

إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي (حالة وزارة الصحة)*

محمد طعمانه، جامعة اليرموك

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للعاملين في وزارة الصحة إضافة إلى مستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة، والوقوف على المعوقات التي تحول دون تطبيقها. كما هدفت هذه الدراسة للتعرف على مدى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في إجابات المبحوثين نحو مستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة تعزى للمتغيرات الشخصية المتمثلة بالجنس والمؤهل العلمي والمستوى الوظيفي، وهدفت إلى تحليل العلاقة بين مستوى ممارسة عناصر إدارة الجودة الشاملة والمعوقات التي تحول دون تطبيقها.

اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي من خلال دراسة ميدانية، حيث تم اختيار عينة طبقية عشوائية تمثل كافة الوحدات الصحية (من شاغلي الوظائف الاشرافية). ثم تطوير استبانة مكونة من (41) فقرة وزعت على تلك العينة وكان مجموع الاستبانات العائدة (300) تشكل ما نسبة (86%) من مجموع عدد الاستبانات. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. هناك مستوى متوسط من الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في وزارة الصحة.
2. يتم ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة بدرجة متوسطة.
3. وجود عدد من المعوقات المتمثلة ب: مقاومة العاملين، عدم وجود استراتيجية واضحة لإدارة الجودة الشاملة، قلة التدريب، عدم الالتزام بروح الفريق، عدم تقدير الإنجازات، قلة مشاركة العاملين وعدم وجود معايير لقياس الجودة.
4. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات المبحوثين حول مستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة تعزى لمتغير المستوى التنظيمي، في حين لا فروق تعزى لمتغيري الجنس والمؤهل العلمي.
5. وجود علاقة ارتباط سلبية بين المعوقات لتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة وعناصر إدارة الجودة الشاملة.

وقدمت الدراسة مجموعة من التوصيات ركزت على ضرورة التزام القيادات الإدارية العليا ببرامج إدارة الجودة، والحاجة إلى إنجاز صيغة مؤسسية لاعتماد ومراقبة الجودة في القطاع الصحي والتركيز على التأهيل والتدريب بهذا الخصوص.

المقدمة

تلعب الحكومة دورا هاما وبارزا في إدارة النشاط الاقتصادي وتوجيهه لصالح الوطن والمواطن، إضافة إلى توفير خدمات الرعاية الاجتماعية اللازمة من تعليم وصحة وثقافة ورعاية اجتماعية وتوفير الأمن والأمان للمواطن داخل الدولة. إن هذا الدور المتعاظم الذي تلعبه الحكومة العصرية لم يعد قاصرا فقط على تقديم الخدمة بل امتد ليشمل مستوى جودة تلك الخدمة.

لقد أسهمت مرحلة التحول الديمقراطي التي تشهدها المملكة منذ عام 1989 في ترسيخ كثير من المفاهيم لدى طرفي تقديم الخدمة: الحكومة والمواطنين. فقد تنبعت الحكومة إلى المسؤوليات الجديدة الملقاة على عاتقها من حيث احترام المواطنين ومأسسة الإدارة والسماح بحرية المشاركة للمواطنين على كافة المستويات والقطاعات الحكومية، وتفعيل مؤسسات الرقابة والمساءلة الإدارية، وتقديم أفضل الخدمات بأبسط الطرق وأيسرها، وما استتبع ذلك من برامج ومشاريع لتبسيط الإجراءات في كثير من وحدات القطاع العام. أما المواطن، فقد أصبح أكثر وعيا لحقوقه وواجباته ويات يمارس أداة رقابة فاعلة على أداء المؤسسات الحكومية. وزادت توقعاته ورجباته واحتياجاته التي أسهم الانفتاح على العالم في تعاضمها.

لقد فشلت كثير من الحكومات عندما منحت نفسها الحق في تحديد خصائص السلعة أو الخدمة التي تقدمها دون استشارة المستفيدين، تماما مثلما فشلت بعض مصانع السيارات في الولايات المتحدة عندما لم تأخذ بعين الاعتبار مطالب واحتياجات المستهلكين، وأدرك المديرون العامون اليوم أنهم لم يعودوا قادرين على الاستمرار في تجاهل أهمية الانسجام والالتقاء بين الحكومة والمواطنين في كافة مراحل تقديم الخدمة.

ومن منطلق البحث عن مزيد من الكفاءة والإبداع في ظل عالم ملئ بالمتغيرات والتطورات السريعة فإن إدارة الجودة الشاملة تعتبر نموذجا مغريا للقطاع العام إذا ما احسن تطبيقه لضمان الإنتاجية وتقليل الكلفة وتحسين الأداء وزيادة رضا المواطنين. ولقد أدركت وزارة الصحة أهمية إدارة الجودة الشاملة فعمدت إلى إحداث تغييرات بنيوية في هيكلها التنظيمي منذ عام 1992 حيث تم استحداث مديرية الرقابة وضبط الجودة وفرق تحسين الجودة في مديريات الصحة في محافظات المملكة، وشرعت في خلق التوعية لنظام إدارة الجودة الشاملة. من هنا جاءت هذه الدراسة لتعكس مدى ممارسة وتطبيق هذا النظام وما يعتره من مشاكل ومعوقات.

أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للعاملين في وزارة الصحة في الأردن إضافة إلى الوقوف على مستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة، وكذلك المعوقات التي تحول دون تطبيقها. كما تهدف هذه الدراسة للتعرف على مدى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة نحو مستوى ممارسة إدارة الجودة الشاملة تعزى لبعض المتغيرات الشخصية وتحليل العلاقة بين مستوى ممارسة إدارة الجودة الشاملة والمعوقات، والخروج بتوصيات يمكن أن تسهم إيجابياً بتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

أسئلة الدراسة

تحاول هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. ما هو مستوى الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للعاملين في وزارة الصحة؟
2. ما مستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة في وزارة الصحة والمتمثلة بمساندة ودعم الإدارة العليا، الاهتمام بالمستفيدين، مشاركة الموظفين، بناء فريق العمل، تدريب العاملين واحترام وتقدير العاملين.
3. ما هي المعوقات التي تواجه الوحدات الصحية في سعيها نحو تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.

فرضيات الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى اختبار الفرضيات التالية:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha > 0.05)$ في إجابات أفراد عينة الدراسة نحو مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في وزارة الصحة تعزى للخصائص الشخصية لهم والمتمثلة (بالجنس، المستوى الوظيفي، والمؤهل العلمي).
2. توجد علاقة سلبية عند مستوى $(\alpha > 0.05)$ بين معوقات إدارة الجودة الشاملة ومستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة.

التعريفات الإجرائية

الجودة:

التمشي مع المعايير والأداء الصحيح، بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إهداث خدمة صحية فعالة ومبدعة تزيل الأعراض، وتمنع الأمراض وبأسعار مناسبة.

إدارة الجودة الشاملة:

فلسفة إدارية أو منهج إداري يسعى لخلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف في الخدمة الصحية يرى أن الهدف الأساسي لمنظمته هو خدمة المستفيد من خلال عمل جماعي يتصف بالتعاون والمشاركة لتحقيق هذا الهدف.

عناصر إدارة الجودة الشاملة:

تشتمل عناصر إدارة الجودة الشاملة على ما يلي: مساندة ودعم الإدارة العليا، والاهتمام بالمستفيدين، ومشاركة العاملين، وبناء فرق العمل، وتدريب العاملين واحترامهم وتقديرهم.

الوظائف الإشرافية:

تعني شاغلي الوظائف الإشرافية في مستويات الإدارة العليا والوسطى والدنيا من مستوى رئيس قسم فما فوق.

فريق العمل:

مجموعة من الأشخاص يعملون معا لتحقيق هدف مشترك (حل مشكلة أو تحسين وضع قائم) بصورة دائمة أو مؤقتة.

مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من شاغلي الوظائف الإشرافية في المستويات الإدارية العليا والوسطى والدنيا في وزارة الصحة والبالغ عددهم (4580) حسب نظام تشكيلات الوزارات والدوائر الحكومية لعام 1997 وسجلات الوزارة. تم اختيار عينة طبقية عشوائية بلغت (350) مفردة تمثل كافة الوحدات الصحية (مديريات الصحة في محافظات المملكة، المستشفيات، المراكز الصحية الشاملة والفرعية إضافة إلى مركز الوزارة). تم توزيع (350) استبانة من قبل مجموعة من مساعدي البحث، وكان مجموع الاستبانات العائدة والصالحة للتحليل (300) استبانة تشكل ما نسبته حوالي (86%) من مجموع عدد الاستبانات التي تم توزيعها.

أداة الدراسة

استندت هذه الدراسة إلى أسلوبين، الأسلوب الأول وهو المنهج الوصفي التحليلي لتغطية الجانب النظري لمفهوم إدارة الجودة الشاملة ومراجعة الدراسات السابقة الميدانية، وتم الاعتماد في ذلك على المصادر الثانوية من كتب ودوريات وبحوث ودراسات سابقة. أما الأسلوب الثاني فهو منهج الدراسة الميدانية لتغطية الجانب التطبيقي من هذه الدراسة وبالاعتماد على استبانة تم تطويرها من خلال مراجعة أدبيات الموضوع والعناصر المكونة لمفهوم إدارة الجودة الشاملة وبعض الاستبانات التي أجريت في بعض الدراسات والبحوث.

