مشاكل الجودة.	الشمولية عن الجودة.	درجه مسئوليته الإدارة العليا.
تجنب حملات الضغط على العاملين من اجل شعار (افعل الأفضل).	للجودة العديد من المقاييس أهميه استخدام الأساليب والأدوات الإحصائية لقياس الأداء في كل المجالات، أهميه تطبيق مبدأ (لا خطأ)	مبدأ الأخطاء zero defects	الأداء (المعايير الحوافز)
أهميه العامل الإنساني	تقليل الانحرافات بإتباع مبدأ التحسين المستمر. قلل من الاعتماد على كثافة التفتيش.	المنع (Prevention) وليس التفتيش (Inspection)	المدخل العام
عشر خطوات للتحسين المستمر للجودة.	أربعة عشر مبدأ لأداره الجودة الشاملة.	أربعة عشر مبدأ لإرساء قواعد تحسين الجودة.	الهيكل العام
التوجه باستخدام الأدوات والعمليات الإحصائية ولكن مع الحذر من إتباعها دون تحليلات مناسبة.	أهميه استخدام الأدوات الإحصائية للرقابة على الجودة.	استبعاد الأدوات الإحصائية التي تعمل على قبول مستويات متعددة من الجودة.	عمليات الرقابة الإحصائية.
■ مدخل فرق العمل وفقاً للمشروعات المختلفة. ■ الأسلوب الأمثل لوضع الأهداف.	التحسين المستمر لتخفيض الانحرافات. التوقف عن وضع الأهداف دون وسائل تحقيقها	البدء بالعملية Process وليس النظر إلى البرامج بأكملها.	أساسيات التحسين المستمر
مدخل حلقات وسلاسل الجودة.	■ ضرورة مشاركة العامل في صنع القرار. ■ كسر الحواجز بين الأقسام والإدارات.	■ يتحقق التحسين المستمر ■ من خلال فرق العمل. ■ الجودة تتحقق من خلال الإجماع.	فرق العمل
هناك تكلفه للجودة Quality is not free هناك حدود لتكلفه الجودة.	■ لا يجب وضع حدود لأي تكلفه تتعلق بالجودة ■ ضرورة سريان مبدأ التحسين المستمر.	■ الاهتمام بتكلفه عدم المطابقة للمعايير. ■ حينئذ تكون الجودة دون تكلفه Quality is free	تكلفه الجودة

الشراء واستلام المنتجات	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ تحديد المتطلبات.</li> <li>■ المورد جزء من عمل المنظمة.</li> <li>■ اغلب الأخطاء يتسبب فيها المشترون أنفسهم.</li> </ul>	يعتبر التفتيش مرحله متأخرة لتدرك الأخطاء. ضرورة استخدام الأساليب الإحصائية وخرائط المراقبة.	ضرورة استخدام البحث الموثق لا يجب النظر إلى مشكله من وجهه نظر واحدة فقط حيث أنها غالبا تكون متعددة الأبعاد.
الاعتماد على مورد جديد	نعم	نعم	لا حيث أن ذلك يقضي على الميزات المترتبة على سيادة المنافسة بينهم

المصدر: حمدي عبد العظيم (2008م) المنهج العلمي لإدارة الجودة الشاملة، الدار الجامعية للنشر، ط1، ص43.

لقد تطور مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القطاع الخدمي وذلك للنجاح الذي حققه في القطاع الصناعي وكانت أبرز الإسهامات في المجال الصحي إسهامات فلورانس نايتبنغالوايرنستجودمانوفيديسدونابيديان ودونالد بيريك وبول باتالدينوبرينت جيمس، وذلك علي النحو الموضح أمام كل منهم.

### 1- فلورانس نايتبنغال: Florence Nightingale (1820-1920) (عيسي الحولي، مرجع سابق، 36)

ممرضه من رواد التمريض الحديث في بريطانيا، كاتبه وخبيرة في الإحصاء ذائعة الصيت تعلمت التحليل الإحصائي بشكل مكثف في جمع الوثائق، وتحليل وعرض الإحصائيات المتعلقة بالرعاية الطبية والصحة العامة كما كانت أول من نادى بتنظيم التحقيق المتعلق بعمليات وإجراءات الرعاية الصحية والتي قد تكون مرتبطة بالنتائج المتغيرة.

### 2- إيرنستجودمان: Ernest Codman (1869-1940)

أمريكي تخرج من كلية الطب جامعه هارفارد ثم أصبح عضواً في هيئه التدريس فيها. أسس ما يعرف بإدارة نتائج رعاية المريض Outcomes management in patient care وذلك لتعقب نتائج المريض، وتحديد الخلل السريري الذي يمكن تفاديه مستقبلاً، كما كان أول من أسس مراجعه الإصابات والوفيات و Mortality & morbidity reviews. ساعد د.جودمان أيضا في قيادة تأسيس الكلية الأمريكية للجراحين وبرامجها لوضع معايير المستشفيات، هذا البرامج الذي انبثقت لاحقا عنه الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (JCAHO) JoinT Commission On Accreditation Of Health Organization

### 3- فيديس دونابيديان: AvedisDonabedian (1910-2000)

ولد في بيروت، لبنان، حيث حصل علي شهادة الطب من الجامعة الأمريكية في بيروت، بعد ذلك حصل علي درجة الماجستير في الصحة العامة من كلية هارفارد للصحة العامة في جامعه مي بالولايات المتحدة الأمريكية، ثم أصبح أستاذا جامعيا فخريا بارزا في برنامج نيثانسيناي (Nathan Sinai) وهو معروف جدا بسبب صياغته لنموذج "البنية-العملية- النتيجة" structure-process-outcome لتقييم نشاطات الجودة. حيث حدد هذا النموذج إطاراً لأكثر نشاطات قياس وتحسين الجودة المعاصرة. كما قام بتعزيز استعمال مقاييس الأداء لتقييم وتحسين الجودة في الرعاية الصحية.

#### 4- دونالد بيريك: Donald Buroik (المرجع السابق، ص37)

أستاذ أمريكي يعمل في قسم سياسة وإدارة الصحة Department of health policy and management. كما يعمل كرئيس تنفيذي Chief Executive officer في معهد تحسين الرعاية الصحية (IHI) Institute for health care improvement وهي هيئة غير نفعية بدأت بتوجيه تحسين الجودة في الرعاية الصحية وذلك بدعم مشاريع مشتركة حول العالم والتي تستعمل نموذج دوره التحسين السريعة Rapid cycle improvement لتنفيذ التغيير. نشر د.بيريك أكثر من 130 مقال علمي في عدد كبير من المجالات تتعلق مواضيعها بسياسة رعاية الصحة وتلجّل القرار وتقييم التقنية وإدارة جودة الرعاية الصحية.

#### 5- بول باتالدين:

طبيب أطفال أمريكي تخرج من كلية الطب جامعه مينيسوتا يعمل مديراً لتطوير قيادات تحسين الرعاية الصحية (HCILD) Health Care Improvement Leadership Development في مركز العلوم السريرية التقييمية Evaluative Clinical Sciences. إضافة إلى ذلك يشغل باتالدين مقعد إيرنيست برينش Ernest Breech في قسم تعليم وأبحاث تحسين جودة الرعاية الصحية في مركز هنري فورد للعلوم الصحية Department Of Healthcare Quality Improvement Education and Research at the Hennery Ford Health Sciences Center. قام د. باتالدين بتحويل بنود ديمينج الأربعة عشر الهامة لتناسب مع محيط الرعاية الصحية، والمعروف عنه بأنه رائد الجهود المبذولة لدفع عجلة تحسين رعاية المريض في مركز دارتماوثهيتشوك الطبي. وقد كتب كتباً عن الجودة في الرعاية الصحية، كما ألف وشارك في تأليف كتب ومقالات في مجالات مهنية وذلك لمساعدة الآخرين في قيادة تحسين الجودة في الرعاية الصحية.

#### 6- برينت جيمس:

حاز علي شهادة الطب من كلية الطب في جامعه اوتاوا متبوعة بتدريب في الجراحة العامة كطبيب مقيم، يشغل منصب المدير التنفيذي لأبحاث توفير الرعاية الصحية في معهد انترماونتن للرعاية الصحية Intermountain Health Institute كما يشغل منصب نائب رئيس الأبحاث والتعليم الطبي المستمر وقد اعد مقاييس لقياس مستوي أداء الأطباء، كما ساهم في تطوير وإعداد تصميم انظمه المعلومات والأدوات التي تساعد الأطباء ومنظمات الصحة علي تنفيذ نشاطات تحسين الأداء المهني. في مجال جودة الخدمات الصحية نجد أن رواد الجودة في المجال الصناعي قد أسهموا في جودة الخدمات الصحية مستفيدين من مبادئ وإسهامات رواد الجودة الأوائل، حيث أخذوا بعض المبادئ الأساسية للجودة وقاموا بتطويرها لتناسب مع جودة الخدمات الصحية حيث قام باتالدين بتحويل بنود ديمينج الأربعة عشر الهامة لتناسب مع محيط الرعاية الصحية.

جدول رقم (2-3) تطور مفهوم الجودة الشاملة في القطاع الصحي

التطور	السنة
--------	-------

1912م	تأسيس الهيئة الأمريكية المشتركة للاعتماد، تنظم ممارسة الطب وضرورة حصول مقدمي الرعاية الصحية علي ترخيص مزاوله المهنة
1951م	تأسيس الهيئة الأمريكية المشتركة للاعتماد
1972م	تأسيس منظمات مراجعة المعايير المهنية وتطورات ثلاثة أساليب للتقويم وهي أسلوب تقويم المراجعة الطبية، وأسلوب مراجعة الاستخدام الامثل.
1984م	تبني الهيئة الأمريكية المشتركة فكرة متطلبات لأجازات الاعتمادية، لتطوير الجودة وملائمة أساليب تقويم ومراقبة الرعاية الصحية.
1988م	قيام الهيئة الأمريكية المشتركة بتجديد ووصف المؤشرات التي سوف تخضع للمتابعة والتقويم.
1989	نشر الهيئة الأمريكية المشتركة السمات المطلوبة في نشاطات إدارة المخاطرة في دليل اعتماد المستشفيات.

المصدر: نقلا من بحث دكتوراه للباحث /عبدالغفار عبدالله حامد، مؤشرات تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في ممارسات التمريض والرعاية الصحية في المستشفيات العامة والخاصة بالسودان، غير منشوره، جامعه السودان للعلوم والتكنولوجيا.

### أهداف إدارة الجودة الشاملة

يمكن حصر أهداف إدارة الجودة الشاملة في ثلاثة أهداف رئيسية وهي:

- (أ) **خفض التكاليف:** فالجودة تتطلب عمل الأشياء الصحيحة بالطريقة الصحيحة من أول مرة وهذا يعني منع وقوع الأخطاء وتقليل الأشياء التالفة أو إعادة إنجازها وبالتالي تقليل التكاليف.
- (ب) **تقليل الوقت اللازم لإنجاز المهمات للعميل:** كثير من الإجراءات التي توضع من قبل المؤسسة لإنجاز الخدمات للعميل تركز على الرقابة على الأهداف والتأكد من تحقيقها وبالتالي تكون هذه الإجراءات طويلة وجملة في كثير من الأحيان مما يؤثر سلبياً على العميل، ولذلك فمن أهداف إدارة الجودة الشاملة الرئيسية تقليل الوقت اللازم لإنجاز المهمات للعميل.
- (ج) **تحقيق الجودة:** وذلك بتطوير المنتجات والخدمات حسب رغبة العملاء، إن عدم الاهتمام بالجودة يؤدي لزيادة الوقت لأداء وإنجاز المهام وزيادة أعمال المراقبة وبالتالي زيادة شكاوى المستفيدين من هذه الخدمات. (فرحات، مرجع سابق، ص35).

## عناصر إدارة الجودة الشاملة:

أهم العناصر التي يجب أن تكون موجودة في نظام إدارة الجودة الشاملة علي النحو التالي:

1- القيادة العملية على الإدارة العليا أن تركز على القيادة العملية؛ حيث لا خطب ولا شعارات وإنما هناك جدية في العمل وتفاني في الإدارة، لتكون الإدارة قدوة و مثلاً يحتذى به لكل المستويات الإدارية والعاملين.

2- ثقافة إشباع الرغبات: لا بد من إيجاد ثقافة جديدة داخل المنظمة، ثقافة تركز بقوة على إشباع رغبات العملاء و تهتم بذلك وهي ما تعرف بثقافة إشباع رغبات العملاء.

3- التحسين المستمر: لا بد من التحسين والتطوير المستمر في عمليات وأنشطة المنظمة، حتى يمكن تحقيق وفر في التكاليف وسرعة أعلى في الأداء مع الالتزام بالمعايير المطلوبة للجودة.

4- رفع مستوى العاملين: يعتبر الأفراد العاملون في المنظمة هم المحور الرئيسي الذي تقوم عليه عملية إتقان الجودة، وبالتالي يجب الاهتمام بمستوى أداؤهم وتدريبهم وتطويرهم وصقل مهاراتهم لتحقيق المستوى المطلوب من الجودة

5- بناء فرق العمل: إن تضافر جهود الأفراد تظهر في أحسن صورها من خلال بناء فرق العمل وتشجيع التعاون بين الإدارات والذي يضمن العمل الجماعي والتعاون ويضيف قيمة كبيرة للجودة.

6- الإبداع والابتكار: يحتاج تحقيق مستويات الجودة إلى الإبداع والابتكار وإلى إطلاق أكبر عدد ممكن من الأفكار الجديدة والمفيدة لتحسين الجودة.

7- الرؤية الاستراتيجية: لا بد من وجود رؤية استراتيجية للمنظمة ككل حول كيفية تحقيق الجودة مع ربط هذه الاستراتيجية بكافة أنشطة المنظمة.

8- فن حل المشاكل: لا بد من تعليم الإدارة والعاملين كيفية تحديد وترتيب وتحليل المشاكل وتجزئتها إلى عناصر أصغر حتى يمكن السيطرة عليها وحلها. (المرجع السابق، ص40)

مراحل عملية إدارة الجودة الشاملة :

إن الانتقال من استخدام النمط التقليدي إلى نمط إدارة الجودة الشاملة يقتضي الدراسة والتخطيط السليم عبر عدة مراحل تتلخص في الآتي:

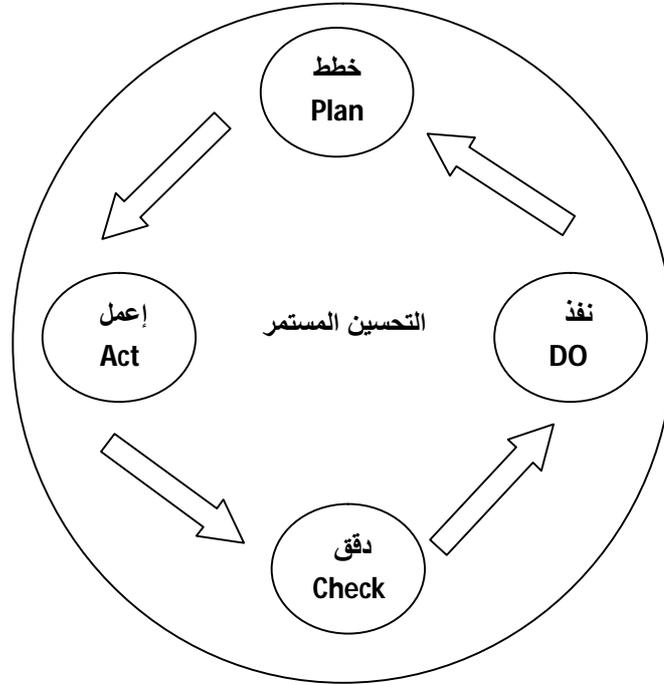
▪ المرحلة الأولى: وضع فكرة عامة عن الجودة حيث تقوم الإدارة العليا بتعريف مفهوم الشركة عن الجودة.

▪ المرحلة الثانية: تخطيط الجودة الإستراتيجي الذي يتطلب تحديد المجالات المختلفة للعمليات التي تحتاج للتحسين (مثل القيادة، المعلومات والتحليل، التخطيط الإستراتيجي، تنمية الموظفين، العمليات التجارية أو الصناعية، نتلج المشروعات وإرضاء الزبائن).

▪ المرحلة الثالثة: التعليم والتدريب لكل شخص في الشركة بداية من الإدارة العليا وحتى جميع الموظفين.

المرحلة الرابعة: التحسين المستمر، ويتم ذلك من خلال مراقبة الأداء و تحسينه بصفة مستمرة و تتلخص هذه المرحلة في أربعة كلمات:(الصيرفي 2،008،ص149)

شكل رقم (2-5) دائرة ديمنج للتحسين المستمر



المصدر: محمد الصيرفي، الجودة الشاملة طريقك للحصول علي شهادة الايزو، مؤسسة الحورس الدولية للنشر، الاسكندرية، 2008، ص149.

## مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يعتبر مفهوم الجودة الشاملة حديثاً نسبياً في القطاعات الصحية، ويستند إلى المبادئ التي وضعها رواد الجودة، أمثال "ديمينغ" و "جوران" والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي ثم امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية.

وترى "حنان عبد الرحيم الاحمدي" إدارة الجودة الشاملة، والتي تستعمل مفهوم التحسين المستمر وتعتبره مرادفاً لإدارة الجودة الشاملة بأنها " إطار تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقييم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات إلى جانب المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر(حنان الاحمدي، مرجع سابق،ص412).

كما تعرف الجودة الشاملة في المجال الصحي بأنها: "خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الأساسي للوحدة الصحية، وأن طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لإحداث التغيير المطلوب في المستشفى".(عدمان، مرجع سابق، ص 63)

يتضح من خلال التعريفين أن مصطلح إدارة الجودة الشاملة يستند علي مفهومين هما الشمولية والتكاملية. فالشمولية تعني التوسع في مستوي نوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية إلى كافة الجوانب الخاصة بخدمات المؤسسات الصحية. أما التكاملية فيقصد بها أن كل مؤسسة كنظام مكونة من نظم فرعية يعتمد بعضها علي بعض، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة، حيث أن تلك النظم والبرامج الفرعية مكملة لبعضها البعض، ولا تستطيع القيام بوظائفها دون اللجوء لطلب المساعدة من النظم الأخرى. وعلي سبيل المثال لا يستطيع الطاقم الطبي ممارسة وظائفه دون وجود تكامل مع الطاقم شبه الطبي والخدمات المساعدة كالصيدلية والمختبرات والأشعة.

وبالتالي فإدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية تعتمد علي التزام القيادات العليا، والتي تعطي الطاقة والمصدقية لتطبيق عملية التحسين المستمر للجودة ضمن استراتيجية واسعة تغطي كل المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية.

## أهمية إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية:

تحقق المؤسسات الصحية بعض الفوائد نتيجة تطبيقها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة وهي:

- تبسيط الإجراءات: يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة علي تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، وقد تمكن مستشفى جامعة "ميتشجن" من تخفيض تكلفة مدة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته 500.000 دولار أمريكي سنوياً نتيجة لتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه. (حنان الاحمدي، مرجع سابق، ص420)

- **تحسين الإجراءات:** يهدف نموذج إدارة الجودة الشاملة، إلى السعي الدؤب لتقصي فرص التحسين واغتنامها وقد تمكن مستشفى "وست باسن فيري" من تقليص معدل العمليات القيصرية البالغ (22%) من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من (10%) باستخدام أسلوب المعايرة، حيث تم اختيار مستشفيات الدنمارك التي تبلغ نسبة الولادات القيصرية (5%) لتكون معياراً لعملية التحسين، ومن ثم جري العمل علي تحديد أوجه القصور في طريقة العمل وتحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء وكذلك تمكن مستشفى جامعة "ميتشجن" من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة (30%) نتيجة لتحسين جدولة استخدامها.

- **كفاءة التشغيل:** تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وذلك نتيجة للقضاء علي الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارات العاملين، وقد تمكن مستشفى "سنترال دوبيج" في ولاية "إلينوى" الأمريكية من توفير 73000 دولار أمريكي سنوياً بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين علي استخدامها بشكل أفضل، وفي برامج زراعة نخاع العظام بمستشفى "لوثرن جنرال" في ولاية "إلينوى" تم تخفيض الهدر في استهلاك احد الأدوية الباهظة الثمن والناج عن التأخر في إعطائه للمريض مما يفقده صلاحيته للاستخدام وقد كان يكلف المستشفى حوالي 120.000 دولار أمريكي سنوياً. (عدمان، مرجع سابق، ص64)

- **القضاء علي اختلافات الممارسة الإكلينيكية (العيادات):** من أهم المشكلات التي تواجه المنظمات الصحية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وماله من انعكاسات علي مستوى الجودة والكفاءة. ويسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القضاء علي اختلافات الممارسة الإكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية. وفي أربع مستشفيات تابعة لمركز "إنترماونتن" وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين (المرجع السابق، ص65) أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل ست عشر جراحاً تابعين للمركز، تراوحت مدة العملية بين (20) إلي (90) دقيقة، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين (13) إلي (45) غراماً، وتراوحت مدة بقاء المريض في المستشفى بين (2.7) إلي (4.9) يوماً، مما انعكس تفاوتاً غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع. وقد تمكن فريق التحسين المكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه الاختلافات، ومن ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العمليات الجراحية، وبالتالي القضاء علي هذه الاختلافات.

- **الحد من تكرار العمليات:** يساعد تطبيق هذا المفهوم علي تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار، وماله من تأثير سلبي علي مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضاء العملاء، وفي دراسة أجريت في مستشفى "هنري فورد" وجد أن (25%) من مسحات عنق الرحم تتم إعادتها لان حجم العينة ليس مناسباً لإجراء التحليل، وكان ذلك يسبب إزعاجاً للمريضات ويؤدي إلي زيادة غير

مبررة في تكاليف العلاج. وقد تم القضاء علي المشكلة بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقاً مختلفة لإجراء مسحة عنق الرحم، وتحقق بعضها نتائج أفضل من غيرها.

### أسباب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يرى الحاكم (علي الحاكم، 2013م، ص.16) إن من أهم الأسباب الدافعة لتطبيق نظام إدارة الجودة

الشاملة في المنظمات الصحية تتمثل في مايلي:

- زيادة الطلب علي مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة وبالتالي زيادة الأهتمام بتلبية مطالب وطموحات العملاء من طالبي الخدمة.
- زيادة حدة المنافسة بين المنظمات الصحية المماثلة.
- انتشار الممارسات والأخطاء الطبية، والشكاوي المتكررة من قبل جمهور المتعاملين.
- ارتفاع مستوى الوعي لدي المستفيدين من خدمات الرعاية الطبية واهتمامهم المتزايد ومطالبتهم بتحسين الجودة.
- ضعف التنسيق بين الأقسام والقصور في تفسير مفهوم جودة الخدمة الصحية وغياب المعايير الصريحة والموضوعية اللازمة للحكم علي مستوى الأداء.

### تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يمكن تحديد الإطار الذي من خلاله يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية فيما يلي:

- الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة: يبدأ الإنجاز الناجح لإدارة الجودة الشاملة من الإعداد والتهيئة لتطبيقها، وفي هذه المرحلة التي تسبق بناء النظام تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية بالتعاون مع مستشارين أو محترفين تصميم نظام الجودة الشاملة بالإضافة إلي كبار الموظفين في مختلف التخصصات، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلي لها، ورغم أنه لا توجد آلية محددة لكيفية إنجاز هذه المرحلة فان هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعي إلي تحقيقه من غايات. يتبين مما سبق أن هذه المرحلة هي مرحلة تهيئة تنظيمية، وتتطلب مشاركة القيادات الطبية والفنية. (الطعامنة، 2003 ص 187)

- نشر ثقافة الجودة الشاملة: لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مبادئ ومهارات، وطرائق، وأدوات مختلفة، لذلك ينبغي للأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة أن تشمل علي تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشأن مفهوم ومنافع إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية، وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم في بلد معين، مع مراعاة الموارد المتاحة، والثقافة السائدة، والوضع الصحي

الراهن، والهياكل القائمة، وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للحصول علي دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره، ويمكن الاستعانة بما يتجمع خلال هذه الأنشطة من المعلومات الأولية والارتجاعية في توسيع نطاق برامج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها، وينبغي الاستفادة علي أفضل وجه من الدور الذي يمكن أن تقوم به وسائل الإعلام في هذا الصدد، وإسهامها في التوعية بأهمية جودة الرعاية وحفز الطلب علي الرعاية الجيدة. (اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، 2000م ص 25).

- تكوين فريق عمل الجودة: تختلف المسميات التي تطلق علي الفريق الذي يقود مشروع الجودة، فقد سمي فريق الجودة أو مجلس الجودة أو إدارة الجودة، وغير ذلك من مسميات. وتسدن إلي هذا الفريق العديد من المهام هي:

أ- وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة علي الاعتبارات التالية:

- أداء العمل بطريقة سليمة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء.
- مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل والقضاء علي الأخطاء.
- التركيز علي ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية والعمل علي تلبيةها بأقصى كفاءة ممكنة.
- التركيز علي نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد.
- تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى وأهدافها.
- الأخذ بمفهوم العميل الداخلي والخارجي وتعميق فكرة العميل هو الذي يدير المستشفى ويوجه كافة أنشطتها.

ب- تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى وتعتبر هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها.

ج- التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة بالإضافة إلي تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك.

د- البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها، ومن أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات ما يلي: (الطعامنه، مرجع سابق، صص 209-211)

- تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمستشفى كماً ونوعاً واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقاً لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية.
- تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمستشفى لدعم أنشطة الجودة من ناحية، وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي وخلق اتجاهات ايجابية لدي مختلف فئات العاملين.

- استكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية والفنية والإدارية وأيضاً أدلة إجراءات ونظم العمل والصلاحيات والمسؤوليات واستمرار مراجعتها لتأكد من وفائها باحتياجات العمل في مختلف المجالات.
  - تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم والآليات اللازمة لتغطية الجوانب التالية:
    - تلقي وتحليل ومعالجة شكاوى المرضى والعاملين والزائرين.
    - تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى والمتعاملين معها علي التقدم بأرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات.
    - إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة علي مستوي الأقسام والأفراد.
    - تهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين.
    - تلقي وتحليل شكاوى الموردين والمقاولين ومعالجتها.
    - تصميم وتوفير آليات مرنة للاتصالات في مختلف الاتجاهات.
    - تصميم وتنفيذ مجموعة من الدورات التدريبية والحلقات النقاشية بناء علي دراسة علمية للاحتياجات التدريبية بالمستشفى.
    - صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا عملاء المستشفى من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها عن مستوي ما تقدم من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها.
    - تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانيات التقنية والبشرية اللازمة لتوفير وتحليل البيانات وإعداد التقارير المطلوبة منها ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاج إليها لدعم الأنشطة التي تقوم بها أو القدرات التي تتخذها. (عدمان، مرجع سابق، 68).
    - تصميم وتنفيذ خطة لمتابعة التنفيذ وأداء العمل بمختلف أقسام المستشفى مع الاستعانة بالمعايير الموضوعية لتقييم الأداء والأساليب الإحصائية المناسبة في إتمام عملية الرقابة والمتابعة.
- يتضح هنا أن مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لا بد من أن تتوافر فيها مجموعة من المرتكزات هي:
- التركيز علي العميل (الداخلي والخارجي).
  - مساندة وتدعيم الإدارة العليا.
  - العمل الجماعي المشترك بين التخصصات المتعددة.
  - تدريب العمال.
  - المكافأة.
  - استخدام الحقائق والبيانات كأساس لاتخاذ القرار (اتخاذ القرار بناءً علي الحقائق).
- عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لابد من توافر مجموعة عوامل، يلخصها سيد محمد جاد الرب كما يلي: (جادالرب سيد، 1997 ص ص 188-189)

- يجب أن تقنع الإدارة العليا جميع العاملين في المنظمة بفوائد ومزايا هذا النظام.
- يجب أن تتوقع الإدارة في المنظمة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا النظام، وكلما تفهم الجميع أهمية النظام كلما انخفضت حدة وحجم المقاومة.
- ترتفع تكاليف تطبيق النظام في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين، وعندها يبدأ النظام في الكشف عن المزايا والفوائد.
- يتطلب النظام في كثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المنظمات الصحية.
- إن نظام الجودة الشاملة ليس نظاماً بديلاً للنظم السائدة، ولكنه أداة رئيسية وأساسية للبحث عن الأداء العالي المتميز منذ بداية التشغيل حتى نهايته ومنع وجود أخطاء أو الحد منها إلى أقصى حد.
- لنجاح تطبيق النظام تحتاج المنظمة إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:
- الترويج لهذا النظام وتسويقه لدي العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المنظمة أو المتعاملين معها.
- نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في الوحدة الصحية.
- فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات ونظام كفاء للمعلومات يدعم هذا النظام وعملية اتخاذ القرارات.
- نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية.
- نظام واضح ومحدد ومعلن للثواب والعقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام.
- تظهر الملامح الجيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المنظمات الصحية الخاصة، حيث الإمكانات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ التنظيمي الملائم.
- يحتاج النظام قبل تطبيقه إلى دورات تدريبية مكثفة، وأيضاً إلى الاستفادة من تجارب المنظمات التي نجحت في هذا المجال.

### **معوقات نجاح تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:**

هناك العديد من المعوقات التي تعترض نجاح تطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات

الصحية هذه المعوقات تكاد تكون مجتررة في الخلفيات الثقافية السائدة في بيئة المؤسسات الصحية وهي:

اولاً: الهيكل التنظيمي التقليدي السائد في معظم المؤسسات الصحية والذي يقوم علي التخصص والتخصص الدقيق حيث درجت المؤسسات الصحية وبشكل تقليدي علي تنظيم وإدارة أنشطتها وخدماتها علي اساس

وظيفي (Functional) وما ينتج عنه من هياكل هرمية تتصف بعلاقات هرمية حادة بين الرئيس و المرؤوس الامر الذي يجعل عملية الاتصال والتعاون بروحية الفريق بين الانشطة المختلفة أمر صعب.

ثانياً : انماط القيادة السائدة حيث نجد ان معظم القيادات فى المؤسسات الصحية هم مهنيون صحيون علي درجة عالية من المهنية ويتمثلون بسلطة المعرفة الي جانب السلطة الادارية الممنوحة للبعض منهم وهذا يصعب من عملية المشاركة وتقبلهم لآراء مرؤوسيهم وشأن حالهم يقول انا الرئيس هنا I Am The Boss .Here

ثالثاً : الحكم الذاتي للمهنيين الصحيين (بشكل خاص الاطباء وغيرهم) مما يعطيهم استقلالية ودرجة عالية من حرية التصرف المهني .إضافة الي الدرجة العالية من تقسيم الانشطة حسب التخصص و الحدود التنظيمية الفاصلة بين الانشطة المختلفة، مما يصعب من عملية التنسيق المتبادل بين الانشطة ويحد من تحقيق روحية الفريق.

رابعاً : التوجه الداخلي للمؤسسات الصحية Internal FOCUS: فمن المعروف ان المؤسسات الصحية تعمل علي تلبية متطلبات الممارسة الطبية للأطباء والمهنيين العاملين فيها نتيجة للنفوذ الكبير الذي يتمتع به المهنيون الصحيون عموماً والأطباء خصوصاً، حيث يمارس الأطباء نفوذهم لتلبية المتطلبات التي تمكنهم من الممارسة الطبية علي اساس معايير المهنة وليس علي اساس معايير المؤسسة واحتياجاتها ومصالحها. وهذا يحدث غالباً علي حساب ومتطلبات وحاجات المرضى والعملاء الخارجيين الاخرين. فالأطباء يتوقعون من المؤسسة الصحية توفير كل ما يحتاجون له لتمكينهم من ممارسة المهنة الطبية ويضغطون في هذا الاتجاه. فالولاء للمهنة ومعاييرها وليس للمؤسسة ومعاييرها .

خامساً : طرق التعويض والدفع المالي والحوافز المادية للأطباء: فمن المعروف ان معظم المؤسسات الصحية تتبنى أنظمة حوافز مالية تقوم علي تعويض الأطباء علي اساس الخدمة او النشاط الذي يقوم به Fee For Service. هذا يعني ان الدخل المادي للطبيب يتوقف علي حجم الانشطة والخدمات التي يقدمها، مما ينتج ممارسات طبية وسلوكيات تركز علي الأداء الكمي لزيادة الدخل وما قد ينتج عن ذلك من أخطاء في الممارسة ومبالغة في استعمال موارد المؤسسة اضافة الي سوء الممارسة الطبية وتدني الجودة. فمن المعروف في الخدمات الصحية وعلي عكس معظم السلع والخدمات الاخري ان الكم الاكبر من الاستهلاك لا يعني الافضل للمرضي بل الكم الاكبر في الخدمة الصحية هو اذي اكبر More Is Not Better More Is Harmful.

سلسلاً : سوء الفهم لدي الكثير من الاطباء والمهنيين الصحيين ان ادارة الجودة الشاملة تساعد علي تحقيق الكفاءة الادارية وجودة الخدمات الا انها غير قابلة للتطبيق في العلاج الطبي وتحد من حرية الممارسة الطبية كقيمه مهنية متجزرة لا تقبل منطق الاعتبارات الاقتصادية والكفاءة في إنتاج وتقديم الخدمات الصحية.

ان مجمل هذه المعوقات الرئيسية ينبع من الثقافة التقليدية السائدة التي تميز الهياكل التنظيمية الهرمية التي تقوم علي السلطوية والبيروقراطية، مما يحد من نجاحات تطبيق مبادئ وممارسات إدارة الجودة الشاملة، وعند لجوء بعض المؤسسات الي التطبيق الجزئي لممارسات إدارة الجودة الشاملة في ظل تلك المعوقات، تجد نفسها غير قادرة علي تحقيق التحسين المستمر. ( نصيرات 2008م، ص 108 )

## المبحث الثالث: جودة الخدمات ومعايير قياسها

تحتل الجودة الشاملة وأهدافها موقعاً مهماً في توجيهات ونشاطات المؤسسات المختلفة ويرجع تزايد الاهتمام بالجودة إلى التغيرات السريعة والمتنوعة في البيئة الاقتصادية العالمية، والتغير في استجابات المستفيدين، والتحول التكنولوجية المتلاحقة وغيرها من العوامل.

وتعتبر المؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات حساسية للجودة لأنها تهتم بتقديم خدمات لاغلي ما تملكه المجتمعات وهو الإنسان وهي تؤمن أن هذا الأخير (الإنسان) هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية، وهو الذي يعتمد عليه في نجاح هذه العمليات واستقرارها حيث أن الإنسان المريض لا يمكن أن يعمل أو يخطط أو حتى يفكر في خدمة مجتمعه حتى يشفي وتحل مشكلاته الصحية. (عدمان، مرجع سابق، ص 51).

### تعريف الخدمات:

الخدمة هي أي نشاط أو إنجاز غير ملموس أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر ملموس ولا ينتج عنها أي انتقال ماديملكية، وان إنتاجها أو تقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي ملموس. أو هي النشاط غير الملموس، الذي يهدف إليإشباع رغبات ومتطلبات العملاء، بحيث لا يرتبط هذا النشاط ببيع سلعة أو خدمة أخرى، ووفقاً لهذا التعريف تتضمن الخدمات كلاً من الخدمات المهنية مثل الحمامة، المحاسبة، والخدمات الصحية، وكذلك الخدمات المالية، مثل البنوك، النقل، والإسكان، والنظافة، والخدمات التعليمية.

### تعريف جودة الخدمات:

تعرف جودة الخدمات بأنها تلك الجودة التي تشمل علي البعد الإجرائي والبعد الشخصي كأبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية، ويتكون الجانب الإجرائي من النظم والإجراءات المحددة لتقديم المنتجات أو الخدمات، أما الجانب الإنساني أو الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل مع العملاء. (دودين، مرجع سابق، ص 51)

### خصائص الخدمات:

- 1- اللاملموسة: بالأصل الخدمات غير ملموسة أي من الصعب تذوقها والإحساس بها ورؤيتها أو شمها أو سماعها قبل شرائها وهذا أهم مايميزها عن السلع ومن أمثلتها خدمات الأمن والحماية والمتاحف.
- 2- التلازمية (عدم الانفصال): ونعني بالتلازمية درجة الارتباط بين الخدمة ذاتها وبين الشخص الذي يتولى تقديمها أي من الصعب أحياناً فصل الخدمات عن شخصية البائع (مقدمها).
- 3- عدم التجانس في المخرجات: أن كل نوع من أنواع الخدمات لها طرق مختلفة في كيفية قياسها.
- 4- عدم القابلية للتخزين: الهلامية والفناء، العديد من الخدمات ذات طبيعة هلامية غير قابلة للتؤين، فكلما زادت درجة اللاملموسية للخدمة انخفضت فرصة تخزينها.
- 5- عدم انتقال الملكية هذه تمثل صفة واضحة تميز بين الإنتاج السلعي والإنتاج الخدمي، ففي الإنتاج الخدمي يكون المستهلك له فقط الحق باستعمال الخدمة لفترة معينة.

فضلاً عن ما ورد من خصائص معينة تتفرد بها الخدمات وفقاً لطبيعتها هناك خصائص أخرى مكملة تتلخص في الآتي: (المرجع السابق، صص 52، 58)

- مدى التفاعل الشخصي، مادي وذهني وعاطفي المرتبط بتقديم الخدمة.
- الوقت، ما طول الفترة التي تتطلبها تقديم الخدمة.
- الموقع هل يتم تقديم الخدمة في مكان العميل أو في مكان آخر.
- توجه الناس، هل الخدمات التي تقدمها المنظمة للغير ذات توجه أكثر نحو الناس أو أنها ذات توجه أكثر نحو الأشياء.
- التدريب، ما هو مقدار التدريب المطلوب أو التعليم.
- التقنية العالية، ما إذا كانت التقنية متضمنة في تقديم الخدمات التي توفرها.
- التكيف، ما مدى توفر المرونة لنظم الخدمة وقابليتها للتكيف.
- الإشراف، كم هو حجم الإشراف الذي يتطلبه نظام الخدمة. (دودين، مرجع سابق، ص 69)

### معايير قياس جودة الخدمة:

لخص المحياوي هذه المعايير في الآتي:

- 1- الاعتمادية (Reliability): وتعني قدرة مقدم الطلب علي إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه من حيث الالتزام بالوقت والأداء أو بمعنى آخر مدى ثبات الأداء بمرور الوقت وتقديم الخدمة التي تم الاتفاق عليها بين الشركة والعميل بدقة واعتمادية عالية.
- 2- إمكانية الوصول (Accessibility): وذلك من حيث كون الخدمة متوفرة في المكان والزمان اللذين يريد هما العميل وقرب وسهولة الاتصال بالهاتف ومناسبة ساعات العمل، وتوفر العدد الكافي من منافذ الخدمة.
- 3- الأمان (Security): وهذا المعيار يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة ومن يقدمها، وعدم وجود أية مخاطر أو شكوك مريكة بالخدمة، وتشتمل السلامة من الأخطار الجسيمة والأمن المالي والسرية في التعاملات، مثل الطبيب الذي يقوم بإجراء العملية دون إلحاق الضرر بالمريض.
- 4- المصداقية (Credibility): وتعني مدى الالتزام بالمواعيد التي تقدمها المنظمة لعملائها مما ينتج عنه الثقة المطلقة بمقدم الخدمة والاعتماد عليه والتسليم الكامل له، وهل مقدم الخدمة أهل للثقة ويلتزم بوعوده؟ مثل المحامي الذي يحافظ علي أسرار موكله والثقة فيه للدفاع عن القضية
- 5- تفهم حاجات العملاء (Understanding the Customer needs): ويشير هذا المعيار إلي مدى قدرة مقدم الخدمة علي تحديد وتفهم احتياجات العملاء وتزويدهم بالرعاية والعناية، وبذل الجهد لفهم رغبات العملاء واحتياجاتهم وطلباتهم وتعديل الخدمة لتتناسب أذواق ورغبات مختلف العملاء بالإضافة لتقدير مشاعر العملاء والتعاطف مع مشكلاتهم. (المحياوي، مصدر سابق، صص 90-91)

6- الاستجابة (Responsiveness): وتعني القدرة علي التعامل مع متطلبات وشكاوى العملاء بسرعة وكفاءة عالية ومن ذلك سرعة الاستجابة لإصلاح أي عطل والتجارب مع العميل واستخدام اللطف والكياسة في التعامل معه وحل مشاكله المتعددة.

7- الجدارة (Competence): وتعني امتلاك العاملين في تقديم الخدمة للمهارات والمعرفة والمعلومات الضرورية لتأدية الخدمة بجدارة وكفاءة، فالعميل دائماً ما يلجأ لمثل هذه المعايير عند طلب الخدمة مثل الشهادات العلمية ومصدرها والخبرات العملية، فغالباً ما يفضل بعض العملاء تلقي الخدمات الفنية والطبية من أشخاص ذوي مستويات تعليمية عالية ومن مصادر معتمدة رسمياً مثل الأطباء والمستشارين والمهندسين.

8- المظهر أو الجوانب الملموسة (Tangibles): ويشير هذا المعيار إلي مظهر التسهيلات المادية المتاحة لدي المنظمة مثل المعدات ومظهر الأفراد مقدمي الخدمة ووسائل الاتصالات وكذلك المباني، الأجهزة، الديكور، الإضاءة، صالات الاستقبال، وتشكل المحسوسيات أهمية كبرى في شركات الخدمات ذات الاتصال الكبير بالعملاء

9- الاتصالات (Communication) وهذا يشمل الاتصال الدائم بالعملاء لتعريفهم بالخدمة وكذلك إعطاء معلومات تفصيلية عند وجود أي تأخير في تقديم خدمة ما، وشرح خصائص تقديم الخدمة للعميل وتنقيفية حول الأضرار التي يمكن أن تلحق به إذا لم يلتزم بما هو مطلوب منه أو عن كيفية تجنب أي مشكلة قد تحدث بصورة واضحة وبلغة سهلة مثل الطلب من مريض أن يتبع بعض الإجراءات أو التعليمات قبل إجراء العملية.

10- التعاطف (Empathy): وتعني توافر صفات اللباقة والتأدب ودمائة الخلق في الشخص مقدم الخدمة وكذلك الكياسة والمودة والمصادقية مع العملاء حتى يبني مع العميل علاقة جيدة تتسم بالمصادقية والود الاحترام. (المرجع السابق، ص 92 – 93).

لقد لخص دودين المعايير المستخدمة للحكم علي جودة الخدمة (دودين، مرجع سابق، ص96) في الجدول

(4-2) أدناه:

الجدول رقم (2-4) معايير الحكم علي جودة الخدمة

المعيار	أمثلة
الأدب والالطف: أي طريقة التعامل من حيث الأدب والمصداقية	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ مظهر جيد ولباقة</li> <li>▪ استقبال حار.</li> </ul>
الاتصال: أي تزويد العملاء بالمعلومات والاستماع إليهم	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ شرح طبيعة الخدمة وأهميتها.</li> <li>▪ توضيح تكلفة وأسعار الخدمة.</li> <li>▪ التأكيد علي حل مشكلات العملاء</li> </ul>
السمعة والثقة والمصداقية والأمانة.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ اسم الشركة وسمعتها.</li> <li>▪ الخصائص الشخصية للعاملين.</li> <li>▪ طريقة العرض البيعي.</li> </ul>
الأمان: أي التحرر من الخطر والخوف والشك	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ الأمان المادي</li> <li>▪ الأمان المالي.</li> <li>▪ السرية أي خصوصية العميل.</li> </ul>
فهم احتياجات العميل: أي معرفة رغباته ودوافعه	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ معرفة مطالب العملاء</li> <li>▪ إعطاء اهتمام شخصي لكل حالة</li> <li>▪ إدراك أهمية العميل المنتظم</li> </ul>
الدليل الملموس: أي الدليل المادي عن الخدمة.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ التسهيلات المادية</li> <li>▪ مظهر الأفراد</li> <li>▪ الأدوات والمعدات المستخدمة.</li> </ul>

المصدر: احمد يوسف دودين(2012): إدارة الجودة الشاملة، الأكاديميون للطباعة والنشر، عمانا لطبعه الأولى، ط1، ص 69.

### مفهوم الخدمات الصحية:

الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة وتسعي المجتمعات الإنسانية إلي تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية سواء كانت البشرية أو التقنية أو المالية للارتقاء بمستوي أداء الخدمة الصحية. وتعتبر الخدمة الصحية سلعة اقتصادية غير ملموسة شأنها شأن السلع الخدمية الأخرى ولكنها تتميز بمجموعة من الخصائص التي تؤثر في الطلب عليها الأمر الذي يتطلب تحديد هذه الخصائص. (محمد ابراهيم، 1983، ص23).

### تعريف الخدمة الصحية:

▪ تعرف الخدمة الصحية بأنها "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي علي مستوي الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوي الصحي للمواطنين وعلاجهم

- ووقايتهم من الأمراض المعدية" يتبين من التعريف أعلاه أن الخدمات الصحية هي كل ما يوفره القطاع الصحي في الدولة من خدمات سواء كانت موجهة للفرد أو المجتمع أو البيئة.
- كما عرفت بأنها "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصياً أو إرشادياً أو تدخلاً طبياً، ينتج عنه رضا وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لان يكون بحاله صحية أفضل".(البكري، 2005، ص.168.
  - كذلك تعرف الخدمة الصحية أيضا بأنها "المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة التي تحقق له حاله متكاملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية، وليس فقط علاج الأمراض والعلل" (زكى مساعد، 1998، ص.87)، هذا التعريف يبين أن عمليه العلاج التي أنت بالمريض إلى المؤسسة الصحية لا تمثل الخدمة الصحية في حد ذاتها، بل مكونا من مكوناتها، فالخدمة الصحية هي عبارة عن نشاط مركب من ثلاثة متغيرات رئيسيه، والتي تظهر في الجدول التالي:

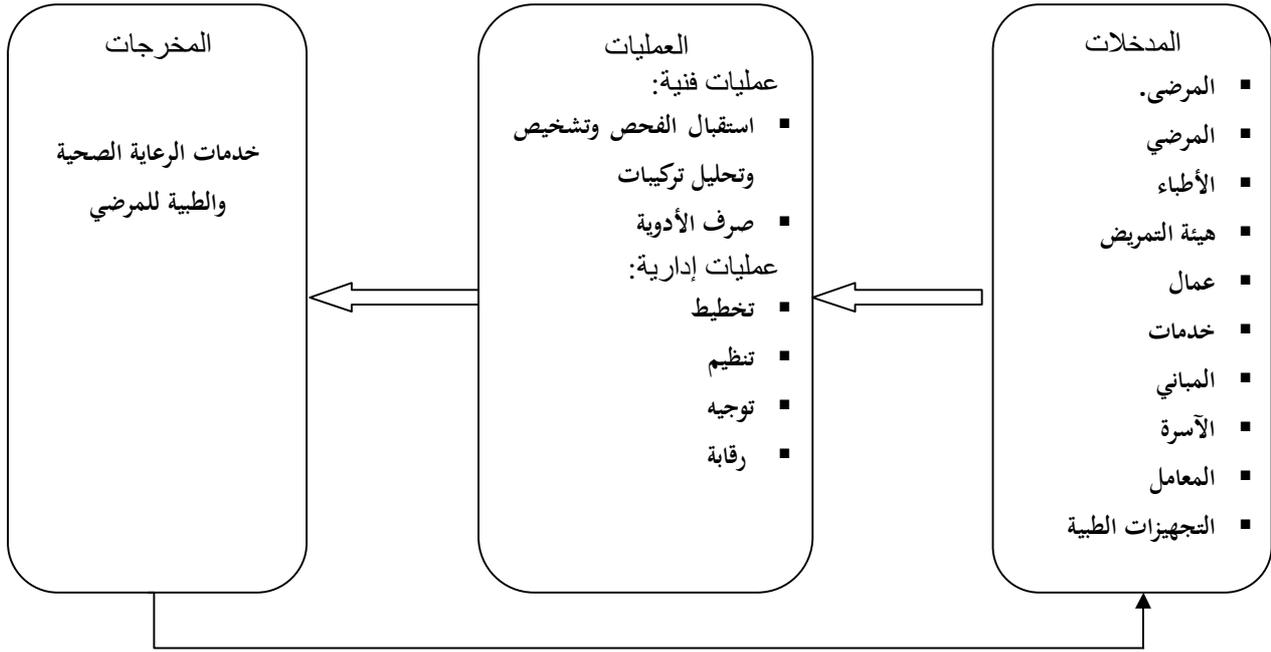
الجدول رقم (2-5): الوظائف المكونة للخدمة الصحية

الوظائف المكونة	أمثله
الفندقة والإطعام	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ الإيواء، الصيانة والتنظيف</li> <li>▪ الإطعام</li> <li>▪ الاستقبال</li> <li>▪ التدفئة</li> </ul>
الإدارة والتسيير	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ تسيير المخزونات، الصيدلة، التجهيزات</li> <li>▪ تسيير الموارد البشرية، إدارة المعلومات</li> <li>▪ تسيير الملفات الطبية.</li> </ul>
الخدمات الطبية وشبه الطبية	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ الخدمات العلاجية</li> <li>▪ مختبرات التحاليل والأشعة</li> <li>▪ العمليات الجراحية</li> <li>▪ عمليات التخدير</li> </ul>

Source: Farida Djella et al.op.cit.p6

- في حين يفضل "فوزي مذكور" استعمال لفظ المنتج الصحي بدل الخدمة الصحية ويعرف الأول بأنه "مزيج من تكامل العناصر المادية الملموسة والأخرى غير الملموسة والتي تحقق إشباعاً ورضاءً معيناً للمستفيد" (فوزي مذكور 1998، ص198)
- يرى الباحث انه من الأفضل استعمال لفظ الخدمة الصحية من المنتج الصحي لتغليب خاصية عدم الملموسة علي الخدمات.
- وهناك رأي ثالث يفضل الأخذ بمفهوم النظام الصحي لتغطيه مختلف المكونات الداخلية في تركيز الخدمة الصحية، ويتكون النظام وفقاً لهذا المفهوم.

## الشكل (2-6) يوضح مكونات النظام الصحي



المصدر: مريزق محمد عدمان (2011م): مداخل في الإدارة الصحية، عمان، دار الولاية للنشر والتوزيع، ط1 ص17.

## التطور التاريخي لجودة الخدمات الصحية ومفهومها

قام دونابديان (Donabedian) في عام 1966م بإدخال نموذج لقياس الجودة القائم علي نظرية النظم البسيطة فهو يعتبر أي رعاية صحية نظاماً كاملاً التطور له أغراضه ومقوماته وإذا كانت النظم بشكل عام تقسم إلي ثلاثة مكونات هي المدخلات أو الموارد والعمليات، والمخرجات أو الحويلة، فان دونابديان قد وصف جودة الرعاية الصحية بأنها نظام ذو ثلاثة مكونات مماثلة هي البنية (Structure) والعملية (Process) والنتيجة (Outcome).

وبتطبيق نموذج دونابديان لنظام الرعاية الصحية نجد ان الجودة قد تطورت منتقلة من أحد مكونات النظام الي مكون آخر ففي السنوات الأولى (1850-1910) كانت الجودة تركز علي تحسين النتيجة وكان هذا التركيز من السمات البارزة لعصر "فلورانس نايتنجيل" (Florence Nightingale) وغيرها.

ومع تطور مفهوم الجودة تحول الاهتمام من النتيجة إلي البنية، ففي سنة 1910م أدي تقرير أبراهام فلكيسنر (Flexnor) المبني علي دراسة شاملة للكليات الطبية في الولايات المتحدة وكندا إلي إعادة تنظيم جذري للتعليم الطبي في البلاد. (لوان بيجلي واخرون، 2000، ص27).

في عام 1915م طورت الكلية الأمريكية للجراحين برنامجاً لمعايير معينة علي أداء المنشآت الصحية وكان أحد أهداف ذلك البرنامج يكمن في وضع طريقة رسمية لاعتماد المستشفيات والتحقق من جودة الرعاية الصحية المقدمة وقد أشتمل برنامج المعايير علي خمس نقاط رئيسية:

- التأكيد علي أهمية تنظيم الأفراد.
- التأكيد علي أهمية اجتماعات الشهرية.
- التأكيد علي أهمية التدقيق في السجلات الطبية.
- التأكيد علي أهمية الإشراف الفعال والكفء
- التأكيد علي أهمية اعتماد الأطباء وإجازتهم المهنية للقيام بممارسة مهنة الطب. (بن سعيد، 1997، ص15).

وقد أعقب هذه الحقبة إنشاء اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات في عام 1952م تلك اللجنة التي أعيدت تسميتها لاحقاً وأصبحت تعرف باسم اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية. ساعد مفهوم "الاعتماد" (Accreditation) "الشهادة" (Certification) علي تطور عملية الجودة، مع مواصلة التركيز علي العناصر البنوية وعلي المعايير ذات الصلة بالبنية وتم إنشاء العديد من المنظمات المهنية لتوجيه الأنشطة المهنية في دائرة اختصاص كل منها نحو اتخاذ معايير معينة وبعض الدلائل الإرشادية لرصد الامتثال لتلك المعايير غير انه لم يتم حتى السبعينات من القرن العشرين تحول الاهتمام من المعايير المتعلقة بالبنية إلي المعايير المتعلقة بالعملية، واعتمدت بعض الدلائل الإرشادية لهذا الغرض. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، طلبت الحكومة إلي القطاع الخاص المساعدة علي إقامة منظمات للمراجعة من قبل الزملاء من أجل وضع معايير للعملية أو الرعاية وبثها ورصدها وقد استغرقت حقبة أنشطة الجودة المتعلقة بالعملية طوال عقد السبعينات واستمرت زمناً طويلاً من عقد الثمانينات وفي أواخر الثمانينات أخذ قطاع الرعاية الصحية يبحث عن طرق بديلة لقياس الجودة وتطويرها، وهكذا بدأ اتجاه الاهتمام يتحول مرة أخرى من المعايير المتعلقة بالعملية إلي المعايير المتعلقة بالنتيجة.

وقد عزز من هذا الاتجاه اتخاذ بعض المبادرات مثل مبادرات التحسين المستمر للجودة، وتحسين الجودة الكلية، وتحسين الأداء. (اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، 2000، ص24).

بالرغم من الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية وشيوع استخدام مصطلح الجودة في الأدبيات المتخصصة وفي الحياة العامة، فان من الصعب إيجاد تعريف لهذا المفهوم يتفق عليه الجميع، ويرجع ذلك في الأساس إلي أن مفهوم الجودة يخضع لتقدير الأفراد، ويختلف باختلاف اهتماماتهم وأولياتهم وأهدافهم.

### تعريف جودة الرعاية الصحية:

تعرف الرعاية الصحية الجيدة علي أنها هي "تلك التي تمارس وتدرس من قبل قادة مهنة الطب وفي فترة معينة من التطور الاجتماعي والثقافي والمهني في مجتمع معين".

ووفقاً لهذا التعريف والذي يعتبر المنظور التقليدي فان جودة الرعاية الصحية تعني مطابقة المعايير والمواصفات المهنية.

تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوي جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة" (الطعامنه، مرجع سابق، ص187).

ويتضح من التعريف أعلاه أن الجودة تحدد علي أساس الالتزام بالمعايير المهنية وتقاس بأثر رجعي باستخدام المعايير المحددة مسبقاً، بهدف التحسين والتطوير المستمر.

وتعرف الجودة من خلال مدي تحقيقها لاحتياجات المريض علي أنها: "درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع احتياجات المريض علي أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال، منخفضة التكاليف، وموثوقة جداً". (الاحمدي، مرجع سابق، ص412).

وتعرف جودة الخدمات الصحية "بأنها جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد حدوثها ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من أثار المرض، أو هي الرعاية التي تقدم للمريض، والتي تتضمن فحصه وتشخيص مرضه وإلحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجها والغذاء الجيد الملائم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته علي استعادة صحته".

وعرفت جودة الخدمات الصحية بأنها: "تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض وتجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج ثم الاهتمام بالمريض وذويه بصورة تحقق التوازن بين ما ينفقه المريض وما حصل عليه من فوائد، إضافة إلي ضرورة التوثيق المعقول للعملية التشخيصية والعلاجية" (سهام القبندي، 2004، ص 10).

أن الجودة تختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي وذلك كما يلي: (النجار، 2007، ص469)

- الجودة من المنظور المهني الطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العملية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاثة نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية- الخبرات ونوعيتها-والخدمة الصحية المقدمة. والاتهام للعاملين في المهن الصحية بتدني المستوي أو الجودة ينطلق من عدم الكفاءة، وعدم القدرة علي التعامل المثالي مع بعضهم البعض ومع المريض والإداري، وكذلك عدم الالتزام بالمعايير والأخلاقيات التي تحكم المهن الصحية، إضافة إلي ضعف التأهيل والممارسة والخبرة.
- الجودة من منظور المستفيد أو المريض قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز علي طريقة الحصول علي الخدمة ونتيجتها النهائية، وهنا لا يكفي النظام المتقدم أن يركز علي فرض التنظيمات وسن التشريعات التي تبني علي أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات إلي احتياج ورغبة وطموح وآمال المستفيد النهائي من كل ذلك، وفي الخدمة الطبية يجب أن تكون الخطوة الأولى في العلاج معرفة شكوى واحتياج المريض، ويجب أن يكون الهدف النهائي هو معالجة أو التغلب علي تلك الشكوى، والتفاصيل ما بين ذلك تعتبر مفيدة للمريض ولكنها ليست الهدف من مراجعته لطلب العلاج، وأفضل طريقة لمعرفة تحقق الجودة في هذا الجانب تكمن في قياس مدي رضا العملاء وهم في الجانب الصحي للمرضي، بطرق مقننة يمكن الاستدلال منها علي مدي جودة الخدمة.
- الجودة الصحية من الناحية الإدارية تعني بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة علي جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة، وبقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص علي أن لا يكون ذلك علي حساب الجودة في الأداء ويتطلب ذلك كفاءة علي المستوي

الفني وكفاءة علي المستوي الشخصي ويتطلب تنظيمياً إدارياً داخلياً جيداً وكذلك تنظيمياً إدارياً واضحاً في التعامل مع الأطراف ذات العلاقة خارج النظام.

### خصائص الخدمات الصحية:

تصنف الخدمات الصحية إلي ثلاث مجموعات أساسية بناء على التعاريف السابقة وهي:

- خدمات علاجية: موجهة للفرد وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات سواء علي مستوى المصالح الاستشفائية (الاستشفاء) أو مصالح الطب اليومي (عيادات خارجية) بالإضافة إلي خدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة والتحليل والي جانب خدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.
- خدمات وقائية تعمل هذه الخدمات علي تسهيل أداء الخدمات العلاجية فهي مدعمة لها ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة ومثال علي ذلك الرقابة الصحية علي الواردات.
- خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات والدم كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضاً العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

وتتميز الخدمات الصحية بالخصائص التالية: (عدمان، مرجع سابق، صص 55-56)

- قلة التتميط والتوحيد للخدمة الصحية صناعة الخدمة الصحية تتجه حيث يتواجد الناس ونظراً لاختلاف طبيعة الناس وإمراضهم وحالاتهم النفسية فإن الخدمة تتنوع من فرد لأخر. كذلك بالنسبة للوحدات التي تنتج الخدمة فإنها تتنوع باختلاف الأمراض والتخصصات وهذا الأمر يتطلب أن يتم تقدير الطلب علي كل تخصص عند تقدير الطلب علي الخدمة الصحية.(امين حسن، 1993، ص67) وبالتالي فالخدمات الصحية مثل الخدمات العلاجية هي خدمات فردية بمعنى أنها تقدم لكل فرد علي حدي في مجالات تخصص معينة.
- التنبؤ بالطلب علي الخدمات الصحية: يؤدي عدم تجانس الخدمة وتباينها من فرد لأخر طبقاً لحاجاته الشخصية، إلي تفاوت مخرجات المنظمة الخدمية الواحدة، وكذلك تباين الخدمات التي تقدمها للعاملين بمنظمة الخدمة من وقت لأخر إلي صعوبة التنبؤ بالطلب علي المنظمات الخدمية بالإضافة إلي ذلك فإن صعوبة التنبؤ بالطلب علي الخدمات تكون نتيجة لما يتميز به الطلب من عدم ثبات وعدم استقرار (مجدي عبدالرحمن، 2001، صص 653-654). فقد يحدث الطلب مرة واحدة في العام أو لفترة زمنية قصيرة خلال العام أو في مواسم معينة (مثل زيادة الإصابة بنزلات البرد في الشتاء وانتشار الأوبئة الأخرى في الصيف) كما قد يتنوع الطلب خلال الشهر أو الأسبوع الواحد أو حتى في اليوم الواحد.

نتيجة لهذه الخاصية، بهدف الاستجابة إلي أقصى حد من الخدمات المطلوبة، فإن الأمر الذي يستوجب مراعاته هو الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات لإنتاج وتقديم الخدمات الصحية لطالبيها.

- الخدمة الصحية منتج غير ملموس: الأمر الذي يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر قوي وفعال بين مقدم الخدمة (المنظمة الصحية) والمستفيد منها، حتى تتحقق الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات. وتتملي هذه الخاصية علي الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية والمشرفة عليها ضرورة التأكد بصفة مستمرة عن طرق أساليبها الخاصة من تحقيق هذا الاتصال للتضمن تحقيق خدمة فعالة للمستفيدين من خدماتها حيث لا يمكن فصل مقدم الخدمة الصحية عن المستفيد منها.
- الخدمة الصحية سلعة عامة: السلعة العامة تخضع للتأثيرات الخارجية بدرجة أساسية، وتتميز هذه السلع بأنها حساسة للجمهور، وقد حدد كل من "ماسجريف" و"بوسطن" سنة 1976م خاصيتين للسلع العامة أو الخدمات العامة: أولهما حالة المنافسة وثانيهما الإقصاء أو الإبعاد. (محمد ابراهيم، مرجع سابق، ص 27).
- والخاصية الأولى تعني ببساطة أن الفرد عندما يستهلك سلعة أو خدمة عامة فإنه يقف في علاقة تنافسية مع شخص آخر، فعندما يستهلك المريض الخدمة الطبية في ساعة تشغيل في العيادة الخارجية، فإن ذلك قد أوقف فرصة مماثلة في الوقت الذي يستغرق الفرد الآخر المنتظر للخدمة باعتبار أن الطلب للخدمة مستمر، أما الخاصية الثانية وهي خاصية الإقصاء.
- وهو احتمال فني لإقصاء البعض من فوائد الخدمة، ولوحظ هذا في سلع الجمهور في إقصاء بعض المستفيدين عندما تكون التكاليف مرتفعة.
- الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل: تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين علي سبيل المثال يقتضي سرعة علاجه للقضاء عليه عند ظهور الأعراض. ويترتب علي هذه الخاصية بعض الأبعاد المرتبطة بتحقيق حماية المستفيد منها وهي:
- البعد المكاني: والذي يقضي بضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد، وبمعني آخر ضرورة إتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة. (المرجع السابق، ص 28).
- البعد الزمني: والذي يقضي بتقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يحتاج إليها فيه، سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة.
- إضافة إلي خصائص الخدمات الصحية سألفة الذكر، يصنف بعض الكتاب مجموعة من الخصائص يسمونها اقتصادية، والتي ينصرف بعضها إلي جانب الطلب والبعض الآخر ينصرف إلي جانب العرض.
- الخصائص التي تقتصر علي جانب الطلب علي الخدمات الصحية: وتتمثل في الآتي: (اسامه مصطفى، 2000، ص 33)
- الخدمات الصحية تعد سلعةً جماعية: فالسلع الجماعية هي تلك السلع التي يري المجتمع أنها تقدم منافع لكل فرد، وليس فقط للفرد الواحد الذي يستهلكها وهذا ما ينطبق علي الخدمات الصحية، إذ أن تحسن صحة الفرد لا يفيد هذا الفرد فقط، لكنه يفيد أسرته، وأصدقائه وكل شخص يحيط به، وهو ما يطلق عليه بآثار الانتشار الخارجية الموجبة للخدمات الصحية، وقد يكون من المفيد اقتصادياً تقديم

دعم لهذه الخدمات أو حتى تقديمها مجاناً، فمعظم الدول تعتبر الخدمات الصحية والتعليم من الخدمات الاجتماعية، ومن ثم فإن الدولة تقدمها مجاناً، ولا يكون البديل الوحيد أن تتولي الدولة إنتاج هذه الخدمات بنفسها، إذ يمكنها أن تسمح للقطاع الخاص بذلك علي أن يقوم بدعمه والإشراف عليه وتنظيمه.

■ الطلب علي الخدمات الصحية يعد طلباً مشتقاً: يطلق اصطلاح الطلب المشتق عادة علي السلع التي لا تطلب للاستهلاك المباشر، ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من اجل الاستهلاك النهائي، وكذلك فان الطلب على هذه السلع يعتمد علي الطلب علي السلع والخدمات التي تساعد علي إنتاجها، فإذا كانت كل الخدمات الصحية يمكن اعتبارها كمدخلات لإنتاج الصحة يكون الطلب علي الخدمات الصحية طلباً مشتقاً من الطلب علي الصحة ككل، حيث ان الزيارات المنتظمة لطبيب الأسنان تتم من اجل الحصول علي اسنان سليمة في المستقبل وبهذا المعني فأن المريض يستمر في رعاية اسنانه في الحاضر من أجل الحصول علي اسنان سليمة في المستقبل . (فوزي مذكور، مرجع سابق، ص184)

■ الخدمات الصحية تعد إنفاقاً استهلاكياً: تعتبر السلع الاستهلاكية تلك السلع التي يشتريها المستهلك عادة من اجل المنفعة (الإشباع) التي يقدمها المنتج أو المورد إما بصفة مباشرة، أو في صورة تدفق خدمات، وهذا ما ينطبق علي الخدمات الصحية، إذ أن شراء المستهلك للأدوية واستهلاكها يعطي إشباعاً مباشراً، بينما شراء جهاز لقياس السكر أو جهاز لقياس الضغط الشخصي يقدم خدمات علي مدي فترة زمنية ممتدة.

■ الخدمات الصحية تمثل شراء اضطرارياً بالنسبة للمستهلك (الدمرداش، 2000، ص29): يعد تلقي الخدمة الصحية من طرف المستهلك أمراً ضرورياً لتخليصه من آلام مرض معين عند الحاجة، ويمكن توضيح هذه الخاصية من خلال التطرق إلي المثالين التاليين:

- إن زيارة طبيب الأسنان قد تكون غير مريحة وتسبب الانقباض لدي البعض ولكنها تمثل شراء ضرورياً للتخلص من ألم الأسنان.
- كما أن دخول المريض غرفة العمليات لإجراء جراحة قد يكون أمراً غير مستحب ولكنه ضروري لتخليصه من آلامه واستعادة صحته

**أما عن الخصائص التي تنصرف إلي جانب العرض، فيمكن إدراجها في الآتي:**

■ تخضع أسواق الخدمات الصحية إلي جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي (البكري، مرجع سابق ص59): تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية علي عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات بصفة خاصة، ويتعلق الأمر بتحديد منهج عملها والقواعد المهنية في مجال تقديم الخدمات الصحية، كما يتسع هذا التدخل، لتقوم بالإنتاج المباشر لهذه الخدمات من خلال ملكيتها لأغلب وحدات إنتاج الخدمات الصحية.

- انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير: يتسم عرض الخدمات الصحية بانخفاض المرونة في الأجل القصير، وذلك لان بناء المستشفيات وتجهيزها، بالإضافة إلي تدريب الأطباء والمهنيين يحتاج إلي عدة سنوات، ومن ثم فان العرض غير المرن لبعض مدخلات إنتاج الخدمات الصحية في الأجل القصير، يجعل من هذه الخدمات كمنتج نهائي غير مرن كذلك في الأجل القصير.
- كثافة استخدام عنصر العمل: من الخصائص الهامة التي تميز الخدمة الصحية كثافة عنصر العمل في صناعتها، حيث تعتمد علي عقل وأيدي الطبيب المعالج والممرض والفني والإداري(اسامه مصطفى، مرجع سابق، ص35).

## ثانياً : أبعاد جودة الخدمة الصحية وطرق قياسها:

### أولاً : أبعاد جودة الخدمة الصحية

تتميز جودة الخدمة الصحية بجملة من الأبعاد تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمة علي تحديد وتحليل المشاكل وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها ويمكن عرض هذه الأبعاد في العناصر التالية:

- التمكن الفني: ويعني المهارات والقدرات ومستوي الأداء الفعلي للمدير ومقدم الخدمة ومساعدتهم بالدقة المطلوبة والتوافق بصفة مستمرة بما يشبع رغبات المرضى والمصابين والمراجعين ويشمل هذا البعد المهارات الإكلينيكية المتعلقة بالرعاية الوقائية والتشخيص والعلاج وتقديم المشورة الصحية والإشراف والتدريب وحل المشاكل. ( فاروق الحمود، 1999، ص194)
- الإمكانيات المادية للمستشفى: ويقاس هذا البعد من خلال تقييم العميل لمباني المستشفى ومعداتها وأجهزتها والإمكانيات والتسهيلات المادية الأخرى، وموقع المستشفى ومظهر المستشفى من الداخل ومن الخارج من حيث المظهر والديكور ومدى توافر أماكن انتظار السيارات، ومظهر الأطباء والفنيين والإداريين والعاملين وطرق وأدوات الاتصال ومصادر المعلومات التي يحصل منها العملاء علي المعلومات اللازمة لهم(امين جماعه، 1998، ص238).
- سهولة الوصول والحصول: الخدمات الصحية يجب أن تكون سهلة الحصول أمام الأشخاص (محتاجين إليها) في الزمن (الوقت) والمكان المناسب لهم حال احتياجها ومن ناحية ثانية فان طالب الخدمة الصحية يجب أن يكون بميسورة وإمكانه الوصول لخدمات صحية شاملة من ممارستها، وكذلك سهولة الوصول والحصول علي وسائلها ومعداتها، الأدوية، والخدمات الأخرى اللازمة لمريضه. (بواعنه، 2004، ص44)
- التعاطف والتفاني: ويعبر هذا العنصر عن مدى إحساس العملاء بالتعاطف والرعاية من جانب المستشفى لهم، وحسن استقبالهم ومدى الاهتمام الشخصي لكل منهم، ويعكس هذا العنصر كذلك مدى رغبة العميل في الحصول علي معاملة خاصة وخدمة متميزة من مقدمي الخدمة كما يعكس هذا

البعد أثر الثقافة التنظيمية للمستشفى في تكوين شعور لدي العاملين بالمستشفى بأهمية جودة الخدمة المقدمة وضرورة التطوير المستمر فيها. (امين جماعه، مرجع سابق،ص240)

■ الأمان: ويعني أن يشعر الفرد أنه تحت مظلة من الرعاية الصحية لا نعلم متى سيحتاج إليها وتعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية سواء تعلق الأمر بمقدم الخدمة أو المستفيد منها.

■ الاستمرارية: وتعني تقديم الخدمات الصحية دون توقف أو انقطاع علي ان تصمم هذه الخدمات علي أساس مبدأ الاستمرارية وأن يحصل عليها المريض مباشرة عند الحاجة وان تتوفر السجلات الطبية التي تسهل لمقدم الخدمة التعرف علي التاريخ الصحي وغياب الاستمرارية قد يضعف تأثير وفعالية وكفاءة الخدمة ويقلل من ضمان الجودة. (الدمرداش مرجع سابق،ص35)

■ الفعالية والكفاءة: فالفعالية تعني درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول علي النتائج المرجوة، أي أن هذا البعد يهتم بان يتم الإجراء بطريقة صحيحة. أما الكفاءة فتعني تقديم أفضل خدمة في ظل الموارد المتاحة، أي أن هذا البعد يهتم بالعلاقة بين مردود الخدمة والتكلفة. (www.ahedegypt2005)

■ الاعتمادية: وهي تعبر عن درجة ثقة العميل في المستشفى ومدى اعتماده عليها في الحصول علي الخدمات الطبية التي يتوقعها. ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المستشفى علي الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة للعملاء، وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول علي تلك الخدمات وتتلخص هذه المجموعة في الخمسة نقاط التالية: (امين جماعه، مرجع سابق، ص238)

- الوفاء في تقديم الخدمة في الموعد المحدد.

- الحرص المخلص علي حل مشكلات العميل.

- أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص.

- تكامل الخدمة وتوافر التخصصات.

- الثقة في الأطباء والفنيين وكفاءتهم وشهرتهم.

يتبين مما سبق أن جودة الخدمات الصحية لها جانبين فني و إنساني، وهذا الأخير في نفس درجة الأهمية للمحور الفني، والمتمثل في تطبيق العلم والتقنية الطبية الصحيحة.

### ثانياً : قياس جودة الخدمات الصحية:

لقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ضرورة ملحة ولا سبيل إلي تجاهلها ولكن عند اختيار القياسات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها. هناك طريقتين لقياس جودة الخدمات الصحية الأولى وصفت بأنها تقليدية والثانية حديثة.

تشتمل الطريقة التقليدية علي ثلاثة أنواع من المقاييس (فوزي مذكور، مرجع سابق،ص233)وهي:

أ. المقاييس الهيكلية (قياسات البنية): أن مقاييس الهيكل للرعاية الصحية مرتبط بالأفراد والتسهيلات المقدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطريقة التي تنظم بها، ولذا فإن أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، والأفراد، والتسهيلات المتاحة في المستشفى.

ومن الملاحظ أنه يوجد افتراضية عند استخدام هذا المدخل كمؤشر للجودة وهي:

- أن الرعاية الأحسن أو الأفضل يتم إمدادها حينما يكون هناك هيئة مؤهلة وعلي مستوى عال، وتجهيزات مادية ممتازة وهيكل تنظيمي جيد وأموال متاحة.
- أنه يكون من الكاف التحديد لما هو "جيد" بشرط وجود هيئة مؤهلة، هيكل مادي، تنظيم رسمي، مع ملاحظة أن هذه العناصر ليست متساوية الأثر في علاقتها بالجودة، إنها فقط تتوقع أن وجود خصائص هيكلية جيدة يعني رعاية ذات جودة واردة - مع الاعتراف بأنه ليس هناك تأكيد لحدوثها - ولذا فإن هذا المدخل بمفرده غير كاف كمؤشر للجودة.

ب. مقاييس الإجراءات: تسمى كذلك مقاييس العمليات، ويدل مفهوم العمليات علي تتابع خطوات العمل لتقديم أو توصيل الخدمة الصحية وهي التي تتسبب في الوصول إلي النتائج (المخرجات). وتعتمد كل المداخل المتصلة بتقويم الإجراءات علي إصدار معايير مقبولة للرعاية الجيدة ودراسة تطبيقات هذه المعايير علي حالات من المرض. ومثال ذلك قياس إجراءات رعاية الحوامل أو مدة انتظار المرضى.

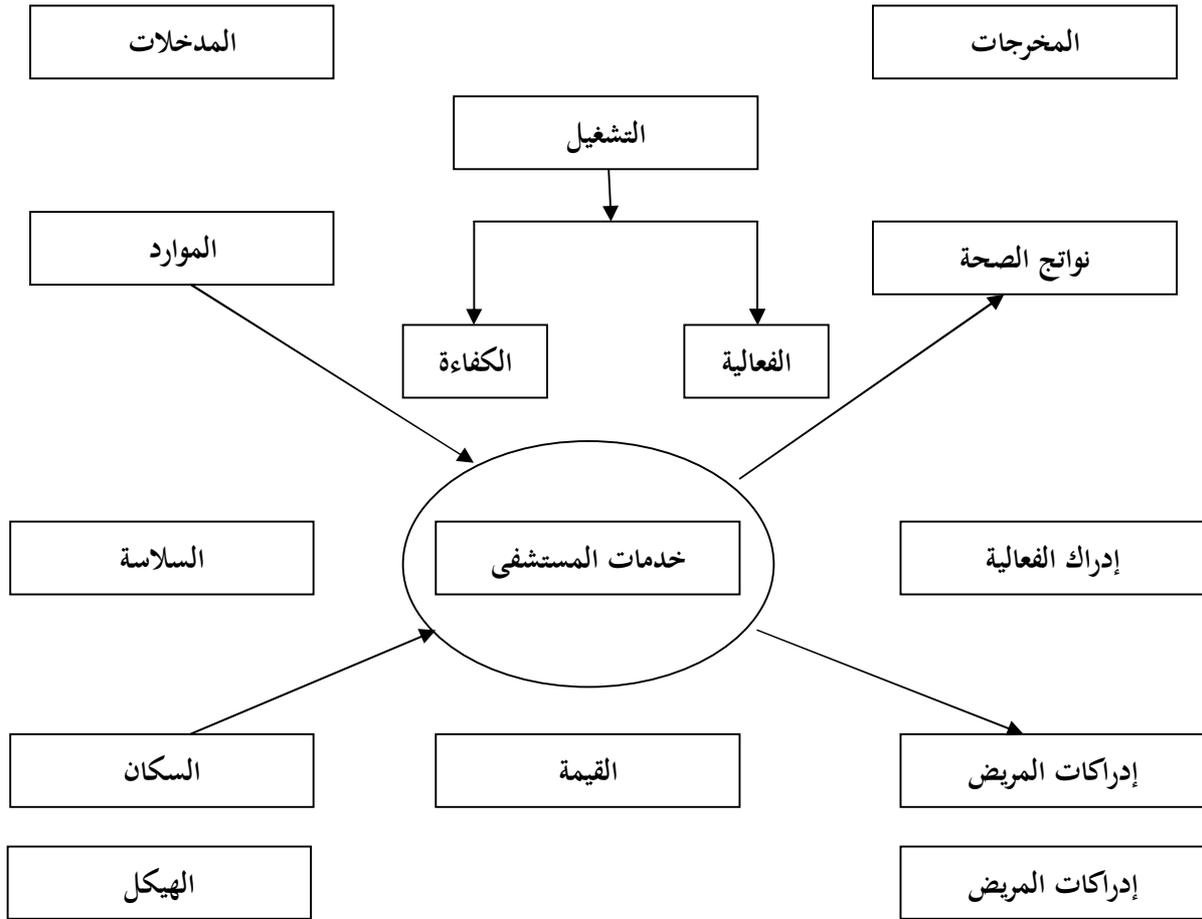
مقاييس النواتج: يعكس هذا المدخل التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنتاج للرعاية الصحية. ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي: (عدمان، مرجع سابق، ص ص 60-61).

- الحالة الصحية العامة: والتي يعبر عنها بمجموعة من المقاييس مثال معدلات الوفيات أو احد الأمراض كمقاييس، ويمكن ذلك في استخدام ملامح تأثير المرض.
- مؤشرات النواتج لأمراض بالتحديد: وذلك بما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة، أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة، وهذا المقياس مثالي في تقييمه للجودة، فضلاً عن صعوبة القياس لأنه لا يوجد تأكيد علي ارتباط النواتج بعمليات التشخيص والمعالجة، حيث تتدخل عوامل اجتماعية ونفسية ومادية في هذه النواتج.

ولابد من أن نوضح هنا أن الاهتمام بقياس النتائج دون مناظرة الإجراءات لا يساعد علي التحسين المستمر للجودة، لذا يجب اختيار مجموعة من القياسات التي تغطي الأنواع الثلاثة من القياسات، وذلك حسب الهدف من القياسات فقياس النتائج يستخدم غالباً بغرض تقييم الأداء بينما قياس العمليات والهيكلية يستخدم بغرض تحسين وضبط العمليات أو الإجراءات.

كما يجب الإشارة إلي انه لابد من توافر نظام لإدارة المعلومات بالمؤسسات الصحية تحدد من خلال الإجراءات الفعلية لجمع تحليل وتوزيع المعلومات للأطراف المناسبة وفي الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة. ويصور الشكل التالي الطريقة التقليدية لقياس جودة الخدمات الصحية

الشكل (2-7) الطرق التقليدية لقياس جودة الخدمات الصحية (فوزي مذكور مرجع سابق، ص 230)



المصدر : فوزي شعبان مذكور (1997م) مدى إدراك وتطبيق مديريه المستشفيات المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض))، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، مجله ربع سنوية تصدرها كلية التجارة، جامعه عين شمس، العدد الثالث، ص 236.

أما المدخل الحديث، فيري أن التركيز علي الجودة ورقابتها يجب أن يوجه ليس فقط في ملامح محددة للمخرجات والعمليات أو الهيكل، ولكن في كل مؤسسة الخدمة الصحية.

## الفصل الثالث

المستشفيات أنواعها ومهامها

ومعايير الأداء فيها واعتمادها

## الفصل الثالث

### المستشفيات أنواعها ومهامها ومعايير الأداء فيها واعتمادها

#### المبحث الأول: المستشفيات نشأتها وداراتها وبيئة العمل فيها:

المستشفيات تعد المحور التنظيمي لنظام الرعاية الصحية والمكان المؤدي لتوصيل رعاية المرضى وتدريب الأفراد العاملين في القطاع الصحي (Williams,1993,p,142)، وما تزال المستشفيات احد أهم اكبر مكونات النظام الصحي التي تقدم الخدمة الصحية في المجتمعات المنظمة ونظراً لما يتوافر للمستشفيات من إمكانيات مادية وفنية وتكنولوجية، وبشرية ضخمة ومرتفعة الكلفة زاد الاهتمام والتركيز علي المستشفيات ودارتها وتشغيلها من قبل الجهات الممولة لها والجهات المستفيدة من خدماتها والجهات المتعاملة معها بهدف ضمان كفاءة وفعالية استعمال هذه الموارد الضخمة وبما يحقق الهدف الأساسي من وجودها وهو تقديم خدمات استشفائية ذات جودة عالية وبتكلفة اقل. (نصيرات، مرجع سابق، ص.11)

#### تعريف المستشفى:

ورد في القاموس العربي " المنجد" باب شفي يشفي شفاءً أن المستشفى هو المكان الذي يطلب فيه الشفاء، أي الدرء من العلة. (عبد الغفار حامد 2012م، ص،69)

أن تاريخ المستشفيات كمؤسسات اجتماعية لإيواء وعلاج المرضى يعود لتاريخ أحدث من تاريخ الطب والجراحة، فأن تطور المستشفى عبر التاريخ جاء نتيجة لتقدم الحضارة وتطورها وانتقال التركيز في القيم من الفرد إلي العائلة ثم إلي قيم الجماعة وأخيراً إلي المجتمع المنظم. فتشييد المستشفيات كانت وما زالت نتيجة لثلاثة عوامل:

- 1- العواطف الإنسانية العائدة للخوف من المرض ومشاعر التعاطف والتراحم والشفقة مع المرضى والمصابين.
- 2- نمو الوعي والضمير المجتمعي مما أعطي دفعة قوية لظهور وتبني مفهوم المسؤولية المجتمعية عن المرضى والفقراء.
- 3- للدوافع الدينية حيث لعب عامل الدين والقيم ومازال دوراً كبيراً في بناء وإدامة المستشفيات عبر التاريخ. (نصيرات، مرجع سابق، ص.15)

فقد كانت المستشفيات في الماضي تؤسس من منظور الدعم الديني لخدمة توصيل الخدمات الصحية. ثم تحول الاهتمام إلي إنشاء المستشفيات الخيرية والمستشفيات النابعة من دعم الأقليات في بعض الدول. (النجار، مرجع سابق، ص.26) فقد كانت البداية في الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد حيث استعملت معابد الآلهة في الحضارتين اليونانية والرومانية القديمة كمستشفيات وكان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء، كما أشارت الوثائق التاريخية المصرية إلي وجود ما عرف بمعابد الشفاء في سنة 600 قبل الميلاد وهي الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها أما مستشفيات العصور المسيحية الأولى فقد بنيت

بيوت الكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى والمحتاجين والمسنين. أما العصور الإسلامية فقد ابدى المسلمون اهتماماً كبيراً وخطوات واسعة في مجال الطب والجراحة والصيدلة، وقد كان للطب الإسلامي والعلوم والمعارف الإسلامية اثر كبير علي تطور المستشفيات والعلوم في أوربا في عصر النهضة الأوروبية. (نصيرات،المرجع السابق،ص.18-20)

عرفت المستشفى بعدد من التعاريف إذ اشتقت من كلمه لاتينية تعني "إكرام الضيف"،فقد عرفت منظمة الصحة العالمية لجنة خبراء لتنظيم الرعاية الطبية(التقرير الفني لمنظمة الصحة العالمية رقم 19957.122) بأنها "جزء من النظام الاجتماعي الطبي وظيفته تقديم خدمات رعاية صحية كاملة تشمل الخدمات العلاجية والوقائية وتمتد خدماته الصحية الخارجية إلي العوائل في بيوتها وهو كذلك مركز لتدريب القوي العاملة الصحية والبحوث الطبية. (جاد الرب سيد، 2008،ص.40) "أن الجزء الأول من التعريف يوضح أن المستشفى نظام فرعي من نظام صحي واجتماعي كبير ومعقد"أي أن المستشفى جزءاً أو نظاماً فرعياً من النظام الصحي الكلي. كما عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات بأنها "مؤسسة تحتوي علي جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للتنويم، وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة، وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين". American hospital (association 1974,p10)فالمستشفى عبارة عن منظمة مركبه complex organization لا يجب أن تدار بالتركيز علي عنصر واحد كالوظائف والهياكل والقرارات والسلوكيات أو تكنولوجيات المعلومات والاتصالات فقط، ولكن يجب النظر إلي المستشفى كمنظومة لها مصادر مدخلات، مخرجات، استخدامات وحماية المريض مع مقارنات رقابية وتفاعلات مع البيئة المحيطة(النجار،مرجع سابق،ص22). كذلك عرفت المنظمة الصحية علي أنها وحدة اجتماعية إنسانية تستهدف تحقيق مجموعة من الأهداف وليس هدف واحد ومن ثم يتطلب الأمر البحث عن التنظيم المناسب والموارد التي تستخدم بعد تحديد المزيج الامثل.(المرجع السابق،ص159).

### **طبيعة المستشفى:**

تعتبر المستشفى مؤسسة بالغة التعقيد ولها جميع مقومات المؤسسة فهي تضم جزءاً فنياً تقنياً يضم الأجهزة والمعدات والآلات الطبية وغير الطبية. لكن هناك العديد من الملامح الخاصة للإدارة والتدريب التي لا تشاهد في مؤسسات وأنظمة أخرى.فالمستشفى تقوم بالاتي:

- توفير العناية الشخصية والفردية ويعتبر كل (مريض) متفرداً حتى بوجود العديد من الأشخاص الذين يعانون من نفس المرض.
- أن يتميز بالسرعة في التجاوب لتوقعات الفرد والعائلة والمجتمع.
- أن تتخرط في الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع حتى في تقديمها للرعاية الثانوية والرعاية من الدرجة الثالثة.

- أن تتواكب مع الرعاية الطارئة وإدارة الأزمات (الحوادث والطوارئ) وهي جزء لا يتجزأ من إدارة المستشفيات.
  - أن تتحاشى إمكانية حدوث خطأ. والذي يمكن أن ينتهي بإزهاق الأرواح أو العجز الدائم أو المرض المزمن.
  - أن تكون لديها فريق من المتخصصين الذين يطالبون بحرية اتخاذ القرارات والإجراءات ويتوقعون الحصول عليها.
  - ألا تكون لديها صعوبة في توفير المكافآت أو توقيع العقوبات الفردية.
  - ألا تواجه صعوبة في تقييم أدائها الوظيفي مع وجود أهداف ونتائج مصقولة وواضحة.
- ولقد اتفق بعض العلماء علي معايير معينة يحكم من خلالها علي المنظمة ما إذا كانت معقدة أم بسيطة ويمكن تلخيصها في الآتي: (زهران، 2008، ص 16-17)

1- التخصص الدقيق لأداء الأنشطة.

2- كبر حجم المنظمة.

3- كبر حجم عدد العاملين بها.

4- استخدام أساليب تقنية ومعارف متنوعة لأداء أعمالها.

5- يتطلب تكاليف عالية لتشغيلها.

يتضح من خلال المعايير السابقة أن المستشفى نظام معقد يحتوي علي تخصصات دقيقة، كما إنها منظمة ضخمة في حجمها كذلك يعمل بها عدد كبير من العاملين والموظفين علي اختلاف فئاتهم وتخصصاتهم كما تستخدم تقنيات طبية متنوعة ذات تكاليف باهظة التشغيل.

### إدارة المستشفيات:

تطور علم الإدارة الحديثة حيث نجد أن الإدارة أصبحت تقسم إلي عدة أنواع مثل إدارة الأعمال والإدارة العام والإدارة الفندقية وإدارة المطارات وإدارة المستشفيات وغيرها من أنواع الإدارة ونجد أن هذه التقسيمات كانت نتاج لطبيعة هذه المؤسسات التي تتطلب نوعاً خاص من الإدارة يساعدها في تحقيق أهدافها.

تسعي إدارة المستشفيات لتحقيق الأهداف التي من أجلها أنشأت وتعمل علي تقديم خدمات الاستشفاء، مستخدمة في ذلك مبادئ العملية الإدارية من تخطيط وتنظيم وتوجيه وتنسيق ورقابه، لإدارة العمليات الصحية من خلال هرم إداري وهيكل يتم تقسيمه إلي إدارات وأقسام بالطريقة التي تتناسب وطبيعة أهداف المستشفيات لتحويل مدخلات المستشفى (من مواد وطاقة ومعلومات طبية وأجهزة ومعدات طبية من الشكل التي هي عليه) إلي خدمات صحية تساعد المريض علي الاستشفاء، ويشمل ذلك اتخاذ القرارات المرتبطة بإدارة العمليات والخدمات الصحية بمواصفات وجودة ومستوي مهني معين في الوقت والمكان للمريض والبيئة المناسبة والتكلفة المناسبة. (النجار، مصدر سابق، ص 2012)

يعتبر المستشفى من أكبر التنظيمات الإنسانية استخداماً للعمالة بالمقارنة مع المؤسسات الأخرى في القطاع الصناعي وقطاع الأعمال، فالمستشفى هو عبارة عن نظام مفتوح يتفاعل مع بيئته الخارجية ويصب فيها مخرجات ويأخذ منها مدخلاته، ويتكون النظام الداخلي للمستشفى من أنظمة فرعية عديدة مترابطة ومتكاملة تعمل مع بعضها وتتركز أنشطتها علي المريض كمحور مركزي للنظام العام، وتتمثل هذه الأنظمة في برامج رعاية المريض من خدمات التمريض والمختبرات وغيرها، والخدمات الإدارية والتنسيقية المساعدة من الإدارة والمحاسبة والسجلات وغيرها وكذلك الهيئة الطبية والتي تقوم بالعديد من الأنشطة والفعاليات من إدخال المريض للمستشفى وتشخيص حالته المرضية وإعطاء التعليمات لإجراء الفحوصات والوصفات العلاجية.