ولقد تكونت الاستبانة من جزئين أساسيين الجزء الأول ويشمل معلومات عامة مثل العمر، الجنس، المستوى التنظيمي، والمؤهل العلمي، والجزء الثاني ويشمل 41 فقرة، يقاس كل منها بمقياس ليكرت الرباعي لقياس ما يلي: مستوى الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة ويتكون من الفقرات من 1-6، ومستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة والمتمثلة بالعناصر الستة (المجالات) التالية: مساندة ودعم الإدارة العليا (الفقرات من 7 - 14)، الاهتمام بالمستفيدين (الفقرات من 15-21)، مشاركة العاملين (الفقرات من 22-26)، بناء فريق العمل (الفقرات من 27-30)، تدريب العاملين (الفقرات من 31-36)، واحترام وتقدير العاملين (الفقرات من 37-40)، في حين شملت الفقرة 41 على مجموعة من المعوقات التي تحول دون تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

صدق الأداة وثباتها

للتأكد من صدق أداة القياس تم عرض الاستبانة على ستة من المحكمين المتخصصين من أساتذة جامعيين أكاديميين وطلب منهم تقييم الاستبانة من حيث دقة الفقرات ودرجة شمولها واقتراح ما يروونه مناسباً لإجراء التعديلات عليها، فحظيت بموافقة لجنة التحكيم بعد إجراء بعض التعديلات المطلوبة بناء على اقتراحات المحكمين، ولمعرفة ثبات الفقرات فقد تم استخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test - Retest) على مجموعة من أفراد مجتمع الدراسة غير أفراد العينة بلغ عددهم (30) فرداً، إذ تم تطبيق أداة الدراسة للمرة الأولى تم إعادة تطبيقها بعد مرور أسبوعين، واستخرج معامل الارتباط بينهما فكان (0.85) واعتبر الباحث هذه النسبة في الثبات مقبولة لغايات هذه الدراسة.

أسلوب التحليل الإحصائي

لقد تم معالجة البيانات التي تم جمعها إحصائياً باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS + PC) وذلك لإيجاد المتوسطات الحسائية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية للإجابة على أسئلة الدراسة. وتم اختبار الفرضيات باستخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA) بالإضافة إلى استخدام تحليل معاملات الارتباط لقياس العلاقة بين مجالات الدراسة.

الخلفية النظرية للدراسة

نظريات التنظيم وإدارة الجودة الشاملة

في بداية هذا القرن ظهرت المدرسة العلمية على يد فردريك تايلور بهدف زيادة الكفاءة والفاعلية من خلال ما يسمى بالإنتاج الواسع (Mass Production)، ولقد تبين لتايلور أن العمل (الوظيفة) يجب أن يقسم إلى أجزاء حيث يقوم كل عامل متخصص بإنجاز ذلك الجزء، ولذلك اختلف مفهوم الحرفية Craftmanship، بما يحمله من جودة وإتقان وإبداع في الصنعة المقدمة للمواطن، وبقي الضمان الوحيد لجودة السلعة في ظل النظام الجديد من الإنتاج هو التفتيش Inspection، ومن هنا أصبحت الجودة (نوعية السلعة) تسوء رويداً رويداً خاصة أن ظروف الحرب ساهمت في دعم الإنتاج الكبير إلى أن ظهرت

اتحادات متعددة بعد الحرب العالمية الثانية تطالب بضمان أكبر لجودة السلع المنتجة. لقد نجحت المدرسة العلمية في تحقيق أهدافها والمتمثلة بزيادة الإنتاج Productivity، ألا أنها في المحصلة النهائية لم تفلح في الحفاظ على جودة المنتج. لقد ركزت المدرسة العلمية على جعل التشغيل (Process) أكثر فاعلية من خلال تقييد العامل بما صممه له مشرفه في حين أن إدارة الجودة الشاملة شرعت في تخصيص عملية ما (Process) للعامل وطلب منه تحسين تلك العملية بمبادأة منه. لقد كان هدف المدرسة العلمية هو الحفاظ على مدير (رئيس) راض، في حين تركز إدارة الجودة على إبقاء المستهلك راض والعمل على تقديم خدمة / سلعة تتوافق مع رغباته.

لقد ظهرت مشكلة الحاجة إلى إدارة الجودة الشاملة في الولايات المتحدة عندما بدأت حاجات وطلبات وعادات المستهلك تتغير وتتبدل بسرعة. لقد تم تطبيق نظام الإدارة بالأهداف (MBO) لعقود كثيرة بعد المدرسة العلمية ولقد كان هذا النظام فعالاً وحقق أهدافه المتمثلة بالإنتاجية العالية ولكن المشكلة مع هذا النظام أنه أفرز إنتاجاً عالياً لكن واجهت الإدارة مشكلة عدم القدرة على تسويق هذا الكم الكبير من الإنتاج. وتبين أن المديرين فقدوا التماس مع زبائنهم المستهلكين في السبعينات والثمانينات تماماً مثل فقدانهم الاتصال الفعال مع المنافسين.

لقد سبق اليابانيون العالم في تطبيق واستخدام مبادئ إدارة الجودة الشاملة وأصبح التحدي الأساس لدى الغرب ومعظم دول العالم هو الانتقال من نظام الإدارة بالأهداف إلى نظام الإدارة بالحقائق Management by Fact أو ما يسمى بإدارة الجودة الشاملة.

لقد لعبت الاتحادات المختلفة في دول الغرب لضمان جودة السلع دوراً هاماً في التنبيه والتمهيد لهذا النموذج الإداري الجديد، ولقد ساهمت كتابات وأبحاث الرواد الأوائل مثل إدوارد ديمينج Edward Deming، وجوران Juran في بلورة نظام إدارة الجودة الشاملة.

مفهوم إدارة الجودة الشاملة

بداية لا بد من التأكيد من أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة هو من المفاهيم الحديثة في الإدارة حيث بدأ تطبيق هذا المفهوم في القطاع الصناعي في اليابان أولاً ثم الولايات المتحدة فيما بعد منذ الثمانينات بهدف تحسين نوعية الإنتاج أو الخدمات والحد من الفاقد وكسب رضا المستفيدين. ويمكن توضيح مفهوم إدارة الجودة الشاملة من خلال تعريف العناصر المكونة له وكما يلي:

1. الجودة: يبدو أنها المحور الرئيس والأساس للمفهوم، وهناك عدد كبير من التعريفات لمفهوم الجودة، فقد عرفها جوران Juran بأنها "مدى ملاءمة المنتج للاستعمال"، كما عرفها كروسبي Crosby بأنها "مطابقة المنتج للمواصفات الموضوعية" وعرفها Cohen & Brand بأنها تعني "الوفاء بمتطلبات المستفيد بل وتجاوزها (Cohen & Brand)، وعرفت منظمة الصحة العالمية الجودة بأنها "التمشي مع المعايير والأداء الصحيح، بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع، بحيث

تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والاعاقة وسوء التغذية (منظمة الصحة العالمية، 1988). إلا أن التعريف الأكثر شمولاً هو التعريف البريطاني القياسي حيث يعرف الجودة بأنها " المجموع الكلي للمزايا والخصائص التي تؤثر على مقدرة سلعة أو خدمة على تلبية حاجة معينة من وجهة نظر المستهلك (المستفيد)". ولو حاولنا ربط هذه التعاريف المختلفة الأبعاد فإنه يمكن تعريف الجودة "بمعرفة ماذا يريد العميل (المستفيد) وتحقيق تلك الرغبة له بشكل صحيح يخلو من العيوب أو النواقص وبأقل التكاليف ومن أول مرة، بحيث لا يضطر المستفيد إلى العودة إلى الموظف مرة أخرى لتعديل خطأ أو قصور تم". وهذا التعريف يوضح بصورة جلية مرتكزات الجودة والتي يمكن تلمسها من خلال التعريف وتشمل:

1. ضرورة التركيز على المستفيد وتلمس حاجاته وطلباته لتلبيتها دون الاعتماد على وهم المديرين في القطاع الحكومي بأنهم يعرفون حاجات المستفيد وبالتالي فهم الذين يقررون الخدمات المطلوبة كما ونوعاً.

2. ضرورة وجود مقاييس محددة ومعروفة لقياس مصداقية وسرعة ودقة الخدمات المقدمة للمواطنين ضمن معايير موضوعة سلفاً مع التركيز على أسلوب تقديم تلك الخدمات وقياس مدى نجاعتها.

3. تخفيض التكلفة إلى أدنى حد ممكن سواء تلك المحسوبة على عمليات العمل أو إجراءاته وضرورة تقصير الوقت المطلوب لتقديم الخدمة للمستفيد.

4. ضرورة حصول المستفيد على الخدمة المطلوبة من أول مرة دون السماح بأي خطأ يوجب التأخير أو تقديم تلك الخدمة دون حد التوقعات المرسومة.

2. الشاملة: وتعني التزام كل موظف في جهود الجودة وعلى كافة المستويات لضمان الوصول إلى تحقيق معيار الجودة المحدد المطلوب. فكلمة شاملة Total تعني انه لا تستطيع ضمان تحقيق الجودة بدون مشاركة كافة العاملين على مختلف مستوياتهم التنظيمية. فكل عمل (وظيفة) ذات أهمية خاصة يمكن ان تضيف شيئاً إلى مفهوم الجودة.

3. الإدارة: وتعني مسؤولية كافة العاملين من مختلف المستويات الوظيفية في جهود إدارة الجودة الشاملة، فالإدارة لا تعني المديرين فقط بل هم حلقة من حلقات إدارة الجودة، أن جهود الإدارة هي جهود كافة العاملين للوصول إلى مستوى الجودة المطلوبة من خلال التطوير والتحسين المستمر للخدمة الصحية بكافة جوانبها.

وهكذا فإن إدارة الجودة الشاملة كما يعرفها القحطاني¹ تعني خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم ان الجودة في خدمة العميل أو المستفيد هي الهدف الأساسي للمنظمة وان طرق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لإحداث

التغير المطلوب في المنظمة وعرفها كوهير وبانكوسكي (Koehler & Pankouski) بأنها "نظام إداري يشتمل على مجموعة من المبادئ والمعتقدات تمكن جميع العاملين في المنظمة من الاستمرار في تحسين عمليات المنظمة بهدف تحقيق توقعات المستفيدين أو تجاوزها.