يتكون الجهاز الإداري بالمستشفيات من مدير المستشفى ومساعدوه ورؤساء الأقسام والخدمات الإدارية والفنية والتي تقع مسؤولية اختيارهم علي كاهل مدير المستشفى، من أمثلة هذه الأقسام قسم التمريض وقسم العيادات الخارجية والطوارئ وغيرها، كما تستخدم المستشفيات الحديثة اليوم أحدث أنواع التكنولوجيا الطبية المتقدمة والمعقدة مما ساعدها علي تحقيق أهدافها.

### وظائف المستشفى وأهدافه:

مرت أهداف المستشفى بتطور دائم وانتقال عبر مسلسل تطور المستشفى نفسه ويجتمع المهتمون علي خمسة أهداف أو وظائف للمستشفى الحديث، ويحد فريدمان ما يلي: فريد توفيق (نصيرات، مرجع سابق،ص56).

- 1- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضي الداخليين.
- 2- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضي الخارجيين.
- 3- القيام بأنشطة التدريب والتعليم للمهنيين الصحيين والعاملين في القطاع الصحي.
- 4- رقد المعرفة الطبية والصحية من خلال ما يقوم به من أنشطة بحثية في هذا القطاع.
- 5- الوقاية من الأمراض ويشمل ذلك وقاية المرضي في المستشفى ووقاية أفراد المجتمع.

كما أوصت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية بضرورة قيام المستشفى بخمسة وظائف أساسية:

**(1) الوظيفة العلاجية:** تعتبر الوظيفة الأولى والأساسية للمستشفى فهي تقديم أعلي مستوي ممكن من الخدمات العلاجية للمرضي الداخليين ومرضي العيادات الخارجية والحالات الطارئة وتحسين جودة هذه الخدمات بشكل مستمر ونظراً لارتفاع تكلفة الخدمات الاستشفائية بالمقارنة مع الخدمات الصحية الأخرى والتكلفة المتصاعدة لهذه الخدمات والتزايد المستمر للطلب عليها ومحدودية الموارد المتاحة لأي مجتمع لا بد للمستشفى من التركيز علي كفاءة العملية الاستشفائية بما يتضمن تقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضي بأقل كلفة ممكنة كهدف أساسي له، ولضمان جودة الرعاية الاستشفائية للمرضي ومصابي الحوادث لا بد لإدارة المستشفى من التركيز علي النقاط التالية: (جادالله علي، 1983، ص55)

- مراعاة التصميم الجيد لأبنية ومنشآت المستشفى بحيث يتم مراعاة الناحية العلمية في التصميم لتسهيل تنفيذ الأنشطة.

- توفير القدرات الإدارية المؤهلة في مجال الإدارة الصحية وإدارة المستشفيات.
- التخطيط الجيد لخدمات المستشفى وتوفير الخدمات المطلوبة لسد الاحتياجات الصحية الحاضرة والمستقبلية للمجتمع المحلي، ومن ثم المراجعة المستمرة وإعادة النظر في الخدمات والبرامج التي يقدمها المستشفى لتلبية الاحتياجات المستجدة والمتغيرة.
- تنظيم المستشفى وتزويده بالأجهزة والمعدات والعناصر البشرية اللازمة والمؤهلة لضمان أعلى مستوى ممكن من الرعاية الصحية.
- ضرورة التعامل مع المريض كشخص بكيته وليس مجرد نظام بيولوجي وبالتالي عليه الاستجابة لخدمات المستشفى.
- ولسد الاحتياجات الطبية للمرضي لابد من توفير غرف عزل خاصة للحالات المرضية التي تستدعي ذلك بغض النظر عن المركز الاجتماعي والاقتصادي لهم.

**(2) الوظيفة الوقائية:** تلعب المستشفى دور نشط في وقاية أفراد المجتمع من الأمراض، ويعتبر بعض الباحثين دور المستشفى الوقائي جزء من أخلاقيات المستشفى للوفاء بالمسئولية الاجتماعية الملقاة علي عاتقه كمؤسسة اجتماعية نشطة من مؤسسات المجتمع المحلي، فالمستشفى باعتبارها المؤسسة الرئيسية التي تقدم الخدمات الصحية للمجتمع، يمكن تصنيف الخدمات الوقائية علي ثلاثة مستويات وهي:

- خدمات الوقاية الأولية: وتتمثل في المشاركة بحملات التطعيم والتحصين، وفي برامج التنقيف الصحي للمجتمع ودعم برامج الأسرة وبرامج الصحة العامة وغيرها من أنشطة الوقاية الأولية، بالتعاون والتنسيق مع المؤسسات والدوائر الصحية والاجتماعية الأخرى العاملة في المجتمع.
- الخدمات الوقائية الثانوية: تركز هذه الوظيفة علي الكشف عن المرض وعلاجه واكتشاف الأمراض الكامنة لدي المرضى الداخليين ومرضي العيادات الخارجية والمساهمة الفعالة في حملات المسح الصحي الموجهة نحو تقتصي الأمراض والكشف عنها في المجتمع المحلي، وذلك من خلال القيام بالأنشطة التي تساعد في تحقيق هذه الأغراض.
- الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة: هي عبارة عن خدمات متخصصة تقوم علي مجهودات فريق متخصص وتهدف إلي إعادة تأهيل المرضى ومصابي الحوادث وتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة ومنتجة إلي حد ما. (المرجع السابق، ص60-62)

**(3) وظيفة التدريب والتعليم:** يختلف حجم نشاط التدريب والتعليم الذي تقوم به المستشفيات من مستشفى لأخر حسب حجم المستشفى ونوعه، ويعتبر المستشفى المكان الأنسب والأمثل للتدريب العملي لكافة المهنيين والصحيين لما يوفره له من إمكانيات فنية وبشرية وأجهزة ومعدات ومعامل لا تتوفر لغيره من المؤسسات. حيث يتم في المستشفى تدريب الأطباء والمرضات والكوادر الطبية الأخرى وطلاب الدراسات العليا، ويتم التدريب علي ما تعلموه من معارف أكاديمية والتدريب من خلال الممارسة والعمل اليومي حتى يتمكنوا من زيادة وإثراء المعارف الطبية وتطويرها. (المرجع السابق، ص66)

يترتب علي قيام المستشفى بأنشطة التدريب والتعليم مواجهة عدد من القضايا والمسائل الهامة مثل توفير المستلزمات المادية المطلوبة لعملية التدريب والتعليم من أجهزة ومعدات وغيرها، وتجهيز المستشفى من كل مستلواته الطبية، وتوفير العناصر البشرية المطلوبة كماً ونوعاً للقيام بأنشطة التدريب من كبار الأطباء وفنيي المعامل وغيرهم من أصحاب الاختصاصات الأخرى، وإيجاد التمويل اللازم لذلك، وغيرها من المستلزمات التي تكتمل من خلالها عملية التدريب والتعليم مما يمكن المستشفى من تحقيق أهدافه.

**(4) الوظيفة البحثية:** تعتبر هذه الوظيفة المسؤولة عن عملية المعرفة والإثراء للعلوم الطبية والتي تنعكس بدورها علي تحسين خدمات رعاية وعلاج المرضى لذلك لا بد لكل مستشفى وحسب إمكانياته من القيام بدور ما في مجال البحث العلمي. (نصيرات، مرجع سابق، ص ص66-67)

ويمكن تقسيم البحوث العلمية التي تقوم بها المستشفيات إلي بحوث طبية وبحوث إدارية، وتشمل البحوث الطبية الفحوصات والبحوث المختبرية وغيرها، أما البحوث الإدارية فتتضمن مدي واسع يشمل كافة الأنشطة والخدمات التي تدعم الرعاية الصحية كالبحوث الإدارية وبحوث التمريض وخدمات الطعام وغيرها، وللقيام بالمهمة البحثية الطبية تحتاج المستشفيات إلي موارد وإمكانات متعددة تشمل الأطباء المتخصصين والعناصر البشرية المساعدة من باحثين وفنيين وعلماء وغيرهم، توفير الحيز المطلوب والمناسب، والمختبرات، والمعدات والتجهيزات التكنولوجية والمواد الخام بالإضافة إلي المرضى.

ولما كانت الأبحاث تتضمن دائماً قدراً من المخاطرة والنتائج غير المتوقعة أو المرغوبة فلا بد من مراعاة عدد من النقاط الهامة عند إجراء الأبحاث علي:

- الحصول علي موافقة المريض وبشكل مسبق علي إخضاعه أو للبحث أو التجربة.
- الحصول علي موافقة إدارة المستشفى بصفتها المسؤولة أولاً وأخيراً عن رعاية وعلاج المريض.
- إخضاع الأبحاث إلي الإشراف والرقابة المستمرة من قبل لجنة الأبحاث في المستشفى.
- قيام الباحث بوضع خطة مفصلة عن البحث الذي سيجريه ورفعها إلي لجنة الأبحاث التي تقوم بدراسته وبيان فوائده ومحاذيره المحتملة ومن ثم التوصية بالموافقة عليه أو رفضه.
- المحافظة علي خصوصيات وأسرار المرضى الذي تجري عليهم الأبحاث وعدم الإفشاء بأي معلومات من شأنها الكشف عن هوية المريض والإساءة إليه. (المرجع السابق، ص 71)

### **أنواع المستشفيات وخصائصها:**

يمكن تصنيف المستشفيات وتقسيمها وفقاً لمعايير عديدة ومن أكثر هذه المعايير قبولاً وشيوعاً:

- 1) معيار الملكية والإدارة: أي حسب الجهة التي تملك وتمول وتدير المستشفى، حيث تنقسم المستشفيات حسب هذا المعيار إلي مستشفيات حكومية ومستشفيات خاصة، وتتضمن المستشفيات الحكومية كافة المستشفيات التي تعتمد في تمويلها علي المال العام للدولة وهذه المستشفيات قد تتبع جهات حكومية متعددة كوزارة الصحة، والداخلية والدفاع والبحرية وغيرها من الجهات الرسمية، أما المستشفيات الخاصة فتشمل كافة المستشفيات التي تتبع ملكيتها القطاع الخاص حيث يتم إدارة وتمويل هذه

المستشفيات من قبل القطاع الخاص وهذه المستشفيات قد تكون مملوكة من قبل فرد أو مؤسسة أو إتحاد أو جمعيات خيرية.

(2) حسب الهدف من التشغيل: فقد تكون مستشفيات ربحية (تسعى لتحقيق الأرباح كهدف لها) شأنها شأن أية مشروعات للأعمال وقد تكون خيرية (لا تهدف إلي تحقيق الربح). (تامر البكري، مرجع سابق، ص 81-82).

(3) المعيار الإكلينيكي: وحسب هذا المعيار تقسم المستشفيات إلي مستشفيات عامة ومستشفيات خاصة، والمستشفى العام هو الذي يحتوي علي التخصصات الأربعة الرئيسية في الطب والجراحة وهي خدمات الطب الباطني، الجراحة، الأطفال، وخدمات أمراض النساء والولادة، كما يمكن أن يضم الخدمات الأخرى مثل طب الأنف والأذن والحنجرة، وطب العيون، وطب العظام والطب النفسي وغيرها من الخدمات هذا علاوة علي ما يقابل كل هذه الخدمات من خدمات مناظرة لها في العيادات الخارجية للمستشفى العام بالإضافة إلي خدمات الطوارئ (نصيرات، مرجع سابق، ص 70)، أما المستشفى المتخصص فهو الذي يقدم خدمة واحدة فقط أو أكثر من هذه الخدمات وليس كلها. (تامر البكري، مرجع السابق، ص 84) كمستشفى العيون، ومستشفى العظام والأطفال والقلب والأمراض الصدرية وغيرها، والجدير بالذكر أن المستشفيات في بدايتها الأولى ظهرت كمستشفيات عامة تقدم كافة الخدمات الأساسية في الطب والجراحة إلا أنه ومع التزايد السريع والنمو الكبير للمعرفة والعلوم الطبية في الفترة ما بين 1930-1950 وما رافق ذلك من اتجاه نحو التخصص الدقيق في الطب ظهرت المستشفيات المتخصصة وأصبحت النمط الأكثر شيوعاً في تلك الحقبة الزمنية وحتى الستينات من القرن الماضي، ثم عاد الاهتمام والتركيز ثانية علي المستشفيات العامة كمراكز رئيسية لصحة المجتمع المحلي وكنقطة ارتكاز للنظام الصحي الكلي بصفتها النموذج الأكثر قدرة علي تقديم خدمات رعاية طبية شاملة ومنكاملة وبما ينسجم مع المفهوم الحديث والصحيح للرعاية الطبية حيث أتضح للمسئولين والمهتمين بموضوع الرعاية الطبية أن المستشفيات المتخصصة:

- لا يمكن تحقيق التنسيق والتكامل المطلوب في الرعاية الطبية لاسيما وأن الرعاية الحديثة تقوم علي جهودات فريق متكامل ومتعدد الاختصاصات الأمر الذي يؤدي إلي تجزئة الرعاية الطبية وانعزال الفريق الطبي في المستشفى المتخصص.

- صعوبة تحقيق الاستخدام الأمثل والكفؤ للموارد والتجهيزات المرتفعة التكلفة في المستشفيات المتخصصة، ونتيجة لما تقدم اقتصر دور المستشفى المتخصص علي كونه مركزاً طبياً متخصصاً للبحوث والتدريب والعلاج يحال إليها المرضى من المستشفى العام لتلقي خدمات رعاية متخصصة ودقيقة وهو ما يسمى بالمستوي الثالث من الرعاية كجراحة القلب والكلي والأعصاب وغيرها من التخصصات الدقيقة، وبالمقابل تم التركيز علي المستشفى العام كمركز رئيسي لخدمة صحة الفرد والمجتمع وما يمكن أن يقدمه من خدمات رعاية طبية شاملة وكنواة لتنسيق وتكامل وترابط خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة. (نصيرات، 1998، ص 240-245).

4) وهناك معايير أخرى يمكن استعمالها لتصنيف المستشفيات مثل معيار معدل مدة الإقامة للمرضي في المستشفى حيث تقسم المستشفيات حسب هذا المعيار إلى مستشفيات الإقامة القصيرة وهي المستشفيات التي يقل معدل الإقامة عن 30 يوماً لما يزيد عن 50% من المرضي ومستشفيات الإقامة الطويلة وهي التي تزيد فيها معدل هذه الإقامة عن 30 يوماً لما يزيد عن 50% من المرضي.

5) معيار حجم (عدد الأسرة) حيث يمكن تقسيم المستشفيات إلى مستشفى صغير الحجم تتراوح أسرته بين 50-100 سرير وهو ما يسمى بمستشفى الريف ويقدم عادة خدمات الرعاية الأولية والمستشفى المتوسط الحجم وتتراوح أسرته من 100 - 200 سرير وهو ما يسمى بمستشفى المنطقة ويقدم عادة ما يعرف بالخدمات الرعاية الثانوية، ومستشفيات كبيرة الحجم وتتراوح أسرته من 200-1000 سرير وهو ما يعرف بالمستشفى الإقليمي ويقدم عادة مزيج من خدمات الرعاية الثانوية والمتخصص وجدير بالذكر أن تصنيف المستشفيات حسب الحجم هو تصنيف نسبي وعام يختلف من دولة لأخرى فما يعتبر مستشفى متوسط الحجم في بلد ما قد يعتبر مستشفى كبير في بلد آخر.

6) كما تقسم المستشفيات حسب معيار التعليم إلى مستشفيات تعليمية ومستشفيات غير تعليمية، والمقصود بالمستشفيات التعليمية هنا هي المستشفيات الجامعية التابعة لكليات الطب أو المرتبطة معها حسب ترتيبات معينة لتعليم وتدريب طلبة الطب والتمريض وطلبة الدراسات الطبية العليا، أما المستشفيات غير التعليمية فهي التي لا تدير برامج للتعليم وتدريب طلبة الطب، إلا أنه يجب أن لا يفهم من ذلك أن المستشفيات غير التعليمية لا تمارس أنشطة التعليم والتدريب للأطباء والمرضات والمهنيين والصحيين الآخرين، فالمستشفيات الحديثة بمختلف أنواعها وأحجامها تمارس مقداراً من أنشطة التدريب والتعليم إلا أن حجم هذا النشاط يختلف من مستشفى لآخر حسب حجمه وامكاناته وأهدافه المرسومة.

النقطة الهامة هنا أنه ولغايات الدقة في تصنيف المستشفيات لا بد من مراعاة أخذ المعايير معاً، فالمستشفيات بشكل عام المتخصصة منها والعامه قد تتبع ملكيتها وإدارتها القطاع العام كما قد تتبع القطاع الخاص، كما أن مستشفيات القطاع العام والقطاع الخاص قد تكون مستشفيات عامة وقد تكون مستشفيات متخصصة وهذه بدورها قد تكون مستشفيات للإقامة الطويلة وقد تكون للإقامة القصيرة. زاد من فعالية هياكلها التنظيمية وأنظمتها الفرعية الأخرى. (المرجع السابق، صص 73-82).

## بيئة العمل في المستشفيات:

تعرف البيئة بأنها كل ما يحيط بالمنظمة من طبيعة ومجتمعات بشرية ونظم اجتماعية وعلاقات شخصية كما تمثل العوامل والمتغيرات التي تقع خارج حدود المنظمة وتؤثر في نشاط المنظمة بشكل مباشر أو غير مباشر. (عقبلي، مرجع سابق، ص.14) يمكننا تعريف بيئة العمل بشكل بسيط على أنها جميع ظروفها المحيطة بالعاملين في وقت ومكان العمل وتتضمن الظروف المعنوية والمادية والزمانية والمكانية، فعند توفير أفضل الظروف للعامل من خدمات ومرافق فذلك يحفزّه على إعطاء أفضل ما لديه، أما في حال كانت هذه الظروف سيئة فذلك يقود إلى الخمول وقلة الإبداع والإنتاج. (فؤاد سالم وآخرون، 2002م، ص 50).

ف للبيئة اثر كبير في أي منظمة بحيث يمتد هذا الأثر إلي فشل أو نجاح المنظمة وبالتالي نجد أن اثر البيئة مباشر في تحقيق أهداف المنظمة سواء أن كان الأثر سلبياً أو ايجابياً، تتكون البيئة التي تتأثر بها المنظمة من بيئة خارجية و بيئة داخلية.

### أولاً: البيئة الخارجية

وتتقسم البيئة الخارجية إلي قسمين البيئة العامة والبيئة المباشرة.

**1) البيئة العامة:** وتتكون البيئة العامة للمنظمة من العوامل غير المحددة في محيط المنظمة الخارجية وقد تؤثر هذه العوامل في إدارة المنظمة وتشتمل علي العوامل الاقتصادية والطبيعية والتكنولوجية والاجتماعية والسياسية والقانونية والدولية.

**2) البيئة المباشرة:** هي أيضا بيئة خارجية للمنظمة لكنها تؤثر في إدارة المنظمة بصورة مباشرة مثل المنافسين والموردين والعملاء والاتحادات المهنية ومكاتب التوظيف.

### ثانياً: البيئة الداخلية

هي ثقافة المنظمة ويطلق عليها المناخ التنظيمي Organizational Climate وتعني طبيعة وقيم وعادات وتقاليدها المطبقة بالمنظمة، وتتميز ثقافة المنظمة بالاتي: (ذكي اسماعيل، 2009، ص.83-86)

- إحساس العاملين بالانتماء بمعنى أن تعمل المنظمة علي دفع العاملين وجعلهم يحسون بالانتماء إليها.
- التزامهم بأهداف المنظمة.
- الاستقرار التنظيمي ومساعدتهم علي التأقلم مع البيئة المحيطة أو إحساسهم بالمسؤولية الاجتماعية للمنظمة بمعنى اهتمامهم بالأهداف الاجتماعية للمجتمع والتي تسعى المنظمة للإسهام والمشاركة فيها.

تضم بيئة العمل الداخلية جوانب ومعايير متعددة تطبق في المؤسسة كأسلوب الإدارة وممارساتها، وتقييم الأداء والقيادة، والرواتب والحوافز المادية والمعنوية والأجور والبرامج التدريبية، والسياسات التي تحفز النجاح، وعلاقة العامل برئيسه ووسائل الترفيه وغيرها من الجوانب التي تجذب رضا وسعادة العاملين والشعور بالأمان الوظيفي. (WWW/mawdoo3.com).

## أهمية بيئة تحسين بيئة العمل:

إن لتحسين بيئة العمل أثر على العاملين والمؤسسات، فعندما يجد الموظف والعامل في المؤسسة بيئة عمل جيدة فذلك يشعره بالانتماء لهذه المؤسسة وأنه شخص مرغوب به، مما يجعله يقدم للمؤسسة أفضل ما لديه من طاقات وقدرات، أي أن البيئة المثالية للعمل تساهم في رفع أداء وكفاءة الموظف ورفع إنتاجيته بفعالية، مما ينعكس على تطور المؤسسة وتميزها.

بيئة العمل المناسبة لا يتم توفيرها من خلال رفع الأجور للعاملين فقط، بل توجد رؤية إدارية حديثة تؤكد أهمية وجود مجموعة من المبادئ والقيم والمشاعر والأخلاقيات التي تساهم في خلق بيئة عمل مثالية، مثل مراعاة مشاكل وهموم الموظف الشخصية، التواصل والإتصال في بيئة العمل، دور العلاقات والمشاعر الشخصية بين الموظفين وبين رؤسائهم وقادتهم والتي تعمل على رفع مستوى الإنتاج لدى الفرد العامل وبالتالي تطور ونجاح المؤسسة.

فبيئة العمل غير المناسبة والسيئة تؤثر سلباً على العاملين من حيث رغبتهم للعمل، وتؤدي لمشاكل نفسية وربما صحية للعاملين، مما ينتج عنها حدوث مشاكل في بيئة العمل تؤثر العلاقات وكثرة غياب العاملين وبالتالي يؤثر بمستوى الإنتاجية وتدهور سمعة المؤسسة. (سالماخرون، مصدر سابق، ص ص 60-63)

**العناصر البيئية المؤثرة علي المنظمة:** (زكي اسماعيل، 2009، ص.149)

هناك عدد من العناصر الرئيسية للبيئة تؤثر علي المنظمة، فبالنظير لالبد للمنظمة من التعامل وفقها بفعالية عالية حتى تستطيع التعامل مع هذه البيئة، فبقاء المنظمة مرهون بقدرتها علي التجاوب والاستجابة وخلق نوع من الموازنة بينها وبين هذه البيئة المحيطة بها، وتتمثل في ثلاثة عناصر اولهما: الفرص والقوى الداعمة بالبيئة وتتمثل في الايجابيات بالبيئة الخارجية للمنظمة في سبيل تحقيق أهدافها، ثانيهما: المخاطر والقوى الضاغطة بالبيئة المحيطة للمنظمة وتتمثل في المخاطر والموانع التي تشكل قوي ضاغطة علي المنظمة في سبيل تحقيق أهدافها، ثالثهما: حماية المنظمة للبيئة من حولها وذلك بان تعمل المنظمة علي حماية البيئة المحيطة حولها من مخلفاتها.

## إدارة أنظمة الأمن والسلامة المهنية والصحية:

إن سلامة وأمان المرضى تعتبر حجر الزاوية في الرعاية الصحية وفي جودة الخدمات الطبية وأهمية المستشفى كونه المكان الذي يقصد للشفاء والمكان المفترض أن يكون على أعلى مستوى من الأمان والسلامة والصحة والذي يتوجب على مديري المستشفيات تحسين الأداء ونوعيه وسلامه الخدمات المقدمة إلى المرضى، وتحسين النتائج كثيرا ما يصبحها انخفاض معدلات إعادة الرعاية الصحية للمرضى وانخفاض معدلات الإصابة بالعدوى في المستشفيات، وقلة الأخطاء الطبية بها وتحسين أدارها للأدوية.

إدارة الأمان والسلامة المهنية والصحية أو الجهة أو الإدارة المعنية والتي تحمل مسؤولية إدارة الأمان وتطبيق إجراءات السلامة المهنية وملاحظة مستوى الصحة المهنية سواء للعنصر العامل المتمثل في الإدارة والأطباء

والممرضين والفنيين والعمال و المرضى ومن ثم الزوار وأيضا متابعة مستوى السلامة سواء للمبنى أو المعدات أو المتعلقات التي تستخدم ويتم إعادة تدويرها مثل الأغطية والشراشف والوسائد والملابس وغيرها أو الأدوات المستعملة وأيضا مواد التنظيف وكذلك إجراءات الأمان كحماية كامله للمباني والعاملين والمرضى والزوار لذلك إدارة أنظمة الأمان والسلامة والصحة المهنية في المستشفيات تعتبر مهنة طارده ومتعبه ودقيقه لأنها يترتب عليها مسئوليه كبيره جدا، ومهمه والإهمال فيها قد يكلف الكثير، لذا الإدارة هنا يتميز فيها الطاقم على قدرات خاصة وتؤهله سنوات العمل في هذا الإدارة على الحصول على خبرات متنوعه وكبيره تفوق ما قد يحصل عليه في منشآت وأعمال أخر بل أنها عملية تحديوميه وتغطي مساحات كبيره وتحتوى أعداد بشريه ضخمة متنوعه المستوى والبيئة لهذا أن إدارة أنظمة السلامة والصحة المهنية هي من أصعب إدارات السلامة المتنوعه من بين كل الأنواع في المنشآت الأخرى. (www.bayt.com)

### مهام عمل إدارة أنظمة الأمان والسلامة والصحة المهنية في المستشفيات

#### :Mission of Occupational Safety Systems Department at Hospitals

- 1- معرفة القوانين والتشريعات الخاصة بالسلامة والصحة المهنية المحلية والدولية.
- 2- عمل تقييم وتحليل وإدارة مخاطر السلامة المهنية في المستشفيات.
- 3- عمل خطة سلامه في المستشفيات تحافظ على السلامة المهنية للعاملين بناء على نتائج التقييم وتحليل المخاطر بحيث تحتوى على كل المخاطر والواجبات والأهداف.
- 4- عمل خطط الإخلاء والطوارئ ويتم مراجعتها وتحسينها بعد عمل عدد من العمليات الوهمية للإخلاء والطوارئ لأسباب متعددة مثل الحرائق - كوارث طبيعية - حالات أمنييه.
- 5- تنظيم الأمان الداخلي بحيث يتم السيطرة على الحركة البشرية الكبيرة من زوار ومرضى وعاملين وأيضا توفير الجو الأمني للعمل وتنفيذ قرارات الإدارة بتحديد ساعات الزيارة والسيطرة على مسببات الإزعاج أو مخالفة تشريعات السلامة.
- 6- التنسيق مع الجهات المختصة في توفير البنية التحتية للتعامل مع النفايات الطبية والتي يجب إتباع التعليمات المنظمة لهذا العمل.
- 7- تطوير عملية التعامل مع النفايات الطبية بالشكل السليم حسب اللوائح ومراقبة العمل من قبل أفراد السلامة.
- 8- التأكد من فحص عمال النظافة في مؤسسات الرعاية الصحية قبل التوظيف للتأكد من خلوهم من الأمراض المعدية وكذلك بشكل دوري بعد التوظيف.
- 9- عمل التفيتش اليومي أو الدوري المستمر لتطبيق إجراءات السلامة مثل الالتزام بالنظافة أو ارتداء التجهيزات الخاصة لعمال النظافة أو أفراد عمل المقاولين أو المواد المستعملة في التنظيف ومن ثم التأكد دوريا من سلامه الكهرباء ومعدات الحرائق والمخارج و التمديدات الكهربائيه والمخازن وغيرها.
- 10- رفع مستوى السلامة المهنية لعمال النظافة في المستشفيات بان يتم التزامهم وعدم تهاونهم في استخدام معدات الوقاية الشخصية من الأمراض المعدية

- 11- تطوير الوعي لدى عمال النظافة لمفهوم المخلفات الطبية وخطورتها
- 12- توفير التدريب المناسب لعمال النظافة بما يتناسب مع طبيعة تعاملهم أو علاقتهم بالنفايات الطبية.
- 13- التأكيد على تطبيق المراجعين والزوار والمرضى والعاملين على تطبيق كافة قوانين الأمن والسلامة في كل أنحاء المستشفيات أو المراكز الصحية. التأكد من تطبيق شروط إجراء السلامة في المستشفيات بشكل يتطابق مع التعليمات والقوانين من قبل دائرة الإطفاء أو الدفاع المدني أو وزارة الصحة أو البلدية أو أي جهة معنية أخرى.
- 14- تنفيذ سياسة ضبط الجودة وتتضمن تدريب العاملين وجودة الأداء والتطوير الحديث لأساليب العمل وهي الوصول إلى مستوى من الإدارة بحيث تكون عملية تنفيذ الأعمال يتطابق مع معايير الجودة (المرجع السابق).

#### واجبات إدارة أنظمة الأمن والسلامة المهنية في المستشفيات:

### Duties of Occupational Safety Systems Department at Hospitals

- 1- مراقبة كيفية التعاطي والتعامل مع النفايات الطبية في هذه المستشفيات.
- 2- توفير معدات الوقاية الشخصية الخاصة في هذا النوع من الأعمال.
- 3- تطبيق إرشادات وتعليمات (الإدارة المختصة) بشأن وقاية العاملين
- 4- التفتيش على مخارج الطوارئ والتأكد من صلاحيتها.
- 5- التفتيش على أجهزة كاشف الدخان والإنذار والتأكد من صلاحيتها.
- 6- تنفيذ وتطبيق كل تشريعات السلامة المهنية والصحية الموضوعة من قبل الجهات المختصة، تطوير وتوفير التدريب على أهميتها للسلامة للموظفين والإدارة والطاقم الصحي والفني.
- 7- التفتيش اليومي على المستشفيات فيما يتعلق بأمن والسلامة العامة.
- 8- مراقبه عمليات التنظيف والغسيل للمتعلقات التي يتم تداولها.
- 9- الاهتمام بعملية الوقاية وتطويرها لتصبح ثقافة من خلال توفير البروشورات والكتيبات سواء الخاصة بالعاملين أو المرضى أو الزوار.
- 10- توفير ونشر الإرشادات واللوحات الخاصة بالسلامة المهنية.
- 11- تقييم عمل أفراد السلامة ومن ثم مستوى السلامة.
- 12- توفير السجلات الخاصة والمتنوعة للعمل على أن يتم التفتيش عليها من قبل المفتشين المختصين لمراجعة وتقييم المخاطر من خلالها أو تكرر الحوادث وهناك أيضا متطلبات خاصة يجب إتباعها أو توفيرها لكل العاملين في مجال المستشفيات أو المراكز الصحية نظرا للمخاطر التي قد تلحق بهم.

#### متطلبات السلامة للعاملين في المستشفيات:

### Safety Requirements of Workers at Hospitals

- 1- عمل الفحص الطبي عند الالتحاق في العمل والفحص الدوري المستمر.
- 2- التقييد بكافة شروط السلامة المهنية في العمل الموضوعة من قبل الإدارة.

3- ارتداء تجهيزات الوقاية الشخصية أثناء العمل.

4- تطبيق إجراءات السلامة الصحية (الموضوعة من قبل إدارة المستشفى والجهات المختصة). -الالتزام في تسجيل كل الأحداث والحوادث في سجل السلامة المخصص للعمل. (المرجع السابق).

نجد أن المستشفيات باعتبارها منظمات تعمل علي تحقيق الأهداف التي أنشأت من أجلها ينطبق عليها ما ينطبق علي المنظمات الأخرى فيما يختص ببيئة العمل حيث نجدها تتأثر بالبيئة المحيطة بها فهي تتأثر بالفرص والقوى الداعمة بالبيئة والتي تتمثل في ايجابيات البيئة الخارجية في سبيل تحقيق أهدافها، كما تتأثر بالمخاطر والقوى الضاغطة بالبيئة المحيطة بها والتي تتمثل في المخاطر والموانع التي تشكل قوي ضاغطة عليها في سبيل تحقيق أهدافها، كما تعمل علي حماية البيئة من حولها، ونجد البيئة الداخلية بالمستشفيات بالمقارنة مع المنظمات الأخرى ذات خصوصية وأهمية بالغة وذلك لأنها تتعامل في البشر (المرضي) فهي تسعى من خلال سعيها في أداء مهامها علي تطبيق الجودة في الخدمات التي تقدمها وذلك من خلال توفير أنظمة الامن والسلامة المطلوبة وأداء العمل الصحيح من أول مرة لذا فيجب أن تكون بيئة العمل مساعدة ومعينة بل محورا أساسية في تحقيق ذلك.

## المبحث الثاني: تطبيق معايير الأداء والإنجاز بالمستشفيات

### مفهوم الأداء:

يعتبر الأداء النتيجة أو الحصيلة التي تسعى المؤسسات والشركات والمرافق الحكومية وغيرها من المنشآت الأخرى إلى تحقيقها والوصول إليها، ودرجة الأداء تختلف من منظمة لأخرى باختلاف نوع القيادة الإدارية والمكونات الآلية والبشرية والمقومات الأخرى ذات الصلة بكل من تلك المؤسسات.

يختلف المفكرون والكتاب حول مفهوم الأداء وفقاً لدكتور توفيق محمد عبد المحسن (عبد المحسن، 1997م، صص 2-3) يقصد بمفهوم الأداء المخرجات أو الأهداف التي يسعى النظام إلى تحقيقها" فيما يلاحظ أن هذا المفهوم يربط الأنشطة بالأهداف التي تسعى تلك الأنشطة إلى تحقيقها داخل المنظمة المعنية.

أما الكاتب ديفيد هاميتون فقد تحدث عن مفهوم الأداء وذكر بأن التصنيفات الرئيسية المستخدمة في قياس الأداء هي (تيسير حسن، 2013م، 55):

- معرفة أخطاء الأداء.
- الوقوف علي فترات الانتظار .
- عدم إيقاف الاتصال.
- تبسيط الإجراءات المكتبية.

وأضاف أن هذه المكونات الأربعة لأداء عمل المكتب ذات اعتبار لمعظم العملاء وأوضح أن هنالك خمس

مستويات لأخطاء الأداء وهي:

- المعلومات الخاطئة.
- المعلومات الناقصة.
- حوافز لم تنفذ.
- ترتيبات غير مكتملة.
- عميل عومل معاملة غير لائقة.

## مفهوم تقييم الأداء:

يساهم تقييم الأداء في تحديد وتقييم عوامل النجاح الأساسية والتي تعتبر ضرورية في تلبية احتياجات وأهداف المنظمة لتأكيد النجاح المستقبلي كما يساهم في وضع خارطة طريق واضحة للأداء تمكن المنظمة من التعرف علي موقفها من درجة تحقيق الأهداف المنشودة علي المدى القصير أو الطويل وتبني الإجراءات اللازمة والمناسبة لتحقيق الأهداف المخطط لها. (علوان، مرجع سابق، ص358)

مفهوم تقييم الأداء هو إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدي تحقيق المنظمة للأهداف المخطط لها ومقارنتها بالأهداف المحققة ومعرفة وتحديد مواطن الانحرافات عن ما تم التخطيط له مسبقاً وتحديد أسباب تلك الانحرافات وأساليب معالجتها.

أي أن مفهوم تقييم الأداء لا بد من أن يعكس كلاً من الأهداف والوسائل اللازمة لتحقيقها من خلال فترة زمنية محددة(عبد المحسن، مرجع سابق، ص 13)

ويمثل أداء المنظمة النتيجة النهائية للنشاط أو المخرجات التي تسعى المنظمة إلي تحقيقها خلال هذه الفترة الزمنية المحددة.

## أهمية تقييم الأداء:

تعتبر عملية تقييم الأداء ضرورية لأنها تعرف المنظمة علي حقيقة نشاطها الحالي ومقارنته مع أدائها في الفترة الماضية وكذلك مقارنة أداء المنظمة مع الأداء المتميز للمنظمات الأخرى العاملة في نفس المجال. إضافة إلي مقارنة الأداء المتحقق مع الأهداف المخطط لها التي تضمنتها إستراتيجية المنظمة بما يساهم في تطوير خططها الاستراتيجية.

وتبرز أهمية تقييم الأداء بالنسبة للمنظمة فيما يلي: (مؤيد السالم واخرون 2006م، ص103)

- 1- معرفة نقاط القوة والضعف لقياس مدي التقدم والتأخر في تحقيق الأهداف المنشودة.
- 2- قياس مدي إمكانية المنظمة للاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة.
- 3- ترشيد أداء العاملين بأفضل الطرق.
- 4- التحقق من مطابقة الأداء وفقاً لمعايير الجودة المطلوبة.
- 5- التأكد من أداء عمل أقسام وفروع المنظمة بالصورة المخطط لها.

## أهداف تقييم الأداء:

تقسم هذه الأهداف إلى أهداف علي مستوى المنظمة، المديرين والمرؤوسين:

### (1) علي مستوى المنظمة:

- النهوض بمستوي العاملين من خلال استثمار قدراتهم الكامنة وتوظيف طموحاتهم بأساليب تؤهلهم للتقدم، وكذلك تطوير من يحتاج منهم إلي تدريب أكثر.
- وضع معدلات موضوعية لأداء العمل من خلال دراسة تحليلية للعمل ومستلزماته.

### (2) علي مستوى المديرين:

- الارتفاع بمستوي العلاقات مع الموظفين من خلال تهيئة الفرصة الكاملة لمناقشة مشاكل العمل مع أي منهم.
- تنمية قدرات المدير في مجال الإشراف والتوجيه واتخاذ القرارات الواقعية فيما يتعلق بالعاملين.

### (3) علي مستوى العاملين:

- تعزيز حالة الشعور بالمسئولية.
  - تساهم عملية تقييم الأداء في اقتراح مجموعة من الوسائل والطرق المناسبة لتطوير سلوك الموظفين وتطوير بيئتهم الوظيفية بأساليب علمية وبصورة مستمرة. (المرجع السابق، ص105)
- كما تحقق عملية تقييم الأداء بالنسبة للمنظمات عدة أهداف من أهمها:

1- رسم وصياغة الخطط المستقبلية للمنظمة.

2- متابعة سير الأداء وترشيد قرارات الإدارة فيما يتعلق بمختلف مجالات المنظمة.

3- تحديد نقاط القوة والضعف وبالتالي معرفة فرص التحسين والضغوط التي تحيط بالمنظمة في بيئتها الخارجية.

4- معرفة مدي درجة تحقيق استغلال الموارد المتاحة مقارنة بالأهداف المطلوب تحقيقها. (أروى نور، مرجع سابق، ص 300)

## خطوات تقييم الأداء:

هنالك عدة خطوات يراعي إتباعها عند تقييم أداء العاملين، وتتمثل فيما يلي: (زكى هاشم، 1996، ص

300)

### 1) وضع معايير قياس الأداء:

فيها يتم تحديد معايير الإنجاز ويتم تحديد هذه المعايير بناء علي طبيعة العمل التي تحلل وتوضح من خلال توصيف العمل ويشترط في هذه المعايير أن تكون واضحة وموضوعية بشكل يسهل فهمها وقياسها. كما ينبغ ذلك إبلاغ هذه المعايير والتوقعات إلي المرؤوسين لكي يعرف المرؤوس ما هو متوقع منه إنجازة في عمله، ويجب علي الرئيس التأكد من أن المرؤوس استلم التعليمات المتعلقة بالإنجاز وفهمها بشكل صحيح. (كامل برير، 1997م، ص 126)

الهدف من تقييم الأداء هو قياس مدي التزام الموظف بمتطلبات العمل، وهذا يعني أن هذه المتطلبات يجب أن تحدد مسبقاً في شكل معايير كمية أو نوعية أو زمنية، وقياس سلوك الموظف وأدائه في العمل في ضوء هذه المعايير بعيداً عن التحيز الشخصي أو الانفعالي للرئيس. (مؤيد السالم واخرون مصدر سابق، ص204)

هنالك نوعان من معايير تقييم الأداء وهما: معايير العناصر ومعايير الأداء

#### أولاً: معايير العناصر

تشمل العناصر كل من الصفات والمميزات التي يجب ان تتوافر في الفرد مثل: الإخلاص، التعاون في العمل، الأمانة، والمواظبة علي العمل، ... الخ، حيث يمكن في ضوء هذه العناصر في سلوك الفرد أن يتم الحكم علي مستوي كفاءته، والعناصر نوعان:

- عناصر ملموسة: يمكن قياسها بسهولة لدي الفرد مثل المواظبة علي العمل والدقة وغيرها.
- عناصر غير ملموسة: وهي التي يجد المقوم صعوبة في قياسها مثل: الصفات الشخصية لدي الفرد، والأمانة، الذكاء وغيرها وهذه تتطلب ملاحظة مستمرة لكي يتمكن المقوم من ملاحظتها.

#### ثانياً: معايير الأداء:

هي تمثل المعيار الذي يتم مقارنة الأداء الفعلي للموظف، وذلك لتحديد مدي كفاءته، وهناك ثلاثة أنواع من معدلات الأداء يمكن إيضاها كما يلي:

- المعايير الكمية: يتم بموجبها تحديد كمية معينة من وحدات الإنتاج تنتج خلال فترة زمنية محددة.
- المعايير النوعية: وتركز علي مستوي معين من الجودة يجب علي الموظف أن يحققه مثل الإتقان.
- المعايير الكمية النوعية: وهي عبارة عن معايير المزيج من المعدلين السابقين والتي يتم بموجبها تحقيق كمية محددة من الإنتاج خلال فترة زمنية محددة وبمستوي جودة معين. (الصباح، 1997، ص 87)

## 2) تحديد طريقة قياس الأداء:

هناك طرق متعددة لقياس أداء الأفراد في المنظمات، حيث يقسمها البعض إلى طرق تقليدية وأخرى حديثة كما هو موضح في الجدول أدناه: (شاويش، مصدر سابق، ص 89)

جدول رقم (3-1) مقارنة بين الإدارة الحديثة والتقليدية

الطرق الحديثة	الطرق التقليدية
▪ طريقة البحث الميداني	▪ طريقة التدرج البياني
▪ طريقة الإدارة بالأهداف	▪ طريقة التوزيع الإجباري
▪ طريقة التقييم علي أساس النتائج (المقارنة بين الماضي والحاضر)	▪ طريقة المقارنة الثنائية بين العاملين
▪ طريقة الوقائع ذات الأهمية القصوى	▪ طريقة التقييم بحرية التعبير
▪ طريقة التقدير الجماعي.	▪ طريقة القوائم

المصدر: مصطفى نجيب شاويش (2000م) إدارة الموارد البشرية ، إدارة الأفراد، عمان الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط2، ص 89.

## وسائل تقييم الأداء:

هناك وسائل عديدة لتقييم الأداء أهمها الوسائل التالية

- 1- مقارنة الأداء الفعلي للعاملين بالمعايير أو المعدلات الموضوعية للأداء والتي تحدد وحدات العمل اللازم إنجازها بمستوي معين من الجودة في وحدة زمنية معينة.
- 2- إجراء اختبارات للعاملين بصفة دورية للحكم علي مدي كفاءتهم في النهوض بأعباء ووظائفهم الحالية أو مدي صلاحيتهم للترقية أو النقل إلي وظائف أخرى، ومن أمثلة هذه الاختبارات اختبارات المعرفة والمعلومات لتحديد مستوي معرفة الفرد لأساسيات العمل وأساليبه والخبرات التي أكتسبها من واقع أداء العمل، واختبارات الأداء لتحديد قدرة الفرد علي أداء عمل معين، وتصلح هذه الاختبارات للأعمال الروتينية بشكل عام.
- 3- استخدام أسلوب تقييم المجموعة أو الأقران لأداء الفرد، بمعنى أن يتم تقييم أداء الموظف بمعرفة زملائه أو أقرانه أعضاء المجموعة، ويتميز هذا الأسلوب بمعرفة مجموعة العمل ودرابنتهم بالمعايير والأسس المهنية التي تحكم الأداء الجيد للعمل، إلا أن مشكلة هذا الأسلوب تكمن في عدم الضمان التام لموضوعية وحياد زملاء أو أقران العمل.
- 4- استخدام أسلوب المقارنة الزوجية بين العاملين حسب مستوي أدائهم، وفي هذا الأسلوب يقوم الرئيس بمقارنة كل موظف بأداء كافة الموظفين بالوحدة التي يشرف عليها، أن أحد المزايا الهامة لهذا الأسلوب هو استيعاب القائم بالتقييم لموظفين اثنين فقط في ذاكرته في وقت واحد عند إجراء المقارنة بينهما، فضلاً انه يقلل إلي حد معقول من ظواهر الميل نحو التقدير المتوسط والتشدد والتساهل عند

التقييم، ومن أهم المشاكل التي تواجه هذا الأسلوب استغراقه لوقت وجهد كبيرين بزيادة عدد العاملين الذين تجري بينهم المقارنة من حيث مستوي الأداء، إلي جانب أن المقارنة تتم علي أساس مستوي الأداء الكلي وليس علي أساس عناصر محددة للعمل والتي قد يكون لها أهميتها الخاصة.

5- أسلوب الإدارة بالأهداف: ويصلح هذا الأسلوب بصفة خاصة لتقييم أداء الرؤساء والمشرفين في المنظمة، ويقوم هذا الأسلوب علي إشراك الرئيس الإداري والمرؤوس (وهو أيضاً أحد الرؤساء أو المشرفين) في تحديد أهداف معينة يلزم تحقيقها خلال فترة التقييم، كما يتم تحديد مستويات الأداء التي تعكس تحقيق المرؤوس لأهداف معينة بشكل مرضي، ويشترط هنا أن تكون الأهداف المحددة قابلة للقياس، ويتميز هذا الأسلوب بتأسيسه علي الحوار المستقر بين الرئيس والمرؤوس، كما أنه يركز في تقييم الأداء علي نتائج قابلة للقياس، وليس نتائج عامة كالتعاون وغيره من العموميات غير الملموسة، ويتميز أيضاً بان الأهداف يتم تحديدها قبل أن يتم الأداء فعلاً، فهو أسلوب تطويري في تحديده مقدماً للاتجاه الذي يسير فيه العاملون وكذلك للمستويات المتوقعة من الأداء والإنجاز، علي أن مشكلة هذا الأسلوب تكمن في الوقت الطويل والجهد الكبير نسبياً في عملية تقييم الأداء من الرئيس والمرؤوس معاً.

6- إعداد التقارير الدورية عن أداء العاملين: وهي أكثر وسائل تقييم الأداء شيوعاً في مجال التطبيق العملي، وتكشف هذه التقارير عن مدي كفاءة العاملين في أدائهم لأعمالهم في ضوء معايير ومتطلبات هذا الأداء، إلي جانب الصفات الشخصية لشاغلي الوظائف مثل المبادرة والمواظبة والحماس والتعاون وغيرها، وتعد هذه التقارير علي نماذج خاصة وفي أوقات زمنية محددة. (زكي هاشم، مرجع سابق، ص ص 305-309)

### إدارة الجودة الشاملة وترقية الأداء

تعتبر فلسفة إدارة الجودة الشاملة من الاتجاهات الحديثة في الإدارة، والتي وجدت رواجاً عاماً لأنها تعمل علي تطوير الأساليب التقليدية للإدارة ومراقبتها لتتماشي مع طبيعة التحديات الجديدة وحجمها، وعن طريق بناء ثقافة عميقة عن الجودة بمعناها الشامل لتعكس بالضرورة علي كفاءة الأداء الشامل، فالجودة أسلوب شامل للتطوير التنظيمي بخلقها لقاعدة من القيم والثقافات تجعل كل فرد في المنظمة يعلم أن الجودة هي خدمة العميل في الأساس، ويتحقق ذلك عن طريق العمل الجماعي لتبليغ رسالة المنظمة. وبما أن الجودة تقوم أساساً علي إرضاء الزبون بمقابلة متطلباته من منتج أو خدمة باستمرار، لذا فإن جودة الأداء تبدأ من الزبون بمعرفة متطلباته ورغباته وتنتهي عند مقابلة تلك الرغبات، ويتطلب ذلك وجود برامج وخطط لتنفيذ أهداف محددة تقاس بمؤشرات أداء معينة.

## دور إدارة الجودة الشاملة في تقييم أداء العاملين:

ترتبط إدارة الجودة الشاملة ارتباطاً وثيقاً بتقييم أداء العاملين حيث تتطابق نظم تقييم الأداء مع توجهات المنظمة في ظل تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة من خلال نقل أداء العمل من الفرد إلي الجماعة (فريق العمل)، وتعدد مصادر التقييم لتفادي الانحرافات عن المستهدف والاعتبارات الشخصية، وتوافر عدالة نظام التقييم، فالمنظمة ليست مطالبة بان تضحي بنظام تقييم الأداء لحساب الجودة الشاملة بل يمكن التنسيق بين النظامين عن طريق:

1- أن تكون توقعات العملاء هدفاً لأداء الفريق.

2- مقابلة النتائج للتوقعات.

3- أخذ المهارات السلوكية في الاعتبار.

4- المشاركة في وضع خطط التحسين المستمر ومكافأة المبدع من العاملين بتقدير جهوده البارزة والتميزة.

وترتبط مبادئ إدارة الجودة الشاملة بتقييم الأداء كما يلي: (حمدي عبد العظيم، 2008م، ص ص 146-147)

1- تحقيق رضا العميل: وذلك عندما يتطابق الأداء مع توقعات العملاء ورضاهم الذي يعتبر استجابة

شعورية لعملية تقييم تجربة استهلاك المنتج حيث يتحقق الرضاء بتوافر العناصر التالية:

▪ التوقعات.

▪ الأداء.

▪ المقارنة.

▪ التأكد وعدم التأكد.

▪ التعارض.

2- تحقيق مشاركة العاملين: حيث يجب أن يتفق تقييم الأداء مع إشراك العاملين علي نحو يؤدي إلي

زيادة النتائج الإيجابية وقبول العاملين والمقيمين من خلال المشاركة فيما يلي:

▪ الاشتراك في عملية التوصيف الوظيفي.

▪ الاشتراك في ابتكار مقاييس ومعايير جديدة للتقييم.

▪ الاشتراك في وضع عملية مقابلة الأداء.

▪ التعامل مع التقييم الذاتي ووضع في الاعتبار عند إجراء التقييم الشامل للأداء.

▪ الاشتراك في وضع الأهداف المطلوب تحقيقها والداعمة لعملية تقييم الأداء.

لا شك أن مثل هذه المشاركات المتعددة تجعل نظام التقييم فعالاً وأكثر قبولاً من جانب العاملين

بالمؤسسات الحكومية.

1. فرق العمل: يجب أن يكون هناك ثقة متبادلة بين أعضاء فريق العمل وتقديم الدعم الحقيقي لكل عضو

في الفريق خلال عمل الفريق من أجل تحقيق أهدافه وهو ما ينطبق علي أهداف ومبادئ إدارة الجودة

الشاملة، وهو ما يتطلب من الإدارة العليا أن تعمل علي تعديل نظام تقييم الأداء بحيث يعتمد علي تقييم

العمل الجماعي وليس العمل الفردي وبحيث يتناسب مع منهج حلقات الجودة والتغلب علي مشكلة تقييم الأداء الفردي المعمول بها في المؤسسات الحكومية التي لا تطبق منهج إدارة الجودة الشاملة.

2. القيادة الإدارية: حيث يتعين علي الإدارة العليا القيام بالمهام الآتية:

- تعريف الأداء.
- تسهيل الأداء.
- تشجيع الأداء.

ويعني ذلك أن دور القيادة الإدارية في ظل منهج إدارة الجودة الشاملة يعتمد علي تحفيز العاملين من أجل التحسين المستمر وتجديد الأداء بحيث تكون الأخطاء صفرية ومن ثم تحقيق رضا العملاء عن خدمات المؤسسات الحكومية التي تطبق فلسفة الجودة الشاملة، إذ يجب علي الإدارة العليا أن تعمل علي تقييم أداء العامل في ضوء تحقيق رضا العملاء وعدم وجود عيوب في المنتجات أو قصور في الخدمات المؤداه للمواطنين واختفاء شكاواهم باعتبار ذلك أحد مصادر تقييم الأداء مع توفير الجودة لنظام التقييم ذاته بحيث يتصف بالعدالة والموضوعية والقابلية للقياس في العمل الجماعي. (حمدي عبد العظيم، مرجع سابق، ص 146-148)

### تقييم الأداء في المؤسسات الصحية:

تحظى عملية تقييم الأداء باهتمام بالغ لدي القائمين علي إدارة المؤسسات المختلفة لما لها من تأثير علي النتائج النهائية لأعمالها.

فالأمر الذي يجب الإشارة إليه أن تقويم الأداء لا يجوز أن ينظر إليه علي أنه عملية مستقلة عن العملية الإدارية تأتي في نهاية التنفيذ وألا فان ذلك يترتب عنه مزيد من الانحرافات.

فتقييم الأداء هي حلقة جوهرية لأهم وظائف الإدارة، وهي الرقابة فهي تبدأ مع بداية النشاط الفعلي وتستمر مع مراحل التنفيذ المختلفة.

ويمكن تعريف تقييم الأداء بأنه إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدي تحقيق المنظمة للأهداف التي قامت من أجلها ومقارنة ما تحقق فعلاً مع الأهداف الموضوعية ومعرفة وتحديد مقدار الانحرافات عن ما تم التخطيط له مسبقاً إن وجدت مع محاولة معرفة أسباب تلك الانحرافات وتحديد أساليب معالجتها.

بمعني آخر يشمل تقييم الأداء تحديد مؤشرات معينة ثم جمع المعطيات اللازمة لقياس تلك المؤشرات ثم مقارنة مستوي الأداء الراهن بمستوي الأداء المرغوب.

وإذا تعلق الأمر بتقييم الأداء في المؤسسات الصحية فان هذا المفهوم يرتبط إلي حد كبير بمدي قدرة هذه المؤسسات علي تحقيق أهداف الرعاية الصحية التي تسعى إلي بلوغها من حيث إعداد البرامج الصحية، والتخطيط الصحي ومستوي تنوع الخدمات الصحية المقدمة وعكس إستراتيجيتها وأهدافها في النتائج المحققة من سير عملها.

إذاً فتقييم الأداء في المؤسسات الصحية ينصب نحو تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة في حدود ما هو متاح من موارد، ويعتمد علي نظام المعلومات ويرتبط به ارتباطاً وثيقاً. (علوان، مرجع سابق، ص358).

### أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية:

ترجع أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية إلي الاعتبارات الآتية: (جاد الرب سيد، مرجع سابق ص307)

- أهمية وحيوية الأدوار المتعددة التي تقوم بها المستشفيات في العصر الحديث.
- الدور الاجتماعي الذي تقوم به المستشفى في العلاج والوقاية وتنظيم الأسرة والسكان وخاصة في الدول النامية.
- إن صعوبة وضع مقاييس كمية لتقييم أداء بعض الأنشطة الطبية اتاح الفرصة لإجراء مزيد من الدراسات والأبحاث العلمية في مجال تقييم أداء هذه المنظمات.
- تطور مفهوم إدارة وتنظيم الخدمات الطبية من التركيز علي الخدمات الصحية إلي التركيز علي المرضي الحاليين والمرقبين ووضع نظام متكامل لتقديم هذه الخدمات بما يحقق إرضاء حاجات المرضي.
- الاهتمام بتفاعل المنظمات الصحية علي البيئة المحيطة بها، وتحديد المشاكل الصحية التي تعاني منها البيئة، مثل الأمراض وتلوث الجو وانخفاض مستوى الصحة العامة للسكان.
- انعكاس نتائج تقييم الأداء علي تحسين الأداء الإداري والطبي في المنظمات الصحية وجعل المنظمة الصحية نظاماً ديناميكياً يتفاعل مع المؤثرات الخارجية والداخلية.
- تتميز الموارد الصحية وخاصة في الدول النامية بندرتها وعدم كفايتها لمتطلبات واحتياجات الأفراد، وهذا يؤدي إلي الاهتمام بفعالية وكفاءة إدارة هذه الموارد علي أحسن وجه ممكن بما يحقق أكبر فوائد ممكنة، مثل الوقاية والنهوض بالصحة العامة، وتأثير ذلك علي التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الدول النامية.

### إضافة إلي ما سبق هناك أيضاً النقاط التالية:

استخدم نتائج التقييم في إعادة تقويم برامج إدارة الموارد البشرية وخاصة فيما يتعلق ببرامج الاختيار والتعيين والترقية والتكوين.

- يعمل نظام تقييم الأداء علي إحداث التوازن الداخلي والخارجي للمؤسسة.

### مقومات نظام تقييم الأداء:

إلي جانب خاصية الشمولية والوضوح اللتان يجب أن يتميز بهما نظام تقييم الأداء فهناك مجموعة من المقومات أهمها: (المرجع السابق، صص 308-309)

- تحديد وتوضيح أهداف نظام تقييم الأداء لجميع العاملين في مختلف المستويات التنظيمية في المنظمة حيث أن أي دراسة للتقييم لابد وأن تستند علي عاملين أساسيين هما الموضوع الذي تجري دراسته والهدف من الدراسة.
- اقتناع الإدارة العليا بأهمية تقييم الأداء وخطورته والنتائج المتوقعة منه، وأيضاً اقتناع كافة الأطراف الأخرى، وهذا من شأنه أن يشجع جواً من الثقة والشعور بالالتزام تجاه النظام والاستعداد للمشاركة في تنفيذه.
- في مجال تقييم أداء الأفراد بصفة خاصة وهو جزء هام وجوهري في نظام تقويم الأداء الكلي للمنظمة، تكون المشكلة هي تحقيق شكل من التوافق المقبول بين موضوعية التقييم ولا موضوعية المؤثرات الشخصية التي تحكم العلاقة بين طرفي عملية التقييم، ولذلك يجب أن يصمم تقويم الأداء بحيث يكون بعيداً بقدر الإمكان عن المؤثرات والتحيزات الشخصية.
- يؤدي نظام تقييم الأداء وأهدافه بنجاح، إذا ما قام علي تحديد وأضح ودقيق للمعايير والأدوات المستخدمة في القياس، وهذا يستوجب القيام بالدراسات اللازمة بغية التوصل إلي أكثر هذه المعايير قدرة علي تحقيق الأهداف المحددة.
- إن من أهم المقومات الأساسية التي يجب أن يرتكز عليها النظام الفعال لتقييم الأداء هي توفر نظام فعال وشامل للمعلومات الآتية: (المرجع السابق، ص 298):
  - توفير البيانات والمعلومات اللازمة لعملية التقييم عن مختلف الأنشطة والمستويات الإدارية بالمنظمة.
  - توفير مختلف البيانات عن المنظمة المماثلة وأيضاً عن البيئة الخارجية للمنظمة.
  - معالجة البيانات بطريقة علمية تتفق وطبيعة وحجم البيانات وإمكانات المنظمة.

### مؤشرات تقييم أداء المؤسسات الصحية:

- تحتاج المؤسسات الصحية إلي مؤشرات معينة لقياس ومعرفة مستوى الأداء المحقق بهدف معرفة التقدم الحاصل في أعمالها، ويشترط في هذه المؤشرات أن تكون دقيقة وواضحة.
- ويمكن إجمال هذه المؤشرات في أربع مجموعات رئيسية، والتي تتفرع منها مقاييس مختلفة كما يلي: (ثامر البكري، مرجع سابق، صص 204-205)
- أولاً: مؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية: وتشتمل المؤشرات التالية:

- (أ) المؤشرات الخاصة بالأطباء: يمكن اعتماد المقاييس الآتية في تحديد مستوى أدائهم منها:
- عملية/ طبيب = عدد العمليات الجراحية ÷ عدد الأطباء الجراحين خلال السنة.
  - مراجع/ طبيب = عدد المراجعين للعيادة الخارجية ÷ عدد الأطباء
  - طبيب مقيم/ إجمالي الأطباء = عدد الأطباء المقيمين ÷ عدد الأطباء الكلي.
- (ب) المؤشرات الخاصة بطاقم التمريض: ويمكن عرض المقاييس التالية:
- ممرضة/ طبيب = عدد الممرضات ÷ الأطباء.
  - ممرضة / مريض = عدد الممرضات ÷ عدد الراقدين في المستشفى.

▪ سرير / طاقم ترميضي = عدد الأسرة خلال السنة ÷ عدد الطاقم الترميضي خلال السنة.

(ج) المؤشرات الخاصة بالإداريين:

▪ إداري / عامل بالمستشفى = عدد الإداريين ÷ مجموع عمال المستشفى.

ثانياً : مؤشرات تقييم الأداء للموارد المادية والمالية: وتتمثل في المؤشرات الآتية:

(أ) معدل خلو الأسرة = عدد الأسرة في المستشفى x 360 يوماً - مجموع أيام العلاج في السنة ÷ عدد حالات الخروج + عدد الموتى. (اسماعيل فهمي، 1997، ص62)

ويقاس هذه المؤشر كفاءة استغلال أسرة المستشفى خلال مدة زمنية محددة

(ب) نسبة الأجهزة الطبية العاطلة = عدد الأجهزة الطبية العاطلة ÷ العدد الكلي للأجهزة الطبية.

(ج) نسبة ساعات التوقف لساعات التشغيل = مجموع ساعات التوقفات والعطلات للأجهزة الطبية ÷ مجموع ساعات التشغيل الفعلية.

(د) معدل حصة المريض من الأدوية = كلفة الأدوية المستخدمة ÷ عدد المرضى الكلي.

(هـ) نسبة التلف في قناني الدم = عدد قناني الدم التالفة ÷ مجموع عدد قناني الدم المخزنة.

(و) نسبة مصاريف الصيانة = مصاريف الصيانة الفعلية ÷ مجموع المبالغ المخصصة للصيانة.

ثالثاً : مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية: وتشمل المؤشرات الفرعية التالية:

(أ) معدل المكوث للاستشفاء = مجموع أيام إقامة مرضي الخروج لكل سنة ÷ عدد مرضي الخروج.

ويقاس هذا المعدل كفاءة الأقسام العلاجية داخل المستشفى، كلما انخفضت مدة بقاء المريض داخل المستشفى، كلما دل علي كفاءة النظم العلاجية والطبية المتاحة، وذلك بشرط شفاء المريض ورضاه عن الخدمات العلاجية المقدمة، وكلما زادت هذه المدة كان ذلك دليل علي انخفاض كفاءة الأداء، باستثناء الحالات التي تتطلب وقتاً طويلاً مثل مرضي المستشفيات النفسية والعقلية، أو بعض الحالات المرضية الأخرى.

وتشير سهام مصطفى يونس إلي أن النسبة السابقة قليلة الدلالة، حيث أن مدة إقامة المريض نقل، كما يتضح بزيادة عدد حالات الخروج بما فيها الوفيات، أي أنه من الممكن أن تنخفض الكفاية الإنتاجية وتزداد نسبة من لا يتم شفاؤهم ويخرجوا لسوء حالتهم الصحية أو بالوفاة، وتشير نتيجة النسبة إلي نقص مدة الإقامة، الذي يستعان بها كدليل علي مستوي كفاية مرتفع، أو قد يحدث أن تبادر المستشفى بإخراج المريض بعد أن أجريت له جراحة مثلاً يستكمل علاجه في منزله تحت ضغط الإقبال المتزايد علي المستشفى وتزداد حالات الخروج ويقل متوسط مدة الإقامة، بينما المريض قد عاوده المرض وفي انتظار العودة للقسم الداخلي ثانية.

(ب) معدل شغل الأسرة = عدد أيام شغل الأسرة (عدد أيام العلاج) × 100 ÷ عدد الأسرة × 360.

أو: المتوسط اليومي لعدد الأسرة المشغولة (عدد المرضى) خلال سنة × 100 ÷ عدد الأسرة.

ويستخدم هذا المؤشر في معرفة مدي الوقت الذي يظل فيه السرير مشغول للمريض خلال سنة معينة، فكلما زاد شغل السرير، طال متوسط معدل الإقامة، وبالتالي ينخفض معدل دوران الأسرة.

والجدير بالذكر أن هذا المعدل يعتبر من الأدوات اللازمة لوضع السياسة الصحية، حيث أن الارتفاع المستمر يجذب الاهتمام نحو زيادة عدد الأسرة وقصور العدد المتاح، ومن ناحية أخرى يجب التنبيه إلي عدم الاعتماد علي هذا المعدل بصورة منفردة، حيث أن هناك أقسام مثل العظام والأمراض النفسية يكون فيها هذا المعدل مرتفعاً، بينما في أقسام أخرى يكون المعدل منخفضاً مثل أقسام الأطفال والأمراض العادية المتكررة.

(ج) معدل دوران السرير = عدد حالات الخروج في السنة ÷ عدد الأسرة في نفس السنة.  
(www.mohp.gov)

يوضح هذا المؤشر عدد المرضى الذين يخدمهم سرير خلال فترة زمنية معينة، غالباً ما تكون سنة.

(د) نسبة الشكاوى للمراجعين = عدد الشكاوى في المستشفى ÷ عدد المراجعين.  
وتشير النسبة أعلاه إلي نسبة الشكاوى المقدمة من طرف المراجعين وقد يتعلق الأمر بالنواحي التالية: (جاد الرب، مرجع سابق، ص437)

- محور التغذية: قد يتخلل هذا المحور الكثير من أوجه القصور، ويتعلق الأمر بالتخطيط، وشراء واستلام الأغذية، مرحلة الإعداد والطهي، مرحلة توزيع وتقديم الطعام، وكل نقص أو خلل يتخلل هذه العناصر سوف يؤثر علي جودة وكمية الغذاء المقدم للمرضي.
  - محور النظافة: ويتعلق الأمر بنظافة الغرف أو دورات المياه وغيرها.
  - محور الأدوية والتجهيزات: ويتعلق الأمر بتوفير الأدوية والتجهيزات الطبية الضرورية.
- نسبة الشكاوى للطواقم الطبي = عدد الشكاوى في المستشفى ÷ عدد الأطباء.  
وقد تتعلق هذه الشكاوى بعدم توافر وسائل العمل بشكاوى كافة أو قلة فرص التكوين أو غيرها.

### مؤشرات تقييم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية:

▪ معدل الإصابات بالأمراض السارية (نوع المرض) = عدد الإصابات بمرض معين ÷ عدد سكان المنطقة المخدومة.

▪ نسبة الأطفال الملقحين = عدد الأطفال الملقحين ÷ عدد أطفال المنطقة المخدومة.

وما تجدر الإشارة إليه أن دقة النتائج المتحققة من أي مؤشر يعتمد علي دقة البيانات التي يقدمها القسم الإحصائي في المؤسسة الصحية وتبويبها وترتيبها بالشكل الذي لا يحدث أي تداخل في النتائج النهائية أو إثارة الشك حولها. (تامر البكري، مرجع سابق، ص209)

## المبحث الثالث: الاعتماد في المستشفيات

يتميز نظام الاعتماد في مجالات الرعاية الصحية بخصوصية كبيرة، وأهم سمات هذه الخصوصية انه يتعامل مع البشر سواء كان مقدمي خدمه أو مستفيدين منها، الأمر الذي يجعل تطبيق نظام الجودة مرتبطا ارتباطا وثيقا بالأداء البشري وبمدى تقبل المستفيد من هذه الخدمة لمستوى الجودة (عدمان، مرجع سابق، ص.99)، من هنا بدأت العديد من المنظمات الدولية في إرساء قواعد خاصة بنظم اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية تركز في المقام الأول على المريض أو المستفيد من الخدمة إضافة إلى الجوانب الفنية والإدارية والتكنولوجية في نظم تقديم خدمات الرعاية الصحية.

### تعريف الاعتماد:

هنالك العديد من التعاريف التي عرف بها الاعتماد:

- الاعتماد إجراء رسمي، يقوم به مجلس معترف به، يكون هذا المجلس في الغالب منظومة مستقلة ويقوم بالتقييم والاعتراف بالمنشأة الصحية، التي تقوم بتطبيق كافة المعايير التي وضعها ونشرها. (بسيوني سالم، 2004، ص44)
- الاعتماد هو عملية تقييم تقوم بها هيئة تقييم خارجية مستقلة لتقدير مدى توافق المنشأة الصحية مع المعايير الموضوعية مسبقا من قبل هيئة الاعتماد، والهدف الأساسي للاعتماد هو تطوير انظمه وإجراءات تقديم الخدمة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، وبالتالي تحسين النتيجة المرجوة من العلاج. ([www.aleqt.com](http://www.aleqt.com))
- اعتماد المستشفيات هي عملية متكاملة تتضمن مجموعه من الخطوات التي يتم بواسطتها تقييم المستشفى لمعرفة ما إذا كان يحقق مجموعه من المعايير والأسس التي صممت لتطوير جودة الأمان من خلال الرعاية الصحية المقدمة. ويتم هذا التقييم عادة من قبل جهة وطنية محايدة، مستقلة، وليست تابعه للمستشفى.
- الاعتماد هو إجازة تعطي من قبل وكالة أو هيئة غير حكومية، بعد إجراء عملية مسح طوعيه وشامله لتقييم مدى تقيد الهيئة الصحية بالمعايير التي حددت مسبقا من قبل وكالة الإجازة عدمان، مرجع سابق، ص ص100-102)
- الاعتماد هو العملية التي تقوم من خلالها المؤسسة المانحة للاعتماد بتقييم المؤسسة الصحية، وتحدد فيما إذا كانت هذه المؤسسة تفي بالمعايير التي وضعت للمحافظة على نوعيه الرعاية الصحية المقدمة وتحسينها، وهذه المعايير تحقق أفضل ما يمكن الوصول إليه، وان اعتماد المؤسسة يمثل الدليل الملموس على أن المؤسسة ملتزمة بتحسين نوعيه الخدمة المقدمة للمريض والتأكد من سلامه بيئة الرعاية بالدرجة الأولى.
- والاعتماد كذلك عملية طوعيه تطبق في المقام الأول على المؤسسات لا على الأفراد أو الإدارات أو الوحدات. وهو عملية تقييميه صارمة وشامله تقوم من خلالها إحدى هيئات الاعتماد الخارجية بتقييم جودة

النظم والعمليات الرئيسية التي تتألف منها منظمه الرعاية الصحية. كما يشمل الاعتماد علي تقييم الرعاية التي تقدمها منظمات الرعاية الصحية في بعض المجالات المهمة، مثل الخدمات الوقائية، ورضاء المستهلك. ويعتبر الاعتماد حاليا الأداة الرئيسية التي تستخدمها البلدان الصناعية المتقدمة لضمان جودة الرعاية، وللقيام في كثير من الحالات بتوزيع الموارد المالية علي المؤسسات الصحية. وتتطلب عملية تقييم الجودة من خلال الاعتماد وضع معايير لكل مستوي من مستويات الرعاية، أو ممارسه طريقه مثلى يحددها الخبراء والمنظمات المهنية أو أي منهما. والمعيار المبدئي في كل حالة هو المستوي الأدنى من المطلوب للجودة، علما بأن هذا المستوي يتغير مع تطور النظام. ونظرا إلى أن المؤسسات الصحية لا تتألف من وحدات مستقلة ومنعزلة، فلا بد لجميع الخدمات المطلوبة اعتمادها في المرفق الصحي أن تفي بالمعايير الأساسية. فالمؤسسات تطلب الاعتماد لأسباب مختلفة، غير أنها تطلبه غالبا سعيا منها إلى إرضاء المستهلك، وحرصا منها علي سمعتها المهنية. وتكمن قيمة الاعتماد في التقييم الذاتي الداخلي الذي تقوم به المنظمة استعدادا للزيارة الاستقصائية، كما تكمن قيمته في عملية التحكيم الاستشارية التي هي جزء من الزيارة الاستقصائية لموقع العمل. ومتى تم اعتماد المنظمة، توجب عليها الامتثال للمعايير المطلوبة طوال دوره الاعتماد. (www.nursing4all.com)

## أغراض اعتماد المستشفيات

- يمكن إبراز أغراض اعتماد المستشفيات على النحو الآتي: (اللجنة الاقليمية لشرق المتوسط، 2003، ص 56)
- تحسين النظم الصحية إدماج المستشفيات وإشراكها كمكون فعال في شبكة الرعاية الصحية.
  - التحسين المطرد للجودة: استخدام عملية الاعتماد لإحداث تغييرات في الممارسة تحسن من جودة الرعاية المقدمة للمرضى.
  - اتخاذ القرارات عن علم: توفير معطيات حول جودة الرعاية الصحية، يمكن لمختلف أصحاب الشأن، ورسمي السياسات، والمديرين، والأطباء السريريين (الإكلينكيين) الاستهداء بها في اتخاذ قراراتهم.
  - تحسين القابلية للمساءلة والتنظيم: جعل مؤسسات الرعاية الصحية قابله للمساءلة أمام الهيئات القانونية وغيرها من الهيئات، كالهيئات المهنية، والحكومية، وجماعات المرضى، والمجتمع عموما، وتنظيم سلوكياتها حماية لمصالح المرضى وسائر أصحاب الشأن.

## الأطراف المستفاده من نظام الاعتماد:

تتمثل الأطراف المستفيدة من نظام الاعتماد فيما يلي: (www.aleqt.com)

### 1- المستفيد من الخدمة (المرضى)

- استعادته الثقة في المؤسسات الصحية المحلية، حيث يمكن للمستفيد من الخدمة مقارنة الخدمة بمثيلاتها في المنطقة المحيطة أو دولياً.

- زيادة فرص المريض وأسرته في الحصول على المعلومات السليمة قبل وأثناء وبعد التشخيص والعلاج الأمر الذي يؤدي إلى تحسين فرص الشفاء وتقليل الأعراض الجانبية والمضاعفات.
- تقليل فرص التعرض للمخاطر أثناء وجود المريض بالمستشفى مثل التعرض للعدوى أو أخطاء الممارسات الطبية أو خطر الحريق.
- تقليل النفقات، حيث لا يضطر المريض إلى إعادة الفحص أو المرور بتجارب غير ناجحة في العلاج أو الإنفاق على مضاعفات ناجمة عن الأخطاء مع توفير في الوقت الذي يقضيه خارج عمله في مرحلة العلاج.
- احترام رغبة المريض وأسرته في اختيار مقدم الخدمة مع فرصه المقارنة في الأداء بين المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمة نفسها.
- يكتسب برامج الاعتماد قوته من مراقبه المجتمع للجودة، فكلما زاد استخدام المواطنين للمعلومات المتاحة عن المنشآت الصحية ومقدمي الخدمة أصبح الاعتماد وسيله ناجحة لجذب المزيد من المستفيدين.

## 2- المؤسسة الصحية

وتتمثل صور استفادة المؤسسة الصحية في الآتي:

- يعد تطبيق نظم الجودة وتحسين الأداء والالتزام بالمعايير من أكثر الفوائد التي تعود على المؤسسة الصحية، حيث يضعها في مصاف المؤسسات الصحية التي تطبق المهنة طبقاً لأفضل الممارسات الإكلينيكية والإدارية والمعترف بها دولياً .
- الارتقاء بسمعه المؤسسة الصحية الحاصله على الاعتماد، حيث يعنى هذا التزامها بمعايير الجودة التي تلتزم بها مثيلاتها في العلم المتقدم.
- يؤدي تحسين صورة المؤسسة الصحية لدي جمهور المواطنين وشركات التأمين الصحي وهيئات التأمين الصحي الحكومية إلى زيادة فرصه المؤسسة في الحصول على كم اكبر من التعقيدات الذي يضمن لها الاستمرار والنجاح والتوسع.
- زيادة فرصه المؤسسة الصحية في الحصول على أفضل مقدمي الخدمة، حيث يفضل المتميزون العمل في مؤسسه ذات سمعه ممتازة، الأمر الذي يجعلهم أكثر ولاء لمكان العمل مما يزيد فرصه الاستمرار في العمل ويقلل نفقات البحث عن عاملين جدد.
- تقليل مخاطر دفع تعويضات عن الممارسات المهنية الخاطئة.
- تقليل إمكانية حدوث مخاطر الحريق والماس الكهربائي والعدوى.
- تقليل نسبه الفاقد من الأدوية والمستلزمات.
- توفير نفقات إعادة الترخيص في بعض الحالات التي يغنى بها الاعتماد عن الترخيص.

## 3- زيادة الدخل (المرجع السابق)

- زيادة حصة المؤسسة من التعاقدات نتيجة ثقة المرضى وشركات التأمين.

- زيادة السعر لعلاج بعض الحالات ليتناسب مع جودة الخدمات.
- زيادة فرصه المؤسسة في استخدامها لتدريب وتعليم العاملين في الحقل الطبي.

#### 4- المجتمع

- الاعتماد يعتبر ركنا من أركان إصلاح القطاع الصحي الذي يؤثر في ترشيد الإنفاق وتحسين الخدمات وتحقيق العدالة الاجتماعية وزيادة فرص الوصول إلى الخدمات.
- تحسين الخدمات الصحية يؤدي إلى تحسين صحة المواطنين، ويزيد ساعات العمل ويقلل الفاقد نتيجة المرض، ويعيد الثقة بين المجتمع وخدماته الصحية.
- يعد نظام الاعتماد نظاماً عادلاً موضوعياً لإعطاء المجتمع الحق في المقارنة لاختيار الأفضل.

#### خطوات تنفيذ عملية الاعتماد وتطورها في النظم الصحية العالمية: (عدمان، مرجع سابق، ص 104-105)

- يتم التعرض لخطوات الاعتماد علي الصعيدين الوطني والمحلي(المستشفى)، بالإضافة إلي تطور عملية الاعتماد في النظم الصحية العالمية.
- خطوات تنفيذ عملية الاعتماد:**

أ) **على الصعيد الوطني:** تتمثل خطوات تنفيذ عملية الاعتماد علي الصعيد الوطني والصعيد المحلي فيما يلي:

- توجيه السلطات الوطنية في وزاره الصحة وسائر الأطراف صاحبه الشأن حول مفهوم الاعتماد ومنهجيته، وفوائده، والنتائج المتوقعة من تطبيقه.
- الشروع في تنفيذ عملية الاعتماد، بإنشاء لجنة وطنيه ظرفيه (مؤقتة) للاعتماد تقوم بتشكيلها وزاره الصحة.
- عرض دليل إجراءات الاعتماد علي اللجنة الوطنية المؤقتة.
- اتصال اللجنة الوطنية المؤقتة بالقيادات الوطنية.
- مراجعه اللجنة لمسودة الدليل وتكييفها له.
- عقد حلقة دراسية وطنيه أولى عن اعتماد المستشفيات تتناول موضوع توثيق المعايير وبيانات الأداء (المؤشرات الكيفية).
- تحديد الموارد المتاحة والأنشطة الجارية في ما يتعلق بالاعتماد وتحسين الجودة، في شتى أرجاء البلد، من قبل اللجنة الوطنية المؤقتة.
- انتقاء بعض المستشفيات العامة والخاصة، الكبيرة والصغيرة، من اجل اعتمادها على سبيل الارتياح.
- عقد حلقة وطنيه ثانيه عن اعتماد المستشفيات، تتناول موضوع "عرض عملية الارتياح في المستشفيات الارتياحية".
- إنشاء لجنة اعتماد وطنيه دائمة متعددة المؤسسات، تمثل مقدمي الرعاية الصحية، والمنظمة المستقلة أو شبه الحكومية، الجامعات، وشركات التأمين وممثلي المجتمع.

- إعادة صياغة بعض المعايير والمؤشرات بناء على الدراسة الارتياديه.
- عقد دوره تدريبيه رسميه اوليه للمقيمين (المعائنين).
- **(ب) علي المستوي المحلي (المستشفيات) (المرجع السابق، ص107)**
- الاتصال بسلطات المستشفى.
- تشكيل لجنة الاعتماد الخاصة بالمستشفى.
- تدريب الموظفين علي مفاهيم الاعتماد، وعرض دليل إجراءات الاعتماد على مجلس إدارة المستشفى.
- إبلاغ المعايير إلى أولئك الذين يتعين عليهم استخدامها.
- التقييم الذاتي بناء علي المعايير المقترحة للخدمات.
- تصميم م ر تسم خارطة الوضع الراهن.
- تنفيذ خطه عمل لتحسين المجالات التي لا تقي بمعايير الحد الأدنى.
- القيام بحل المشكلات وتحسين العملية.
- تدريب الموظفين ورصد تنفيذ العمل.
- رفع تقرير إلى سلطات المستشفى.

### تطور الاعتماد في النظم الصحية العالمية:

لا اعتماد المستشفيات تاريخ طويل، بدأ من العقد الثاني من القرن العشرين.ومنذ ذلك الحين تطورت عمليه الاعتماد في المستشفيات وأصبحت أسلوباً معترفاً به.(المرجع السابق،ص 119)

يمكن عرض تطور الاعتماد في النظم الصحية العالمية فيما يلي(www.nursing4all.com):

**في عام 1917، (الولايات المتحدة الأمريكية)** قامت الجمعية الأمريكية للجراحين(ACS)بتطوير برنامج معايير للمستشفيات بوضع الحد الأدنى من المعايير الأولية للمستشفيات ووضع مفاهيم لحد أعلى من الجودة وحد أدنى من المخاطر ودليل لتحسين الجودة، وقد كان الهدف من ذلك هو ضمان الجودة الأفضل للرعاية الممكنة في ذلكالوقت، ولم تتجاوز التوصيات أكثر من صفحة واحدة، هذه المعايير ركزت على عمل الجراحين (وجود الطاقم، التوافق مع الأطباء الداخليين، وجود ملف المريض، تنظيم المستشفى الذي يسمح بوضع وسائل التشخيص والمعالجة الكافية والمتاحة للاختصاصين في هذاالمجال).

وبعد عام واحد في عام 1918 بدأت الكلية الأمريكية للجراحين بالتدقيق على المستشفيات من جانبها فقط، وقد تم تدقيق 89 مستشفى من أصل 692 مستشفى وافقت على تطبيق هذه المعايير (بجدها الأدنى)،ومن ثم تم طبع دليل المعايير الأول في عام 1926 وقد احتوى على 18 صفحة.

**في عام 1951 (في الولايات المتحدة أيضاً)**تأسست اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية ( Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organization) (JCAHO) والتي سميت فعلياً بهذا الاسم منذ عام 1986 بمبادرة من جمعية الجراحين والتي لم تعد تستطيع لوحدها القيام بهذا العمل

وبذلك شكلت هذه المؤسسة لتضم كل المهن الطبية في المستشفى، وقد أصبح برنامج الاعتماد أكبر وأكثر تعقيداً لقبول المؤسسة الصحية، وقد انضمت الكلية الأمريكية للأطباء والجمعية الأمريكية للمستشفيات وجمعية الأطباء الأمريكيين والجمعية الطبية الكندية إلى الكلية الأمريكية للجراحين لتشكل اللجنة المشتركة لاعتماد المستشفيات (JCAH) وهي مؤسسة مستقلة غير هادفة للربح هدفها تسهيل منح الاعتماد للراغبين به بشكل طوعي وتم اعتماد برنامج هذه اللجنة رسمياً في 1952/12/6.

وقد أنشأت اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية فرعاً أسمته اللجنة العالمية المشتركة للاعتماد JCAH ورسالة هذه اللجنة هي تحسين الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في العالم من خلال تقديم ومراجعة خدمات الاعتماد وحالياً أصبحت اللجنة المشتركة المؤسسة الأكبر التي تقدم خدمات الاعتماد في أمريكا، وهي تقدم خدماتها لأكثر من 20000 برنامج صحي من خلال عملية الاعتماد الطوعية، وتجر الملاحظة بأن اللجنة العالمية المشتركة للاعتماد هي أيضاً مؤسسة لا تهدف للربح.

**1953 (في كندا)** قامت كل من جمعية المستشفيات الكندية (والتي تسمى حالياً بجمعية الرعاية الطبية الكندية)، والكلية الملكية للأطباء والجراحين، وجمعية الأطباء الناطقين بالفرنسية في كندا، بتشكيل اللجنة الكندية لاعتماد المستشفيات (CCHA'S) بهدف تطوير برنامج اعتماد المستشفيات، وقد حققت هذه اللجنة أهدافها منذ عام 1958 بالتعاون مع المجلس الكندي لاعتماد المستشفيات الذي أنشأ بغرض وضع المعايير للمستشفيات الكندية وتقييم تطبيقها، وكان برنامج الاعتماد طوعياً على مستوى وطني دون تدخل حكومي وبلغتين (الإنكليزية والفرنسية) وغير هادف للربح.

**عام 1960 (في كندا)** أنشئ المجلس الكندي للاعتماد في الخدمات الصحية (CCHSA) وهي مؤسسة خاصة غير هادفة للربح (وحتى هذا التاريخ كانت المؤسسات الصحية الكندية تعتمد من قبل JCAHO).

**عام 1974 (في استراليا)** شكّل المجلس الأسترالي لمعايير الرعاية الصحية ACHS بمنحة من مؤسسة KELLOGG'S، وهي مؤسسة خاصة غير حكومية لمساعدة المستشفيات والمؤسسات الصحية للحصول على الاعتماد، ويضم المجلس أعضاء من وزارة الصحة في استراليا.

**عام 1981 (أسبانيا)** أنشئ نظام اعتماد المستشفيات من قبل حكومة أسبانيا.

**عام 1991 (في نيوزيلندا)** أنشئ مجلس نيوزيلندا لمعايير الرعاية الصحية، بعضوية عدة جهات على

النحو التالي: (عدمان، مرجع سابق، ص ص 155)

- 50% من وزارة الصحة.

- 40% من جمعية مجلس المستشفيات.

- 10% من جمعية المستشفيات الخاصة.

والمجلس مؤسسة خاصة، غير حكومية ولكن تكوينه الإداري يشير إلى مسؤولية ودور وزارة الصحة فيه.

**1995 (إنكلترا):** وضعت KING'S FUND نظام الاعتماد للحاجة الوظيفية إليه، وهي مؤسسة خاصة

مستقلة أنشئت عام 1987 وتعمل على تقييم المؤسسات منذ عام 1990.

**1995 (كندا):** بدأ التركيز على الزبائن من خلال برامج الاعتماد بدءاً من التركيز على معايير متلقي خدمات الرعاية الصحية المباشرة ومراكز معالجة السرطان، وقد ركزت هذه البرامج على الإجراءات التي تتبعها المؤسسات خلال تقديم خدمة رعاية المريض، وتم دمج فلسفة التحسين المستمر للجودة في مجال الرعاية والخدمة وتضمينها مع العمليات الأخرى، وصارت هذه المؤسسات مطالبة للبدء بتطوير مؤشرات الأداء واستخدامها .

**1996 (فرنسا):** أنشئت الوكالة الوطنية للاعتماد والتطوير الصحي (ANAES) لتقوم باعتماد المؤسسات الصحية، هذا الاعتماد صار إلزامياً اعتباراً من 2001.

**1997 (إيطاليا):** ظهرت بدايات وضع نظام الاعتماد حسب المناطق.

**2001 (منظمة الصحة العالمية):** أصدرت منظمة الصحة العالمية الدليل الأول لاعتماد المؤسسات

الصحية بعد اجتماع الرياض في نيسان 2000. (المرجع السابق، ص 157)

**ثالثاً: الاعتماد العربي:**

### **1 - الأهداف الإستراتيجية لمشروع الاعتماد العربي**

يمكن إبراز الأهداف الإستراتيجية لمشروع الاعتماد العربي، في الآتي ([www.ahfonline.net](http://www.ahfonline.net)):

- ضمان توفير خدمات صحية ذات جودة عالية في الدول العربية.
- تعميم برامج تحسين جودة الخدمات الصحية بالمرافق الصحية في جميع المناطق الجغرافية بالوطن العربي
- تهيئة المناخ ونشر التوعية وثقافة الجودة على مستوى المجتمعات العربية.
- تلبية احتياجات وتوقعات مقدمي ومتلقي الخدمات الصحية في الوطن العربي وصولاً إلى تحقيق رضاهم.
- التطوير المستمر للنظم الصحية في الوطن العربي لمواكبة التحديات والمتغيرات العالمية.
- تنظيم ممارسة العمل الصحي في الوطن العربي.
- بناء قدرات القوى العاملة بالقطاع الصحي في مجال جودة الرعاية الصحية على جميع المستويات
- تحقيق التنسيق والتكامل على جميع المستويات التنظيمية داخل كافة هيكل القطاعات الصحية في الدول العربية.
- تحقيق التنسيق والتعاون وتبادل الخبرات بين الوزارات والهيئات والمؤسسات الصحية العربية في مجال جودة الرعاية الصحية.

نجد أن المستشفيات السودانية بشقيها العام والخاص تطبق نظام الاعتماد العربي (نظر ملحق رقم ج) وذلك لضمان توفير خدمات صحية ذات جودة عالية واستخدام برامج لتحسين جودة الخدمات الصحية بالمرافق الصحية وتهيئة المناخ ونشر التوعية وثقافة الجودة على مستوى المجتمع السوداني لتلبية احتياجات وتوقعات مقدمي ومتلقي الخدمات الصحية للوصول إلى تحقيق رضاهم والتطوير المستمر للنظم الصحية في السودان

لمواكبة التحديات والمتغيرات العالمية. وغيرها من الأهداف التي تؤدي إلى ترقية الخدمات الصحية ساعية بذلك للوصول إلى مجتمع معافى لتحقيق سياسات واستراتيجيات البلاد في مجال التنمية. (المرجع السابق)

## الفصل الرابع

### الدراسة الميدانية والتحليل الإحصائي

## الفصل الرابع

### الدراسة الميدانية والتحليل والإحصائي

المبحث الأول: نبذة حول المستشفيات موضوع الدراسة

المطلب الأول: مستشفى بن سينا

أولاً: النشأة والتطور (مستشفى بن سينا، إدارة التدريب والبحوث)

تأسست في العام 1983 بمنحة من حكومة اليابان لحكومة السودان، وتم الإفتتاح في العام 1986م. قام بالافتتاح المشير/عبدالرحمن سوارالدهب رئيس المجلس العسكري الانتقالي (حينها) والدكتور/الجزولي دفع الله رئيس الوزراء، وأول مدير عام للمستشفى هو الدكتور/زاكي احمد حسين كبير جراحي الجهاز الهضمي، تشمل المستشفى علي خمسة أقسام طبية بالإضافة إلي العيادات المحولة، وغرفة العناية المكثفة والوسيطه، كما تشمل علي مجمع عمليات مجهز بأحدث الأجهزة الطبية، وتزخر المستشفى بإمكانيات متقدمة طبية إكلينيكية وأقسام سريرية لتقديم أفضل الخدمات الصحية السريرية والتشخيصية العلاجية، كما تضم المستشفى نخبة متميزة من الأخصائيين والأطباء في مجالات التخصص.