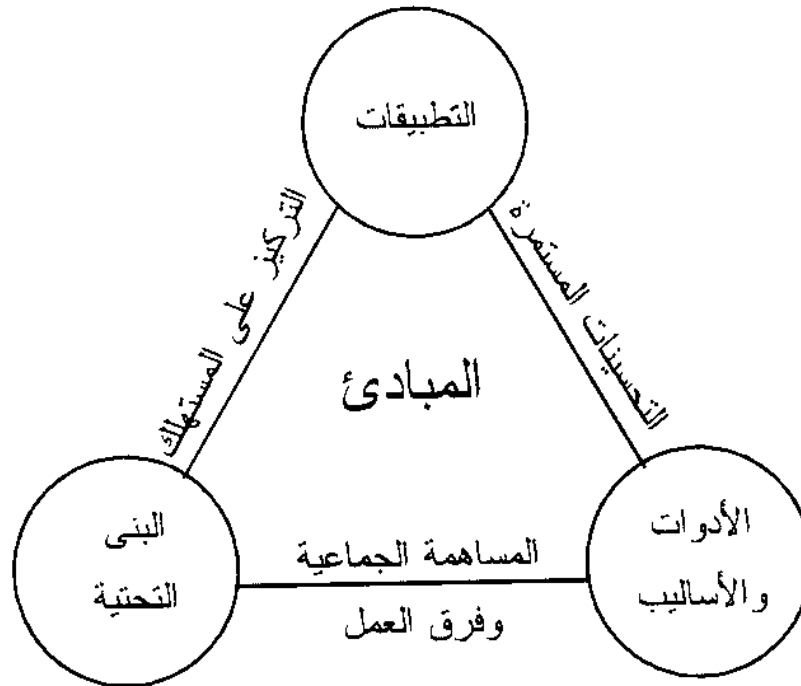
عناصر إدارة الجودة الشاملة

أجمع الباحثون (Kline⁽²⁾, Dean and Bowen⁽³⁾, Antonioni⁽⁴⁾, Hackman & Nageman⁽⁵⁾)، على ان عمليات إدارة الجودة الشاملة تحتوي على العناصر التالية:

1. مساندة ودعم الإدارة العليا. حيث أن مسؤولية الجودة بالدرجة الأولى تقع على عاتق الإدارة العليا وهم مسؤولون عن توفير المصادر التي تهدف إلى تعليم وتدريب العاملين وتقديم التسهيلات لهم. وتحتاج منهم إلى متابعة وصبر في قياس التحسينات في ضوء استراتيجية محددة المعالم.
2. الاهتمام بالمستفيدين. وذلك بهدف إرضاء المستفيد من الخدمة الصحية على اعتبار انه محور إدارة الجودة الشاملة وضرورة الاتصال معه في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقييم.
3. مشاركة العاملين. وتعني ضرورة كافة العاملين في جهود تحسين الجودة وإدارتها، وتفويض اتخاذ القرارات والسلطات والمسؤوليات لهم، وتشجيع الثقة والإبداع والمجازفة لدى كافة الموظفين.
4. بناء فرق العمل. أن كافة جهود إدارة الجودة الشاملة والوصول إلى تقديم خدمة أو سلعة تتصف بالتميز والإبداع لا يمكن تحقيقها إلا من خلال العمل الجماعي وتكوين فرق العمل المؤقتة أو الدائمة في التنظيم.
5. تدريب العاملين. ان حالات الإبداع والتميز في العمل تعتمد على القوى البشرية المؤهلة، من هنا فإن تدريب تلك القوى بصورة مستمرة لاكسابهم المهارات والمعارف اللازمة للارتقاء في الأداء أمر على جانب كبير من الأهمية.
6. احترام وتقدير العاملين. وتعني وجود اتصال واحترام متبادل بين العاملين بغض النظر عن مستواهم الوظيفي، وضرورة تقييم أداء العاملين بصورة موضوعية لترسيخ مبدأ مكافأة التميز والإبداع.

أساسيات إدارة الجودة الشاملة

تعتبر إدارة الجودة الشاملة فلسفة أو منهج إداري يستند على ثلاثة مبادئ أساسية. ويمكن توضيح أبعاد إدارة الجودة الشاملة حسب الشكل التالي:



شكل (1): أبعاد إدارة الجودة الشاملة

1. التركيز على المستهلك

وهذا البعد يعني ان المستهلك هو الحكم المبدئي على مستوى الجودة، حيث ان رضا المرضى هو مقياس نجاح المؤسسة الصحية، وهنا لابد من توجيه جميع القرارات الاستراتيجية للمنظمة بخصوص الجودة لخدمة المستهلك. والمستهفيد من الخدمة الصحية في العادة يريد ضمان حياته وأن يعامل بلطف وعدل ويشعر بالأمان والتقبل والاعتراف.

2. المساهمة الجماعية و فرق العمل

ويركز هذا البعد على الولاء التنظيمي للأفراد، والشعور بأن جميع العاملين في المنظمة مسؤولون عن الجودة فيها، وضرورة التزام المنظمة بروح الفريق الواحد بحيث يتم ترسيخ مفهوم مشاركة كافة الأقسام والمستويات الإدارية والتأكيد على المنافسة الجماعية الشريفة من أعضاء فرق العمل.

3. التحسينات المستمرة

وتعني ضرورة وجود خطة للتحسينات المستمرة في المنظمة ومحاولة تقليل الأخطاء والعيوب، وتحسين مؤشرات الإنتاجية والفاعلية في استخدام الموارد المختلفة المتاحة.

إن المبادئ الرئيسية الثلاث أعلاه يمكن ان تتحقق -كما يصنفها ديل Dale-⁶ من خلال ما يلي:

1. البنية التحتية والتطبيقات الأخرى، وتشمل ما يلي:

- أ. القيادة
- ب. التخطيط الاستراتيجي
- ج. إدارة البيانات والمعلومات
- د. إدارة العمليات
- هـ. إدارة الموارد البشرية
- و. الثقافة

2. الأدوات والأساليب، والتي من أهمها العصف الذهني، خرائط ضبط الجودة، أسلوب السبب والأثر، دوائر الجودة، فرق تحسين الجودة، فرق المشروع.

إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي (الدوافع ومتطلبات التطبيق)

يجادل البعض بأن إدارة الجودة الشاملة حكر على القطاع الخاص وذلك لتوفر عنصر المنافسة عند تقديم الخدمة أو السلعة للمستهلك، ويضيف البعض أيضا أن الخدمات الحكومية المقدمة للمواطن ليست جميعها خدمات مرغوبة فهي ليست فقط معنية بتقديم الخدمات الصحية والتعليمية والثقافية بل هناك خدمات يشعر المواطن بأنها تتدخل في حياته وحرية الشخصية، فالشخص المخالف لقواعد السير والمتهرب من دفع الضريبة لا يرغب أن يرى موظفين عامين يقدمون خدمات ذات جودة عالية. ألا أن ما يدفع الحكومة لتبني مفهوم إدارة الجودة له ما يبرره إداريا واقتصاديا واجتماعيا يمكن تلخيصه بما يلي:

1. إن تركيز النموذج البيروقراطي التقليدي وحرصه على تحقيق الأهداف بغض النظر عن نوعية الإنجاز وجودة الخدمة أو الهدف المحقق يعد أمرا غير مقبول، لذا فإن أفضل وسيلة لتحسين مستوى المعيشة ونوعية الخدمة المقدمة للمواطنين هي تبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة.
2. ارتباط الجودة بالإنتاجية، فالجودة تتطلب عمل الأشياء بطريقة صحيحة ومن أول مرة. ويرى جلن Glenn، بأن نسبة 40 إلى 50% من تكاليف الخدمات التي تقدمها وحدات القطاع الحكومي تضيع هدرا وذلك لغياب التركيز على الجودة.
3. لقد تمكنت المؤسسات الصناعية في الولايات المتحدة على سبيل المثال من تقليص النفقات التشغيلية من 20-40% من خلال استخدام نموذج أدلة الجودة الشاملة. ولو تمكنت المؤسسات الحكومية من تقليص نصف هذه النسبة لأصبحت العملية مجدية وتستحق التطبيق.
4. ضرورة تجاوب الحكومة مع طلبات المستفيدين الملحة والتي تصاعدت بفعل عوامل سياسية وفكرية وثقافية أدت إلى ارتفاع سقف مستوى الجودة المطلوبة من قبلهم، الأمر الذي يعني مزيدا من الاهتمام بمفهوم إدارة الجودة الشاملة كوسيلة لذلك لضمان رضا وولاء المستفيدين.

5. الطلب المتزايد على تحسين الإنتاجية والمشاركة من قبل المستفيدين في عمليات تصميم الخدمة الحكومية، وكذلك الطلب المتزايد على تحديد مواصفات الأداء وضرورة وضع خطط طويلة الأجل⁷.

إن ما يجب إدراكه في هذا المجال أن تعديل مفهوم إدارة الجودة الشاملة والتدرج في تطبيقه يعتبر من الخطوات الضرورية للتطبيق الناجح في القطاع العام⁸ وقد أشارت كثير من الأبحاث والدراسات إلى نجاح تطبيق هذا المفهوم في مختلف مؤسسات القطاع العام، وخصوصاً الخدمية منها، حيث أن الحكومات المحلية أصبحت تواجه نفس الظروف التي دفعت القطاع الخاص إلى التوجه نحو الجودة والمتمثلة بالضغوطات المالية، والرغبة في تحسين السلع والخدمات المقدمة للجمهور، بالإضافة إلى الرغبة في زيادة كفاءة التنظيم⁹.

أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي يتطلب إجراء بعض التغييرات ومعالجة عدد من الأبعاد مثل:

- أ. التركيز على تحسين العمليات. لم يكن يهتم القطاع العام سابقاً بمشكلة تكلفة تقديم الخدمات، ومع تزايد عجز الموازنات الحكومية اتجه الاهتمام على المستوى المحلي إلى الكفاءة والفاعلية والتخاضية والعدود واهتماماً متزايداً بالإنتاجية وتقليل الكلفة وأن الجودة الجيدة يمكن تحقيقها من خلال طرق إدارية جديدة كالجودة الشاملة.
- ب. إشراك وتفويض السلطة للموظفين لصنع القرارات.
- ج. المستفيدين من الخدمة هم المرجعية لمعرفة مستوى جودة الخدمة المقدمة لهم.
- د. اعتماد القرارات الحكومية على الحقائق من خلال استخدام المناهج العقلانية وأدوات القياس الفعالة للأداء¹⁰.
- هـ. التحول من الطرق الفردية لأداء العمل إلى الطرق الجماعية.
- و. الحاجة إلى نظام تعليمي وتدريب مناسب على مهارات حل المشاكل وديناميكية الجماعة وتطوير الموظفين¹¹.

الدراسات الميدانية السابقة

أظهرت معظم الدراسات نظرة إيجابية إلى مفهوم إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاته في مؤسسات القطاع الخاص والعام على حد سواء. ففي دراسة لجوزيف لاتونا وهيلين لافان (Joseph Latona & Lavan, 1993) بينت أن تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة كأسلوب من أساليب الإدارة الحديثة قد ساعد على تحسين اتجاه وولاء الموظفين في مجال العمل وتفاعلهم مع بعضهم البعض الأمر الذي أدى إلى تحسين جودة المنتج أو الخدمة المقدمة. وقد أظهرت دراسة دافيد والدمان¹² نتائج مماثلة حيث بينت أن نجاح الإدارة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤدي إلى نتائج إيجابية مثل انخفاض تكاليف وزيادة رضا المستفيدين وتحسن أداء المنظمة بشكل عام.

وفي دراسة كوهين براند (Cohend & Brand, 1993) أظهر عشر حالات دراسية تبين نجاح تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في عدد من المنظمات الحكومية الأمريكية،

حيث ترتب على هذا التطبيق تحسين مستوى الخدمات الحكومية المقدمة للمستفيدين وتوفير مبالغ مالية كبيرة لتلك المنظمات إلى جانب التحسن الذي طرأ على معنويات وإنتاجية الموظفين. إلا أن تلك الدراسة أوضحت ضرورة توفر البيئة الإدارية الملائمة قبل توقع تلك النتائج الإيجابية.

وفي دراسة قام بها الخولي والبوريني¹³ لدراسة أسباب انخفاض مستوى إدارة الجودة الشاملة في قطاع المستشفيات في القاهرة الكبرى وتحديد أوجه القصور، حيث أجريت الدراسة على عينة من المرضى حجمها (224) مريضاً، وخلصت الدراسة إلى بيان مجموعة من أسباب انخفاض مستوى الخدمات الصحية منها عدم وجود رقابة كافية على الأداء، وعدم وجود سلطة لكل مستوى من المستويات الإدارية وعدم تفرغ كبار الأطباء (الأساتذة) للعمل في المستشفيات وانخفاض المستوى الاجتماعي للممرضات.

وفي دراسة أجريت عام (1994) بعنوان "مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، بهدف التعرف على اتجاهات الممرضات نحو مدى فعالية برامج الجودة النوعية في عدد من المستشفيات شملت (140) مستشفى في المملكة العربية السعودية وخلصت الدراسة إلى ما يلي:¹⁴

أ. إن حوالي ثلث حجم العينة من الهيئة التمريضية يرون أن برامج الجودة النوعية غير فعالة إطلاقاً.

ب. هناك علاقة طردية بين عدم الوعي بأهمية تطبيق إدارة الجودة ومدى فاعليتها، عدم معرفة الإدارة العليا لمفهوم الجودة وعدم تشجيعها على تطبيق تلك البرامج، والدوران الوظيفي للممرضات) ومدى فعالية برامج الجودة النوعية.

كما قامت بترو نستاس¹⁵ بدراسة لتقييم برنامج إدارة الجودة الشاملة الذي قام بتطبيقه قسم التمريض في مستشفى الجامعة الأردنية بعمان، وقد أظهرت النتائج أنه تم تحقيق بعض الأهداف العامة من برنامج الجودة مثل تحسين الاتصالات بين العاملين، والعمل على حل المشاكل التنظيمية والعملية، وإيجاد مقاييس تسهل تطوير وتنمية الموظفين في القسم وخلصت الدراسة إلى أن نظام الجودة يعتبر استراتيجية فعالة لإحداث التغيير المطلوب.

كما قام ياسر المنصور¹⁶ بدراسة بعنوان (إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي: دراسة ميدانية مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى وجودة تطبيق كل عنصر من عناصر إدارة الجودة الشاملة في كل من مستشفى البشير والمستشفى الإسلامي الخاص. وقد خلصت الدراسة إلى أن هناك انخفاضاً كلياً في تطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة في مستشفى البشير، إضافة إلى انخفاض رضا المرضى عن الإجراءات الإدارية المتبعة في هذا المستشفى. وأظهرت الدراسة أن هناك تطبيقاً معقولاً نسبياً لعناصر إدارة الجودة الشاملة في المستشفى الإسلامي.

وفي دراسة قام بها خالد الزامل¹⁷ بهدف التعريف بمفهوم إدارة الجودة الشاملة ومستوى تطبيقه في مختلف المنشآت السعودية والمعوقات الرئيسة الحائلة دون تطبيقه أجريت على (100) شركة عاملة في السعودية، حيث أظهرت الدراسة ان نسبة المنشآت التي تطبق هذا المفهوم بلغت 42.2% وان معظم أفراد العينة يعتقدون ان الوزارات الحكومية هي ليست الجهة المناسبة لتطبيق هذا المفهوم وان عدم وضوح هذا المفهوم يشكل عائقا رئيسيا يحول دون تطبيقه.

وفي دراسة بومان وستيلي (Boman & Steele)¹⁸ حول فرق العمل لتحسين الجودة في دائرة النقل الأمريكية في ولاية فلوريدا، بهدف تقييم جهود تحسين الجودة الذي بدأت الدائرة بتطبيقه عام 1986، وتحليل الأهداف الأساسية لعملية التحسين (والتي تتمثل في بناء الفرق Teams Building وجودة حياة العمل Quality of Worklife والكفاءة Efficiency). وأجريت على عينة مكونة من (80) موظف. وقد خلصت هذه الدراسة إلى أن قدرة الدائرة على تطبيق فرق الجودة بنجاح اسهم في تحسين الاتصالات في الدائرة، كما تحقق الوعي لدى العاملين بهذا المفهوم إلا أن الشكوك بقيت تحوم حول مدى التزام الإدارة العليا بهذا المفهوم، وتحسنت الكفاءة في الدائرة نتيجة تطبيق هذا المفهوم.

وفي دراسة ماجستير غير منشورة للباحث علي المناصير بعنوان إدارة الجودة الشاملة، دراسة ميدانية لسلطة الكهرباء الأردنية (1994) بهدف التعرف على مدى المعرفة بمفهوم إدارة الجودة الشاملة ومدى تطبيقها في السلطة والتعرف على أثر بعض المتغيرات الديموغرافية على اتجاهات العاملين نحو مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة، توصلت الدراسة إلى ما يلي:

أ. أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة بشكل عام نحو إدارة الجودة الشاملة في سلطة الكهرباء كانت اتجاهات إيجابية وأن هناك مستوى جيد تقريبا من التطبيق لها. وقد تمحورت الاتجاهات الإيجابية في مجال إقناع ودعم الإدارة العليا، والتركيز على العميل والوعي لمفهوم إدارة الجودة وبناء فرق العمل، واحترام وتقدير العاملين. في حين أن هناك اتجاها سلبيا نحو مشاركة الموظفين فقط.

ب. أظهرت الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات العاملين نحو إدارة الجودة الشاملة تعزى لمتغير العمر والمؤهل والتخصص العلمي، في حين تبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس.

وفي دراسة أخرى عام¹⁹ بعنوان إدارة الجودة الشاملة: حالة القطاع العام" بهدف توفير معلومات وصفية حول خبرة ثلاث مؤسسات طبية في الولايات المتحدة الأمريكية تختلف في نوع الملكية (قطاع عام، قطاع خاص) وتختلف أيضا في مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية.

أ. يمكن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاعين العام والخاص بشرط أن يتم اتباع الخطوط والمبادئ الأساسية المحددة.

ب. أن نوعية الملكية (قطاع عام/خاص) لم يكن العامل الرئيس المؤثر في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

ج. أن العامل الرئيس في نجاح التطبيق هو انخراط ودعم الإدارة العليا في القطاعين. وأن مؤسسات القطاع العام تواجه تحدياً أكبر في تطبيق إدارة الجودة بسبب تعددية العملاء والانتقادات الموجهة من دافعي الضرائب ووسائل الإعلام.

وفي دراسة أجريت عام (1996). بعنوان "التحديات المستمرة لإدارة الجودة الشاملة" هدفت إلى فحص مدى إدراك مجموعة من المدراء لمفاهيم إدارة الجودة الشاملة وممارسة هؤلاء المدراء لمفهوم إدارة الجودة الشاملة كما هدفت إلى تحديد المشاكل والمعوقات لتطبيق إدارة الجودة، وأجريت على عينة شملت (137) من المدراء المتمرسين في إدارة الجودة الشاملة يعملون في (10) مؤسسات صناعية وخدمية من الولايات المتحدة وقد توصلت الدراسة إلى أن المديرين أجمعوا على أن إدارة الجودة الشاملة تؤدي إلى تحسين هذه الخدمات والمنتجات، إلا أن دعمهم لنشاطات إدارة الجودة يتناقص عبر الوقت، واتضح أن مدراء الإدارة الوسطى أكثر ممارسة لإدارة الجودة الشاملة من الإدارة العليا. (Longenker & Scazzero, 1996).