الرؤية المستقبلية للمستشفى:

مستشفى متقدم، يتطلع إلبالأعالي دائما يأخذ بأحدث العلوم الطبية المبنية على البراهين العلمية للارتقاء بالأداء الطبي.

الرسالة:

- المريض أولاً عناية و رعاية.
- بيئة عمل متطورة وآمنة للمريض والعاملين.
- إرضاء المتعاملين مع المستشفى بجودة الأداء و التعامل الراقى المسئول مع مرافقي المرضى و السماع لشكواهم.

أهداف المستشفى:

- تهدف المستشفى إلى تقديم أفضل الخدمات الطبية والرعاية الصحية للمرضى من خلال:
1. تشخيص و علاج الحالات المستعصية في مجال تخصص المستشفى.
  2. تدريب الكوادر الطبية و الفنية و تدريب طلاب الدراسات العليا والاختصاصيين.
  3. إجراء البحوث العلمية المتعلقة بالأمراض التي يشملها مجال تخصص المستشفى، حيث أن المستشفى يضم مراكز قومية للبحث و التطوير العلمي والتدريب.

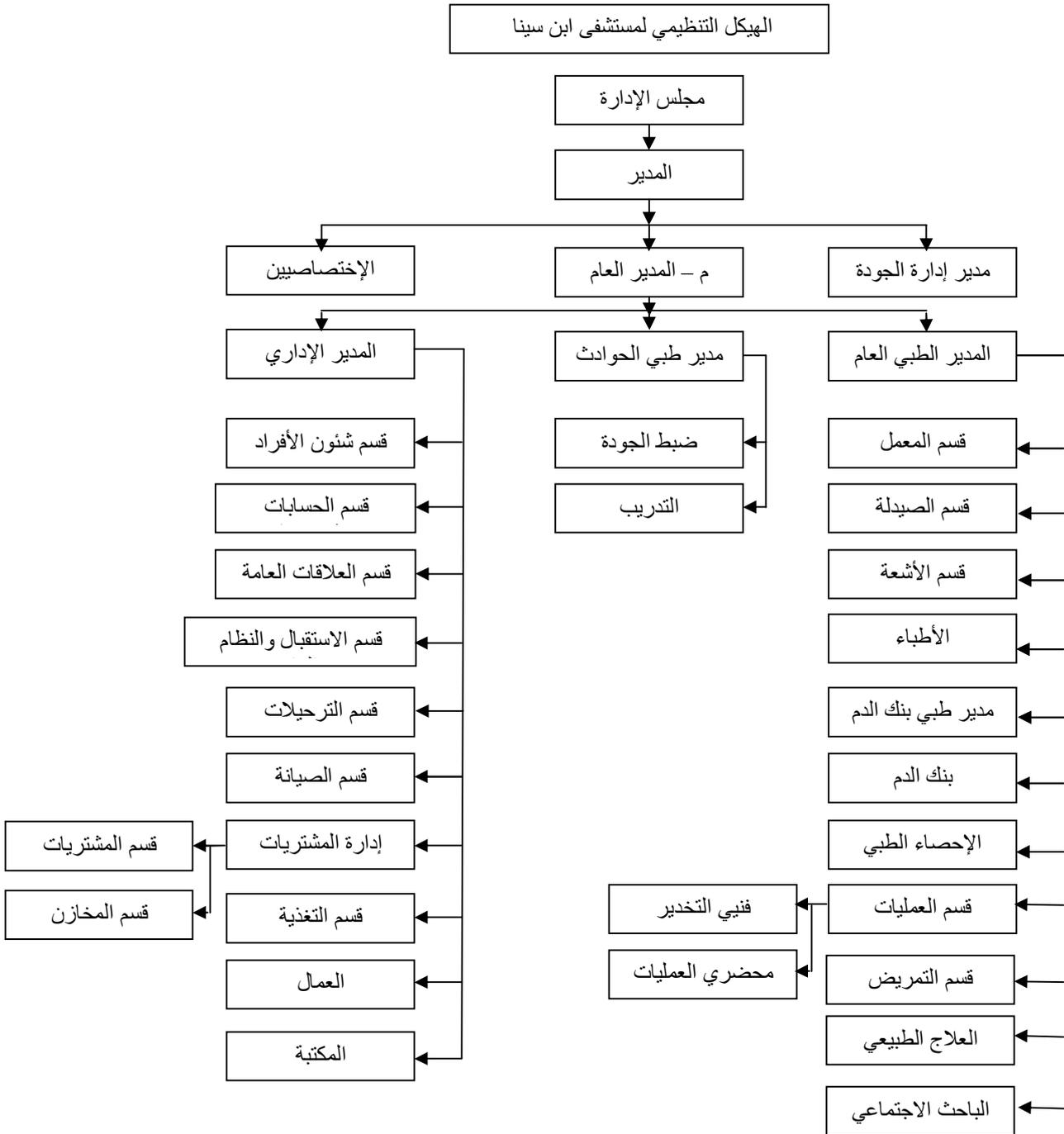
## أقسام المستشفى:

- 1) مركز محمد صالح إدريس للنزيف المعوي.
- 2) مركز الكلي.
- 3) قسم باطنية وجراحة الجهاز الهضمي.
- 4) قسم باطنية وجراحة الكلي والمسالك البولية.
- 5) قسم الأنف والأذن والحنجرة

## ثانياً : الهيكل التنظيمي والعلاقات الداخلية:

هنالك هيكله وظيفية تبدأ من المدير العام، نائب المدير العام، المدير الطبي، الأمين العام (المدير الإداري) وتتبع كل الأقسام الطبية للمدير الطبي، أما الأقسام الإدارية فهي تقع تحت مسؤولية الأمين العام (المدير الإداري) ولا يوجد تضارب في الاختصاصات، حيث يوجد لكل قسم رئيس تحت إشراف المدير الطبي، ويتم استخلاص المشاكل من خلال استمارات المرور، يقوم كل رئيس قسم بعقد اجتماع أسبوعي ويتم رفع تقرير إلي المدير الطبي الذي يجتمع بدوره شهرياً مع مدير المستشفى فيما يخص الأقسام الطبية، أما الأقسام الإدارية ترفع تقرير أسبوعي للأمين العام الذي يجتمع مع مدير المستشفى شهرياً يرفع له تقرير الأداء حيث تتم مناقشة التقرير (المشاكل والحلول). ويتم تعيين المدير العام للمستشفى من وزارة الصحة الاتحادية، ويتصف نمط القيادة بالمستشفى بالديمقراطية والتشاور في عملية اتخاذ القرارات، أما العلاقات الداخلية بين الأقسام والإدارات بالمستشفى تحكمها القوانين واللوائح والسياسات المتبعة بين الإدارات المختلفة، وذلك عن طريق الاتصال بين الإدارات. (شيخ ادريس، 2015م)

شكل رقم (1-4) الهيكل التنظيمي لمستشفى ابن سينا



المصدر: مستشفى ابن سينا

## ثالثاً : إدارة شئون المرضى

تبدأ الإجراءات من مكتب الإحالة واختصاصه فرز للمرضي حيث يوجد طبيب يقوم بتوجيه المريض إلي القسم المختص بحالته، مثلاً في حالة تحديد قسم المسالك البولية، يتم إرسال المريض إلي قسم المسالك البولية حيث يتم تحديد موعد له، يتم الذهاب إلي مكتب الإحصاء الذي يقوم بتأكيد المواعيد، وبعد ذلك يتم دخول المريض إلي الأخصائي حيث يتم إجراء الفحوصات اللازمة وبعد ذلك يعود للأخصائي الذي يحدد قرار من أحد ثلاثة قرارات وهي أما أن يعطيه العلاجات اللازمة ومغادرة المستشفى أو يتم مكوثه في المستشفى أو دخوله إلي غرفة العمليات. (المرجع السابق)

يوجد بالمستشفى وحدة للعمليات الكبرى ووحدة للعمليات الصغرى كما يوجد بكل قسم من أقسام المستشفى الثلاثة (قسم باطنية وجراحة الجهاز الهضمي - قسم باطنية وجراحة الكلي والمسالك البولية - قسم الأنف والأذن والحنجرة) ثمانية عنابر في كل عنبر ستة أسر و صندوق Safty Box كما يوجد في كل عنبر غرفة مجهزة لغير الجروح يوجد بها دولاب لكل أدوات الغيار وتكون هناك سستر متخصصة تتابع عملية الغيار بانتظام، كما يوجد في كل عنبر قسم للتمريض يوجد به فريق عمل مكون من عدد من السسترات لمتابعة المرضى بشكل منتظم، وتتوفر به أهم الادوية المنقذة للحياة، ويوجد بالقسم ملف خاص بكل مريض توجد به كل الفحوصات والتعليمات الخاصة بالمريض، ويوجد في كل عنبر غرفة للعناية الوسيطة، كما يوجد بالمستشفى جناح خاص يتكون من ثمانية غرف في كل غرفة سريرين (المريض - المرافق).

يتم تعقيم العنابر بثلاثة طرق أولهما التعقيم الروتيني ويتم في حالة خروج جميع المرضى من العنبر (نسبه لانتهاء مدة الإقامة او الوفاة) ، وثانيهما التعقيم في حالة ظهور حالات إلتهاب في جروح المرضى (صديد) ويحدث ذلك غالباً عقب إجراء العديد من العمليات، وثالثهما التعقيم الاضطراري وذلك في حالات وجود نزيف عند فتح الجرح الملتهب أو حالات الكبد البوائي، أو في حالات الايدز، كما يوجد بالمستشفى التعقيم الشهري للغرف ويكون زمن التعقيم من 24 ساعة الي 48 ساعة. (بثينة عمر، 2015م).

يوجد بمركز محمد صالح ادريس للنزيف المعوي خمسة عنابر لمرضى النزيف المعوي ومكتب لمدير المركز ومكتب للمتروون كما توجد غرفتان لعمليات المناظير وتوجد صيدلة كما توجد استراحة للسسترات، كما يوجد معمل للتحاليل الطبية والتبرع بالدم.

يوجد بمركز الكلي عنبر واحد به خمسة أسر مع كل سرير مكنة لغسيل الكلي تحت اشراف سستر متخصصة في ادارة المكناات والمتابعة الدقيقة للمرضي، وتوجد غرفتان للمرضى، كما يوجد مكتب للطبيب والسسترات. (ابراهيم سيمان، 2015م)

## رابعاً نَظْمُ اخْتِيَارِ وَتَدْرِيْبِ وَتَنْمِيَةِ الْعَامِلِيْنَ وَاعْدَادِهِمْ حَصْرَهُمْ

يتبع مستشفى ابن سينا في عملية الاختيار والتعيين النظم المتبعة في الخدمة المدنية حيث يخاطب مدير المستشفى لجنة الاختيار للخدمة المدنية القومية عن كل الوظائف الشاغرة والمعتمدة في موازنة المستشفى لإعلان عنها في الصحف اليومية باستثناء الوظائف القيادية العليا والوظائف التي يتم ملأها

بالتشريعات، حيث يوافق مدير المستشفى لجنة الاختيار بالمعلومات الأساسية عن الوظائف المراد ملؤها ودرجاتها والحد الأدنى من المؤهل العلمي المطلوب والوصف الوظيفي لها، حيث يقدم خريجي الجامعات والمعاهد العليا وغيرها من المؤسسات التعليمية للجنة الاختيار مباشرة أما العاملين بمؤسسات الخدمة المدنية يقدمون للوظائف بواسطة رؤساء وحداتهم ويتم بعد ذلك إجراء اختبارات الاختيار وبعد تحديد الأفراد الذين تم اختيارهم تتم إجراءات التعيين.

يقوم قسم شؤون الأفراد في مستشفى ابن سينا بحصر القوي العاملة وذلك عن طريق عمل ملف خاص لكل فرد وتوضع فيه كل البيانات الخاصة به منذ تعيينه ويساعد هذا الملف إدارة شؤون الموظفين ويكون بمثابة مرجعية تحتوي علي كل المعلومات الخاصة بالفرد. (سامية عبدالوهاب، 2015).

جدول رقم (4-1) يوضح القوة العاملة بمستشفى ابن سينا للعام 2015م:

القوة العاملة	الفئات
82	الموظفين
49	الأطباء
150	السترات
104	الكوادر الطبية
157	العمال
542	الجملة

المصدر: شؤون الأفراد، مستشفى ابن سينا

#### إدارة التدريب والبحوث:

أنشأت إدارة التدريب والبحوث في بداية العام 2010م بقرار من وزارة الصحة الاتحادية، وهي الإدارة التي تعني تدريب وتنمية الموارد البشرية مهارياً وفكرياً وسلوكياً، وذلك من خلال زيادة المعرفة والمهارات والقدرات للقوي العاملة بغرض زيادة الكفاءة والقيام بالواجب علي أكمل وجه.

أهداف التدريب بمستشفى ابن سينا التخصصي:

(1) تطوير قدرات العاملين.

(2) تطوير سعة استيعاب العاملين كل في مجال عمله.

(3) تطوير الأداء بكل الأقسام.

(4) التمهيد لتطبيق برنامج الجودة الشاملة بالمستشفى.

يتم تحديد الاحتياجات التدريبية عن طريق رؤساء الأقسام، والأولوية للأطباء والسترات، كما توجد دورات تدريبية أساسية كل سنة نسبة لدوران العمل يختص بها نواب الأخصائيين، ويتم التنسيق مع مركز التدريب والتطوير المهني المستمر علي حسب الدورات الموجودة أما الدورات التي لا توجد بالمركز يتم التعامل مع المراكز الخارجية، أما تدريب الموظفين يتم في دورات متخصصة مثل دورات الموارد البشرية السكرتارية

وغيرها، حيث تتعدّد الدورات بمباني المستشفى حيث توجد ثلاثة قاعات معدة مخصصة لذلك. (عاكف زاهر، 2015م).

### خامساً : نشأت وتطبيق نظام الجودة الشاملة

تم إدخال برنامج الجودة الشاملة في المستشفيات في السودان في العام 2004م كنتاج لثورة بدأت بوزارة الصحة لتحقيق الجودة الشاملة بالقطاع الصحي حيث تم التوصية علي إنشاء مكاتب لإدارة الجودة الشاملة في جميع المستشفيات، وتم إنشاء مكتب إدارة الجودة الشاملة بمستشفى بن سينا في نفس العام بعد اقتناع الإدارة العليا في المستشفى بضرورة تطبيق الجودة الشاملة بالمستشفى، حيث وضعت إدارة الجودة الشاملة معايير وإجراءات وقوانين جديدة لكل قسم من الأقسام ابتداءً من الهيكل التنظيمي في إطار تهيئة البيئة الداخلية لبرامج الجودة الشاملة كما توجد مراقبة ومتابعة من إدارة الجودة علي كل الأقسام عن طريق استمارة المتابعة والتقارير، (أنظر ملحق رقم و) وتم نشر ثقافة الجودة الشاملة عبر القيام بالعديد من المحاضرات التثويرية لكافة الفئات بالمستشفى من (الأطباء والميترنوالسسترات والعمال والموظفين وكافة القوي العاملة بالمستشفى) عن مفهوم وأهداف الجودة وكيفية تطبيقها، حيث يعقد مكتب الجودة الشاملة بالمستشفى العديد من البرامج مثل محاضرات عن إجراءات السلامة والوقاية (الملابس والتطعيم ضد الأمراض الوبائية) وغيرها من البرامج التي تضمن تحقيق الجودة الشاملة بالمستشفى، أما في ما يختص بالتدقيق الطبي يتم مراجعة وتدقيق للعمل المهني الذي يقوم به الأطباء في المستشفى للكشف عن الخلل والممارسات السلبية الغير مقبولة، وفي حالة وجود انحرافات يتم عقد مجالس للمحاسبة والعمل علي تأكيد عدم الوقوع في هذه الانحرافات في المستقبل، يوجد بالمستشفى مجلس للجودة يتكون من الأقسام الطبية والإدارية علي رأسهم المدير العام تعرض عليه الموضوعات الهامة وبعد مداولتها بالنقاش يخرج المجلس بشأنها بالعديد من التوصيات توضع موضع التنفيذ، كما يتم عقد لجان شهرية ترفع تقاريرها لمدير الجودة الشاملة بالمستشفى. أما في ما يختص بالإحصاء فالإحصاء جزء أساسي في برامج الجودة حيث يرفع تقرير شهري لإدارة الجودة عن إحصائيات العمليات ونسبة عدد الوفيات، وفي حالة الوفيات المشكوك فيها تعرض الملفات علي إدارة الجودة ويتم التحقيق فيها، ونجد أن برامج الجودة الشاملة في المستشفى تعتمد علي معايير الاعتماد العربي وهي المعايير المتبعة في السودان فيما يختص بتقييم الأداء. (مي أحمد، 2015م).

## المطلب الثاني: مستشفى الولادة أمدردمان

### أولاً : النشأة والتطور

أنشئ مستشفى الولادة أم درمان في عام 1957م كأول مستشفى تخصصي وذلك لغرض مزيد من الاهتمام والرعاية الطبية علي الأمهات والمواليد الذين هم دعامة المستقبل، لم يكن موقع المستشفى الوسط بين أم درمان وحي الموردة وليد صدفة وإنما هو ترتيب مسبق و احاطة علمية حصيفة فجاورت مدرسة القابلات و مدرسة الزائرات الصحيات، وألحق بها مركز رعاية الأمومة والطفولة و التطعيم كهيئة صحية متكاملة متخصصة.

ما يميز هذه المستشفى عن سائر المستشفيات المتخصصة في الولادة هو النظام الطبي الدقيق و الكفاءة التخصصية العالية، منذ تأسيسها في عهد د. عبد الرحمن العتباتي الذي يعتبر أبو طب الولادة في السودان، وقد أطلق اسمه علي المستشفى فيما بعد، وبجانب ما تضمه المستشفى من أكبر اختصاصي النساء والتوليد في السودان فإنه يضم أيضاً القابلات، السورات (الستراتا لأجانب) بجانب الزائرات الصحيات والقابلات اللاتي يفدن من جميع أنحاء السودان فيتدرين ويتخرجن سنوياً من المدرسة الملحقة بالمستشفى كأحسن ما يكون التأهيل و التدريب.

تم افتتاح المستشفى في 15/يونيو/1957م و هي تضم آنذاك مبني واحد للولادة مؤلف من طابقين سعة 34 سرير، 14 للطابق الأول (درجة أولي) و 20 سرير للطابق الأرضي (درجة ثانية) وكان بمدرسة القابلات عنبر درجة ثالثة سعة 18 سريراً ألحق فيما بعد بمباني المستشفى تم إنشاؤه علي نفقة رجل البر والإحسان المرحوم/عثمان عوض أبو العلا في عام 1971م وقد زادت سعته إلي 24 سريراً .

تم تشييد عنبر الأطفال حديثي الولادة في 27/5/1977م وامتدت الأيدي البيضاء لدعم هذا الصرح الهام حيث شيدت الجالية الهندية قسم العملية الكبيرة علي نفقتها الخاصة في 27/2/1979م.

ويتواصل الدعم الإيطالي الذي لم ينقطع عن المستشفى في شخص السورا (كلستا) كبيرة السورات فشيدت غرفة التعقيم بمعدات التي تحتوي علي ثلاثة أجهزة حديثة التعقيم في عام 1982م ، و قبله كانت قد استقدمت غسالات شيدت بها قسم الغسيل عام 1979م.

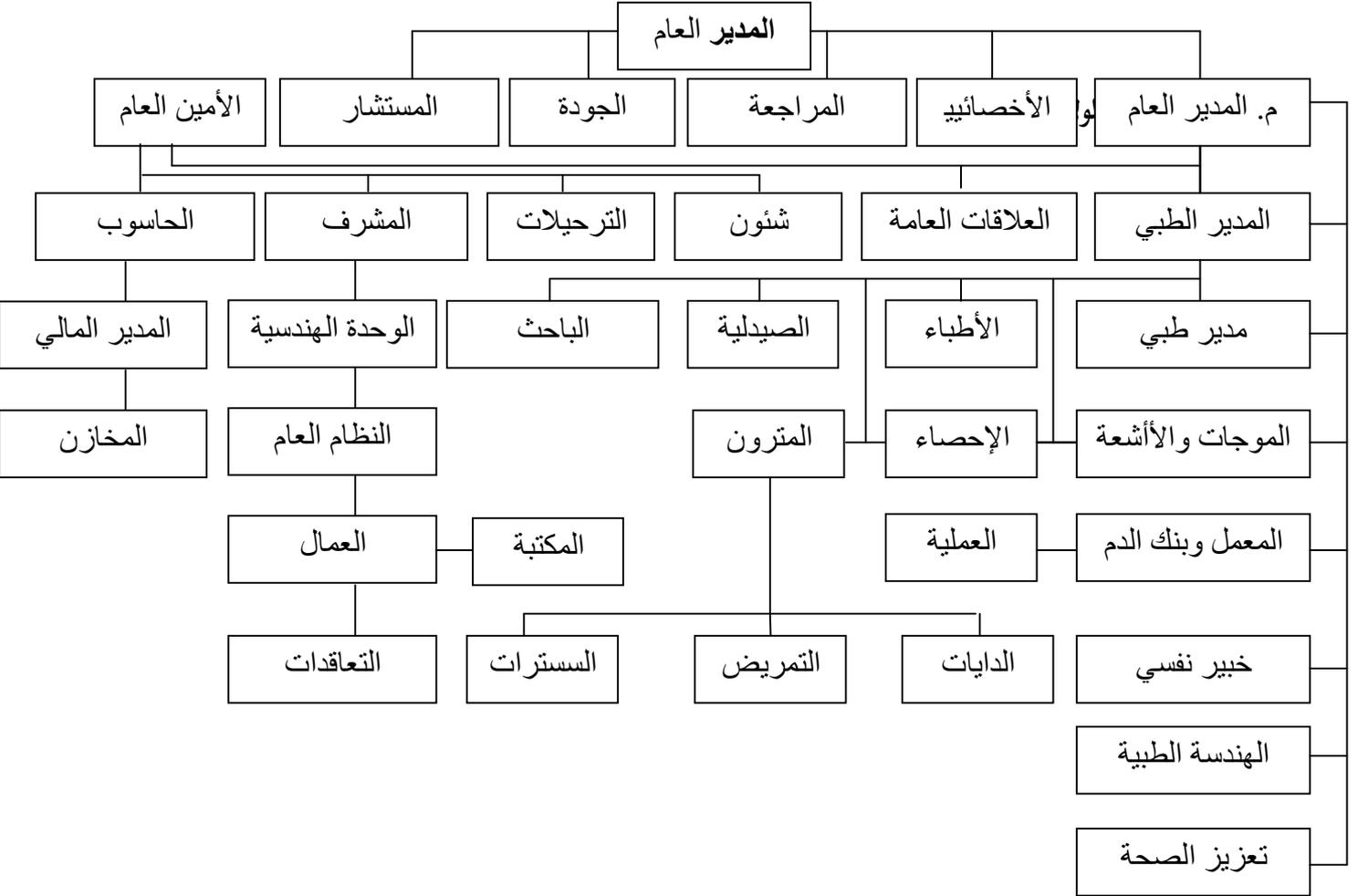
في عام 1986م أنشئ مبني الصيدلية الحالي علي نفقة تجار أم درمان حيث يضم بجانب الصيدلية مكتب المدير الطبي و مكتب الأمين العام وبنك الدم بكامل أقسامه كما يحتوي الطابق الأول علي قاعة كبيرة للاجتماع و مكاتب الاختصاصيين.

أما الجناح الخاص فتم افتتاحه عام 1993م بسعة 14 غرفة و هناك عنبر خاص بسعة 30 سرير تحت التشييد. (قسم العلاقات العامة، مستشفى الولادة امدردمان).

## ثانياً : الهيكل التنظيمي والعلاقات الداخلية

أما العلاقات الداخلية فيوجد تنسيق تام بين الوحدات ونجد أن لكل وحدة 20 طبيب من أخصائي ونائب وأطباء امتياز، حيث لا يوجد تضارب في الاختصاصات وذلك لوجود النظم واللوائح والسياسات التي تحكم العمل التي لا يمكن تجاوزها. (عوض الكريم فرح، 2015م).

شكل رقم (4-2) الهيكل التنظيمي لمستشفى الولادة امدرمان



المصدر: مستشفى الولادة أمدرمان

## ثالثاً : إدارة شئون المرضى:

تبدأ الإجراءات من مقابلة المريضة للأخصائي ويتم تحديد المقابلة بعد (أسبوع أو أسبوعين أو شهر أو شهرين ) حسب ما يري الأخصائي حيث يتم بعد مقابلة الأخصائي عمل جميع الفحوصات والموجات اللازمة، وبعد ذلك تقوم المريضة بالمتابعة. حيث توجد خمسة وحدات بالمستشفى يتم تصنيف المريضات لهن حسب الحالة حيث تتم المتابعة لكل مريضة يوم واحدة من الأسبوع، ولكل وحدة كرت يميزها عن الأخرى. وللمستشفى سياسة عامة ففي حالة المريضة التي ليس لديها مشكلة في الحمل فليديها أربعة زيارات، وتتم المتابعة بكرت فقط الزيارة الأولى عند مقابلة الأخصائي والزيارة الثانية في الأسبوع 22 والزيارة الثالثة في الأسبوع 34 أما الزيارة الرابعة والأخيرة عندما تتم 40 أسبوع، أما المريضة التي لديها مشكلة مع الحمل يتم عمل ملف لها وكرت للمتابعة وزياراتها تحدد حسب ما يري الأخصائي. في حالة الطوارئ (مثلاً ارتفاع في ضغط الدم) يتم إرسال المريضة إلي وحدة النبطشية ويتم عمل ملف وكرت لها وتتابع بإجراءات بسيطة غير معقدة. (حسام متوكل، 2015م)

يوجد بالمستشفى ثمانية عنابر بالإضافة للقائني، ويتم استقبال المريضات غير الحاجزات للولادة القيصرية والولادة الطبيعية المصحوبة بمشكلة (نزيف، هبوط أو ارتفاع في ضغط الدم في حالة التوائم، في حالة تقدم المشيمة، وغيرها) في عنبر ثلاثة العام، كما يتم استقبال كل الشرائح في عنبر الحوامل ثلاثة وهو عنبر للمراقبة، أما عنبر الوسيطة فيتم فيه استقبال مريضات العمليات الباردة (الحمل مع وجود لحمية وغيرها) وتمكث المريضة فيه أربعة ساعات للمراقبة، كما يتم استقبال العمليات الخاصة في عنبر الجناح الخاص وتوجد به غرفة عمليات مستغلة واصطاف خاص به، وأيضاً يتم استقبال المريضات الحاجزات للحالات الحرجة بإيصال مالي في عنبر 9/8 وهو عنبر حوامل خاص، أما عنبر الدرجة يتم استقبال مريضات الولادة الطبيعية والقيصرية وفي حالة وجود مشكلة تمكث المريضة 24 ساعة به للمراقبة، كما يتم استقبال الولادات الطبيعية العادية في عنبر الساعتين، وتمكث المريضة ساعتين للمراقبة، وفي حالة ظهور طارئ يتم تحويلها للعنبر المناسب، أما عنابر الأمهات فهي عبارة عن عنبر يتم استقبال الأمهات ذات الصحة جيدة ويعاني أطفالهن من مشكلة (يكون الأطفال بالحضانة) وتنقسم إلي اثنين الأول يكون بإيصال مدفوع الأجر أما الثاني عام مخصص بعنبر ثلاثة العام، أما القائني فهي وحدة مستقلة لأمراض النساء وتتكون من خمس عنابر مسمية بالأرقام، لكل الفئات العمرية (أطفال، نساء، كبار السن...)، في حاله الأطفال وكبار السن تكون الحالات (أكياس دهنية، التهابات حادة، نزيف مهلي وغيرها) تبدأ الإجراءات فيها من العيادة المحولة ويتم تشخيص الحالة (نزيف، الإجهاض، والحمل العنقودي، والحمل خارج الرحم، كحت وغيرها من الحالات المستعصية) حيث خصص (عنبر ثلاثة) لحالات الالتهابات، ويوجد بها العمليات الباردة وعمليات المناظر، والعمليات الصغرى.

تتميز مستشفى الولادة بالتنسيق وترتيب إدارة شئون المرضى حيث يقوم الكادر الطبي في كل عنبر بالوظيفة المخصصة له، ونجد إن بعد أن تتم عملية الولادة وبعد أن تمر فترة المراقبة المحددة لكل عنبر يتم تخريج المريضة أو تحويلها إلى العنبر الخاص أو العام حسب حجز المريضة. (منال المهدي، 2015م).

#### رابعاً نظم اختيار وتدريب وتنمية العاملين وإعدادهم وحصرهم

يتبع مستشفى الولادة في عملية الاختيار والتعيين النظم المتبعة في الخدمة المدنية حيث يحق لجميع سودانيين التنافس لشغل أي وظيفة بالمستشفى يعلن عنها دون أي تمييز إلا للكفاءة والخبرة وفقاً لشروط شغل الوظيفة الواردة بالوصف الوظيفي.

فيما عدا الوظائف القيادية العليا ووظائف الترقيات التي يمكن شغلها من داخل المستشفى يعلن عن الوظائف الشاغرة المراد ملؤها بوسائل الإعلام الملائمة بواسطة لجنة الاختيار حيث توفي إدارة المستشفى لجنة الاختيار بالمعلومات الأساسية عن الوظائف المراد ملؤها ودرجتها والحد الأدنى من المؤهل العلمي المطلوب والوصف الوظيفي لها، والمعتمدة في موازنة المستشفى حيث يقدم خريجي الجامعات والمعاهد العليا وغيرها من المؤسسات التعليمية للوظائف في لجنة الاختيار مباشرة أما العاملين بمؤسسات الخدمة المدنية يقدمون للوظائف بواسطة رؤساء وحداتهم. ويتم بعد ذلك إجراء اختبارات الاختيار وبعد تحديد الأفراد الذين تم اختيارهم ترفع لجنة الاختيار خطاب للمدير العام بأسماء الأفراد الذين تم اختيارهم والذي بدوره يحوله إلى الأمين العام (مدير الشؤون المالية والإدارية) والذي يحوله إلى مدير شئون الأفراد، ويقوم بالإجراءات ويتم نفس الإجراء للذين يتم نقلهم من خارج المستشفى.

يقوم قسم شئون الأفراد في مستشفى الولادة بحصر القوي العاملة وذلك عن طريق عمل ملف خاص لكل فرد وتوضع فيه كل البيانات الخاصة به منذ تعيينه ويساعد هذا الملف علي إدارة شئون الموظفين ويكون بمثابة مرجعية تحتوي علي كل المعلومات الخاصة بالفر د. (أحمد ساتي، 2015م).

#### جدول رقم (4-2) يوضح القوة العاملة بمستشفى الولادة للعام 2015م:

الفئات	القوي العاملة
الأطباء	65
المسترات	67
الزائرات	84
الكوادر المساعدة	112
الموظفين	139
العمال	172
المجموع	639

المصدر: شئون الأفراد، مستشفى الولادة أم درمان ، 2015

يتم تدريب العاملين بالمستشفى عن طريق التدريب المركزي حيث تقوم الوزارة بتحديد الاحتياجات التدريبية وتحديد عدد الأفراد للدورات المقترحة حيث تقوم بمخاطبة المستشفى بذلك التي بدوها تقوم باختيار الأفراد الذين يتم تدريبهم، حيث يتميز المستشفى بالعمل بمبدأ فرق العمل.

### خامساً : نشأت وتطبيق نظام الجودة الشاملة

تم إدخال برامج الجودة الشاملة في مستشفى الولادة امدرمان في العام 2004م في إطار سياسة وزارة الصحة الرامية لتحقيق الجودة الشاملة بالقطاع الصحي، حيث قامت إدارة المستشفى بتكوين مكتب لإدارة الجودة الشاملة يتكون من مدير إدارة الجودة والباحث الاجتماعي والسكرتارية وموظف الإحصاء وعدد 2 سستر للتقصي والإشراف والمتابعة، وتم تعديل الهياكل والإجراءات بالطريقة التي تكفل تحقيق برامج الجودة بالمستشفى، وعقد العديد من المحاضرات والدورات في إطار نشر ثقافة الجودة الشاملة وأهميتها وأهدافها والعمل من خلال فرق العمل كما تم عمل خارطة من الإشارات تقود المرضى والمستفيدين إلي المواقع المختلفة بالمستشفى في شكل أسهم إرشادية، وتم تصميم استمارات المتابعة اليومية (أنظر الملحق د،هـ) للوقوف علي مستوى الجودة المحقق وتعديل الانحرافات والعمل علي القضاء علي مسبباتها. (هالة الدمياضي، 2015م)

توجد علاقة قوية بين برامج الجودة الشاملة ونظام الإحصاء المتبع، فنظام الإحصاء يأتي من وزارة الصحة اللوائية، وعند تطبيق نظام الجودة الشاملة بالمستشفى تم تكوين لجان تعمل علي التوفيق بين الهياكل القائمة والهياكل المطلوبة لتحقيق نظام الجودة، أسفرت عن إجراء تعديلات في الهيكل التنظيمي والإجراءات القياسية، والوصف الوظيفي، حيث ساهم تطبيق نظام الجودة الشاملة بالمستشفى في إيجاد نظام إحصائي دقيق للتوثيق، حيث تم عقد العديد من الكورسات التدريبية للعاملين بالإحصاء مثل التعامل مع الملف الملوث وعملية غسل الأيدي، كما تم تعيين منسق للجودة بقسم الإحصاء، كما يقوم موظف الإحصاء بإدارة الجودة الشاملة بالمستشفى بتحليل البيانات التي تم الحصول عليها بواسطة الاستمارات الخاصة بالجودة، وتحديد الانحرافات ومعرفة مسبباتها والعمل علي القضاء عليها لضمان تحقيق الجودة الشاملة بالمستشفى. (اسحاق عبد الرحمن، 2015م)

تقوم إدارة الجودة الشاملة بمتابعة تطبيق برامج الجودة بالمستشفى وذلك من خلال متابعة الأقسام بواسطة كوادرات الجودة وذلك بالمرور علي كل الأقسام وملء استمارات المتابعة، حيث تمت تغطية المستشفى ببرامج الجودة بنسبة 80% في كتابة الإجراءات وبنسبة 60% في تطبيق الإجراءات. (هالة سليم، مصدر سابق).

يتطلب تطبيق برامج الجودة الشاملة إدخال العديد من المدخلات علي المستشفيات حتى تتمكن من تحقيقها.

## المطلب الثالث: مستشفى امبريال

### أولاً : النشأة والتطور

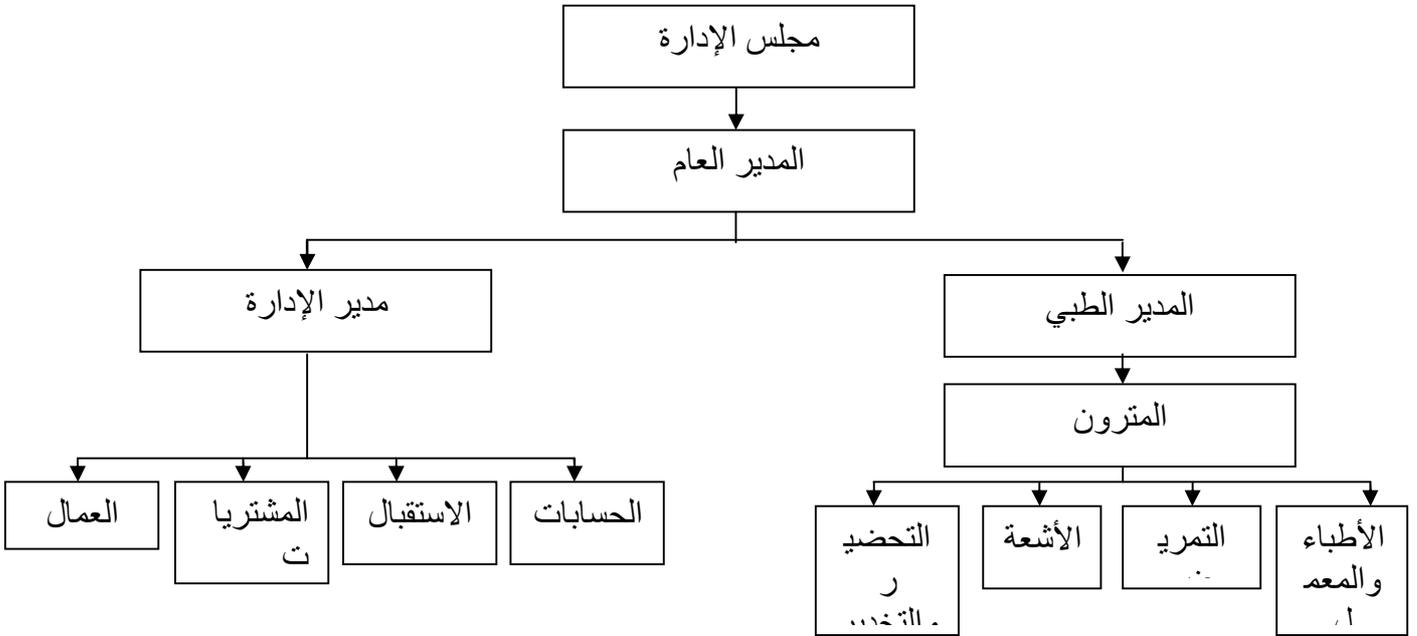
تم إنشاء وافتتاح المستشفى في أغسطس 2008م بمشاركة بين عدد من كبار الأخصائيين في المجالات الطبية المختلفة، بسعة 24 سرير ارتفعت إلي 32 سرير حالياً، وتضم المستشفى الأقسام التالية: (كمال بله ، 2015م):

- قسم الباطنية.
- قسم النساء والتوليد (تم افتتاحه بغرفتين ولادة وأصبح يتكون الآن من أربعة غرف).
- قسم الأطفال.
- قسم الجراحة العامة.
- قسم جراحة المسالك.
- قسم جراحة الأنف والاذن والحنجرة.
- قسم جراحة المخ والأعصاب (تم افتتاحه حديثاً).
- قسم حديثي الولادة (فتتح بثمانية حضانات وأصبح يضم أربعة عشر حضانة حالياً).
- قسم العلاج الطبيعي.
- قسم الأشعة السينية والأشعة المقطعية، والموجات فوق الصوتية.
- قسم المعامل لإجراء كافة الفحوصات الطبية.
- مجمع العمليات (افتتح بغرفتين وأصبح الآن ثلاثة غرف وغرفة إنعاش وغرفة انتظار)
- قسم الطوارئ ويعمل علي مدار 24 ساعة يستقبل جميع المرضى الوافدين إلي المستشفى افتتح بثلاثة سرائر وأصبح يضم الآن ثمانية سرائر.
- عيادات في جميع التخصصات الطبية.
- العيادات المحولة لكل التخصصات.
- قسم القلب ( به جهاز للجهد).
- أقسام مساعدة (التغذية والصحة، الإحصاء، السجلات الطبية).
- قسم المناظير.
- عيادة الأسنان.
- قسم الإدارة والمالية.
- قسم الصيانة (التبريد والتكييف).
- قسم المخازن والمهمات.

## ثانياً : الهيكل التنظيمي والعلاقات الداخلية

هنالك هيكله وظيفية تبدأ من مجلس الإدارة ثم المدير العام علي راس الهرم الإداري ثم المدير الطبي، والمدير الإداري، وتتبع كل الأقسام الطبية للمدير الطبي ( المترون وهي مسئولة من جميع كادر التمريض بالمستشفى) الأطباء والمعامل - التمريض - الأشعة - التحضير - التخدير - وبقية الأقسام بالمستشفى)، أما الأقسام الإدارية (الحسابات - الاستقبال - المشتريات، العمال وغيرها) فهي تقع تحت مسؤولية المدير الإداري، ولا يوجد تضارب في الاختصاصات، حيث يوجد لكل قسم رئيس تحت إشراف المدير الطبي، حيث تعمل جميع الإدارات لمصلحة المرضى وهناك اتصال فعال بين كافة الإدارات والأقسام، أما العلاقات الداخلية بين الأقسام والإدارات بالمستشفى تحكمها القوانين واللوائح والسياسات المتبعة بين الإدارات المختلفة. (المصدر السابق)

شكل رقم (3-4) الهيكل التنظيمي لمستشفى امبريال



المصدر: مستشفى امبريال

## ثالثاً : إدارة شئون المرضى

يتم دخول المرضى للمستشفى بإحدى ثلاث طرق أولهما: العيادة الخارجية (المحولة)، وثانيهما: العيادات الداخلية (داخل المستشفى) ثالثهما: عن طريق الحوادث، حيث يتم الكشف علي المريض من قبل نائب الأخصائي ثم يتم استدعاء الطبيب المختص، حيث تقدم له كافة الإجراءات الأولية، وإذا كانت حالته تستدعي إجراء عملية أو التنويم يتم إدخاله. وفي كل الطرق السابقة لا بد للمريض أن يمر بإدارة التنويم والحسابات، ففي حالة دفع الحساب يتم إدخال المريض للغرفة فوراً، وإذا لم يستطيع المريض دفع الحساب يتم وضعه في العنبر العام، حيث يتم فتح ملف للمريض، ويتم متابعة المريض من قبل الاصطفاف حيث يتم المرور عليه يومياً. (فاطمة رهود، 2015م).

## رابعاً : نظم اختيار وتدريب وتنمية العاملين إعدادهم وحصرهم:

نظم الاختيار والتعيين في المستشفى تتم وفقاً للجدارة حيث يتم اختيار الأطباء والمرضى والموظفين وغيرهم من الكوادر وفقاً لكفاءتهم وقدرتهم علي أداء أعباء الوظائف التي يتم استيعابهم بها، أما في ما يختص بالتدريب فتجد أن العاملين بالمستشفى لا يتم تدريبهم بل تعتمد المستشفى في ما يختص بالتدريب علي اختيار الشخص المؤهل منذ البداية، وتتكون القوى العاملة بالمستشفى وفقاً للجدول التالي: (كمال بله، مصدر سابق).

جدول رقم (3-4) القوى العاملة للمستشفى

الوظيفة	العدد
الأطباء	55
مرضى	66
تقنيين (أشعة - أشعة مقطعية - مهندس معدات طبية)	9
محضري عمليات ومخدرين	18
قابلات	11
عمال نظافة	40
الموظفين	37
ضباط تغذية	2
ضباط صحة	1
التطعيم	2

المصدر: الشئون الادارية، مستشفى امبريال، 2015م.

## خامساً : نظام الجودة الشاملة

يعتمد المستشفى في تحقيق الجودة الشاملة علي عملية الاختيار والتعيين منذ البداية حيث يقوم باختيار الكوادر المؤهلة التي تحقق الجودة الشاملة من خلال ممارستها لنشاطاتها المختلفة بالمستشفى، وعلي استخدام الهياكل الإدارية الحديثة والإجراءات المرنة ونظم الإحصاء الحديثة، واستخدام أحدث الأجهزة الطبية ولا توجد

إدارة مخصصة لإدارة الجودة الشاملة في المستشفى، بل تعتمد إدارة المستشفى في تحقيق جودة الأداء باستخدام التكنولوجيا الحديثة وعلي أن كل قسم من أقسام المستشفى يقوم بتطبيقها تلقائياً وتتم المتابعة من خلال التقارير والاستمارات اليومية التي يتم رفعها إلي رؤساء الأقسام والميترون، ومن ثم يتم رفعها للمدير الطبي والتي يتضح من خلالها الانحرافات والأخطاء ويتم معالجتها والعمل علي عدم حدوثها مرة ثانية. (فاطمة رهود، مصدر سابق).

إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية تقوم علي فلسفة المفهوم الشامل والتكاملي للجودة الشاملة بهدف الارتقاء بمستوي الخدمات الصحية ومستوي الأداء الإداري للمنظمة الصحية، فالأهداف المرجوة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة وتحسين الجودة المستمر في الرعاية الصحية تشتمل علي التقييم المستمر لمدي كفاية الأنظمة والعمليات نحو تحقيق توقعات العملاء وتحديد وتحليل المسببات الحقيقية لانحراف الأداء، وتصميم وتنفيذ برامج التصحيح التي يربحاً تمنع

حدوث الانحرافات مستقبلاً، وكذلك يعد وسيلة للتقويم المستمر لكفاءة برامج التصحيح. كما هو مشار إليه في (ص37) في ظل سعي الدول لإدخال برامج إدارة الجودة الشاملة في مؤسساتها الصحية تم إدخال برامج الجودة الشاملة في المستشفيات في السودان في العام 2004م كنتاج لثورة بدأت بوزارة الصحة لتحقيق الجودة الشاملة بالقطاع الصحي حيث تم التوصية علي إنشاء مكاتب لإدارة الجودة الشاملة في جميع المستشفيات.