نتائج الدراسة

أولاً: يمكن عرض نتائج الدراسة الميدانية حسب أسئلة الدراسة وكما يلي:

1. مستوى الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة

للإجابة على السؤال الأول والمتعلق بمعرفة مستوى الوعي بمفهوم إدارة الجودة للعاملين في وزارة الصحة، يوضح الجدول التالي إجابات عينة الدراسة نحو ذلك: وفي سبيل الإجابة على السؤال فقد تم الاعتماد على معيار الوسط الحسابي، حيث كان المدى: (1 أقل من 2 للوسط الحسابي) دالا على مستوى متدن، (2-أقل من 3) دالا على مستوى متوسط، والمدى (من 3-4) دالا على مستوى عال من الفهم.

جدول (1)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة الدراسة نحو مستوى الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة

الرقم	الفقرة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	أشعر أن لدي معرفة تامة بمفهوم إدارة الجودة الشاملة.	2.79	0.69
2	اعتقد أن لدى رئيسي المباشر معرفة تامة بمفهوم إدارة الجودة الشاملة.	2.82	0.93
3	أعتقد أن لدى معظم العاملين في وزارة الصحة فكرة واضحة عن مفاهيم إدارة الجودة الشاملة.	2.08	0.91
4	تتبنى الوزارة مفهوم وفلسفة إدارة الجودة الشاملة في إداراتها المختلفة.	2.48	0.95
5	تخطط الوزارة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في كافة الوحدات الصحية.	2.78	0.99
6	تمتلك الوزارة الكفاءات البشرية المؤهلة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.	2.76	0.97
	المتوسط العام	2.61	0.89

يتضح من الجدول رقم (1) بأن المتوسط الحسابي لفقرات مستوى الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة كان ضمن (2.08-2.79) الدال على المستوى المتوسط للوعي بمفهوم إدارة الجودة. وقد جاءت الفقرة رقم (2) "لدى الإدارة العليا وعي تام لمفهوم إدارة الجودة الشاملة" في المرتبة الأولى حيث حصلت على متوسط حسابي مقداره 2.82 من أصل (4) درجات أي ما نسبته (70.5%) من الدرجة القصوى على المقياس.

وقد حصلت الفقرات رقم (1، 5، 6) على متوسطات حسابية متقاربة، في حين تبين أن هناك مستوى أدنى من الوعي لدى الموظفين في وزارة الصحة حيث بلغ المتوسط الحسابي أدنى درجة له وهو (2.08). أما المتوسط العام للإجابات عن فقرات الجدول رقم (1) فقد بلغت (2.61) وهذا يشكل ما نسبته (65.5%). وهو مؤشر يدل على مستوى متوسط من الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة.

إن الوعي وإدراك مفهوم إدارة الجودة الشاملة هو اللبنة الأساسية لتطبيقه وممارسته فبدون معرفة واعية بعناصر ومبادئ نظام إدارة الجودة لا يمكن توقع ممارسة حقيقية له. ويبدو من نتائج هذه الدراسة ان المبحوثين يرون أن هناك عدم وعي كامل من قبل العاملين في وزارة الصحة لمفهوم إدارة الجودة الشاملة الأمر الذي قد يعطي استدلالاً على مستوى مماثل من الممارسة والتطبيق وهو ما ستكشفه الدراسة في الإجابة على السؤال الثاني.

2. مستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة

للإجابة على السؤال الثاني من الدراسة والمتعلق بمعرفة مستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة في وزارة الصحة، فيمكن معرفة إجابات أفراد عينة الدراسة تبعاً لكل عنصر (مجال) من عناصر إدارة الجودة الشاملة. ولقد تم اعتماد المعيار التالي لمعرفة مستوى التطبيق وهو: المتوسط الحسابي (من 3-4) يمثل درجة كبيرة من مستوى الممارسة، والمتوسط الحسابي (2-أقل من 3) يمثل درجة ممارسة متوسطة، والمتوسط الحسابي (أقل من 2) يمثل درجة ضعيفة من الممارسة. وعليه يمكن تتبع إجابات المبحوثين حسب المجالات (العناصر) التالية:

أ. مساندة ودعم الإدارة العليا

اشتمل هذا المجال على (8) فقرات تقيس بمجملها مدى مساندة ودعم الإدارة العليا لمجهودات إدارة الجودة الشاملة والتزامها بمبدأ تحسين الجودة. الجدول التالي رقم (2) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات هذا المجال.

جدول (2)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد عينة البحث نحو مستوى مساندة ودعم الإدارة العليا لمجهودات إدارة الجودة الشاملة

الرقم	الفقرة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	توفر الرغبة الأكيدة للإدارة العليا بتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة.	2.87	0.95
2	اهتمام الإدارة العليا بنشاطات إدارة الجودة الشاملة.	2.75	0.89
3	مدى التزام الإدارة العليا بمجهودات تحسين الجودة.	2.83	0.93
4	اهتمام الإدارة العليا بتشخيص المشاكل وتحليلها ووضع الحلول المناسبة لها.	2.63	1.01
5	اهتمام الإدارة العليا بإشراك العاملين في جهود تحسين الجودة	2.43	1.06
6	متابعة الإدارة العليا لأشكال التعامل مع المستفيدين من الخدمة الصحية واتخاذ الإجراءات اللازمة لتصويبها.	2.59	0.94
7	دعم وتشجيع الإدارة العليا لبناء فرق العمل للمساهمة في حل مشاكل الجودة	2.53	0.92
8	استجابة الإدارة العليا لاقتراحات الموظفين الهادفة إلى تحسين الجودة.	2.35	0.90
	المتوسط العام	2.62	0.89

يتضح من الجدول رقم (2) أن المتوسط الحسابي لفقرات مجال مساندة ودعم الإدارة لمجهودات إدارة الجودة الشاملة كانت جميعها ضمن الوسط الحسابي (2.35-2.87) الدال على مستوى متوسط من المساندة والدعم. وتبين نتائج الجدول أعلاه أن ممارسة المشاركة والاستجابة لاقتراحات الموظفين قد حصلت على أدنى متوسط حسابي حيث بلغت (2.43، 2.35) للفقرات رقم (5، 6). وهنا لا بد من التأكيد على أن قائد إدارة الجودة الشاملة والملتزم بنطاقها هو الشخص الذي يؤثر في سلوك الآخرين باتجاه تقبل وتبني مبادئ إدارة الجودة ومن أجل ذلك فعليه العمل على خلق ثقافة الجودة والعمل على إشراك العاملين على مختلف المستويات في سبيل تقديم أفضل خدمة للمستفيدين وعليه أن يعمل على تفويض المسؤوليات والصلاحيات للمرفوسين خاصة من لديهم اهتماما في تحسين العمليات وقدرته على معالجة المواقف وجمع المعلومات والبيانات والتعامل مع الحقائق، وهذا يتطلب بالضرورة مرونة واستجابة من الإدارة العليا لاقتراحات الموظفين لا بل العمل على تحفيزهم ودفعهم لتطوير اقتراحات تسهم في رفع سوية الأداء، وهذا يتطلب إنشاء برامج اقتراحات الموظفين التي تسهم في إعطاء قيمة للموظف المجد.

ب. الاهتمام بالمستفيدين

اشتمل هذا المجال على (7) فقرات تقيس مدى التركيز على احتياجات ومتطلبات المستفيدين من الخدمات الصحية، الجدول رقم (3) يوضح إجابات المبحوثين.

جدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المبحوثين لمستوى الاهتمام
بالمستفيدين من الخدمات الصحية

الرقم	الفقرة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	توفر معلومات كافية عن احتياجات وطلبات المستفيدين من الخدمة	2.36	0.68
2	استجابة الوزارة باستمرار لحاجات المواطنين المستفيدين من الخدمة.	2.57	0.1.02
3	التعرف على مدى رضا المستفيدين من الخدمة بكل أبعادها بصورة دورية منظمة.	2.45	0.1.13
4	يلقى المستفيدون من الخدمة الصحية الاحترام والمعاملة الطيبة من قبل العاملين في الخدمات الصحية بشكل عام.	2.76	0.93
5	يتم اتخاذ الإجراء التصحيحي في حال حدوث خلل في تقديم الخدمة بما يضمن رضا المستفيد.	2.68	0.92
6	تقوم الوزارة باستمرار بتحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة للمستفيدين	3.12	0.96
7	تعمل الوحدات الصحية في الوزارة على تصميم العمل بشكل يحقق للعميل حاجاته ويوفر جهده.	3.10	0.95
	المتوسط العام	2.72	0.98

يتبين من الجدول أعلاه أن الفقرات الخمس الأولى تدل على اهتمام متوسط بالمستفيدين حيث تراوحت إجابات المبحوثين بمتوسطات حسابية تراوحت من (2.36-2,076). ولقد جاءت الفقرتان الأولى والثالثة بأدنى درجة من الاهتمام حيث يتضح أن هناك اهتماما متوسطا في مجال توفير المعلومات الحقيقية عن احتياجات وطلبات المستفيدين وكذلك الاهتمام بالتعرف على رضا المستفيدين ولقد تبين للباحث أن الوزارة تنقصها المعلومات الحقيقية عن الاحتياجات الفعلية من الخدمات الصحية ولا أدل على ذلك من فتح المراكز الصحية في المحافظات المختلفة بدوافع اجتماعية وعشائرية دون التقيد بأسس ومعايير محددة لفتح أو توسيع تلك الوحدات. كما أن هناك غياب شبه تام عن تطوير نظام لمسح مدى رضا المواطنين عن الخدمات الصحية وإشراكهم في تخطيط وتنفيذ وتقويم تلك الخدمات وهذا ما يتفق مع دراسة الطعمانه والحراشة²⁰.

أما ما يتعلق بجهود الوزارة المتعلقة بتحسين مستوى الخدمة الصحية والعمل على تصميم العمل بشكل يهدف إلى تحقيق احتياجات وطلبات المواطنين فقد حصلت الفقرتان رقم (6، 7) على درجة عالية من الاهتمام حيث بلغ المتوسط الحسابي لهما (3.12، 3.10) على التوالي. وفي الإجمال بلغ المتوسط الحسابي العام لفقرات المجال (2.72) وهذا يدل على اهتمام متوسط.