أدخلت إدارة الجودة الشاملة بمستشفى بن سينا في عام 2004م بعد اقتناع الإدارة العليا في المستشفى بضرورة تطبيق الجودة الشاملة بالمستشفى، كما هو مشار إليه في (ص124) كما تم إدخال برامج الجودة الشاملة في مستشفى الولادة أمدومان في نفس العام كما هو مشار إليه في (ص131) إلا أن سياسة وزارة الصحة لتحقيق الجودة الشاملة بالقطاع الصحي لم تشمل المستشفيات الخاصة حيث لم يتم إدخال برامج الجودة الشاملة في مستشفى أمبريال كما هو مشار إليه في (ص136)

يتم اختيار العاملين بالمستشفيات العامة عن طريق لجنة الاختيار وفق النظم المتبعة في الخدمة المدنية أما المستشفيات الخاصة فيتم اختيار العاملين بها بالمستشفى مباشراً ويتم تدريب العاملين بمستشفى ابن سينا بالتنسيق مع مركز التدريب والتطوير المهني المستمر علي حسب الدورات الموجودة أما الدورات التي لا توجد بالمركز يتم التعامل فيها مع المراكز الخارجية أما تدريب العاملين بالمستشفى الولادة أمدومان فيتم عن طريق التدريب المركزي أما مستشفى أمبريال لا يوجد به تدريب.

يري الباحث أن سياسات الاختيار المتبعة في الخدمة المدنية توفر الكوادر المناسبة لشغل الوظائف بالقطاع العام إلا أن سياسات التدريب والاعتماد علي التدريب المركزي وضعف الميزانيات المرصودة للتدريب لا تؤدي إلي تنمية الموارد البشرية بالمستشفيات العامة مما لا يوفر لنا كوادر مدربة ومؤهلة نستطيع من خلالها تحقيق الجودة الشاملة بالمستشفيات، كما أن غياب التدريب في القطاع الخاص وعدم وجود إدارات متخصصة للجودة بها أثر سلباً علي توفير الكوادر التي تحقق الجودة بها كما هو موضح في الصفحات (ص129،124).

قامت إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة و متمثلة في مستشفى بن سينا والولادة أمدرمان بوضع معايير للجودة وتعديل الإجراءات والقوانين بالصورة التي تتوافق مع تطبيق إدارة الجودة الشاملة، كما توجد مراقبة ومتابعة من إدارة الجودة علي كل الأقسام عن طريق استمارة المتابعة كما هو موضح في الصفحات (ص124،131)

يري الباحث أن التعديلات التي تمت في الإجراءات والقوانين بالمستشفيات العامة غير كافية لتحقيق الجودة الشاملة كما أن البيروقراطية القابضة تؤثر علي سرعة دوران العمل كما أن تدني المرتبات والحوافز غير مؤاتي لتحقيق رضا العميل الداخلي بالمستشفيات العامة والخاصة ويرى أيضاً أن المستشفيات الخاصة متمثلة في مستشفى أمبريال لم تخضع لقرارات تبني إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي حيث لا توجد بها إدارة متخصصة للجودة الشاملة تعمل علي نشر ثقافة الإدارة بالجودة الشاملة وتهيئة البيئة الداخلية والخارجية لمتطلبات تطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة.

بيئة العمل بالمستشفيات بالمقارنة مع المنظمات الأخرى ذات خصوصية وأهمية باللغة وذلك لأنها تتعامل في البشر المتمثلين في المرضى فهي تسعى من خلال سعيها في أداء مهامها علي تطبيق الجودة في الخدمات التي تقدمها وذلك من خلال أداء العمل الصحيح من أول مرة لذا فيجب أن تكون بيئة العمل مساعدة ومعينة بل محورا أساسية في تحقيق ذلك كما هو مشار إليه في (ص93).

يري الباحث أن بيئة العمل بالمستشفيات العامة والخاصة متمثلة في (مستشفى بن سينا والولادة أمدرمان وامبريال) لا ترتقي للمستوي المطلوب لتحقيق الجودة رغم المحاولة علي عمل استمارات تقييم، ونجد أن بعض العاملين لا يتعاملون مع النفايات الصحية بصورة جيدة، ويعزى ذلك إلي عدم نشر ثقافة الجودة وتعريف العاملين بكيفية التعامل مع بيئة العمل والمحافظة عليها، وعدم نشر ثقافة الجودة الشاملة في وسط العاملين والمرضى والمرافقين والزوار بصورة تكفل توفير بيئة عمل تتناسب وتتلائم مع أهمية هذا القطاع.

## المبحث الثاني: منهجية إجراء الدراسة التطبيقية

يشتمل هذا المبحث على منهجية إجراء الدراسة الميدانية ويشمل ذلك تصميم أداة الدراسة وإجراء اختبارات الثبات والصدق لهذه الأداة للتأكد من صلاحيتها بالإضافة إلى وصف لمجتمع وعينة الدراسة، والاساليب الإحصائية التي تم بموجبها تحليل البيانات واستخراج النتائج. وذلك على النحو التالي:

### أولاً: أداة الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على وسيلة الاستبانة كأداة رئيسية للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة لموضوع الدراسة، والتي تم تصميمها بناءً على مفاهيم ومعايير إدارة الجودة الشاملة والاعتماد العربي للمؤسسات الصحية، كما إعتمدت على ملاحظات الباحث في المسح الميداني للمجتمع موضوع الدراسة ومقابلة الخبراء في الحقل الطبي، كما إءُتمت بواسطة محكمين في مجالات متعددة تخص مجال الدراسة حيث تمت بعض التعديلات في الاستبانة بعد مناقشتها مع المشرف. تحقيقاً للغرض السابق للاستبانة تم تصميم استمارتان تهدف إلى قياس رأى كل من الأطباء الاختصاصيون والكوادر الطبية المساعدة بالمستشفيات العامة والخاصة حول موضوع البحث (إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية) وذلك على النحو التالي:

## الاستمارة الأولى: المستشفيات العامة

وتشتمل على (5) محاور وعدد (36) عبارة وذلك على النحو التالي:

جدول رقم (4-4) توزيع محاور الدراسة

عدد العبارات	الفقرات	محاور الدراسة	
8	8-1	بيئة العمل	1
6	14-9	رضاء العاملين	2
7	21-15	أساسيات ومقومات أداء الأعمال	3
7	28-22	أساسيات ومعايير الجوده في المستشفى	4
8	36-29	التدريب	5
36		المجموع	

المصدر: إعداد الباحث من بيانات الدراسة، 2015.

## الاستمارة الثانية: المستشفيات الخاصة:

وتهدف هذه الاستمارة لقياس رأى أفراد العينة بالمستشفيات الخاصة وفيما يلي جدول يوضح توزيع المحاور

جدول رقم (5-4) توزيع محاور استمارة المستشفيات الخاصة

عدد العبارات	الفقرات	محاور الدراسة	
8	8-1	بيئة العمل	1
6	14-9	رضاء العاملين	2
7	21-15	أساسيات ومقومات أداء الأعمال	3
7	28-22	أساسيات ومعايير الجوده في المستشفى	4
8	36-29	التدريب	5
36		المجموع	

المصدر: إعداد الباحث من بيانات الدراسة 2015.

## ثانيا: مقياس الدراسة

كما تم قياس درجة الاستجابات المحتملة على الفقرات إلى تدرج خماسي حسب مقياس ليكرت الخماسي (Likart Scale)، والذي يتراوح من لا أوافق بشدة إلى اوافق بشدة، كما هو موضح في جدول رقم (4-6).

جدول رقم (4-6) مقياس درجة الموافقة

الدلالة الإحصائية	النسبة المئوية	الوزن النسبي	درجة الموافقة
درجة موافقة عالية جدا	أكبر من 80%	5	أوافق بشدة
درجة موافقة عالية	70-80%	4	أوافق
درجة موافقة متوسطة	50-69%	3	لا ادري
درجة موافقة منخفضة	20-49%	2	لأوافق
درجة موافقة منعدمة	أقل من 20%	1	لأوافق بشدة

المصدر: إعداد الباحث من بيانات الدراسة 2015

وعليه فإن الوسط الفرضي للدراسة يصبح كالآتي: الدرجة الكلية للمقياس هي مجموع درجات المفردة على العبارات  $(1+2+3+4+5) / (5/15) = 0.5$  وهو يمثل الوسط الفرضي للدراسة، وعليه كلما زاد متوسط العبارة عن الوسط الفرضي (3) دل ذلك على موافقة أفراد العينة على العبارة، أما إذا انخفض متوسط العبارة عن الوسط الفرضي (3) دل ذلك على عدم موافقة أفراد العينة على العبارة.

### ثالثاً: تقييم أدوات القياس:

يقصد بصدق أو صلاحية أداة القياس أنها قدرة الأداء على قياس ما صممت من أجله وبناء على نظرية القياس الصحيح تعنى الصلاحية التامة خلو الأداة من أخطاء القياس سواء كانت عشوائية أو منتظمة، وقد اعتمدت الدراسة في المرحلة الأولى على تقييم مدى ملائمة المقاييس المستخدمة في قياس عبارات الدراسة باستخدام اختبارات الثبات والصدق لاستبعاد العبارات غير المعنوية من مقاييس الدراسة والتحقق من أن العبارات التي استخدمت للقياس مفهوماً "معيناً" تقيس بالفعل هذا المفهوم. وفيما يلي يعرض الباحث نتائج التحليل للمقاييس المستخدمة في الدراسة:

#### (1) اختبار صدق محتوى المقياس:

تم إجراء اختبار صدق المحتوى لعبارات المقاييس من خلال تقييم صلاحية المفهوم التي قد ترجع إما إلى اختلاف المعاني وفقاً لثقافة المجتمع أو نتيجة لترجمة المقاييس من لغة إلى أخرى. وبداية تم عرض عبارات المقاييس على عدد (6) من المحكمين المختصين في الدراسة لتحليل مضامين عبارات المقاييس وتحديد مدى التوافق بين عبارات كل مقياس والهدف منه وفقاً لرأيهم تم قبول وتعديل بعض عبارات المقاييس. لصعوبة فهمهم لها. وبعد استعادة الاستبيان من المحكمين ثم إجراء التعديلات التي اقترحت عليه، وبذلك تم تصميم الاستبانة في صورتها النهائية ( انظر ملحق).

#### (2). اختبار الاتساق والثبات الداخلي للمقاييس المستخدمة في الدراسة:

##### (أ) اختبار الاتساق والثبات

يقصد بالثبات (استقرار المقياس وعدم تناقضه مع نفسه، أي أن المقياس يعطي نفس النتائج باحتمال مساو لقيمة المعامل إذا أعيد تطبيقه على نفس العينة) (عز عبد الفتاح، ص 560). وبالتالي فهو يؤدي إلى

الحصول على نفس النتائج أو نتائج متوافقة في كل مرة يتم فيها إعادة القياس. وكلما زادت درجة الثبات واستقرار الأداة كلما زادت الثقة فيه، وهناك عدة طرق للتحقق من ثبات المقياس منها طريقة التجزئة النصفية وطريقة الفأكرونباخ للتأكد من الاتساق الداخلي للمقاييس، وقد تم استخدام معامل إلفا كرونباخ" (Cronbach,s Alpha) والذي يأخذ قيمةً تتراوح بين الصفر والواحد صحيح، فإذا لم يكن هناك ثبات في البيانات فإن قيمة المعامل تكون مساويةً للصفر، وعلى العكس إذا كان هناك ثبات تام في البيانات فإن قيمة المعامل تساوي الواحد صحيح. أي أن زيادة معامل إلفا كرونباخ تعني زيادة مصداقية البيانات من عكس نتائج العينة على مجتمع الدراسة. كما أن انخفاض القيمة عن (0.60) دليل على انخفاض الثبات الداخلي. وفيما يلي نتائج تحليل الثبات لمقاييس الدراسة مبينا" قيم معامل ألفا كرونباخ لمفاهيم الدراسة لكل من عبارات استمارة المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة:

جدول رقم (4-7) نتائج اختبار ألفا كرونباخ لمقياس عبارات الدراسة

المستشفيات الخاصة	المستشفيات العامة	عدد العبارات	محاور الدراسة
0.79	0.82	8	بيئة العمل
0.81	0.89	6	رضاء العاملين
0.86	0.79	7	أساسيات ومقومات أداء الأعمال
0.88	0.80	7	أساسيات ومعايير الجوده في المستشفى
0.82	0.81	8	التدريب
0.88	0.87	36	إجمالي العبارات

المصدر : إعداد الباحث من بيانات الدراسة 2015.

من الجدول (4-7) نتائج اختبار الثبات أن قيم الفأكرونباخ لجميع محاور الدراسة لكل من عبارات استمارة المستشفيات الخاصة والعامة أكبر من (60%) وتعني هذه القيم توافر درجة عالية جدا" من الثبات الداخلي لجميع العبارات سواء كان ذلك لكل عبارة على حدا أو على مستوى جميع عبارات المقياس حيث بلغت قيمة الفأكرونباخ للمقياس الكلي (0.87) لعبارات استمارة المستشفيات العامة و(0.88) لعبارات استمارة المستشفيات الخاصة وهو ثبات مرتفع ومن ثم يمكن القول بان المقاييس التي اعتمدت عليها الدراسة لقياس محاور الدراسة تتمتع بالثبات الداخلي لعباراتها مما يمكننا من الاعتماد على هذه الإجابات في تحقيق أهداف الدراسة وتحليل نتائجها.

#### (ب) اختبار الصدق

الصدق هو معرفة صلاحية الأداة لقياس ما وضعت له. قام الباحث بإيجاد الصدق الذاتي لها إحصائياً باستخدام معادلة الصدق الذاتي هي:

الصدق =

جدول رقم (4-8) نتائج اختبار ألفا كرنباخ لمقياس عبارات محاور الدراسة (مجتمع المستشفيات العامة)

الصدق	ألفا كرنباخ	عدد العبارات	محاور الدراسة
0.90	0.82	8	1/بيئة العمل
0.94	0.89	6	2/رضاء العاملين
0.88	0.79	7	3/أساسيات ومقومات أداء الأعمال
0.89	0.80	7	4/أساسيات ومعايير الجوده في المستشفى
0.90	0.81	8	5/التدريب
0.93	0.87	36	إجمالي العبارات

المصدر : إعداد الباحث من بيانات الدراسة 2015.

من الجدول (4-8) نتائج اختبار الصدق لجميع محاور الدراسة اكبر من (60%) وتعنى هذه القيم توافر درجة عالية جدا" من الصدق لجميع عبارات فروض لكل فرضية على حدا أو على مستوى جميع إبعاد المقياس حيث بلغت قيمة ألفا كرنباخ للمقياس الكلى لعبارات استمارة المستشفيات العامة (0.87) وقيمة الصدق (0.93) وهو ثبات وصدق مرتفع ومن ثم يمكن القول بان المقاييس التي اعتمدت عليها الدراسة لقياس (محاور الدراسة) تتمتع بالثبات الداخلي لعباراتها مما يمكننا من الاعتماد على هذه الإجابات في تحقيق أهداف الدراسة وتحليل نتائجها.

جدول رقم (4-9) نتائج اختبار ألفا كرنباخ لمقياس عبارات محاور الدراسة (مجتمع المستشفيات الخاصة)

الصدق	ألفا كرنباخ	عدد العبارات	محاور الدراسة
0.88	0.79	8	1/بيئة العمل
0.90	0.81	6	2/رضاء العاملين
0.92	0.86	7	3/أساسيات ومقومات أداء الأعمال
0.93	0.88	7	4/أساسيات ومعايير الجوده في المستشفى
0.90	0.82	8	5/التدريب
0.93	0.88	36	إجمالي العبارات

المصدر : إعداد الباحث من بيانات الدراسة 2015.

من الجدول (4-9) نتائج اختبار الصدق لجميع محاور الدراسة اكبر من (60%) وتعنى هذه القيم توافر درجة عالية جدا" من الصدق لجميع عبارات فروض لكل فرضية على حدا أو على مستوى جميع إبعاد المقياس حيث بلغت قيمة ألفا كرنباخ للمقياس الكلى (0.88) وقيمة الصدق (0.93) وهو ثبات وصدق مرتفع ومن ثم يمكن القول بان المقاييس التي اعتمدت عليها الدراسة لقياس (محاور الدراسة) تتمتع بالثبات الداخلي لعباراتها مما يمكننا من الاعتماد على هذه الإجابات في تحقيق أهداف الدراسة وتحليل نتائجها.

## رابعاً مجتمع وعينة الدراسة:

### (1) مجتمع الدراسة.

يقصد بمجتمع الدراسة المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحث أن يعمم عليها النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة، ويتكون المجتمع الأساسي للدراسة من أطباء و كوادر طبية مساعده بالمستشفيات الخاصة والعامة، حيث تم إختيار المستشفيات عشوائياً ووقع الاختيار للمستشفيات العامة علي مستشفى ابن سينا ومستشفى الولادة أمدرمان، أما المستشفيات الخاصة وقع الاختيار علي مستشفىأمبريالومستشفى فضيل.

### (2) عينة الدراسة.

تمَّ اختيار مفردات عينة البحث بطريقة العينة (العشوائية) وهي إحدى العينات الاحتمالية التي يختارها الباحث للحصول على آراء أو معلومات من مفردات المجتمع موضع الدراسة. حيث تم توزيع عدد (160) استمارة للمستشفيات العامة وعدد (50) استمارة للمستشفيات الخاصة فقط من مستشفى امبريال وذلك لتعزز الحصول علي المعلومات من مستشفى فضيل وكذلك عدد من المستشفيات الخاصة الاخري، والجدول التالي يوضح توزيع الاستمارات على مجتمع الدراسة.

جدول (4-10) الاستبيانات الموزعة والمعادة

المستشفيات الخاصة		المستشفيات العامة		
كوادر مساعدة	أطباء	كوادر مساعدة	أطباء	
35	15	101	59	استبيانات تم إعادتها بعد تعبئتها كاملة
0	0	0	0	استبيانات لم يتم إعادتها
35	15	101	59	إجمالي الاستبيانات الموزعة

المصدر : إعداد الباحث من بيانات الدراسة 2015.

### (3) خصائص عينة الدراسة

#### أولاً خصائص أفراد عينة المستشفيات العامة

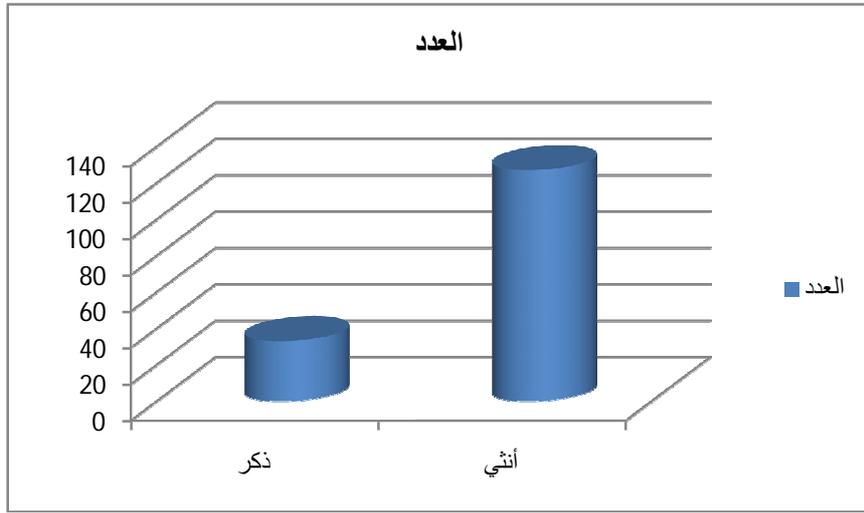
فيما يلي الخصائص الأولية لعينة الدراسة:

#### 1/ توزيع أفراد العينة حسب النوع

جدول رقم (4-11) يوضح التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة حسب النوع

النوع	العدد	النسبة %
ذكر	33	20.6
أنثي	127	79.4
المجموع	160	100

المصدر: إعداد الباحث من نتائج الاستبيان 2015.



شكل رقم (4-4) التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة حسب النوع

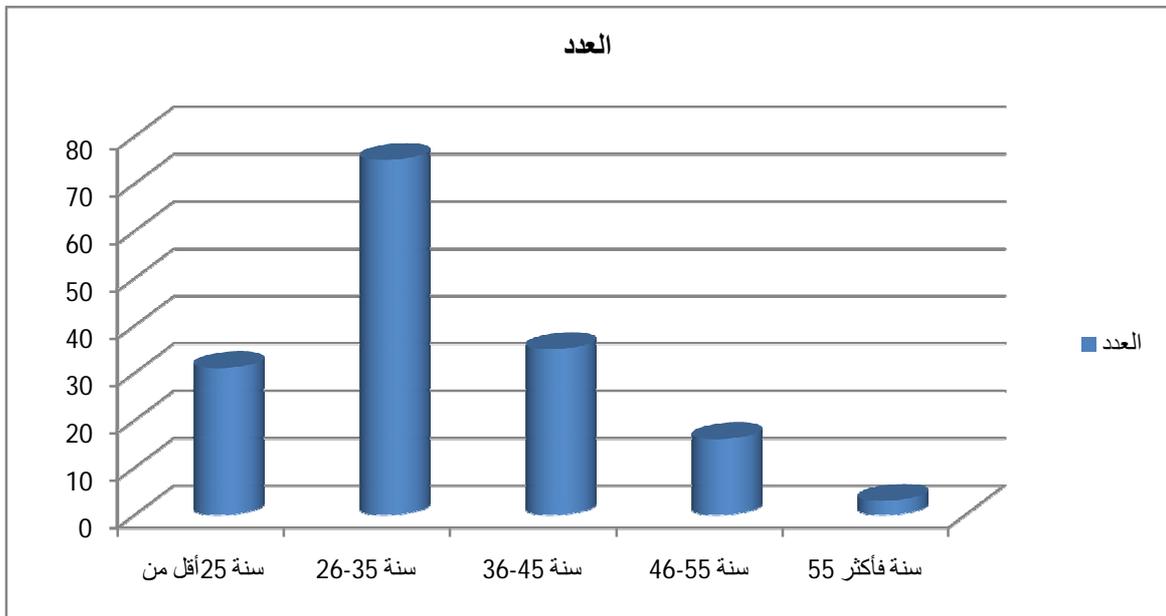
يتضح من الجدول رقم (4-11) والشكل أعلاه أن غالبية أفراد العينة من الإناث حيث بلغت نسبتهم (79.4) % من أفراد العينة بينما بلغت نسبة الذكور في العينة (20.6) % من إجمالي العينة المبحوثة.

## 2/توزيع أفراد العينة حسب العمر

جدول رقم (4-12) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير العمر

العمر	العدد	النسبة %
أقل من 25 سنة	31	19.4
26-35 سنة	75	46.9
36-45 سنة	35	21.9
46-55 سنة	16	10
55 سنة فأكثر	3	1.9
المجموع	160	%100

المصدر: إعداد الباحث من نتائج الاستبيان 2015.



شكل رقم (4-5) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير العمر

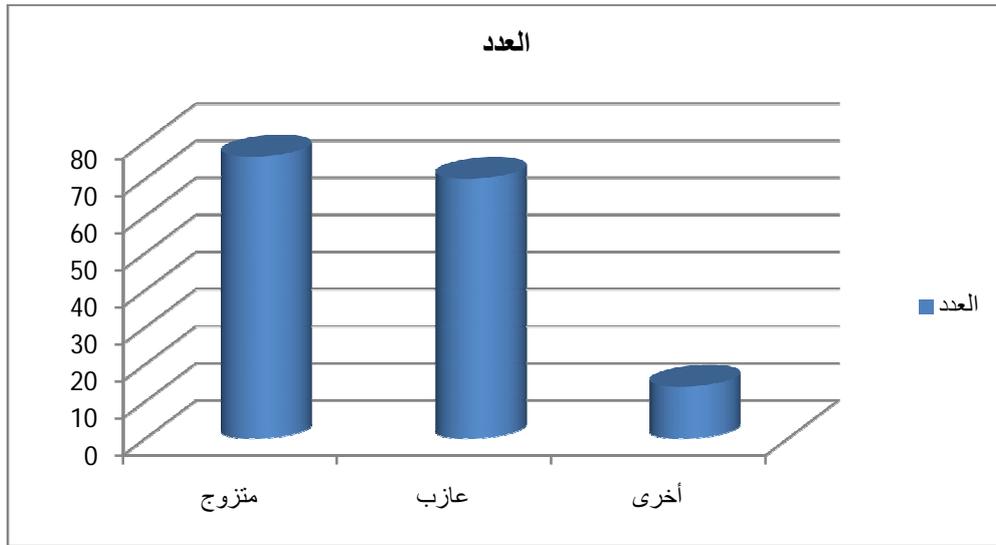
يتضح من الجدول (4-12) والشكل أعلاه أن غالبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين (26-35) حيث بلغت نسبتهم (46.9) % من أفراد العينة الكلية بينما بلغت نسبة الذين تتراوح أعمارهم ما بين (36-45) سنة (21.9) % إما أفراد العينة والذين تزيد أعمارهم عن (55) سنة فقد بلغت نسبتهم (1.9) % فقط من إجمالي العينة المبحوثة.

### 3/ توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

جدول رقم (4-13) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية

النسبة %	العدد	الحالة الاجتماعية
47.5	76	متزوج
43.8	70	عازب
8.7	14	أخرى
100	160	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من نتائج الاستبيان 2015.



شكل رقم (4-6) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية

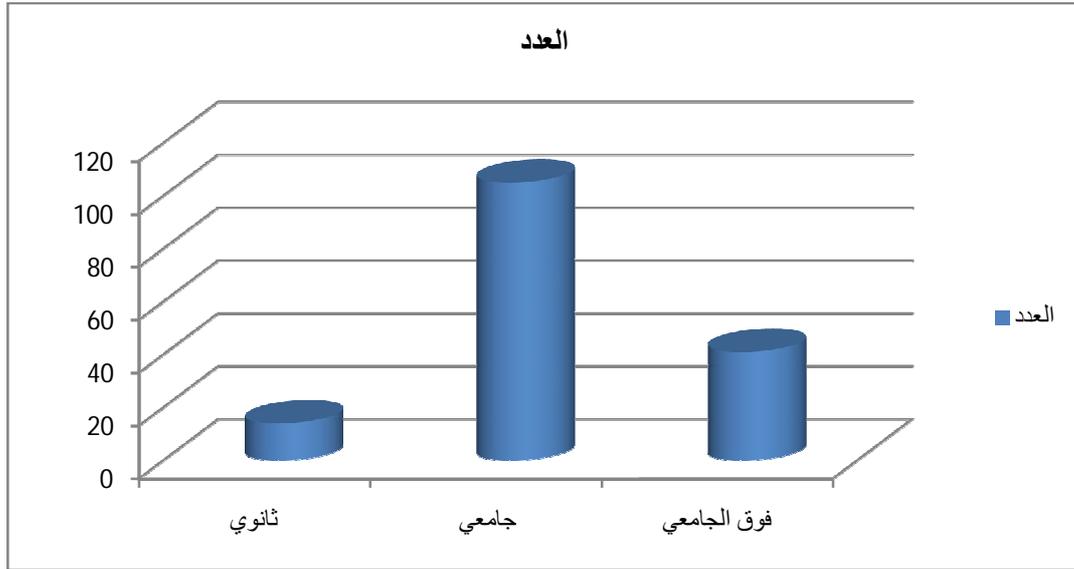
يتضح من الجدول رقم (4-13) والشكل أعلاه أن غالبية أفراد العينة من (المتزوجين) حيث بلغت نسبتهم (47.5) % من أفراد العينة بينما بلغت نسبة غير المتزوجين (43.8). أما أفراد العينة من الحالات الأخرى (مطلق وأرمل) فقد بلغت نسبتهم (8.7) % فقط من إجمالي العينة.

#### 4/ توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

جدول رقم (4-14) يوضح التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة وفق متغير المؤهل العلمي.

المؤهل العلمي	العدد	النسبة %
ثانوي	14	8.8
جامعي	105	65.6
فوق الجامعي	41	25.6
المجموع	160	%100

المصدر: إعداد الباحث من نتائج الاستبيان 2015.



شكل رقم (4-7) يوضح التوزيع التكراري لأفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية

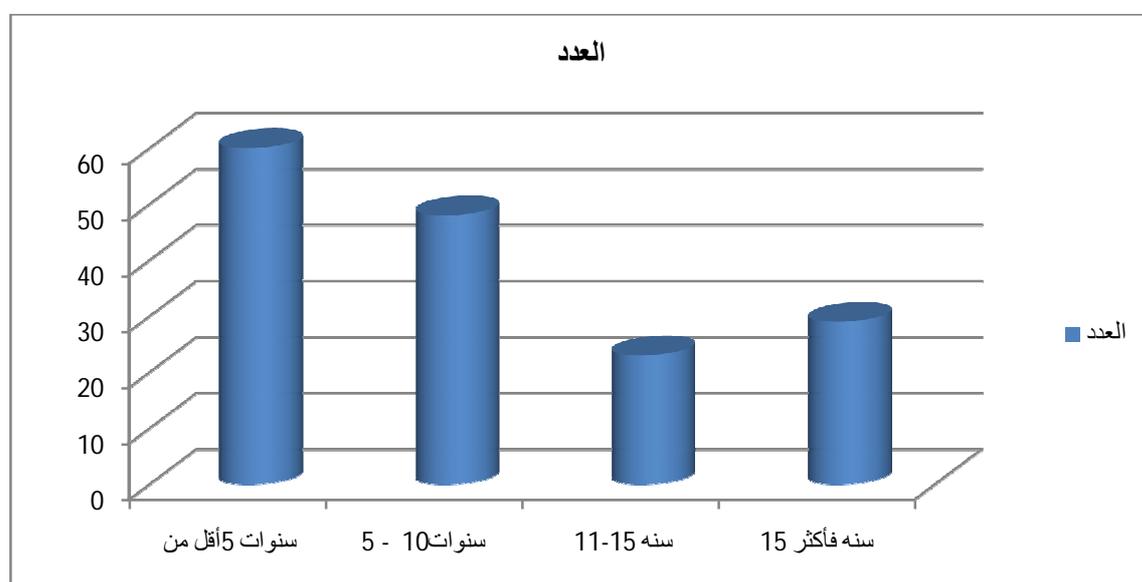
يتضح من الجدول رقم (4-14) والشكل أعلاه أن غالبية أفراد العينة من المستوى التعليمي الجامعي حيث بلغت نسبتهم (65.6) % من أفراد العينة بينما بلغت نسبة حملة التعليم فوق الجامعي (ماجستير ودكتوراه) في العينة (25.6) % أما أفراد العينة من المستوى التعليمي الثانوي فقد بلغت نسبتهم (8.8)%. من إجمالي العينة المبحوثة.

## 5/ توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات الخبرة

جدول رقم (4-15) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة

النسبة %	العدد	سنوات الخبرة
37.5	60	أقل من 5 سنوات
30	48	5-10 سنوات
14.4	23	11-15 سنة
18.1	29	15 سنة فأكثر
%100	160	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من نتائج الاستبيان 2015.



شكل رقم (4-8) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة

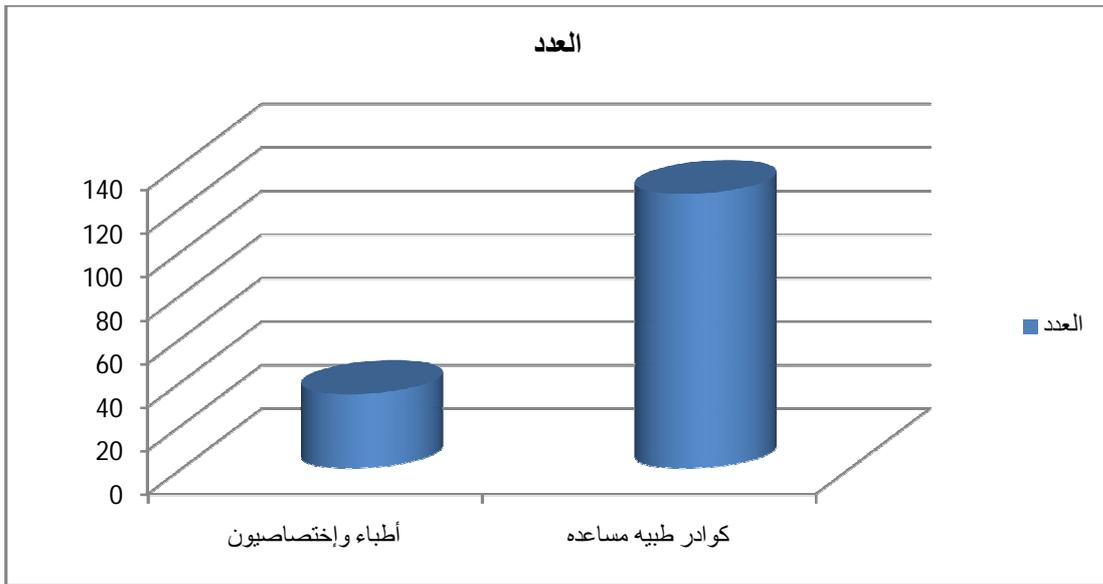
يتضح من الجدول (4-15) والشكل رقم (4-8) أن أفراد العينة المبحوثة والذين تتراوح سنوات خبرتهم ما بين (أقل من 5 سنوات) بلغت نسبتهم (37.5) % بينما بلغت نسبة الذين تتراوح سنوات خبرتهم ما بين (5 إلى 10) سنة (30) % إما أفراد العينة والذين تتراوح سنوات خبرتهم ما بين (11 - إلى 15 سنة) فقد بلغت نسبتهم (14.4) % كما تضمنت العينة نسبة (18.1) % من الذين تتراوح سنوات خبرتهم ما بين (15 سنة فأكثر) ويتضح من ذلك أن غالبية أفراد العينة تتراوح سنوات خبرتهم ما بين (10-15) سنة حيث بلغت نسبتهم (67.5) %. وهذه النسبة تدل على نضج أفراد العينة مما يمكنهم من الإجابة على أسئلة الاستبانة بشكل موضوعي.

## 6/ توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة

جدول رقم (4-16) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة

النسبة %	العدد	النوع
21.3	34	أطباء واختصاصيون
78.7	126	كوادر طبية مساعده
100	160	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من نتائج الاستبيان 2015.



شكل رقم (4-9) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة

يتضح من الجدول رقم (4-16) والشكل أعلاه أن عدد أفراد العينة من الأطباء والاختصاصيون (34) بنسبة (21.3) % بينما بلغ عدد أفراد العينة من الكوادر الطبية المساعدة (126) بنسبة (78.7) % . من إجمالي العينة المبحوثة.

## ثانيا: خصائص عينة المستشفيات الخاصة

فيما يلي الخصائص الأولية لعينة المستشفيات الخاصة:

### 1/ توزيع أفراد العينة حسب النوع

جدول رقم (4-17) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب النوع

النوع	العدد	النسبة %
ذكر	18	36
أنثي	32	64
المجموع	50	100

المصدر: إعداد الباحث من نتائج الاستبيان 2015.



شكل رقم (4-10) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب النوع

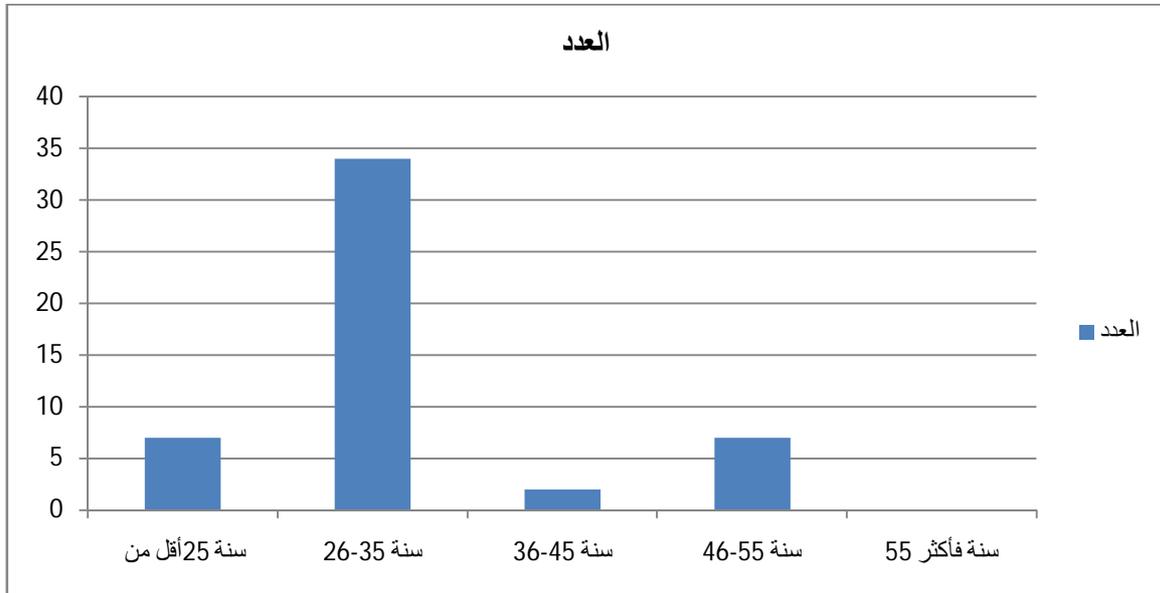
يتضح من الجدول رقم (4-17) والشكل أعلاه أن غالبية أفراد عينة المستشفيات الخاصة من الإناث حيث بلغت نسبتهم (64) % من أفراد العينة بينما بلغت نسبة الذكور في العينة (36) % من إجمالي العينة المبحوثة.

## 2/توزيع أفراد العينة حسب العمر

جدول رقم (4-18) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير العمر

العمر	العدد	النسبة %
أقل من 25 سنة	7	14
26-35 سنة	34	68
36-45 سنة	2	4
46-55 سنة	7	14
55 سنة فأكثر	0	0
المجموع	50	100

المصدر: إعداد الباحث من نتائج الاستبيان 2015.



شكل رقم (4-11) التوزيع التكراري لإفراد العينة وفق متغير العمر

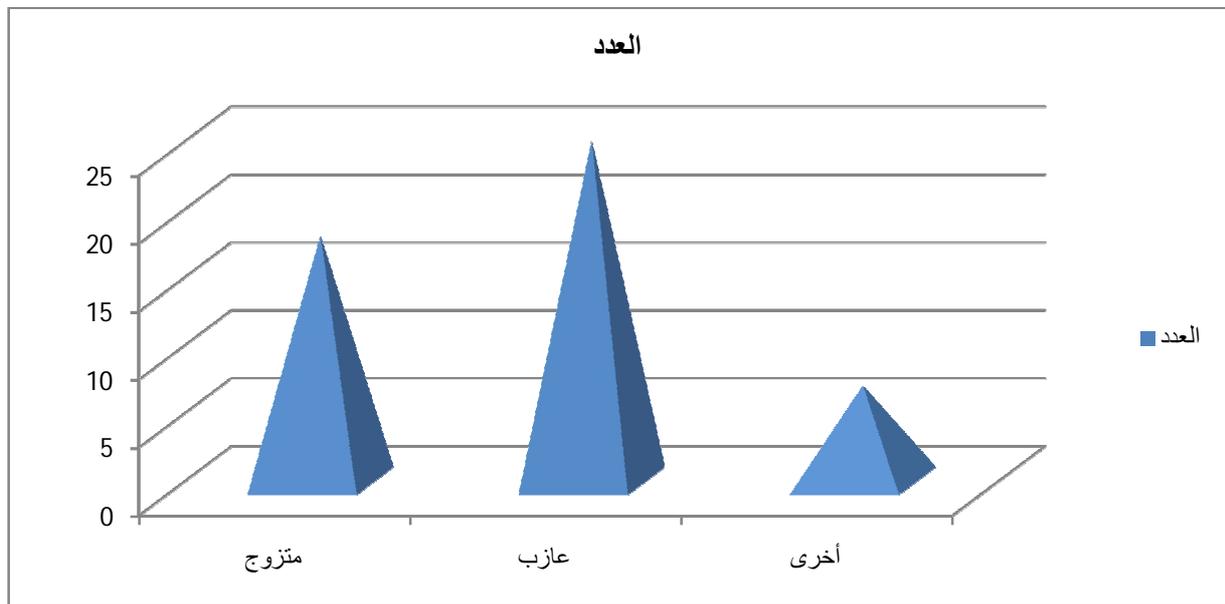
يتضح من الجدول (4-18) والشكل رقم (4-11) أن أفراد العينة الذين تتراوح أعمارهم (أقل من 25 سنة) يبلغ عددهم (7) بنسبة (14) % بينما بلغ عدد الذين تتراوح أعمارهم ما بين (26-35) سنة (34) بنسبة (68) % إما أفراد العينة والذين تتراوح أعمارهم ما بين (36-45) سنة فقد بلغ عددهم (2) بنسبة (4) % . أما أفراد العينة الذين تتراوح أعمارهم ما بين (46-55 سنة) بلغ عددهم (7) بنسبة (14) % من إجمالي العينة المبحوثة. يتضح من كل ذلك أن غالبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين (26-35) سنة حيث بلغت نسبتهم (68) % مما يدل على جودة العينة وقدرة أفرادها على فهم عبارات الاستبانة والإجابة عليها.

### 3/ توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

جدول رقم (4-19) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية

النسبة %	العدد	الحالة الاجتماعية
36	18	متزوج
50	25	عازب
14	7	أخرى
100	50	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من نتائج الاستبيان 2015.



شكل رقم (4-12) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق الحالة الاجتماعية

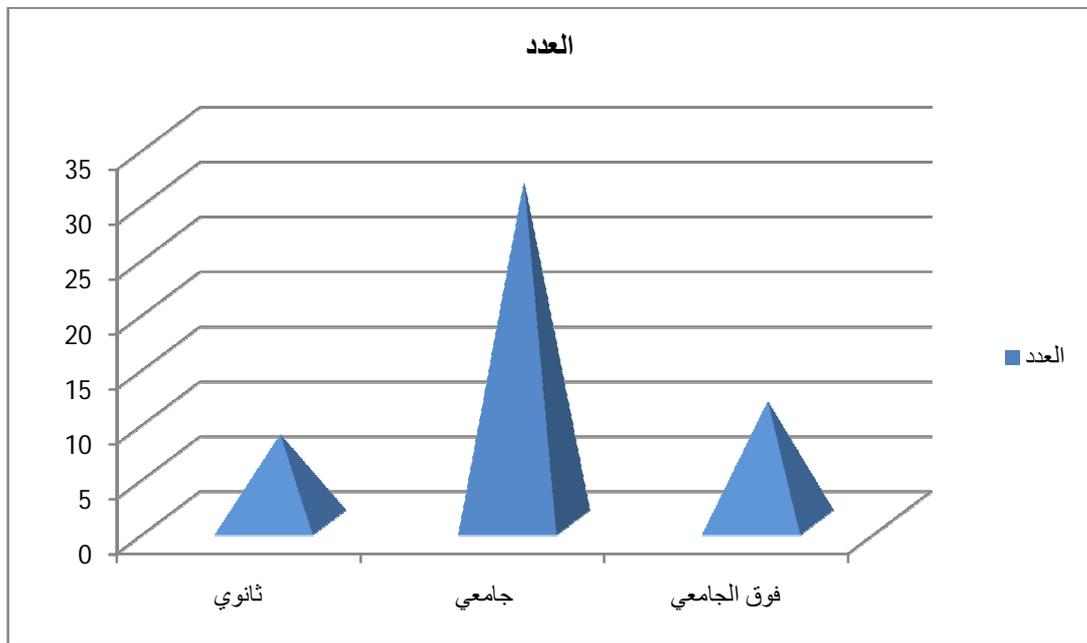
يتضح من الجدول رقم (4-19) والشكل أعلاه أن غالبية أفراد العينة من غير (المتزوجين) حيث بلغت نسبتهم (50) % من أفراد العينة بينما بلغت نسبة المتزوجين (36). أما أفراد العينة من الحالات الأخرى (مطلق وأرمل) فقد بلغت نسبتهم (14) % فقط من إجمالي العينة.

#### 4/ توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي

جدول رقم (4-20) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق متغير المؤهل العلمي.

المؤهل العلمي	العدد	النسبة %
ثانوي	8	16
جامعي	31	62
فوق الجامعي	11	22
المجموع	50	100

المصدر: إعداد الباحث من نتائج الاستبيان 2015.



شكل رقم (4-13) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة وفق متغير المؤهل العلمي.

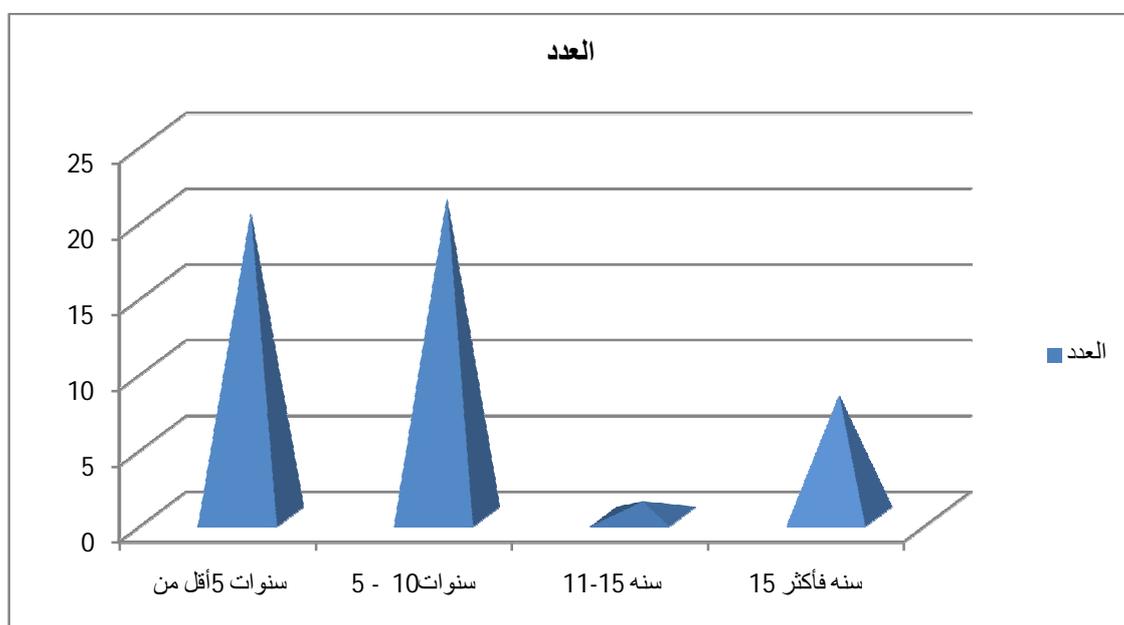
يتضح من الجدول رقم (4-20) والشكل أعلاه أن أفراد العينة الذين مستواهم التعليمي (الجامعي) بلغ عددهم (8) بنسبة (16) % من أفراد العينة، بينما بلغت نسبة حملة التعليم فوق الجامعي (22) %. أما حملة التعليم الثانوي فقد بلغت نسبتهم (16) % من إجمالي العينة المبحوثة. ويتضح من كل ذلك أن غالبية أفراد العينة ممن يحملون درجات جامعية وفوق الجامعية حيث بلغت نسبتهم (84) % مما يدل على جودة التأهيل العلمي لأفراد العينة وبالتالي قدرتهم على فهم عبارات الاستبانة بشكل جيد والإجابة عليها بدقة.

## 5/ توزيع أفراد العينة حسب عدد سنوات الخبرة

جدول رقم (4-21) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة

النسبة %	العدد	سنوات الخبرة
40	20	أقل من 5 سنوات
42	21	5-10 سنوات
2	1	11-15 سنة
16	8	15 سنة فأكثر
100	50	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من نتائج الاستبيان 2015.



شكل رقم (4-14) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب عدد سنوات الخبرة

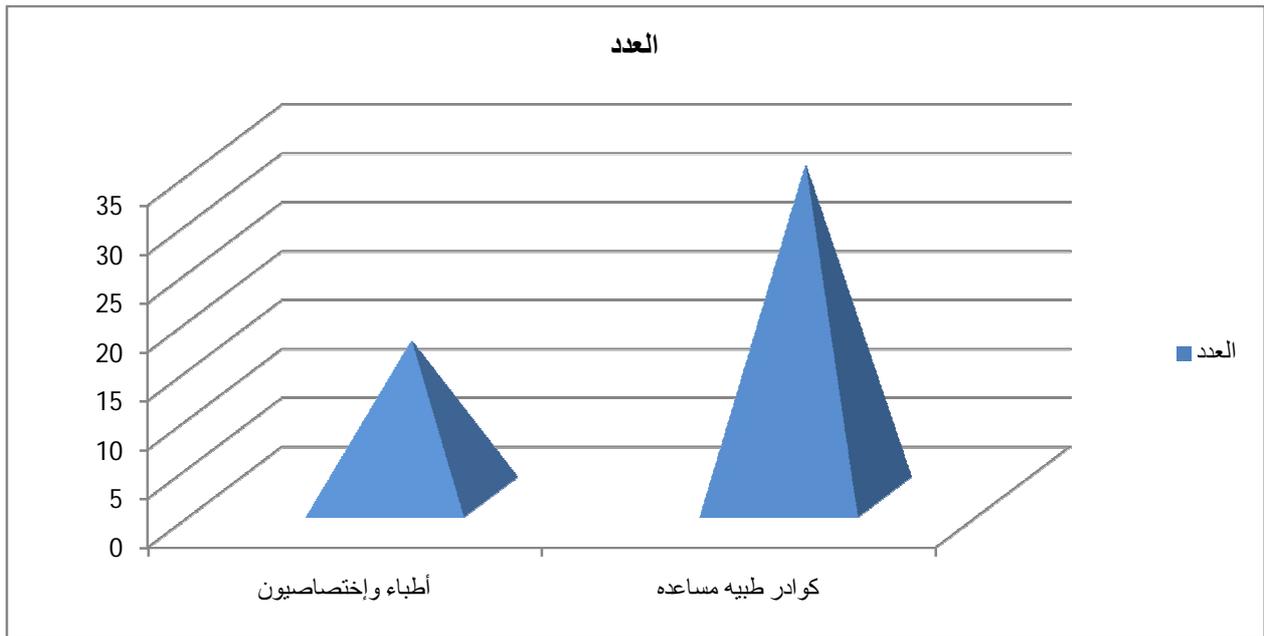
يتضح من الجدول (4-21) والشكل أعلاه أن أفراد العينة المبحوثة والذين تتراوح سنوات خبرتهم ما بين (أقل من 5 سنوات) بلغت نسبتهم (40) % من أفراد العينة الكلية بينما بلغت نسبة الذين تتراوح سنوات خبرتهم ما بين (5 إلى 10) سنة (42) % إما أفراد العينة والذين تتراوح سنوات خبرتهم ما بين (11-15 سنة) فقد بلغت نسبتهم (2) % كما تضمنت العينة نسبة (16) % من الذين تتراوح سنوات خبرتهم ما بين (15 سنة فأكثر) ويتضح من ذلك أن غالبية العينة تتراوح سنوات خبرتهم ما بين (5 إلى 10) سنة حيث بلغت نسبتهم (82) %. وهذه النسبة تدل على نضج أفراد العينة مما يمكنهم من الإجابة على أسئلة الاستبانة بشكل موضوعي.

## 6/ توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة

جدول رقم (4-22) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة

النسبة %	العدد	النوع
32	16	أطباء واختصاصيون
68	34	كوادر طبية مساعده
100	50	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من نتائج الاستبيان 2015.



شكل رقم (4-15) يوضح التوزيع التكراري لإفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة

يتضح من الجدول رقم (4-22) والشكل أعلاه أن عدد أفراد العينة من الأطباء والاختصاصيون (16) بنسبة (32) % بينما بلغ عدد أفراد العينة من الكوادر الطبية المساعدة (34) بنسبة (68) % . من إجمالي العينة المبحوثة.

## خامساً أساليب التحليل الإحصائي المستخدم في الدراسة:

لتحليل البيانات واختبار فروض الدراسة، تمَّ استخدام الأدوات الإحصائية التالية:

### (1) تقدير حجم العينة

فعند درجة ثقة تبلغ 95% فإن  $2Z = 1.96$

حيث  $N =$  حجم العينة.

$2Z =$  الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الثقة 1.96

$(P) =$  نسبة النجاح 50%

$2(e) =$  الخطأ المعياري  $\pm 0.05\%$

$$n = \frac{Z^2 \cdot (P[1 - P])}{e^2}$$

(2) إجراء اختبار الثبات (Reliability Test) لأسئلة الاستبانة وذلك باستخدام " كل من:

### (أ) اختبار الصدق الظاهري.

التحقق من أن العبارات التي استخدمت لقياس مفهوماً "معيناً" تقيس بالفعل هذا المفهوم ولا تقبل إبعاد أخرى ويتميز هذا التحليل بقدرته على توفير مجموعة من المقاييس التي تحدد مدى انطباق البيانات للنموذج الذي تم الكشف عنه واستبعاد أي نماذج أخرى بديلة يمكن أن تفسر العلاقة بين عبارات المقياس بناء على استجابة مفردات عينة الدراسة.

### (ب) اختبارات الصدق والثبات:

يقصد بثبات الاختبار أن يعطي المقياس نفس النتائج إذا ما استخدم أكثر من مرة واحدة تحت ظروف مماثلة. ويعني الثبات أيضاً أنه إذا ما طبق اختبار ما على مجموعة من الأفراد ورصدت درجات كل منهم، ثم أعيد تطبيق الاختبار نفسه على المجموعة نفسها وتم الحصول على الدرجات نفسها يكون الاختبار ثابتاً تماماً. كما يعرف الثبات أيضاً بأنه مدى الدقة والاتساق للقياسات التي يتم الحصول عليها مما يقيسه الاختبار. ومن أكثر الطرق استخداماً في تقدير ثبات المقياس هي:

1- طريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة سيبرمان-براون.

2- معادلة ألفا-كرونباخ.

3- طريقة إعادة تطبيق الاختبار.

4- طريقة الصور المتكافئة.

5- معادلة جوتمان.

واعتمدت الدراسة على- معادلة ألفا-كرونباخ (Cronbach's Alpha) لاختبار الثبات الداخلي، أما الصدق فهو مقياس يستخدم لمعرفة درجة صدق المبحوثين من خلال إجاباتهم على مقياس معين، ويحسب الصدق بطرق عديدة منها يمثل الجذر التربيعي لمعامل الثبات. وتتراوح قيمة كل من الصدق والثبات بين

الصفر والواحد الصحيح. والصدق الذاتي للاستبانة هو مقياس الأداة لما وضعت، ومقياس الصدق هو معرفة صلاحية الأداة لقياس ما وضعت له. قام الباحث بإيجاد الصدق الذاتي لها إحصائياً باستخدام معادلة الصدق الذاتي هي:

$$\text{الصدق} = \sqrt{\text{الثبات}}$$

**(3) أساليب الإحصاء الوصفي: وذلك لوصف خصائص مفردات عينة الدراسة من خلال:**

**أ/ التوزيع التكراري لعبارات فقرات الاستبانة**

وذلك للتعرف على التوزيع التكراري لإجابات أفراد العينة على عبارات فروض الدراسة.

**ب/ الوسط الحسابي الموزون:**

تم اعتماد هذا الأسلوب الإحصائي لوصف آراء أفراد العينة حول متغيرات الدراسة باعتباره أحد مقاييس النزعة المركزية، وهو أكثر عمومية من الوسط الحسابي، حيث أن الوسط الحسابي الاعتيادي يعد حالة خاصة من الوسط الحسابي المرجح عندما ينظر إلى كافة المفردات بنفس الأهمية (الوزن).

**ج/ الانحراف المعياري**

تم استخدام هذا المقياس لمعرفة مدى التشتت في آراء المستجيبين قياساً بالوسط الحسابي المرجح .

**(4) اختبار (T) لدلالة الفروق**

وتم استخدام هذا الاختبار لاختبار الدلالة الإحصائية للفروق عند مستوى معنوية 5% ويعنى ذلك أنه إذا كانت قيمة (T) المحسوبة عند مستوى معنوية اقل من 5% يرفض فرض العدمويقبل الفرض البديل وهذا يعنى وجود فروق ذات دلالة معنوية وتكون الفقرة ايجابية). إما إذا كانت قيمة (T) عند مستوى معنوية اكبر من 5% فذلك معناه قبول فرض العدم وبالتالي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وتكون الفقرة سلبية .

## المبحث الثالث: تحليل بيانات الدراسة

حيث يتم حساب كل من الوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل عبارات محور الدراسة ويتم مقارنة الوسط الحسابي للعبارة بالوسط الفرضي للدراسة (3) حيث تتحقق الموافقة على الفقرات إذا كان الوسط الحسابي للعبارة أكبر من الوسط الفرضي (3)، وتتحقق عدم الموافقة إذا كان الوسط الحسابي أقل من الوسط الفرضي. وفيما يلي جدول يوضح الوسط والانحراف المعياري والأهمية النسبية للعبارات وترتيبها وفقاً لإجابات المستقصى منهم.

### أولاً: محور بيئة العمل

(1) التحليل الإحصائي الوصفي لاستجابة أفراد عينة المستشفيات العامة لعبارات محور بيئة العمل في المستشفيات العامة

جدول رقم (4-23) الإحصاء الوصفي لعبارات محور بيئة العمل في المستشفيات العامة

الترتيب	مستوى الاستجابة	الأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العبارات
4	متوسطة	66,2%	3,31	1,23	1. عملت بيئة العمل على تحفيز ودفع وتميز وإبداع الموظفين بالمستشفى.
3	متوسطة	68,6%	3,43	1,16	2. ساعدت القيادة الراشدة على استقامة ونزاهة العاملين بالمستشفى.
6	متوسطة	60,6%	3,03	1,17	3. أدت بيئة العمل إلى ارتفاع مستوى رضا العاملين بالمستشفى.
1	عالية جداً	83,6%	4,18	0,98	4. وجود اللوحات والعلامات الإرشادية يساعد على الوصول إلى أماكن تقديم الخدمات المختلفة.
2	متوسطة	68,8%	3,44	1,13	5. توجد مواقف كافية وخاصة للعاملين بالمستشفى.
7	متوسطة	60,2%	3,01	1,27	6. غرف العمليات والعنابر بالمستشفى مجهزه ومهيأة ومطابقة للمعايير العالمية والممارسات الموصى بها .
8	متوسطة	58,8%	2,89	1,29	7. تعتبر المرافق العامة (كافتريا، مصلى، حمامات) بالمستشفى كافية ومريحة.
5	متوسطة	75%	3,21	1,26	8. توجد أماكن انتظار مهيئه للمرضى ومرافقيهم.
	متوسطة	66,2%	3,31	1,18	إجمالي العبارات

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً إلى درجة الموافقة على المؤشر، حيث يشير الرقم 1 إلى أعلى درجة موافقة.

يتضح من الجدول رقم ( 4-23) ما يلي:

- 1- المتوسطات الحسابية للعبارات التي تقيس بيئة العمل في المستشفيات العامة تدل على أن مستوى الاستجابة على جميع العبارات استجابة متوسطة ماعدا العبارة (وجود اللوحات والعلامات الإرشادية يساعد على الوصول إلى أماكن تقديم الخدمات المختلفة) حيث كانت استجابة أفراد العينة على العبارة استجابة مرتفعة.
- 2- كما يتضح أن الفقرة (وجود اللوحات والعلامات الإرشادية يساعد على الوصول إلى أماكن تقديم الخدمات المختلفة) هي أكثر الفقرات موافقة من قبل أفراد عينة المستشفيات العامة حيث بلغ متوسطها (4.18) بانحراف معياري (0.98) وأهمية نسبية (83.6)% و تليها في المرتبة الثانية الفقرة (. توجد مواقف كافية وخاصة للعاملين بالمستشفى) حيث بلغ متوسط العبارة (3.44) بانحراف معياري (1.13) وأهمية نسبية (68.8)%. بينما كانت الفقرة (تعتبر المرافق العامة (كافتريا، مصلى، حمامات) بالمستشفى كافية ومريحة) هي أقل الفقرات موافقة حيث بلغ متوسطها (2.89) وبانحراف معياري (1.29) وأهمية نسبية (58.8)%.
- 3- كما بلغ متوسط جميع العبارات التي تقيس محور بيئة العمل في المستشفيات العامة (3.31) بانحراف معياري (1.18) وأهمية نسبية (66.2)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (بيئة العمل في المستشفيات العامة).

(2) التحليل الإحصائي الوصفي لاستجابة أفراد عينة المستشفيات الخاصة لعبارات محور بيئة العمل في المستشفيات الخاصة

جدول رقم (4-24) الإحصاء الوصفي لعبارات محور بيئة العمل في المستشفيات الخاصة

الترتيب	درجة الموافقة	الأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العبارات
2	متوسطة	67,6%	3,38	1,36	1. عملت بيئة العمل على تحفيز ودفع وتميز وإبداع الموظفين بالمستشفى.
3	متوسطة	63,6%	3,18	1,35	2. ساعدت القيادة الراشدة على استقامة ونزاهة العاملين بالمستشفى.
5	متوسطة	63,2%	3,16	1,37	3. أدت بيئة العمل إلى ارتفاع مستوى رضا العاملين بالمستشفى.
1	عالية جدا	80%	4,00	1,12	4. وجود اللوحات والعلامات الإرشادية يساعد على الوصول إلى أماكن تقديم الخدمات المختلفة.
7	متوسطة	50%	2,50	1,41	5. توجد مواقف كافية وخاصة للعاملين بالمستشفى.
6	متوسطة	59,2%	2,96	1,27	6. غرف العمليات والعنابر بالمستشفى مجهزه ومهيأة ومطابقة للمعايير العالمية والممارسات الموصى بها .
8	منخفضة	47,6%	2,38	1,51	7. تعتبر المرافق ألعامة (كافتريا، مصلى ،حمامات) بالمستشفى كافيته ومريحة.
4	متوسطة	62,8%	3,14	1,37	8. توجد أماكن انتظار مهينه للمرضى ومرافقيهم.
	متوسطة	61,8%	3,09	1,34	إجمالي العبارات

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015م.

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً إلى درجة الموافقة على المؤشر، حيث يشير الرقم 1 إلى أعلى درجة موافقة.

يتضح من الجدول رقم (4-24) ما يلي:

- 1- المتوسطات الحسابية للعبارات التي تقيس بيئة العمل في المستشفيات الخاصة تراوحت ما بين الاستجابة المتوسطة والمنخفضة ماعدا العبارة (وجود اللوحات والعلامات الإرشادية يساعد على الوصول إلى أماكن تقديم الخدمات المختلفة) حيث كانت استجابة أفراد العينة على العبارة استجابة مرتفعة .
- 2- كما يتضح أن الفقرة (وجود اللوحات والعلامات الإرشادية يساعد على الوصول إلى أماكن تقديم الخدمات المختلفة) هي أكثر الفقرات موافقة من قبل أفراد عينة المستشفيات الخاصة حيث بلغ متوسطها (4.00) بانحراف معياري (1.12) وأهمية نسبية (80%) تليها في المرتبة الثانية الفقرة (عملت بيئة

العمل على تحفيز ودفع وتميز وإبداع الموظفين بالمستشفى) حيث بلغ متوسط العبارة (3.38) بانحراف معياري (1.36) وأهمية نسبية (67.6)%. بينما كانت الفقرة (. تعتبر المرافق أعمامه (كافتريا، مصلى ،حمامات) بالمستشفى كافيته ومريحة) هي أقل الفقرات موافقة حيث بلغ متوسطها (2.38) وبانحراف معياري (1.51) وأهمية نسبية (47.6)%.

3- كما بلغ متوسط جميع العبارات التي تقيس محور بيئة العمل في المستشفيات الخاصة (3.09) بانحراف معياري (1.34) وأهمية نسبية (61.8)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (بيئة العمل في المستشفيات الخاصة). وفيما يلي ملخص لمقارنة نتائج التحليل الوصفي بين المستشفيات الخاصة والعامة حول محور بيئة العمل.

جدول رقم (4-25) مقارنة عيني الدراسة حول محور بيئة العمل

الترتيب	مستوى الاستجابة	لأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العينات
1	متوسطة	66.2%	3.31	1.18	عينة المستشفيات العامة
2	متوسطة	61.8%	3.09	1.34	عينة المستشفيات الخاصة
	متوسطة	64%	3.20	1.26	إجمالي

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً إلى درجة الموافقة على المؤشر، حيث يشير الرقم 1 إلى أعلى درجة موافقة.

وبمقارنة آراء عيني الدراسة حول بيئة العمل نجد أن عينة المستشفيات العامة هي الأكثر موافقة على إجمالي عبارات بيئة العمل حيث بلغ متوسط استجابة أفراد العينة على العبارات (3.31) وبانحراف معياري (1.18) وأهمية نسبية (66.2)%.

كما يتضح من الجدول (4-25) أن متوسط استجابة جميع أفراد عيني الدراسة بلغ (3.20) بانحراف معياري (1.26) وأهمية نسبية (64)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة المبحوثة من مجتمعي الدراسة (المستشفيات العامة والخاصة) يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (بيئة العمل).

## ثانياً: محور رضا العاملين

### (1) التحليل الإحصائي الوصفي لاستجابة أفراد عينة المستشفيات العامة لعبارات محور رضا العاملين

جدول رقم (4-26) الإحصاء الوصفي لعبارات محور رضا العاملين

الترتيب	درجة الموافقة	الأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العبارات
3	متوسطة	63%	3,15	1,22	1. ساعدت بيئة العمل في المستشفى على رفع مستوى الرضا الوظيفي وتحسين مستوى الكفاءة.
5	متوسطة	59%	2,95	1,13	2. أدى وجود الضمان الاجتماعي وخدمات ما بعد الخدمة إلى رضا العاملين بالمستشفى .
4	متوسطة	62,8%	3,14	1,22	3. ساعدت بيئة العمل في المستشفى على رضا المتعاملين.
1	متوسطة	69%	3,45	1,31	4. ساعدت بيئة العمل في المستشفى على العمل بروح الفريق.
6	منخفضة	49,6%	2,48	1,21	5. أدى الاستقرار في المستشفى إلى رضا العاملين.
2	متوسطة	66,4%	3,32	1,32	6. تهتم المستشفى بأسس ومعدات الصحة والسلامة المهنية.
	متوسطة	61.8%	3.09	1.23	إجمالي العبارات

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً إلى درجة الموافقة على المؤشر، حيث يشير الرقم 1 إلى أعلى درجة موافقة.

يتضح من الجدول رقم (4-26) ما يلي:

- 1- المتوسطات الحسابية للعبارات التي تقيس رضا العاملين في المستشفيات العامة تراوحت ما بين الاستجابة المتوسطة والمنخفضة لجميع العبارات .
- 2- كما يتضح أن الفقرة (.) ساعدت بيئة العمل في المستشفى على العمل بروح الفريق) هي أكثر الفقرات موافقة من قبل أفراد عينة المستشفيات العامة حيث بلغ متوسطها (3.45) بانحراف معياري (1.31) وأهمية نسبية (69%) تليها في المرتبة الثانية الفقرة (.) تهتم المستشفى بأسس ومعدات الصحة والسلامة المهنية) حيث بلغ متوسط العبارة (3.15) بانحراف معياري (1.22) وأهمية نسبية (66.4%). بينما كانت الفقرة (أدى الاستقرار في المستشفى إلى رضا العاملين) هي أقل الفقرات موافقة حيث بلغ متوسطها (2.48) وانحراف معياري (1.21) وأهمية نسبية (49.6%).

3- كما بلغ متوسط جميع العبارات التي تقيس محور بيئة العمل في المستشفيات العامة (3.09) بانحراف معياري (1.23) وأهمية نسبية (61.8)% هذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (بيئة العمل في المستشفيات العامة).

## (2) التحليل الإحصائي الوصفي لاستجابة أفراد عينة المستشفيات الخاصة لعبارات محور بيئة العمل في المستشفيات الخاصة

جدول رقم (4-27) الإحصاء الوصفي لعبارات محور بيئة العمل في المستشفيات الخاصة

الترتيب	درجة الموافقة	الأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العبارات
4	متوسطة	60,8%	3,04	1,38	1. ساعدت بيئة العمل في المستشفى على رفع مستوى الرضا الوظيفي وتحسين مستوى الكفاءة.
5	متوسطة	56,4%	2,82	1,39	2. أدى وجود الضمان الاجتماعي وخدمات ما بعد الخدمة إلى رضا العاملين بالمستشفى .
3	متوسطة	64,8%	3,24	1,23	3. ساعدت بيئة العمل في المستشفى على رضا المتعاملين.
1	عالية	79,2%	3,96	1,06	4. ساعدت بيئة العمل في المستشفى على العمل بروح الفريق.
6	متوسطة	53,6%	2,68	1,50	5. أدى الاستقرار في المستشفى إلى رضا العاملين.
2	عالية	75,8%	3,79	1,15	6. تهتم المستشفى بأسس ومعدات الصحة والسلامة المهنية.
	متوسطة	65,2%	3,26	1,28	إجمالي العبارات

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً إلى درجة الموافقة على المؤشر، حيث يشير الرقم 1 إلى أعلى درجة موافقة.

يتضح من الجدول رقم (4-27) ما يلي:

- 1- المتوسطات الحسابية للعبارات التي تقيس بيئة العمل في المستشفيات الخاصة يوافقون بدرجة متوسطة على جميع العبارات ما عدا العبارات (الرابعة والسادسة) حيث كانت استجابة أفراد العينة على هذه العبارات استجابة مرتفعة .
- 2- كما يتضح أن الفقرة (ساعدت بيئة العمل في المستشفى على العمل بروح الفريق) هي أكثر الفقرات موافقة من قبل أفراد عينة المستشفيات الخاصة حيث بلغ متوسطها (3.96) بانحراف معياري (1.06) وأهمية نسبية (79.2)% تليها في المرتبة الثانية الفقرة (تهتم المستشفى بأسس ومعدات الصحة والسلامة المهنية) حيث بلغ متوسط العبارة (3.74) بانحراف معياري (1.15) وأهمية نسبية (75.8)%. بينما كانت الفقرة (أدى الاستقرار في المستشفى إلى رضا العاملين) هي أقل الفقرات موافقة حيث بلغ متوسطها (2.68) وبانحراف معياري (1.50) وأهمية نسبية (53.6)%.

3- كما بلغ متوسط جميع العبارات التي تقيس محور بيئة العمل في المستشفيات الخاصة (3.26) بانحراف معياري (1.28) وأهمية نسبية (65.2)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (بيئة العمل في المستشفيات الخاصة).  
وفيما يلي ملخص لمقارنة نتائج التحليل الوصفي بين المستشفيات الخاصة والعامة حول محور رضا العاملين

جدول رقم (4-28) مقارنة عيني الدراسة حول محور رضا العاملين

الترتيب	درجة الموافقة	لأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العينات
2	متوسطة	61.8%	3.09	1.23	عينة المستشفيات العامة
1	متوسطة	65.2%	3.26	1.28	عينة المستشفيات الخاصة
	متوسطة	63.6%	3.18	1.25	إجمالي

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً إلى درجة الموافقة على المؤشر، حيث يشير الرقم 1 إلى أعلى درجة موافقة.

يتضح من الجدول رقم (4-28)

وبمقارنة آراء عيني الدراسة حول رضا العاملين بالمستشفى نجد أن عينة المستشفيات الخاصة هي الأكثر موافقة على إجمالي عبارات رضا العاملين حيث بلغ متوسط استجابة أفراد العينة على العبارات (3.26) وبانحراف معياري (1.28) وأهمية نسبية (65.2)%.

كما يتضح من الجدول أن متوسط استجابة جميع أفراد عيني الدراسة (3.18) بانحراف معياري (1.25) وأهمية نسبية (63.6)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة المبحوثة من مجتمعي الدراسة (المستشفيات العامة والخاصة) يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (رضا العاملين).

### ثالثاً: محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال

(1) التحليل الإحصائي الوصفي لاستجابة أفراد عينة المستشفيات العامة لعبارات محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال في المستشفيات العامة

جدول رقم (4-29) الإحصاء الوصفي لعبارات محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال

الترتيب	درجة الموافقة	أهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العبارات
2	عالية	73%	3.65	1.01	1. تتوفر بالمستشفى أنظمة عمل لأداء الأعمال في المستشفى .
7	متوسطة	60%	3,00	1,16	2. تتوفر بالمستشفى أجهزه تشخيصيه حديثه.
5	متوسطة	61,2%	3,06	1,17	3. النظام الإداري (نظم ولوائح وقوانين) بالمستشفى أدى إلى تحسين بيئة العمل ورضا العاملين.
4	متوسطة	69,6%	3,48	1,15	4. أدى دعم روح المساءلة وتحمل المسؤولية العاملين إلى تحسين أداء الأعمال.
1	عالية	74,2%	3,71	1,16	5. توفر الموارد البشرية التي تتميز بالكفاءة بالمستشفى يساعد على جودة الأعمال .
6	متوسطة	60,6%	3,03	1,22	6. ساعد توفر الموارد بالمستشفى في أداء الأعمال بصورة جيدة .
3	عالية	70,2%	3,51	1,24	7. توجد إدارة أو قسم أو مجموعة عمل تهتم بالأمن والسلامة والصحة المهنية بالمستشفى.
	متوسطة	66,2%	3,31	1,15	إجمالي العبارات

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً إلى درجة الموافقة علي المؤشر، حيث يشير الرقم 1 الي أعلى درجة موافقة.

يتضح من الجدول رقم (4-29) ما يلي:

- 1- المتوسطات الحسابية للعبارات التي تقيس أساسيات ومقومات أداء الأعمال في المستشفيات العامة تدل على أن استجابة أفراد العينة على جميع العبارات بدرجة متوسطة ماعدا العبارات (الأولى والخامسة والسابعة) حيث كانت استجابة أفراد العينة على هذه العبارات استجابة مرتفعة
- 2- كما يتضح أن الفقرة (. توفر الموارد البشرية التي تتميز بالكفاءة بالمستشفى يساعد على جودة الأعمال) هي أكثر الفقرات موافقة من قبل أفراد عينة المستشفيات العامة حيث بلغ متوسطها (3.71) بانحراف معياري (1.16) وأهمية نسبية (74.2%) تليها في المرتبة الثانية الفقرة (. تتوفر بالمستشفى أنظمة عمل لأداء الأعمال في المستشفى) حيث بلغ متوسط العبارة (3.65) بانحراف معياري (1.01) وأهمية نسبية

(73%) . بينما كانت الفقرة ( . تتوفر بالمستشفى أجهزه تشخيصيه حديثه) هي أقل الفقرات موافقة حيث بلغ متوسطها (3.00) وبانحراف معياري (1.16) وأهمية نسبية (60)% .

3- كما بلغ متوسط جميع العبارات التي تقيس محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال في المستشفيات العامة (3.31) بانحراف معياري (1.15) وأهمية نسبية (66.2)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (أساسيات ومقومات أداء الأعمال في المستشفيات العامة).

(2) التحليل الإحصائي الوصفي لاستجابة أفراد عينة المستشفيات الخاصة لعبارات محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال في المستشفيات الخاصة

جدول رقم (4-30) الإحصاء الوصفي لعبارات محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال في المستشفيات الخاصة

الترتيب	درجة الموافقة	الأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العبارات
4	عالية	72,4%	3,62	1,10	1. تتوفر بالمستشفى أنظمة عمل لأداء الأعمال في المستشفى .
3	عالية	73,2%	3,66	1,13	2. تتوفر بالمستشفى أجهزه تشخيصيه حديثه.
6	متوسطة	63,3%	3,18	1,49	3. النظام الإداري (نظم ولوائح وقوانين) بالمستشفى أدى إلى تحسين بيئة العمل ورضا العاملين.
2	عالية	74,4%	3,72	1,29	4. أدى دعم روح المساءلة وتحمل المسؤولية العاملين إلى تحسين أداء الأعمال.
1	عالية	77,2%	3,86	1,34	5. توفر الموارد البشرية التي تتميز بالكفاءة بالمستشفى يساعد على جودة الأعمال .
7	متوسطة	62,4%	3,12	1,36	6. ساعد توفر الموارد بالمستشفى في أداء الأعمال بصورة جيدة
5	متوسطة	69,2%	3,46	1,43	7. توجد إدارة أو قسم أو مجموعة عمل تهتم بالأمن والسلامة والصحة المهنية بالمستشفى.
	عالية	70,4%	3,52	1,36	إجمالي العبارات

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً الي درجة الموافقة علي المؤشر، حيث يشير الرقم 1 الي أعلى درجة موافقة.

يتضح من الجدول رقم (4-30) ما يلي:

1- المتوسطات الحسابية للعبارات التي تقيس أساسيات ومقومات أداء الأعمال في المستشفيات الخاصة تراوحت ما بين الاستجابة المرتفعة والمتوسطة .

2- كما يتضح أن الفقرة (.) توفر الموارد البشرية التي تتميز بالكفاءة بالمستشفى يساعد على جودة الأعمال) هي أكثر الفقرات موافقة من قبل أفراد عينة المستشفيات الخاصة حيث بلغ متوسطها (3.86) بانحراف معياري (1.34) وأهمية نسبية (77.2%) تليها في المرتبة الثانية الفقرة (أدى دعم روح المساءلة وتحمل المسؤولية العاملين إلى تحسين أداء الأعمال) حيث بلغ متوسط العبارة (3.72) بانحراف معياري (1.29) وأهمية نسبية (74.4)%. بينما كانت الفقرة (ساعد توفر الموارد بالمستشفى في أداء الأعمال بصورة جيدة) هي أقل الفقرات موافقة حيث بلغ متوسطها (3.12) وبانحراف معياري (1.36) وأهمية نسبية (62.4)%.

3- كما بلغ متوسط جميع العبارات التي تقيس محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال في المستشفيات الخاصة (3.52) بانحراف معياري (1.36) وأهمية نسبية (70.4)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون بدرجة عالية على إجمالي العبارات التي تقيس محور (أساسيات ومقومات أداء الأعمال في المستشفيات الخاصة).

وفيما يلي ملخص لمقارنة نتائج التحليل الوصفي بين المستشفيات الخاصة والعامة حول محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال

جدول رقم (4-31) مقارنة عيني الدراسة حول محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال

الترتيب	درجة الموافقة	الأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العينات
2	متوسطة	66.2%	3.31	1.15	عينة المستشفيات العامة
1	عالية	70.4%	3.52	1.36	عينة المستشفيات الخاصة
	متوسطة	68.4%	3.42	1.25	إجمالي

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً إلى درجة الموافقة على المؤشر، حيث يشير الرقم 1 إلى أعلى درجة موافقة.

وبمقارنة آراء عيني الدراسة حول أساسيات ومقومات أداء الأعمال نجد أن عينة المستشفيات الخاصة هي الأكثر موافقة على إجمالي عبارات أساسيات ومقومات أداء الأعمال حيث بلغ متوسط استجابة أفراد العينة على العبارات (3.52) وبانحراف معياري (1.36) وأهمية نسبية (70.4)%.

كما يتضح من الجدول أن متوسط استجابة جميع أفراد عيني الدراسة (3.42) بانحراف معياري (1.25) وأهمية نسبية (68.4)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة المبحوثة من مجتمعي الدراسة (المستشفيات العامة والخاصة) يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (أساسيات ومقومات أداء الأعمال).



## رابعاً: محور أساسيات ومعايير الجودة في المستشفى

(1) التحليل الإحصائي الوصفي لاستجابة أفراد عينة المستشفيات العامة لعبارات محور أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات العامة

جدول رقم (4-32) الإحصاء الوصفي لعبارات محور أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات العامة

الترتيب	درجة الموافقة	الأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العبارات
1	عالية جدا	74,4%	3,72	1,11	1. توجد فجوه بين النظرية والتطبيق لبرامج الجودة الشاملة في المستشفى.
6	متوسطة	63,8%	3,19	1,08	2. يتم إجراء تعديلات في الهيكل التنظيمي ونظم العمل بالشكل الذي يتناسب مع تطبيق برامج أجهوده الشاملة في المستشفى.
5	متوسطة	65%	3,25	1,05	3. توجد معايير واضحة لقياس جودة الخدمات الطبية في المستشفى .
2	متوسطة	69%	3,45	1,01	4. القيادة العليا في المستشفى تبني برامج أجهوده الشاملة.
3	متوسطة	66,6%	3,33	1,01	5. إدارة أجهوده الشاملة في المستشفى موجودة ومكتملة.
7	متوسطة	61,4%	3,07	1,14	6. العاملون بالمستشفى ملمين بأساسيات أجهوده الشاملة وثقافتها .
6	متوسطة	62%	3,10	1,23	7. يوجد بالمستشفى برنامج متخصص بالسلامة والصحة المهنية يقوم بإجراء القياسات الخاصة لها.
4	متوسطة	66%	3,30	1,09	إجمالي العبارات

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً الي درجة الموافقة علي المؤشر، حيث يشير الرقم 1 الي أعلى درجة موافقة.

يتضح من الجدول رقم (4-32) ما يلي:

- 1- المتوسطات الحسابية للعبارات التي تقيس أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات العامة تدل على أن استجابة أفراد عينة الدراسة على جميع العبارات تعتبر استجابة متوسطة ماعدا العبارة (الأولى) حيث كانت استجابة أفراد العينة استجابة مرتفعة .
- 2- كما يتضح أن الفقرة (.) توجد فجوه بين النظرية والتطبيق لبرامج أجهوده الشاملة في المستشفى) هي أكثر الفقرات موافقة من قبل أفراد عينة المستشفيات العامة حيث بلغ متوسطها (3.72) بانحراف معياري (1.11) وأهمية نسبية (74.4%) تليها في المرتبة الثانية الفقرة (القيادة العليا في المستشفى

تتبنى برامج أجهوده الشاملة) حيث بلغ متوسط العبارة (3.45) بانحراف معياري (1.01) وأهمية نسبية (69)%. بينما كانت الفقرة (العاملون بالمستشفى ملمين بأاساسيات أجهوده الشاملة وثقافتها) هي أقل الفقرات موافقة حيث بلغ متوسطها (3.07) وبانحراف معياري (1.14) وأهمية نسبية (61.4)%.  
3- كما بلغ متوسط جميع العبارات التي تقيس محور أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات العامة (3.30) بانحراف معياري (1.09) وأهمية نسبية (66)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون بدرجة عالية على إجمالي العبارات التي تقيس محور (أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات العامة).

## (2) التحليل الإحصائي الوصفي لاستجابة أفراد عينة المستشفيات الخاصة لعبارات محور أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات الخاصة

جدول رقم (4-33) الإحصاء الوصفي لعبارات محور أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات الخاصة

الترتيب	درجة الموافقة	لأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العبارات
1	عالية	73,6%	3,68	1,26	1. توجد فجوة بين النظرية والتطبيق لبرامج أجهوده الشاملة في المستشفى.
3	متوسطة	62,4%	3,12	1,39	2. يتم إجراء تعديلات في الهيكل التنظيمي ونظم العمل بالشكل الذي يتناسب مع تطبيق برامج أجهوده الشاملة في المستشفى.
6	متوسطة	57,2%	2,86	1,37	3. توجد معايير واضحة لقياس جودة الخدمات الطبية في المستشفى .
4	متوسطة	61,2%	3,06	1,45	4. القيادة العليا في المستشفى تتبنى برامج أجهوده الشاملة.
7	متوسطة	56,8%	2,84	1,33	5. إدارة أجهوده الشاملة في المستشفى موجودة ومكتملة.
2	متوسطة	63,6%	3,18	1,40	6. العاملون بالمستشفى ملمين بأاساسيات أجهوده الشاملة وثقافتها .
5	متوسطة	58,4%	2,92	1,29	7. يوجد بالمستشفى برنامج متخصص بالسلامة والصحة المهنية يقوم بإجراء القياسات الخاصة لها.
	متوسطة	61,8%	3,09	1,35	إجمالي العبارات

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً الي درجة الموافقة علي المؤشر، حيث يشير الرقم 1 الي أعلى درجة موافقة.

يتضح من الجدول رقم (4-33) ما يلي:

1- المتوسطات الحسابية للعبارات التي تقيس أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات الخاصة تدل على أن استجابة أفراد عينة الدراسة على جميع العبارات تعتبر استجابة متوسطة ماعدا العبارة (الأولى) حيث كانت استجابة أفراد العينة استجابة مرتفعة.

2- كما يتضح أن الفقرة (توجد فجوة بين النظرية والتطبيق لبرامج أجهده الشاملة في المستشفى) هي أكثر الفقرات موافقة من قبل أفراد عينة المستشفيات الخاصة حيث بلغ متوسطها (3.68) بانحراف معياري (1.26) وأهمية نسبية (73.6%) تليها في المرتبة الثانية الفقرة (العاملون بالمستشفى ملمين بأساسيات أجهده الشاملة وثقافتها) حيث بلغ متوسط العبارة (3.18) بانحراف معياري (1.14) وأهمية نسبية (63.8)%. بينما كانت الفقرة (إدارة أجهده الشاملة في المستشفى موجودة ومكتملة) هي أقل الفقرات موافقة حيث بلغ متوسطها (2.84) وبانحراف معياري (1.33) وأهمية نسبية (56.8)%.

3- كما بلغ متوسط جميع العبارات التي تقيس محور أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات الخاصة (3.09) بانحراف معياري (1.35) وأهمية نسبية (61.8)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون بدرجة عالية على إجمالي العبارات التي تقيس محور (أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات الخاصة).

وفيما يلي ملخص لمقارنة نتائج التحليل الوصفي بين المستشفيات الخاصة والعامة حول محور أساسيات ومعايير الجودة في المستشفى

جدول رقم ( 4-34) مقارنة عيني الدراسة حول محور أساسيات ومعايير الجودة

الترتيب	درجة الموافقة	لأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العينات
1	متوسطة	66%	3.30	1.09	عينة المستشفيات العامة
2	متوسطة	61.8%	3.09	1.35	عينة المستشفيات الخاصة
	متوسطة	64%	3.20	1.22	إجمالي

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً إلى درجة الموافقة على المؤشر، حيث يشير الرقم 1 إلى أعلى درجة موافقة.

والمقارنة أراء عيني الدراسة حول أساسيات ومعايير الجودة في المستشفى نجد أن عينة المستشفيات العامة هي الأكثر موافقة على إجمالي عبارات أساسيات ومعايير الجودة حيث بلغ متوسط استجابة أفراد العينة على إجمالي العبارات (3.30) وبانحراف معياري (1.09) وأهمية نسبية (66)%.

كما يتضح من الجدول أن متوسط استجابة جميع أفراد عيني الدراسة (3.20) بانحراف معياري (1.22) وأهمية نسبية (64)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة المبحوثة من مجتمعي الدراسة (المستشفيات العامة والخاصة) يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (أساسيات ومعايير الجودة في المستشفى).

## خامساً: محور التدريب في المستشفى

(1) التحليل الإحصائي الوصفي لاستجابة أفراد عينة المستشفيات العامة لعبارات محور التدريب في المستشفى

جدول رقم (4-35) الإحصاء الوصفي لعبارات محور التدريب في المستشفى

الترتيب	درجة الموافقة	الأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العبارات
3	متوسطة	63,2%	3,16	1,28	1. يوجد تدريب كافي للأطباء والكوادر الطبية المساعدة بالمستشفى
5	متوسطة	61,4%	3,07	1,20	2. يتم تحديد الاحتياجات التدريبية في المستشفى وفق معايير مدروسة.
8	متوسطة	55,8%	2,79	1,07	3. يتم تحديد ميزانيه كافيه للتدريب في المستشفى
7	متوسطة	59,2%	2,96	1,11	4. توجد نظم علميه لتقييم الأداء في المستشفى .
2	متوسطة	63,6%	3,18	1,09	5. توجد خطه للتدريب وفق الطرق التي تضمن تحقيق ألوده الشاملة في المستشفى .
6	متوسطة	60%	3,00	1,13	6. يتم تحديث السجل الطبي والمهني بناءً على حضور الدورات التدريبية.
1	متوسطة	68,2%	3,41	1,16	7. توجد بالمستشفى قواعد وإرشادات للسلامة والصحة المهنية والطرق الصحيحة والأمنة لأداء الأعمال .
4	متوسطة	61,6%	3,08	1,25	8. يتم التحقق في الحوادث وإصابات العمل والأخطاء الطبية ويتم إعادة التقارير والإحصاءات الخاصة بها في المستشفى.
	متوسطة	61.6%	3.08	1.16	إجمالي العبارات

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً الي درجة الموافقة علي المؤشر، حيث يشير الرقم 1 الي أعلى درجة موافقة.

يتضح من الجدول رقم (4-35) ما يلي:

1- المتوسطات الحسابية للعبارات التي تقيس التدريب في المستشفيات تدل على أن أفراد عينة المستشفيات العامة يوافقون بدرجة متوسطة على جميع العبارات التي تقيس محور التدريب بالمستشفى.

2- كما يتضح أن الفقرة توجد بالمستشفى قواعد وإرشادات للسلامة والصحة المهنية والطرق الصحيحة والأمانة لأداء الأعمال) هي أكثر الفقرات موافقة من قبل أفراد عينة المستشفيات العامة حيث بلغ متوسطها (3.41) بانحراف معياري (1.16) وأهمية نسبية (68.2)% تليها في المرتبة الثانية الفقرة (توجد خطه للتدريب وفق الطرق التي تضمن تحقيق ألووه الشاملة في المستشفى) حيث بلغ متوسط العبارة (3.16) بانحراف معياري (1.28) وأهمية نسبية (63.6)%. بينما كانت الفقرة (يتم تحديد ميزانيه كافيه للتدريب في المستشفى) هي أقل الفقرات موافقة حيث بلغ متوسطها (2.79) وبانحراف معياري (1.07) وأهمية نسبية (55.8)%.

3- كما بلغ متوسط جميع العبارات التي تقيس محور أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات العامة (3.08) بانحراف معياري (1.16) وأهمية نسبية (61.6)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (التدريب في المستشفيات العامة).

(2) التحليل الإحصائي الوصفي لاستجابة أفراد عينة المستشفيات الخاصة لعبارات محور التدريب

جدول رقم (4-36) الإحصاء الوصفي لعبارات محور التدريب في المستشفيات الخاصة

الترتيب	درجة الموافقة	أهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العبارات
5	متوسطة	56,4%	2,82	1,40	1. يوجد تدريب كافي للأطباء والكوادر الطبية المساعدة بالمستشفى .
6	متوسطة	55,2%	2,76	1,31	2. يتم تحديد الاحتياجات التدريبية في المستشفى وفق معايير مدروسة.
8	منخفضة	48,8%	2,44	1,23	3. يتم تحديد ميزانيه كافيه للتدريب في المستشفى
4	متوسطة	58,8%	2,94	1,28	4. توجد نظم علميه لتقييم الأداء في المستشفى
7	متوسطة	54,4%	2,72	1,27	5. توجد خطه للتدريب وفق الطرق التي تضمن تحقيق ألقوده الشاملة في المستشفى .
3	متوسطة	59,2%	2,96	1,30	6. يتم تحديث السجل الطبي والمهني بناءً على حضور الدورات التدريبية.
2	متوسطة	69,2%	3,46	1,41	7. توجد بالمستشفى قواعد وإرشادات للسلامة والصحة المهنية والطرق الصحيحة والأمنة لأداء الأعمال .
1	عالية	73,6%	3,68	1,25	8. يتم التحقق في الحوادث وإصابات العمل والأخطاء الطبية ويتم إعادة التقارير والإحصاءات الخاصة بها في المستشفى.
	متوسطة	59,2%	2,96	1,30	إجمالي العبارات

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً الي درجة الموافقة علي المؤشر، حيث يشير الرقم 1 الي أعلى درجة موافقة.