ج. مشاركة العاملين.

يشمل هذا المجال على (5) فقرات تقيس مستوى مشاركة العاملين في وزارة الصحة بجهود تحسين الجودة. الجدول التالي يبين استجابات المبحوثين.

جدول (4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى مشاركة العاملين في جهود تحسين الجودة

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	مشاركة العاملين في حل المشكلات واتخاذ القرارات من خلال جهد شامل لتحسين الجودة.	2.24	0.75
2	تشجيع الإدارة للعاملين على المشاركة في اتخاذ القرارات.	2.29	0.73
3	يملك العاملون صلاحيات كافية تسهم في تحسين جودة الخدمة.	2.30	0.71
4	تأخذ الإدارة العليا بأراء الموظفين وتعمل على الاستفادة منها.	2.30	0.77
5	مساهمة العاملين في تقديم الحلول والاقتراحات لتحسين الجودة.	2.50	0.82
	المتوسط العام	2.33	0.77

يتبين من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لمجمل استجابات المبحوثين بلغ (2.32). وهذا يدل على مستوى متوسط من مشاركة العاملين في جهود تحسين الجودة. وقد جاءت إجابات المبحوثين متقاربة على جميع فقرات المجال والتي تراوحت ما بين (2.50-2.24)، ويتضح من الانحرافات المعيارية أن هناك اتفاق واضح في إجاباتهم وعدم وجود تشتت ملحوظ.

ويتضح نتيجة استطلاع آراء المبحوثين أن الإدارة العليا لا تفسح المجال الكافي أمام العاملين للمشاركة في جهود تحسين الجودة ولا تبذل جهدا ذا بال في تشجيعهم على المشاركة، وهذا يتوافق مع عدم توفر الصلاحيات في الوحدات الصحية. ونتيجة لعدم تشجيع الإدارة العليا وحثها العاملين على المشاركة فقد جاءت مساهمتهم في تقديم الحلول أو الاقتراحات لتحسين الجودة دون المستوى المطلوب. ويرى الباحث أن ذلك يتفق مع النهج العملي المعروف في الإدارات الحكومية في الأردن، ولكن ذلك لا يبدو مقبولا في وزارة الصحة تحديدا حيث أخذت على عاتقها تبني نظام إدارة الجودة الشاملة وانعكس ذلك على الهيكل التنظيمي لها حيث هناك وحدات تنظيمية على مستوى الوزارة ومديريات صحة المحافظات تعنى بتحسين الجودة وتوكيدها، حيث أن الهيكل التنظيمي للوزارة يشمل على وجود مديرية للرقابة وضبط الجودة في مركز الوزارة إضافة إلى فرق تحسين الجودة على مستوى المديريات في الميدان.

د. بناء فرق العمل

إن اهتمام الإدارة بفرق العمل بأنواعها المختلفة والعمل على توفير الموارد والسلطة والصلاحيات الكافية لممارسة أعمالها بدون قيود أو تدخلات إلى جانب توفير الدعم أو التحفيز يعد عنصراً أساسياً للمنظمات التي تتبنى نظام إدارة الجودة الشاملة في استراتيجيتها وفلسفتها ونشاطاتها. الجدول التالي يبين إجابات المبحوثين عن مستوى العمل وممارسة بناء فرق العمل.

جدول (5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المبحوثين على فقرات بناء فرق العمل

الرقم	الفقرة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	التركيز على أداء المجموعة بدلاً من الأداء الفردي	2.56	0.78
2	يعمل جميع العاملين في الوزارة بروح الفريق الواحد لخدمة المستفيدين	2.47	0.69
3	استخدام أسلوب تشكيل فريق العمل عند مواجهة مشكلة أو تطوير خدمة ما.	2.70	0.63
4	تقييم الأداء يركز على عمل الفريق.	2.48	0.64
	المتوسط العام	2.55	0.65

يتبين من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لمجمل إجابات المبحوثين بلغ (2.55) والذي يدل على مستوى متوسط من ممارسة وظيفة ونشاط بناء فرق العمل. وتبين استطلاعات المبحوثين أن هناك ممارسة أكبر لوزارة الصحة في بناء فرق العمل، وقد تبين للباحث أن مديريات صحة المحافظات وبعض المراكز الصحية الريادية تلجأ في كثير من الحالات إلى استخدام أسلوب فرق العمل لحل المشاكل الطارئة، إلا أن تلك الفرق تركز بصفة أساسية على المشاكل الصحية من خلال ممثلين من مختلف الكوادر الصحية وتخصصاتها، إلا أن ممارسة تلك الفرق في جهود تحسين الخدمة نادراً ما يتم ممارستها، إضافة إلى أن بعض الوحدات الصحية لا تستخدم هذا الأسلوب بصورة جديّة. يرى الباحث أن مدخل جودة الخدمة الصحية لا يمكن تحقيقه بدون استخدام أسلوب فرق العمل الدائمة منها (كمجلس الجودة ولجان مراقبة الجودة الصحية) والمؤقتة (كفريق حل المشاكل والفريق الخلاق وفرق العمل لتنفيذ الخطط الموضوعية). فهذا الأسلوب هو الأقدر على حل المشاكل المعقدة والصعبة وخلق روح التعاون والمشاركة وتقديم خدمات متميزة للمستفيدين.

هـ. تدريب العاملين

لمعرفة مدى ممارسة وزارة الصحة للنشاطات التدريبية لكافة العاملين فيها، يوضح الجدول التالي إجابات المبحوثين:

جدول (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المبحوثين على فقرات تدريب العاملين

الرقم	الفقرة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	فرصة تدريب المديرين من أجل دعم والتزام القيادات الإدارية في تحسين الجودة.	3.10	1.02
2	فرصة التدريب للموظفين على إدارة الجودة الشاملة.	1.96	0.96
3	حرص الوزارة على التدريب المستمر لفرق تحسين النوعية	1.98	0.83
4	تدريب الموظفين على التقنيات والأجهزة والمعدات الحديثة.	2.35	0.74
5	فرصة تدريب العاملين على عمليات تقديم الخدمة والمهارات التي تساعد في تحسين الأداء وخدمة المستفيد.	1.95	0.75
6	فرصة تطوير القدرات التدريبية للمديرين من كوادر الوزارة.	2.40	0.98
	المتوسط العام	2.29	0.91

يتبين من الجدول أعلاه أن إجابات المبحوثين على فقرات تدريب العاملين قد جاءت لتعكس مستوى متدنياً في ممارسة النشاطات التدريبية باستثناء الفقرتين رقم (1) ورقم (6) حيث حصلنا على متوسط حسابي (3.10، 2.40) والذي يعكس اهتمام الوزارة على تدريب القيادات الإدارية وتدريب المديرين فقط، في حين أن الفقرات الأخرى تعكس اهتماماً متدنياً في مجال تدريب الموظفين على إدارة الجودة الشاملة والتدريب على فرق تحسين النوعية وتدريب العاملين على عمليات تقديم الخدمة حيث تراوحت المتوسطات الحسابية لهذه الفقرات (1.96، 1.98، 1.95) على التوالي. وتدل هذه النتيجة على أن الوزارة تعطي الأولوية في التدريب للقيادات الإدارية والمديرين وهذا يتسم مع المنهج التدريجي إذا كانت الوزارة جادة في تعميم هذا المفهوم والفلسفة لأدنى مستوى وهذا يتفق مع نتائج دراسة "التوظيف والقوى العاملة في وزارة الصحة"، (1996) التي أظهرت أن الوزارة لا تولي الاهتمام والعناية المطلوبة للتدريب إذ يلاحظ من تحليل موازنتها أنه لم يخصص سوى 100 ألف دينار للتدريب من موازنة الوزارة البالغة حوالي 80 مليون دينار تقريباً وهو مبلغ غير كاف لإرسال أكثر من شخصين إلى بريطانيا أو أمريكا كبعثات أو إرسال أعداد محدودة جداً للتدريب في دورات قصيرة. يرى الباحث في هذا المجال أن تدريب وتنمية القوى البشرية يجب أن يطال كافة العاملين لإكسابهم المهارات والمعارف والاتجاهات التي تجعلهم أكثر قدرة وفاعلية على تقديم الخدمة الصحية للمستفيدين في إطار منظومة الجودة للوزارة.

و. احترام وتقدير العاملين

من منطلق أن الاهتمام بالنواحي الشخصية للعاملين يؤدي إلى شعورهم بالاحترام والثقة بالنفس والاندفاع نحو العمل بفلسفة جديدة تعتمد أولاً وأخيراً على الجهد الجماعي

للولوصول إلى تقديم أفضل خدمة جاء هذا العنصر (المجال) ليشكل لبنة أساسية في نظام إدارة الجودة الشاملة. الجدول التالي يبين إجابات المبحوثين عن فقرات هذا المجال:

جدول (7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المبحوثين عن مدى احترام وتقدير العاملين

الرقم	الفقرة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	طبيعة العلاقات الشخصية بين العاملين ومستوى الانسجام والاحترام المتبادل.	3.06	0.83
2	درجة الثقة وتعزيزها بين الإدارة العليا والموظفين.	2.57	0.74
3	يكافأ العاملون في الوزارة بناء على أدائهم المميز.	2.25	0.73
4	يبتعد الرؤساء في الوزارة عن أسلوب التهديد والعقاب في التعامل مع المرؤوسين.	2.52	0.68
	المتوسط العام	2.60	0.65

يبين الجدول أعلاه أن إجابات المبحوثين جاءت متفاوتة وتراوحت متوسطاتها الحسابية بين (2.25-3.06). وقد جاءت لتعكس طبيعة العلاقات الجيدة بين العاملين (3.06) وسعي الإدارة على تعزيز الثقة بينها وبين العاملين (وسط حسابي 2.57) وابتعاد الرؤساء نسبياً عن أسلوب التهديد والعقاب في التعامل مع المرؤوسين (2.52)، إلا أن الفقرة رقم (3) قد حصلت على أدنى مستوى وهي "يكافأ العاملون بناء على أدائهم المميز" حيث حصلت على متوسط حسابي مقداره (2.25) ويرى الباحث أن هذه النتيجة تتفق مع الممارسات العملية للمشرفين في تقييم أداء مرؤوسيهم الذي يعتمد على عوامل غير موضوعية لا علاقة لها في كثير من الأحيان بإنجازات الموظف، وبينت عدد من الدراسات أن تقييم الأداء الفردي (ومن ضمنه وزارة الصحة) تشوبه عناصر التحيز والبعد عن تقييم الموظفين بصورة منطقية، الأمر الذي خلق إحباط لدى الكثير من العاملين أو التنافس في صور النفاق لرؤسائهم للحصول على تقديرات عالية. صحيح أن إدارة الجودة الشاملة تعطي تركيزاً واضحاً للأداء الجماعي، لكنها في الوقت نفسه تعزز الإبداعية الفردية وتثمنها بصورة تعزز الإبداع والتميز والجودة.

وللوقوف على مستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة نحو كل عنصر (مجال) وللعناصر ككل، فإن الجدول التالي يوضح تلك النتائج مرتبة تنازلياً حسب الأهمية وفقاً لمتوسطاتها الحسابية.

جدول (8)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المبحوثين نحو مستوى ممارسة كل عنصر من عناصر إدارة الجودة الشاملة والعناصر ككل (مرتبة تنازليا حسب الأهمية النسبية)

رقم العنصر (المجال)	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية* (%)
2	الاهتمام بالمستفيدين	2.72	0.98	67.75
1	مساندة ودعم الإدارة العليا	2.62	0.89	65.50
6	احترام وتقدير العاملين	2.60	0.65	65
4	بناء فرق العمل	2.55	0.65	63.75
3	مشاركة العاملين	2.33	0.91	45.8
5	تدريب العاملين	2.29	0.77	75.25
	المتوسط العام	2.52	0.83	63

* الأهمية النسبية = المتوسط الحسابي / الدرجة القصوى على القياس $\times 100$

يتضح من الجدول أعلاه أن مستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة في الوزارة قد جاءت بمستوى متوسط (وسط حسابي 2.52) اعتمادا على معيار القياس الذي تم اعتماده. ويتضح أن الاهتمام بالمستفيدين قد جاء بالمرتبة الأولى في حين أن كل من مشاركة العاملين والتدريب قد جاءتا في المرتبة الأخيرة. ويرى الباحث أن هذه النتيجة طبيعية ومقبولة إذا علمنا أن مدة اعتماد نهج إدارة الجودة الشاملة في وزارة الصحة لم يتجاوز الخمس سنوات وأن البرنامج لم يتم تعميمه بصورة شاملة، إلا أن الملفت للنظر أنه من يتبنى هذا المفهوم يجب أن يجند له كل المصادر والموارد اللازمة وهذا ما لم نجده ممارسا في مجال التدريب بصورة خاصة. إن ثقافة الوزارة التي لا تزال كغيرها من المؤسسات الحكومية بحاجة ماسة إلى التغيير والتطوير بحيث يصار إلى التركيز على الاحترام والتقدير ومكافأة المميزين وتفويض الصلاحيات لأنها الأسس الداعمة لمفهوم إدارة الجودة الشاملة.

معوقات إدارة الجودة الشاملة

للإجابة عن السؤال الثالث والمتعلق بمعرفة أهم المعوقات التي تحول دون تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فإن الجدول التالي يبين أهم تلك المعوقات كما يراها المبحوثون.

جدول (9)

أهم المعوقات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة (مرتبة تنازليا)

الرقم	المعوقات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية %
1	مقاومة العاملين لبرامج تحسين الجودة	2.44	0.96	61
2	عدم وجود استراتيجية واضحة لإدارة الجودة الشاملة في الوزارة.	2.38	0.84	59.5
3	تدريب غير مناسب / قلة التدريب.	2.25	0.82	56.25
4	عدم الالتزام بروح الفريق في العمل.	2.25	0.77	56.25
5	عدم القدرة على توفير مكافآت وتقدير إنجازات الأفراد.	2.15	0.93	53.75
6	قلة مشاركة العاملين	2.17	0.97	54.25
7	عدم وجود معايير محددة ومناسبة لقياس الجودة.	2.10	0.85	52.50

يتبين من الجدول أعلاه أن مقاومة العاملين قد حصلت على المرتبة الأولى من حيث أهمية المعوق والبالغة وسطا حسابيا مقداره 2.44. وهذا أمر يمكن تفسيره وعزوه إلى غياب النهج الواضح في استراتيجية تبني إدارة الجودة الشاملة وانعكاسا طبيعيا لعدم توفير المكافآت وتقدير الإنجازات وضعف التدريب والتوعية. وقد جاءت باقي المعوقات متقاربة في الأهمية النسبية. كل هذا يلقي على عاتق الوزارة ضرورة معالجة تلك المعوقات بأسلوب علمي بما تتطلبه كل مشكلة أو تحدي من المعوقات أعلاه.

اختبار الفرضية الأولى

لمعرفة أثر بعض الخصائص الشخصية والمتمثلة بالجنس والمستوى الوظيفي والمؤهل العلمي على إجابات أفراد عينة الدراسة حول مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فإن الجدول التالي يوضح الفروق الإحصائية بدلالة قيمة ت، ف .

جدول (10)

الفروقات بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حسب تحليل التباين

الأحادي

المتغير	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) (ف)
الجنس	2.25	0.69	1.25
	2.38	0.73	
	2.35	0.75	
المؤهل العلمي	2.45	0.68	1.22
	2.55	0.63	
	2.65	0.72	
	2.42	0.98	
المستوى الوظيفي	2.63	0.94	*2.85
	2.75	0.85	

* قيمة ف دالة على مستوى $(\alpha \geq 0.05)$.

يتبين من الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الباحثين تعزى لمتغيري الجنس والمؤهل العلمي، في حين اتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ لمستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة كما يراها الباحثين تعزى لمتغير المستوى الوظيفي. ومن مقارنة المتوسطات الحسابية تبين أن مستوى الإدارة العليا من فئة المديرين يرون أن هناك ممارسة لإدارة الجودة الشاملة أكبر مما يراها أصحاب الوظائف الإشرافية الأخرى رئيس قسم ورئيس شعبة وفي الإجمال لا يمكن قبول الفرضية الأولى بصورة شاملة نظرا لوجود فروق تعزى لمتغير المستوى الوظيفي.

اختبار الفرضية الثانية

لاختبار الفرضية الثانية: "توجد علاقة سلبية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين معوقات إدارة الجودة الشاملة ومستوى ممارسة تطبيق مبادئ وعناصر إدارة الجودة الشاملة"، الجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (11)

معامل الارتباط بين عناصر إدارة الجودة الشاملة وأهم المعوقات التي تحول دون

تطبيقها

عناصر إدارة الجودة	مساند ودعم الإدارة العليا	الاهتمام بالمستفيدين	مشاركة العاملين	بناء فرق العمل	تدريب العاملين	احترام وتقدير العاملين	المعوقات
مساعدة ودعم الإدارة العليا	1	*0.65	*56	*0.67	*0.61	*0.58	-0.28*
الاهتمام بالمستفيدين	-	1	*0.68	*0.64	*0.66	*0.65	-0.24*
مشاركة العاملين	-	-	1	*0.70	*0.64	0.72	-0.32*
بناء فرق العمل	-	-	-	1	0.64	0.63	-0.27*
تدريب العاملين	-	-	-	-	1	0.64	-0.30*
احترام وتقدير العاملين	-	-	-	-	-	-	-0.33*
المعوقات	-	-	-	-	-	-	1

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$.

يبين الجدول أعلاه أولاً أن جميع عناصر إدارة الجودة الشاملة ترتبط مع بعضها البعض عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بصورة إيجابية. وثانياً أن عناصر إدارة الجودة ترتبط مع المعوقات بصورة دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ حيث كانت الاتجاهات سلبية، فقد بلغ معامل الارتباط (-0.28) دالة على مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين مساندة ودعم الإدارة العليا وبين المعوقات، أي أنه كلما زادت مساندة ودعم الإدارة العليا لجهود إدارة الجودة الشاملة كلما قلت المعوقات التي تحول دون تطبيقها. كما بلغ معامل الارتباط بين عنصر الاهتمام بالمستفيدين والمعوقات (-0.24) دالة على مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ ، وبلغ معامل الارتباط بين كل من مشاركة العاملين، بناء فرق العمل، تدريب العاملين واحترام وتقدير العاملين والمعوقات (-0.32)، (-0.27)، (-0.30)، (-0.33) على التوالي. وجميعها دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \geq 0.05)$ وهكذا نستطيع قبول الفرضية الثانية.

النتائج والتوصيات

النتائج

نستخلص من نتائج الدراسة ما يلي:

1. يتبين أن هناك مستوى متوسطا من الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في وزارة الصحة.
2. أن مستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة في وزارة الصحة تم بصورة متوسطة وبمتوسط حسابي بلغ (2.52) وبأهمية نسبية بلغت (63%) وقد تبين أن تلك العناصر يمكن ترتيبها تنازليا حسب مستوى الممارسة كما يلي: الاهتمام بالمستفيدين، مساندة ودعم الإدارة العليا، احترام وتقدير العاملين، بناء فرق العمل، مشاركة العاملين، وتدريب العاملين.
3. توصلت الدراسة إلى وجود عدد من المعوقات التي تحول دون تطبيق إدارة الجودة الشاملة في وزارة الصحة ومن أهمها مرتبة حسب الأهمية: مقاومة العاملين لبرامج تحسين الجودة، عدم وجود استراتيجية واضحة، تدريب غير مناسب، عدم الالتزام بروح الفريق، عدم القدرة على توفير مكافآت وتقدير إنجازات الأفراد، وقلة مشاركة العاملين وعدم وجود معايير محدودة ومناسبة لقياس الجودة وبمتوسطات حسابية: (2.44، 2.38، 2.25، 2.25، 2.15، 2.17، 2.10) على التوالي.
4. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في إجابات المبحوثين حول مستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة بشكل عام تعزى لمتغير المستوى التنظيمي وكانت قيمة ف (2.85) دالة إحصائيا عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ ، في حين أنه لم يتبين وجود أية فروقات ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس والمؤهل العلمي.
5. أظهرت الدراسة وجود علاقة ارتباطية سلبية بين المعوقات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وعناصر إدارة الجودة الشاملة تراوحت ما بين (-0.24، -0.33).