يتضح من الجدول رقم (4-36) ما يلي:

1- المتوسطات الحسابية للعبارات التي تقيس التدريب في المستشفيات الخاصة تراوحت ما بين الاستجابات المتوسطة والمنخفضة ما عدا العبارة الثامنة حيث كانت استجابة أفراد العينة على العبارة استجابة مرتفعة .

2- كما يتضح أن الفقرة (يتم التحقق في الحوادث وإصابات العمل والأخطاء الطبية ويتم إعادة التقارير والإحصاءات الخاصة بها في المستشفى) هي أكثر الفقرات موافقة من قبل أفراد عينة المستشفيات الخاصة حيث بلغ متوسطها (3.68) بانحراف معياري (1.25) وأهمية نسبية (73.6%) تليها في المرتبة الثانية الفقرة (توجد بالمستشفى قواعد وإرشادات للسلامة والصحة المهنية والطرق الصحيحة

والآمنة لأداء الأعمال) حيث بلغ متوسط العبارة (3.46) بانحراف معياري (1.41) وأهمية نسبية (69.2)%. بينما كانت الفقرة (.) يتم تحديد ميزانيه كافيه للتدريب في المستشفى) هي أقل الفقرات موافقة حيث بلغ متوسطها (2.44) وبانحراف معياري (1.23) وأهمية نسبية (48.8)%.  
 3- كما بلغ متوسط جميع العبارات التي تقيس محور أساسيات ومعايير الجودة في المستشفيات الخاصة (2.96) بانحراف معياري (1.30) وأهمية نسبية (59.2)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (التدريب في المستشفيات الخاصة).  
 وفيما يلي ملخص لمقارنة نتائج التحليل الوصفي بين المستشفيات الخاصة والعامة حول محور التدريب في المستشفى

جدول رقم (4-37) مقارنة عيني الدراسة حول محور التدريب في المستشفى

الترتيب	درجة الموافقة	الأهمية النسبية	المتوسط	الانحراف المعياري	العينات
1	متوسطة	61.6%	3.08	1.16	عينة المستشفيات العامة
2	متوسطة	59.2%	2.96	1.30	عينة المستشفيات الخاصة
	متوسطة	60.4%	3.02	1.23	إجمالي

المصدر: إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

\* تشير الأرقام المتسلسلة في قائمة الترتيب بالجدول أعلاه تنازلياً الي درجة الموافقة علي المؤشر، حيث يشير الرقم 1 الي أعلى درجة موافقة.

و بمقارنة آراء عيني الدراسة حول التدريب في المستشفى نجد أن عينة المستشفيات العامة هي الأكثر موافقة على إجمالي العبارات التي تقيس التدريب حيث بلغ متوسط استجابة أفراد العينة على إجمالي العبارات (3.08) وبانحراف معياري (1.16) وأهمية نسبية (61.6)%.

كما يتضح من الجدول أن متوسط استجابة جميع أفراد عيني الدراسة (3.02) بانحراف معياري (1.23) وأهمية نسبية (60.4)% وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة المبحوثة من مجتمعي الدراسة (المستشفيات العامة والخاصة) يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (التدريب في المستشفى).

## المبحث الرابع: اختبار فروض الدراسة

يتناول الباحث في هذا المبحث مناقشة وتفسير نتائج الدراسة الميدانية وذلك من خلال المعلومات التي أسفرت عنها جداول تحليل البيانات الإحصائية وكذلك نتائج التحليل الإحصائي لاختبار الفروض، وفروض الدراسة هي:

### الفرضية الرئيسية

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والخاصة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة وتتفرع منها الفروض الفرعية التالية:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (بيئة العمل) .

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (رضا العاملين) ..

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (مقومات وأساسيات أداء الأعمال).

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (أساسيات ومعايير الجودة الشاملة).

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (التدريب).

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (t) للعينتين المستقلتين (independent sample t- test) وذلك للتعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى القياس بين عينة المستشفيات العامة والخاصة.

وفيما يلي اختبار للفروض الفرعية لفرضية الدراسة الرئيسية الأولى:

### الفرضية الفرعية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (بيئة العمل).

ولمعرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول بيئة العمل تم استخدام اختبار (T) للعينتين المستقلتين وذلك على النحو التالي :

جدول رقم (4-38) نتيجة اختبار (t) للعيتين بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول بيئة العمل

العينات	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	قيمة t	مستوى المعنوية	نتيجة الاختبار
المستشفيات العامة	0.404	3.31	0.982	0.342	لا توجد فروق
المستشفيات الخاصة	0.506	3.09			

المصدر : إعداد الباحث من نتائج التحليل

تشير نتائج التحليل في الجدول رقم (4-38) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة موضع الدراسة عند مستوى معنوية 5% ويتضح ذلك من خلال قيمة اختبار (t-test) حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة للاختبار (0.982) بمستوى معنوية (0.342) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة المعنوية (0.05). ولذلك يتم قبول فرض العدم وهذه النتيجة تدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول بيئة العمل. وهذه يعنى عدم وجود اختلاف بين بيئة العمل في المستشفيات العامة والخاصة. ويظهر ذلك من خلال المتوسطات الحسابية والتي تعكس درجة استجابة متوسطة لعبارات بيئة العمل في عيني الدراسة (المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة). ومما تقدم نستنتج أن فرضية الدراسة الفرعية الأولى (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (بيئة العمل)). يعتبر فرض صحيح وبالتالي فإن الباحث توصل بعد الانتهاء من اختبار الفرض الفرعي الأول إلى عدم وجود اختلاف في بيئة العمل بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة.

#### الفرضية الفرعية الثانية

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (رضا العاملين).

ولمعرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول رضا العاملين تم استخدام اختبار (T) للعيتين المستقلتين وذلك على النحو التالي :

جدول رقم (4-39) نتيجة اختبار (t) للعيتين بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول رضا العاملين

العينات	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	قيمة t	مستوى المعنوية	نتيجة الاختبار
المستشفيات العامة	0.340	3.08	0.659	0.524	لا توجد فروق
المستشفيات الخاصة	0.509	3.25			

المصدر : إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

تشير نتائج التحليل في الجدول رقم (4-39) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة موضع الدراسة عند مستوى معنوية 5% حول رضا العاملين ويتضح ذلك من

خلال قيمة اختبار (t-test) حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة للاختبار (0.629) بمستوى معنوية (0.524) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة المعنوية (0.05). ولذلك يتم قبول فرض العدم وهذه النتيجة تدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول بيئة العمل. وهذه تعني عدم وجود اختلاف بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول رضا العاملين. ويظهر ذلك من خلال المتوسطات الحسابية والتي تعكس درجة استجابة متوسطة لعبارات رضا العاملين في عيني الدراسة (المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة).

ومما تقدم نستنتج أن فرضية الدراسة الفرعية الثانية (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (رضا العاملين) يعتبر فرض صحيح وبالتالي فإن الباحث توصل بعد الانتهاء من اختبار الفرض الفرعي الثاني إلى عدم وجود اختلاف بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول رضا العاملين.

### الفرضية الفرعية الثالثة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (أساسيات ومقومات أداء الأعمال).

ولمعرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول أساسيات ومقومات أداء الأعمال تم استخدام اختبار (T) للعينتين المستقلتين وذلك على النحو التالي :

جدول رقم (4-40) نتيجة اختبار (t للعينتين) بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول أساسيات ومقومات

#### أداء الأعمال

العينات	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	قيمة t	مستوى المعنوية	نتيجة الاختبار
المستشفيات العامة	0.308	3.35	2.07	0.046	وجود فروق
المستشفيات الخاصة	0.278	3.52			

المصدر : إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

تشير نتائج التحليل في الجدول رقم (4-40) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة موضع الدراسة عند مستوى معنوية 5% ويتضح ذلك من خلال قيمة اختبار (t-test) حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة للاختبار (2.07) بمستوى معنوية (0.046) وهي قيمة أقل من مستوى الدلالة المعنوية (0.05). ولذلك يتم رفض فرض العدم وقبول الفرض البديل والذي يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول أساسيات ومقومات أداء الأعمال ولصالح المستشفيات الخاصة حيث بلغ متوسط استجابة أفراد عينة المستشفيات العامة (3.52) وهو أكبر من متوسط استجابة أفراد عينة المستشفيات العامة والبالغ (3.35). وهذه تعني وجود اختلاف بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول أساسيات ومقومات أداء الأعمال.

ومما تقدم نستنتج أن فرضية الدراسة الفرعية الثالثة (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (أساسيات ومقومات أداء الأعمال) يعتبر فرض غير صحيح وبالتالي فإن الباحث توصل بعد الانتهاء من اختبار الفرض الفرعي الثالث إلى وجود اختلاف في أساسيات ومقومات أداء الأعمال بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة.

#### الفرضية الفرعية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (أساسيات ومعايير الجودة الشاملة).

ولمعرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول أساسيات ومعايير الجودة الشاملة تم استخدام اختبار (T) للعينتين المستقلتين وذلك على النحو التالي :

جدول رقم (4-41) نتيجة اختبار (t للعينتين) بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول أساسيات ومعايير

#### الجودة الشاملة

العينات	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	قيمة t	مستوى المعنوية	نتيجة الاختبار
المستشفيات العامة	0.226	3.30	1.47	0.167	لا توجد فروق
المستشفيات الخاصة	0.278	3.09			

المصدر : إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

تشير نتائج التحليل في الجدول رقم (4-41) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة موضع الدراسة عند مستوى معنوية 5% حول أساسيات ومعايير الجودة الشاملة ويتضح ذلك من خلال قيمة اختبار (t-test) حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة للاختبار (1.47) بمستوى معنوية (0.167) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة المعنوية (0.05). ولذلك يتم قبول فرض عدم وهذه النتيجة تدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول أساسيات ومعايير الجودة الشاملة. وهذه يعنى عدم وجود اختلاف بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول أساسيات ومعايير الجودة الشاملة. ويظهر ذلك من خلال المتوسطات الحسابية والتي تعكس درجة استجابة متوسطة لعبارات أساسيات ومعايير الجودة الشاملة في عيني الدراسة (المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة).

ومما تقدم نستنتج أن فرضية الدراسة الفرعية الرابعة (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (أساسيات ومعايير الجودة الشاملة) يعتبر فرض صحيح وبالتالي فإن الباحث توصل بعد الانتهاء من اختبار الفرض الفرعي الرابع إلى عدم وجود اختلاف المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق أساسيات ومعايير الجودة الشاملة.

## الفرضية الفرعية الخامسة

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (التدريب).

ولمعرفة مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول التدريب تم استخدام اختبار (T) للعينتين المستقلتين وذلك على النحو التالي :

جدول رقم (40-42) نتيجة اختبار (t للعينتين) بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول التدريب

العينات	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	قيمة t	مستوى المعنوية	نتيجة الاختبار
المستشفيات العامة	0.181	3.08	0.691	0.501	لا توجد فروق
المستشفيات الخاصة	0.406	2.97			

المصدر : إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015

تشير نتائج التحليل في الجدول رقم (4-42) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة موضع الدراسة عند مستوى معنوية 5% حول التدريب ويتضح ذلك من خلال قيمة اختبار (t-test) حيث بلغت قيمة (t) المحسوبة للاختبار (0.691) بمستوى معنوية (0.501) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة المعنوية (0.05). ولذلك يتم قبول فرض العدم وهذه النتيجة تدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول التدريب. وهذه تعني عدم وجود اختلاف بين المستشفيات العامة والخاصة حول التدريب. ويظهر ذلك من خلال المتوسطات الحسابية والتي تعكس درجة استجابة متوسطة لعبارات محور التدريب في عيني الدراسة (المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة).

ومما تقدم نستنتج أن فرضية الدراسة الفرعية الخامسة (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (التدريب) يعتبر فرض صحيح وبالتالي فإن الباحث توصل بعد الانتهاء من اختبار الفرض الفرعي الخامس إلى عدم وجود اختلاف في التدريب بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة.

وفيما يلي ملخص لفرضية الدراسة الرئيسية:

(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والخاصة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة)

جدول رقم (4-43) ملخص لنتائج فروض الدراسة

نتيجة الفرض	المعنوية	اختبار (T)	الفروض الفرعية
دعمت	0.343	0.982	1/لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (بيئة العمل)
دعمت	0.524	0.659	2/لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (رضا العاملين)
لم تدعم	0.046	2.07	3/توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (مقومات وأساسيات أداء الأعمال)
دعمت	0.167	1.47	4/لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (أساسيات ومعايير الجودة الشاملة)
دعمت	0.501	0.691	5/لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (التدريب)

المصدر : إعداد الباحث من نتائج التحليل 2015 -

مما تقدم نستنتج أن فرضية الدراسة الرئيسية والتي نصت على (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والخاصة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة) تم التحقق من صحتها في جميع الفروض الفرعية لعناصر الفرضية. ماعدا الفرضية الفرعية الثالثة لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة (مقومات وأساسيات أداء الأعمال):

**الفصل الخامس**

**النتائج والتوصيات**

## الفصل الخامس

### النتائج والتوصيات

سعت الدراسة إلى دراسة إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية حيث تم المقارنة فيما يخص بيئة العمل في الأقسام الرئيسية بالمستشفيات العامة والخاصة وأثرها علي الأداء وقد توصل الباحث لعدد من النتائج والتوصيات تتمثل فيما يلي:

#### أولاً : النتائج

- 1- الإدارة العليا بالمستشفيات المبحوثة لا تولي أهمية لتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة خليل اسماعيل عبد المحسن الخفاجي (2012).
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوي الجودة المطبق في المستشفيات العامة والخاصة في جميع محاور الدراسة عدا محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال بالرغم من عدم وجود إدارة متخصصة للجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة.
- 3- توجد لوحات وعلامات إرشادية تساعد علي الوصول إلي أماكن تقديم الخدمات المختلفة بالمستشفيات العامة والخاصة، كما هو مشار إليه في جدول محور البيئة.
- 4- الخدمات العامة (كافتريات، حمامات مصلي، أماكن انتظار المرافقين..) بالمستشفيات العامة والخاصة غير كافية وغير مريحة.
- 5- نظم الأمن والسلامة المطبقة بالمستشفيات العامة والخاصة تمتاز بالضعف مما يؤثر سلباً علي ضمان وقاية العاملين والمرضي والمرافقين والزوار.
- 6- بمقارنة آراء عينتي الدراسة حول محور بيئة العمل نجد أن عينة المستشفيات العامة هي الأكثر موافقة على إجمالياً عبارات وأن غالبية أفراد العينة المبحوثة من مجتمعي الدراسة (المستشفيات العامة والخاصة) يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (بيئة العمل). كما هو موضح في جدول رقم (4-25) مقارنة عينتي الدراسة حول محور بيئة العمل.
- 7- بمقارنة آراء عينتي الدراسة حول رضا العاملين بالمستشفى نجد أن عينة المستشفيات الخاصة هي الأكثر موافقة على إجمالي عبارات رضا العاملين، وأن غالبية أفراد العينة المبحوثة من مجتمعي الدراسة (المستشفيات العامة والخاصة) يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (رضا العاملين). كما هو موضح في جدول رقم (4-28) مقارنة عينتي الدراسة حول محور رضا العاملين.
- 8- بمقارنة آراء عينتي الدراسة حول أساسيات ومقومات أداء الأعمال نجد أن عينة المستشفيات الخاصة هي الأكثر موافقة على إجمالي عبارات أساسيات ومقومات أداء الأعمال، وأن غالبية أفراد العينة المبحوثة من مجتمعي الدراسة (المستشفيات العامة والخاصة) يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي

العبارات التي تقيس محور (أساسيات ومقومات أداء الأعمال). كما هو موضح في جدول رقم (4-31) مقارنة عينتي الدراسة حول محور أساسيات ومقومات أداء الأعمال.

9- مقارنة آراء عينتي الدراسة حول أساسيات ومعايير الجودة في المستشفى نجد أن عينة المستشفيات العامة هي الأكثر موافقة على إجمالي عبارات أساسيات ومعايير الجودة، وأن غالبية أفراد العينة المبحوثة من مجتمعي الدراسة (المستشفيات العامة والخاصة) يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (أساسيات ومعايير الجودة في المستشفى). كما هو موضح في جدول رقم (4-34) مقارنة عينتي الدراسة حول محور أساسيات ومعايير الجودة

10- مقارنة آراء عينتي الدراسة حول التدريب في المستشفى نجد أن عينة المستشفيات العامة هي الأكثر موافقة على إجمالي العبارات التي تقيس التدريب، وأن غالبية أفراد العينة المبحوثة من مجتمعي الدراسة (المستشفيات العامة والخاصة) يوافقون بدرجة متوسطة على إجمالي العبارات التي تقيس محور (التدريب في المستشفى). كما هو موضح في جدول رقم (4-37) مقارنة عينتي الدراسة حول محور التدريب في المستشفى.

11- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات الخاصة والعامة فيما يتعلق ببيئة العمل.

12- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات الخاصة والعامة فيما يتعلق برضا العاملين.

13- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات الخاصة والعامة فيما يتعلق بأساسيات ومقومات أداء الأعمال.

14- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات الخاصة والعامة فيما يتعلق أساسيات ومعايير الجودة الشاملة.

15- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات الخاصة والعامة فيما يتعلق بالتدريب.

## ثانياً التوصيات:

### التوصيات العامة:

- 1- ضرورة الاهتمام وتبني الإدارة العليا لإدارة الجودة الشاملة وتوفير الموارد المالية والبشرية التي يتطلبها تطبيق إدارة الجودة الشاملة وفقاً لخصائص المستشفيات المختلفة.
- 2- الاستفادة من تجارب المستشفيات الرائدة في تطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة عن طريق إبتعاث بعض الكوادر لهذه المستشفيات للتدريب واكتساب الخبرة.
- 3- إنشاء إدارات متخصصة لإدارة الجودة الشاملة بمستشفيات القطاع الخاص وذلك لضمان تطبيق إدارة الجودة الشاملة بها.
- 4- عمل دورات تدريبية متخصصة في نشر ثقافة الجودة الشاملة ومعاييرها وأسس تطبيقها وفوائدها بصورة تؤدي إلي عدم مقاومة العاملين للتغيرات التي يتطلبها تطبيق برامج الجودة الشاملة بالمستشفيات العامة والخاصة.

5- توفير الدعم المادي والمعنوي للعاملين في المستشفيات العامة والخاصة لتوليد الرغبة لديهم للاستمرار في العمل وتقديم الخدمات للمرضي بشكل مناسب.

### التوصيات الخاصة:

- 1- رفع مستوى خدمات النظافة بالمستشفيات موضع الدراسة باستخدام أحدث آليات النظافة وتوفير عمالة متخصصة ومدربة وماهرة في عملية النظافة بما يتناسب مع طبيعة الأقسام والوحدات المختلفة في المستشفيات موضع الدراسة.
- 2- يجب أن توجد بالمستشفيات موضع الدراسة قاعدة للبيانات يمكن الرجوع إليها والاستفادة منها في تطبيق الجودة الشاملة وذلك عن طريق عملية التوثيق.
- 3- إعطاء مزيد من الاهتمام للمرافقين بالمستشفيات موضع الدراسة بإنشاء أماكن انتظار مهيئة، وتدويرهم بالمعلومات الخاصة بمرضاهم بصورة لا تتعارض مع النواحي الطبية الفنية.
- 4- نشر ثقافة الأمن والسلامة والعمل علي تعزيز أنظمتها المتبعة، مما يؤدي إلي ضمان وقاية العاملين والمرضى والزوار والمجتمع ككل.
- 5- الاهتمام بالعنصر البشري وتدريبه وتأهيله بصورة تضمن إلمام كل فرد بأدق تفاصيل وتقنيات عمله، مما ينعكس إيجابياً علي تقليل الأخطاء الطبية ويساعد علي تحقيق الجودة.
- 6- توفير صناديق للشكاوى والمقترحات تساعد علي لفت النظر للمشاكل مما يساعد علي وضع الحلول مناسبة لها، ويجب أن توضع في أماكن ظاهرة ومناسبة.

### الدراسات المستقبلية المقترحة:

- دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين بيئة العمل للمستشفيات العامة والخاصة.
- أثر تطبيق معايير الجودة الشاملة على تحسين الأداء بالمؤسسات الصحية.
- دور إدارة الجودة الشاملة في تحقيق رضاء العاملين والمستفيدين بالمؤسسات الصحية.

## المصادر والمراجع

## المصادر والمراجع :

### القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة

#### أولاً: المراجع والكتب

- (1) ابراهيم طلعت الدمرداش(2000):اقتصاديات الخدمات الصحية، مصر، دار الكتب المصرية، الطبعة الثانية.
- (2) أحمد حسين الرافي (1999م):عمان، مناهج البحث العلمي، دار وائل للنشر، الطبعة الثانية.
- (3) أحمد سيد مصطفى (2006م):إدارة الجودة الشاملة والايزو 9000.
- (4) احمد يوسف دورين (2012م): إدارة الجودة الشاملة، عمان، الاكاديميون للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- (5) روى عبد الحميد محمد نور (2008م):إدارة الجودة الشاملة المفهوم والادوات والوسائل وايزو 9000 وايزو 1400، الخرطوم، شركة مطابع السودان للعملة، الطبعة الأولى.
- (6) بسيوني سالم (2004م):مفهوم وهيكله برنامج الاعتماد المصري، المؤتمر العربي الثالث، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في ادارة المستشفيات، تقنيه نظم المعلومات، المنظمه العربيه للتتميه الاداريه، القاهره.
- (7) توفيق محمد عبد المحسن(1997م):تقييم الأداء، لبنان، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى.
- (8) ثامر ياسر البكري (2005م):اداره المستشفيات ، الاردن، دار اليازوري العلمي للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- (9) ثامر ياسر البكري (2005م):تسويق الخدمات الصحية، الاردن، دار اليازوري العالميه للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- (10) جاد الرب محمد سيد (1997م):اداره المنظمات الصحية والطبيه منهج متكامل في اطار المفاهيم الاداريه الحديثه، القاهرة، دار النهضة العربيه، الطبعة الأولى.
- (11) جاد الله فوزي علي (1983م):الصحة العامه والدعاية الصحية، مصر، دار المعارف للنشر، الطبعة الأولى.
- (12) جيمس ايفان وجيمس دين (2009م):الجودة الشاملة الإدارة والتنظيم والاستراتيجية، الرياض، دار المريخ للنشر، الطبعة الأولى.
- (13) حمدي عبد العظيم (2008م):المنهج العلمي لإدارة الجودة الشاملة، الأسكندرية، الدار الجامعية، الطبعة الأولى.
- (14) خالد بن سعد عبدالعزيز بن سعيد (1997م):اداره الجودة الشامله تطبيقات علي القطاع الصحي، السعودية، مكتبة الملك فهد الوطنيه، الطبعة الأولى.
- (15) خضير كاظم حمود (2010م):إدارة الجودة في المنظمات المتميزة، عمان، دارالصفاء للنشر، الطبعة الأولى.
- (16) ذكي خليل مساعد (1998م):تسويق الخدمات الصحية، الاردن، دار حامد للنشر، الطبعة الأولى.
- (17) ذكي محمود هاشم (1996م):إدارة الموارد البشرية، الكويت، ذات السلاسل، الطبعة الثانية.
- (18) ذكي مكي اسماعيل (2009م):نظرية التنظيم، الخرطوم، شركة مطابع السودان للعملة، الطبعة الأولى.
- (19) ذكي مكي اسماعيل (2009م):اصول الإدارة والتنظيم، الخرطوم، شركة مطابع السودان للعملة، الخرطوم، الطبعة الثانية.
- (20) سيد محمد جاد الرب (2008م):الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الحديثة، مصر، جامعة قناة السويس، الطبعة الأولى.

- (21) عائشة عبد الله المحجوب جمال (2009م): سياسات ضبط ومراقبة إدارة الجودة الشاملة، السودان، المكتبة الوطنية، الطبعة الأولى.
- (22) عبد الرحمن الصباح (1997م): التنمية الإدارية، عمان الأردن، دار زهران للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- (23) عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانه (2003م): الاتجاهات الحديثه في ادارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، القاهرة، المنظمه العربيه للتنميها لاداره، الطبعة الأولى.
- (24) عبد المهدي بواعنه، (2004م): اداره الخدمه والمؤسسات الصحية مفاهيم ونظريات واساسيات في الاداره الصحية، عمان الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- (25) عز عبد الفتاح، (بدون سنة نشر): مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام SPSS
- (26) علي بوكميش (2010): إدارة الجودة ايزو 9000، عمان، دار الراية للنشر، الطبعة الأولى.
- (27) علي أبوقرين (بدون سنة نشر): الواقع الحالي لمشروع الاعتماد في القطاع الصحي العربي
- (28) علي السلمي (2000م): خواطر في الإدارة المعاصرة، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- (29) علي عبدالله الحاكم (2013م): قياس جودة خدمات وحدات الرعاية الصحية بولاية الخرطوم، الخرطوم، شركة مطابع السودان للعملة، الطبعة الأولى.
- (30) علي ماهر خطاب (2008م): القياس والتقويم في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة ، لأنجلو المصرية، الطبعة السابعة.
- (31) عمر احمد المقلي-عبدالله عبدالرحيم ادريس (2011م): اداره الجودة الشامله، الخرطوم، مطبعه جامعه الخرطوم، الطبعة الأولى.
- (32) عمر وصفي عقيلي (2000م): المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، عمان، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى.
- (33) عمر وصفي عقيلي (1994م): المنظمة ونظرية التنظيم، عمان، زهران للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى..
- (34) فريد النجار (2007م): اداره المستشفيات وشركات الادويه، الاسكندرية، الدار الجامعيه، الطبعة الاولى.
- (35) فريد توفيق نصيرات (2008م): اداره المستشفيات، عمان، إثراء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- (36) فريد عبدالفتاح زين العابدين (1996م): المنهج العلمي لتطبيق اداره الجودة الشامله في المؤسسات العربيه، دار الكتب للنشر، الطبعة الأولى.
- (37) فوزي شعبان مذكور (1998م): تسويق الخدمات الصحية، القاهرة، ايتراك للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- (38) فؤاد الشيخ سالم وآخرون (2002م): المفاهيم الإدارية الحديثة، عمان، مركز الكتب الأردني، الطبعة الأولى.
- (39) قاسم نايف علوان المحياوي (2006م): اداره الجوده في الخدمات-مفاهيم وعمليات وتطبيقات، عمان، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الاولى.
- (40) كامل بريز (1997م): إدارة الموارد البشرية وكفاءة الاداء التنظيمي، لبنان، الطبعة الأولى.
- (41) لوان أدى، تشارلز بيجلي، دافيد ليرسون، كارل سيلتر، ترجمه عبد المحسن بن صالح الحيدر (2000م): تقويم نظام رعايهها طبيهها لفعاليتها والكفاءه هو الانصاف، الرياض، معهد الاداره العامه، الطبعة الأولى.
- (42) محفوظ أحمد جودة (2004م): إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان ، 2004م الطبعة الثالثة.

- (43) محمد الصيرفي (2008م): الجودة الشاملة طريقك للحصول على الايزو، الاسكندرية، مؤسسة حورس الدولية للنشر، الطبعة الأولى.
- (44) مرزوق محمد عدمان (2011م): مدخل فإلاداره الصحية، عمان، دار الرايه للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- (45) مصدر هيركوش، ترجمه طلال بن عايد الاحمدى (2002م): إداره الجودة الشامله، تطبيق اداره الجودة الشامله في الرعايه الصحية وضمن استمرار الالتزامبها، الرياض، معهد الادارهاالعامة، الطبعة الأولى.
- (46) مصطفى حامد الحكيم (2011م): الجودة الشاملة وامتياز الاعمال، الخرطوم، مطابع السودان للعملة، الطبعة الأولى.
- (47) مضر زهران (2008م): إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، عمان، دار زهران للنشر، الطبعة الأولى.
- (48) مؤيد سعيد السالم – وعادل صالح (2006م): إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، أربد الاردن، عالم الكتب الحديثة للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية.
- (49) نخبة من الخبراء المتخصصين (2014م): الإدارة و الجودة الشاملة، الاسكندرية، دارالكتب والوثائق العمومية، الطبعة الأولى.

### ثانياً: الدوريات والمجلات

- (1) احمد سيد مصطفى (1991م): "نحو فعالية الجودة في الصناعة"،التعاون الصناعي في الخليج العربي، العدد44.
- (2) اسامه عبدالحليم مصطفى (2000م): ((تحليل ظاهره تزايد الانفاق العام على الخدمات الصحية واثاره الاقتصادي))، مجلة البحوث التجارية، كليه التجاريه، جامعهاالزقازيق، مصر، العددالثاني، الجزء الاول، المجلد الثاني والعشرون.
- (3) امين عبدالعزيز حسن (1993م): ((الطلب علي الخدمه الصحية ونظم تسويقها))، مجلة الاداره، يصدرها اتحاد جمعيات التنميهالاداريه، مصر، المجلد الخامس والعشرون، العدد الثالث.
- (4) حنان عبد الرحيم الاحمدى (2000م): التحسين المستمر للجوده: المفهوم وكيفية التطبيق، مجلة الادارهاالعامة، الرياض، المجله الاربعون العدد الثالث.
- (5) سهام علي احمد القبندى (2004م): تقويم الخدمهاالاجتماعيهالطبيه بالمستشفيات العامهوالتخصيصيهوالتخطيط لتطويرها بدوله الكويت، مجلة العلوم الاجتماعيه، مجلس النشر العلمي، جامعها الكويت، المجلد32، العدد.
- (6) عبدالله امين محمود جماعه (1998م): المتغيرات المؤثره على ادراك المستهلكين لجودة الخدمات الصحية واثارها التسويقيه، (( دراسه ميدانيه بالتطبيق على المستشفيات الخاصه بمدينه القاهره، مجلة الدراسات والبحوث التجاريه، مصر، العدد الاول.
- (7) فريد نصيرات (1998م): معايير المرضي في اختيار الخدمات الاستشفائيه الخاصه في الاردن، مجلة اباحات اليرموك، سلسله العلوم الانسانيه والاجتماعيه، مجلد 14، عدد11.
- (8) فوزى شعبان مذكور (1997م): مدى ادراك وتطبيق مديره المستشفيات المصريه لطرق إدارة جودة رعايه المريض، المجلهالعلميه للاقتصاد والتجاره، كليه التجاره، جامعها عين شمس، العدد الثالث.
- (9) محمد محمد ابراهيم (1983م) طبيعه حمايه المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلهالعلميه لكليه التجاره، جامعها اسبوط، مصر، العدد الرابع.

### ثالثاً: الرسائل الجامعية

- (1) اسماعيل محمود فهمي (2000م): صعوبات قياس كفاءة اداء الخدمات الصحية بالمستشفيات دراسة تطبيقية علي المستشفيات العامه بوزارة الصحة بمحافظة القاهرة، بحث مقدم للحصول علي درجه العضويه، اكاديميه السادات للعلوم الاداريه، قسم الإدارة العامه والمحليه، جمهوريه مصر العربيه.
- (2) عبد الغفار عبدالله حامد علي (2012م): مؤشرات تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في ممارسات التمريض والرعايه الصحية في المستشفيات العامه والخاصة رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان.
- (3) عدمان مريزق (2008م): واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية- دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير - قسم علوم التسيير.
- (4) عوضيه الخطيب (2009م): اهميه تطبيق اداره الجودة الشامله ومعايير التميز علي مراكز المعلومات، دراسته حالهمركز المعلومات لمجلس الوزراء، رساله دكتوراه غير منشوره، الخرطوم، معهدابحاث العالم الاسلامي، جامعة أمدرمان الاسلاميه.
- (5) فاروق عبدالله الحمود (1999م): نظم المعلومات الصحية واثارها علي ضمان جودة الرعايه الطبيه في الاردن، اطروحه مقدمه لنيل درجه الزمالة في إدارة المستشفيات والخدمات الصحية من المعهد القومي للاداره العليا، اكاديميه السادات للعلوم الاداريه مصر.
- (6) مجدي عبدالفتاح عبدالرحمن (2001م): دور اداره الجودة الكليه في زيادة فعاليه اداره العمليات في صناعه الخدمات بالتطبيق علي اداره المستشفيات، بحث مقدم لنيل درجه الدكتوراه في فلسفة إدارة الاعمال، كليه التجاره، جامعته القاهرة.
- (7) يسير حسن أحمد حسن (2013م): دور إدارة الوقت في رفع أداء العاملين بالشركات الخاصة للصناعات الغذائية، رسالة دكتوراه غير منشورة، الخرطوم، جامعة السودان للعلوم التكنولوجيا.

### رابعاً: اللجان والسمنارات

- (1) اللجنة الاقليميه لشرق المتوسط (2000م): ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولا سيما في الرعايه الصحية الاولييه مسئوليه مشتركه، النظم الصحية والجودة، القاهرة، 1-4 اكتوبر.
- (2) اللجنة الاقليميه لشرق المتوسط، المكتب الاقليمي (2003م): اعتماد المستشفيات ومؤسسات التعليم الطبي-التحديات والتوجهات المستقبلية، دوره الخمسون، القاهرة، 9/29-10/2.
- (3) اللجنة الاقليميه لشرق المتوسط (2000م): ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية، القاهرة، 1-4 اكتوبر.
- (4) عيسى بن علي الحوبلي (2011م): سمنار في إدارة الجودة الشاملة للمخبرات الطبية، الامارات العربية المتحدة، كلية زايد الطبية.

### خامساً: المقابلات

1. مقابلة مع ابراهيم سيمان، مدير مركز محمد صالح ادريس للنزيف المعوي، مستشفى بن سينا، الخرطوم 2015/2/18م.
2. مقابلة مع أحمد ساتي، مدير إدارة شئون الافراد، مستشفى الولادة أمدرمان، أمدرمان، 2015/3/25م، الساعة التاسعة والنصف صباحاً .
3. مقابلة مع اسحاق احمد عبد الرحمن، مدير إدارة الاحصاء، مستشفى الولادة أمدرمان، أمدرمان، 2015/2/24م

4. مقابلة مع بثينة عمر، سستر، ادارة الجودة، مستشفى ابن سينا، الخرطوم 2015/2/17م.
5. مقابلة مع حسام حسن متوكل، المدير الطبي، مستشفى الولادة أمدردمان، أمدردمان، 2015/2/19م الساعة التسعة صباحاً .
6. مقابلة مع عاكف زاهر، إدارة التدريب والبحوث، مستشفى ابن سينا، الخرطوم، 2015/2/10م.
7. مقابلة مع عوض الكريم محمد فرح، المدير الطبي للمحولة، مستشفى امردمان للولادة، أمدردمان، 2015/2/2/19م الساعة العاشرة والنصف صباحاً .
8. مقابلة مع فاطمة آدم عبد الله رهود، المترون العام، مستشفى أمبريال، الخرطوم، 2015/3/12م.
9. مقابلة مع كمال بله ، المدير المالي والاداري، مستشفى أمبريال، الخرطوم، 2015 /4/10م.
10. مقابلة مع محمد شيخ ادريس، المدير الطبي، مستشفى ابن سينا، الخرطوم، 2015/2/16م.
11. مقابلة مع منال بشري المهدي، سستر، مكتب إدارة الجودة، مستشفى الولادة أمدردمان، أمدردمان، 2015/2/23م الساعة الثانية عشر ظهراً .
12. مقابلة مع مي عبد الرحيم محمد أحمد، مدير إدارة الجودة الشاملة، مستشفى بن سينا، الخرطوم، 2015/2/22م.
13. مقابلة مع هالة حسن سليمان الدمياطي، مدير إدارة الجودة الشاملة، مستشفى امردمان، أمدردمان، 2015/2/18م.
14. مقابلة مع، سامية عبدالوهاب، نائب شئون العاملين، مستشفى بن سينا، الخرطوم، 2015/2/15م الساعة الحادية عشر صباحاً

#### سادساً : الإدارات

(1) إدارة التدريب والبحوث، مستشفى ابن سينا.

(2) إدارة العلاقات العامة، مستشفى الولادة امردمان.

#### سابعاً : المراجع الانجليزية

- 1) Goetsh,Davis(1997),Introduction to Total Quality ManagementFor Production ,Processing and Services, New Jersey:Prentice Hill Inc.
- 2) Mitra,Amitava(1993),Fundemintals of Quality Control and Improvement ,Macmillan Publishing Company ,USA.
- 3) Greenberg Linda G. and Lezzoni, Lisa(1995)Quality, In Calkins, D,Femandopulle, R, J, andMarion, B.S. (Eds)Health carepolicy. Oxford, Black well.
- 4) Williams,S.J&Torrens.p.p( 1993) introdctionto healthServices,4the edition, new York, Delmar publishers ,Inc,
- 5) American hospital association(1974) classification of health care institution,

#### ثامناً : مواقع الانترنت

- 1) [http://www.ahedegypt.org/health-report-2005/0009-chapter6-quality-ssurance-\(121-134\)/PDF](http://www.ahedegypt.org/health-report-2005/0009-chapter6-quality-ssurance-(121-134)/PDF).
- 2) <http://www.bayt.com>
- 3) <http://www.mohp.gov.eg/sec/heducation/tadrib/6.doc>.
- 4) [http://www.aleqt.com/2008/10/4/article\\_157257.html](http://www.aleqt.com/2008/10/4/article_157257.html)
- 5) [www.nursing4all.com/attachment.php?attachmentid=1176227664](http://www.nursing4all.com/attachment.php?attachmentid=1176227664)
- 6) [http://www.aleqt.com/2008/10/4/04/article|\\_157257.html\(2014/12/10\)](http://www.aleqt.com/2008/10/4/04/article|_157257.html(2014/12/10))
- 7) [www.nursing4all.com/forum/attachment.php?attachmentid=1384&d=1176227664](http://www.nursing4all.com/forum/attachment.php?attachmentid=1384&d=1176227664)
- 8) <http://www.ahfonline.net/lectures08/Dr%20Ali%20Abougrain.PPS>
- 9) <http://WWW/mawdoo3.com>

الملاحق

## ملحق رقم (أ)

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا

كلية الدراسات العليا - مركز الجودة الشاملة

استمارة استبيان

تقوم الباحثة / هبه سيد احمد حسين علي الكرار بأجراء دراسة ميدانية حول إدارة الجودة الشاملة بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصحية دراسة مقارنة لبيئة العمل وأثرها علي جودة الأداء في الأقسام الرئيسية (باطنية - جراحة - نساء وتوليد) لأغراض بحث لنيل درجة الدكتوراه في إدارة الجودة الشاملة.

الرجاء منكم التكرم بالإجابة علي أسئلة هذه الاستبانة مع العلم بأن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها الا لأغراض البحث وعليه ليس مطلوب منك أن تكتب اسمك أو توقعه.

نشكر لكم حسن تعاونكم

المحور الأول: البيانات الأساسية.

1	النوع	ذكر				أنثي
2	العمر	أقل من 25 سنة	26 - 35 سنة	36 - 45 سنة	46 - 55 سنة	55 سنة فأكثر
3	الحالة الاجتماعية	متزوج	عازب	أخري		
4	المؤهل العلمي	ثانوي	جامعي	فوق الجامعي		
5	الخبرة	أقل من 5 سنوات	5-10 سنوات	11 - 15 سنة	15 سنة فأكثر	
6	الوظيفة	أطباء واختصاصيون			كوادر طبية مساعدة	

المحور الثاني: بيئة العمل.

الرقم	الأسئلة	أوافق بشدة	أوافق	لا ادري	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	عملت بيئة العمل علي تحفيز ودفع وتميز وإبداع الموظفين بالمستشفى.					
2	ساعدت القيادة الراشدة علي استقامة ونزاهة العاملين بالمستشفى.					
3	أدت بيئة العمل إليارتفاع مستوي رضا العاملين بالمستشفى.					
4	وجود اللوحات والعلامات الإرشادية يساعدعلي الوصول إليأماكن تقديم الخدمات المختلفة.					
5	توجد مواقف كافية وخاصة للعاملين بالمستشفى.					
6	غرف العمليات والعنابر بالمستشفى مجهزة ومهياة ومطابقة للمعايير العالمية والممارسات الموصي بها.					
7	تعتبر المرافق العامة (كافتريا، مصلي، حمامات ) بالمستشفى كافية ومريحة.					
8	توجد أماكن انتظار مهينة للمرضي ومرافقيهم.					



المحور الثالث: رضاء العاملين .

الرقم	الأسئلة	أوافق بشدة	أوافق	لا ادري	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	ساعدت بيئة العمل في المستشفى علي رفع مستوي الرضا الوظيفي وتحسين مستوي الكفاءة					
2	أدي وجود الضمان الاجتماعي وخدمات ما بعد الخدمة إلي رضا العاملين بالمستشفى					
3	ساعدت بيئة العمل في المستشفى علي رضء المتعاملين.					
4	ساعدت بيئة العمل في المستشفى علي العمل بروح الفريق .					
5	أدي الاستقرار في الأجور في المستشفى إلي رضا العاملين.					
6	تهتم المستشفى بأسس ومعدات الصحة والسلامة المهنية					

المحور الرابع: أساسيات ومقومات أداء الأعمال.

الرقم	الأسئلة	أوافق بشدة	أوافق	لا ادري	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	تتوفر بالمستشفى أنظمة عمل لأداء الأعمال في المستشفى.					
2	تتوفر بالمستشفى أجهزة تشخيصية حديثة.					
3	النظام الإداري (نظم ولوائح وقوانين) بالمستشفى أدي إلي تحسين بيئة العمل ورضا العاملين.					
4	أدي دعم روح المساءلة وتحمل المسؤولية العاملين إلي تحسين أداء الأعمال.					
5	الموارد البشرية الكافية بالمستشفى يساعد علي جودة الأعمال.					
6	ساعد توفر الموارد المادية بالمستشفى في أداء الأعمال بصورة جيدة.					
7	توجد إدارة أو قسم أو مجموعة عمل تهتم بالأمن والسلامة والصحة المهنية بالمستشفى.					

### المحور الخامس: أساسيات ومعايير الجودة في المستشفى.

الرقم	الأسئلة	أوافق بشدة	أوافق	لا ادري	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	توجد فجوة بين النظرية والتطبيق لبرامج الجودة الشاملة في المستشفى.					
2	يتم إجراء تعديلات في الهيكل التنظيمي ونظم العمل بالشكل الذي يتناسب مع تطبيق برامج الجودة الشاملة في المستشفى.					
3	توجد معايير واضحة لقياس جودة الخدمات الطبية في المستشفى.					
4	القيادة العليا في المستشفى تتبنى برامج الجودة الشاملة.					
5	إدارة الجودة الشاملة في المستشفى موجودة ومكتملة .					
6	العاملون بالمستشفى ملمين بأساسيات الجودة الشاملة وثقافتها .					
7	يوجد بالمستشفى برنامج متخصص بالسلامة والصحة المهنية يقوم بإجراء القياسات الخاصة لها.					

### المحور السادس: التدريب

الرقم	الأسئلة	أوافق بشدة	أوافق	لا ادري	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	يوجد تدريب كافي للأطباء والكوادر الطبية المساعدة بالمستشفى.					
2	يتم تحديد الاحتياجات التدريبية في المستشفى وفق معايير مدروسة.					
3	يتم تحديد ميزانية كافية للتدريب في المستشفى.					
4	توجد نظم علمية لتقييم الأداء في المستشفى.					
5	توجد خطة للتدريب وفق الطرق التي تضمن تحقيق الجودة الشاملة في المستشفى.					
6	يتم تحديث السجل الطبي والمهني بناء علي حضور الدورات التدريبية.					
7	توجد بالمستشفى قواعد وإرشادات للسلامة والصحة المهنية والطرق الصحيحة والأمنه لأداء الأعمال،					
8	يتم التحقيق في الحوادث وإصابات العمل والأخطاء الطبية ويتم إعداد التقارير والإحصاءات الخاصة بها في المستشفى.					



## ملحق رقم (ب)

### قائمة المحكمين

الدرجة العلمية	التخصص	الاسم	الرقم
بروفيسور	طب / جراحة	محمد يوسف سكر	1
بروفيسور	طب / باطنية	عبد القادر الكدرو	2
بروفيسور	طب / نساء وتوليد	عبد اللطيف عشميق الخليفة	3
بروفيسور	جودة شاملة	شمبول عدلان محمد	4
بروفيسور	إدارة أعمال	بكري الطيب موسي	5
دكتور	اقتصاد	طارق الرشيد	6