التوصيات

بناء على نتائج الدراسة فيمكن التوصية بما يلي:

1. ضرورة التزام القيادات العليا وأصحاب القرار ببرامج الجودة وجعل ذلك استراتيجية ثابتة للعمل في وزارة الصحة، وهذا يمكن تحقيقه من خلال الآليات التالية:
 - أ. العمل على إدخال فلسفة إدارة الجودة الشاملة في المهام العامة للدائرة وتعميمها على كافة الوحدات التنظيمية للوزارة كأهداف تشغيلية تسعى إلى تحقيقها ضمن سياسات وبرامج واضحة ومحددة في مجال الجودة الصحية.
 - ب. تعميق الوعي بثقافة الجودة لدى القيادات الإدارية العليا من خلال برامج توعوية تأخذ أشكال الدورات التدريبية القصيرة وورش العمل والندوات للتأكيد على مفهوم إدارة الجودة الشاملة بأبعاده الفنية والإدارية، والتأكيد على العلاقة بين الجودة

- والأداء، والجودة والكلفة، والوقوف على تجارب كثير من الدول التي طبقت هذا المفهوم.
- ج. العمل على تطوير مجموعة من معايير الجودة الشاملة وقائمة التحقق من الجودة بصورة واضحة تتناول كافة جوانب تقديم الخدمة الصحية: (القيادة، والتخطيط الاستراتيجي، والاهتمام بالمستفيدين، والعمل كفريق، والقياس والتحليل، والتدريب والتحفيز، وضمان الجودة ونتائجها).
2. الحاجة إلى إيجاد صيغة مؤسسية لاعتماد ومراقبة الجودة في القطاع الصحي لما لذلك من أثر حاسم في تطوير كفاءة المؤسسات الصحية المختلفة في الأردن، وقد تكون هذه الصيغة ممكنة من خلال وظائف المجلس الصحي العالي أو من خلال استحداث جمعيات مستقلة للجودة في الأردن.
 3. تطوير نظام المعلومات الإداري في الوزارة لتوفير المعلومات الدقيقة لأصحاب القرار في وقتها المناسب وإمكانية الوصول إلى المعلومات المطلوبة أينما كانت سواء داخل الوزارة أو خارجها.
 4. التأكيد على تدريب كافة العاملين في الوزارة وضمن برامج محددة لتحسين الجودة، والاستفادة من التجربة الأمريكية بإعداد وتأهيل ميسرين (Facilitators) لتلقى على عاتقهم مهمة إعداد وتحضير فرص التحسين المستمر. وضرورة إدخال مناهج الجودة ضمن مناهج التعليم والتدريب في المدارس والكليات التابعة لوزارة الصحة.
 5. نظراً لأهمية فرق العمل في برامج ضمان الجودة وإدارتها ودورها في حل المشاكل المعقدة والتحسين المستمر للجودة، فلا بد من الاعتماد عليها في وزارة الصحة كمنهج إداري ثابت لتحقيق هذه الأهداف. وهنا لا بد من الإشارة إلى أنه يمكن الاعتماد على فرق عمل مؤقتة لأغراض مهمة مثل تطوير خدمة جديدة خلاقة، أو لحل المشكلات الصحية الطارئة، إلا أن فرق العمل الدائمة والتي يتضمنها الهيكل التنظيمي للوزارة هي أكثر نجاعة وديمومة وفاعلية.
 6. ضرورة إعادة النظر في الأساليب ونظم العمل التقليدية والبداية باستخدام نموذج إدارة الجودة الشاملة كأسلوب إداري حديث يساهم في تقليل التكاليف وتحسين العمليات.
 7. أهمية الاعتراف بإنجازات العاملين ومنحهم الثقة والمكافآت التي يستحقون بهدف تطوير نظام تقويم الأداء الذي يعتمد على الإنجاز والتميز.
 8. ضرورة تبني نظام تقويم الأداء المؤسسي لوزارة الصحة وذلك لاستخدامه كوسيلة من وسائل الرقابة على أداء الوحدات الصحية. إن تقويم الأداء المؤسسي نظام إداري معاصر يستخدم لقياس أداء المؤسسات للوقوف على قدرتها على تحقيق الأهداف والمهام التي أنشئت من أجلها. ويرى الباحث أنه قبل تبني هذا النظام فلا بد من عقد دورات تدريبية للإدارات العليا والوسطى في المرحلة الأولى لموضوع تقويم الأداء المؤسسي للإطلاع على النماذج التقليدية والمعاصرة التي يمكن استخدامها في عملية التقييم، واكتساب مهارة تطوير معايير الأداء الشاملة للمدخلات والعمليات والنتائج لمكونات البرنامج الصحي، وقدرة الوحدات الصحية على التكيف مع البيئة.

TQM in Public Sector (The case of Ministry of Health)

Mohammad Ta'amneh

Abstract

This study aimed at empirically measuring the level of awareness of TQM Concept by public personnel at ministry of Health (MOH). It also measures the level of implementation of comprising TQM.

It also investigated the obstacles facing the implementation of TQM. To achieve these objectives, a questionnaire was designed and distributed to (350) managers. 300 responses were obtained.

The most salient findings of the study were:

1. Public employees were not fully aware of the concept of TQM.
2. Factors comprising TQM were moderately employed by the medical units of MOH.
3. Some of the most important obstacles facing the implementation of TQM were personal resistance, unclear strategy, lack of training, lack of team spirit, lack of achievement respect, lack of employees participation and nonexistence of standards for quality measurement.
4. There were significant differences among respondents toward the level of implementation of TQM due to the variable of position, whereas no significant difference due to variables of sex and education level.
5. There was negative correlation between obstacles facing TQM and the level of implementing factors comprising TQM.

الهوامش

* استلم البحث في 1999/9/18 وقبل للنشر في 2000/5/31

1. سالم سعيد القحطاني، إدارة الجودة الكلية، الإدارة العامة، الرياض، العدد 78، إبريل 1993.

2. Kline, James, J., Total quality Management in Local Government, *Government Finance*, August, 1992, PP.7-11.

3. Bowen, James W. David E., *Management theory and total qualities, improving Research and practice through theory Development, Academy of Management Review*, Vol. 38, No. 3, 1994, PP 393-395.

4. Antonioni, David, How to lead and facilitate Teams, *Industrial Management* Vol. 38, No. 6. December, 1996. PP 22-24.

5. Hackman, Richard, Ruth Nagemar, Total quality Management: Empirical Conceptual and practical issues, *ASQ*, Vol. 40, 1995, P.311.

6. Dale, B.G, *Managing quality*, 2nd ed., Prentice Hall International, U.K, 1994.

7. Stupack, Ronald J., Rudolph B Carrity, Change Challenge and the Responsibility of public Administration for total Quality Management

- in the 1990, *Public Administration Quartely*, Vol. 17, No.1, Spring, 1993, P 3-8.
- Jerisat, Jamil, *Organizational Management, Exploration of Western Frontier*, Unpublished Research, 1996, P.6. .8
- Kline, James .9
- Stupack & rudolph and Crrity .10
- Charity , Rudolph B., Total quality Management: An Opportunity for high performance in Federal organization, *public Administration Quartely*, Vol. 16, No. 4, Spring, 1993, P450. .11
- Waldman , David A., Theoretical Consideration of Leadership and Total Qulity Management, *Leadership Quarterly*, 4(1), 1993, PP65-79. .12
13. سيد محمد الخولي، وهناء، البوريني، تقييم انخفاض مستوى إدارة الجودة الكلية للخدمات عن المستوى العالمي مع التطبيق على قطاع المستشفيات في القاهرة الكبرى، بحث مقدم في المؤتمر السادس للتدريب والتنمية الإدارية، القاهرة 19-21، ص1-74، إبريل 1993.
14. خالد سعد بن سعيد، مدى فعالية برامج الجودة النوعية لمستشفيات وزارة الصحة السعودية، *المجلة العربية للعلوم الاجتماعية*، مجلد 1، عدد 2، مايو 1994، ص 5-37.
15. معهد الإدارة العامة، *التوظيف والقوى العاملة في وزارة الصحة*، عمان، الأردن، 1996.
16. ياسر منصور، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي، دراسة ميدانية مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص، رسالة دكتوراه، جامعة بغداد، العراق، 1997.
17. خالد محمد الزامل، مفهوم إدارة الجودة الكلية في المملكة العربية السعودية، بحث مقدم في المؤتمر السادس للتدريب والتنمية الإدارية، القاهرة 19-21، ص 1-32، إبريل 1993.
18. Boman J. S & Steele J. Quality Teams in A State Agency, *Public productivity Review*, Vol. 11, No. 4, 1985.
19. Abu Zayed , Mohamad, A. Q, Total quality management, the Case for public sector, *Dissertation Abstract*, Vol. 55, No. 5, 1994, 1378.
20. محمد طعمانة، وبرجس، حراشة، أثر مستوى الخدمة على رضى المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق، مؤتة للبحوث والدراسات، المجلد 10، العدد 6، 1995.
21. علي فلاح المناصير، إدارة الجودة الشاملة في سلطة الكهرباء الأردنية، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية 1994.